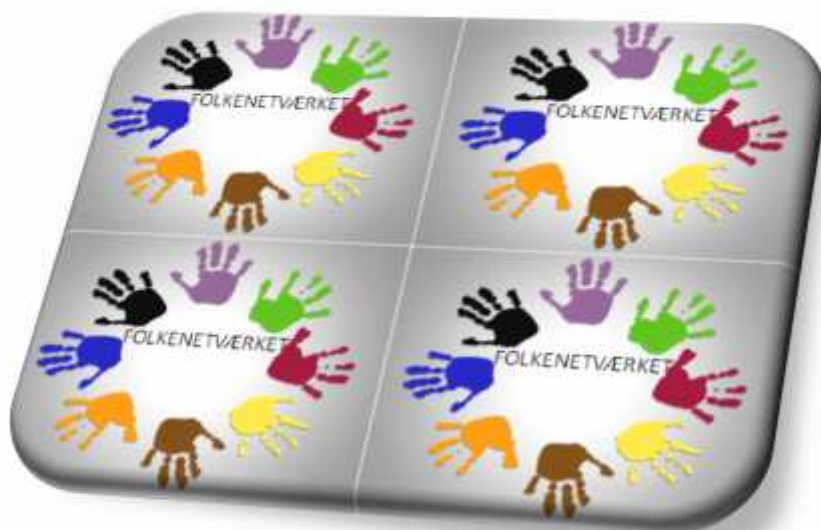


Partnerskaber i forebyggelse

Et casestudie af et samarbejde mellem frivillige og kommune

En kvalitativ undersøgelse af samarbejdet mellem frivillige og sundhedsprofessionelle i foreningen Folkenetværket i Aarhus Kommune



Kandidatspeciale udarbejdet af:
Gruppe 14gr1057

Tina Beining Sigh • Trine Tønners Nørgaard • Marie Theodorsen

2. juni 2014

Vejleder:
Tine Mechlenborg Kristiansen

Sideantal: 115

Anslag: 281.947

Bilagsantal: 11

Afsluttet den: 2. juni 2014

Dato Tina Beining Sigh

Dato Trine Tønners Nørgaard

Dato Marie Theodorsen

Resumé

Regeringen opfordrer i en ny rapport kommunerne til i samarbejde med aktører fra civilsamfundet og den private sektor at forsøge at sikre lokalt ejerskab og forankring af opstillede sundhedsmål ved hjælp af en fremlagt partnerskabsstrategi. Målet hermed er at skabe langtidsholdbare sundhedsmæssige løsninger og flere gode leveår for danskerne. Et eksempel på et sådant partnerskab er *Folkenetværket*, oprettet i Aarhus mellem kommunen og en række frivillige borgere, som et forsøg på at sætte fokus på manglende opfølgning på patient- og borgerrettede forebyggelsesforløb. Set ud fra et folkesundhedsvidenskabeligt udviklingsperspektiv er det en interessant ide at inddrage frivillige i sådanne indsatser, både ud fra et resourcespørgsmål og med henblik på lokal forankring og langtidsholdbare indsatser. Men er det mon så ligetil?

Med udgangspunkt i eksemplet fra Aarhus Kommune, er hensigten med dette speciale at undersøge, om partnerskaber mellem frivillige og kommuner kan være med til at styrke det borgernære sundhedsvæsen og samtidig på den måde udvide kommunens muligheder for at imødekomme borgernes behov i sundhedsmæssigt øjemed. For at få en forståelse af, hvilke aspekter, der har betydning for at opnå et velfungerende samarbejde mellem frivillige og kommuner, foretages en kvalitativ interviewundersøgelse med frivillige og sundhedsprofessionelle repræsentanter fra *Folkenetværkets* bestyrelse som informanter.

På baggrund af interviewundersøgelsen kan det konkluderes, at der eksisterer et udviklingspotentiale i en forening som *Folkenetværket*, forstået på den måde, at begge parter opfatter samarbejdet positivt og samtidig er bevidste om, at de *sammen* skaber noget unikt, der både har værdi for de implicerede parter, herunder også for de borgere, der har gavn og brug for netværket. Samtidig vidner informanternes erfaringer om, at parternes forskellige forudsætninger for at indgå i samarbejdet og deres tilgang til samarbejdet har betydning for at et partnerskab som *Folkenetværket* kan fungere. Herudover kan det ud fra et samfundsmæssigt perspektiv medføre utilsigtede konsekvenser at professionalisere og dermed instrumentalisere frivilligt arbejde i forbindelse med at 'rekruttere' frivillige til at udføre sundhedsvæsenets forebyggelsesopgaver. I et udviklingsperspektiv kan denne viden bruges til at opstille et sæt anbefalinger, som under de rette præmisser kan bidrage til at skabe forudsætninger for velfungerende partnerskaber mellem frivillige og kommuner.

I forhold til at vurdere, hvorvidt velfungerende partnerskaber i den kommunale forebyggelse kan bidrage til at indfri regeringens mål, synes yderligere viden på området nødvendig. En vigtig del af denne viden handler om, hvordan indsatser som *Folkenetværket* kan evalueres og effektvurderes, i forhold til at bestemme, hvorvidt sådanne initiativer fremadrettet bør prioriteres i kommunernes forebyggelsesstrategier.

Søgeord: samarbejde, koordineret indsats, frivillig, frivillig organisering på sundhedsområdet, aktivt medborgerskab, forbedring, sundhed i samfundet, sundhedsfremme, forebyggelse

Abstract

A new government report encourages the Danish municipalities to join forces with civil society actors and the private sector in order to achieve local responsibility for the health goals by the means of a partnership strategy. The aim is to produce sustainable, long-term health solutions and – with that - more good years for the population.

Such a partnership is *Folkenetværket*, established in Aarhus as a common municipal volunteer program focusing on the lack of monitoring of patient- and citizen-oriented health prevention. From a public health science development point of view it is an interesting idea to involve volunteers, with regards to resource issues as well as local presence and long lasting efforts. Is it so easy though?

Based on the Aarhus example the purpose of this thesis is to analyze if municipal volunteer programs can help strengthen community-centred health care, thus extending the chances for the municipalities to meet their citizens' health needs. To gain an understanding of the factors of importance to achieve a functioning cooperation between volunteers and authorities, qualitative research interviews are carried out with volunteers and health professionals from *Folkenetværket* as key informants.

The research interviews show some development potential in programs such as *Folkenetværket*. Both parties perceive their cooperation as positive, aware that *together* they create something unique of value for the participants, among those citizens in direct need of the program. Meanwhile, the case study responses also indicate that the different prerequisites for being part of the program combined with the approach to collaboration, influences the functionality of *Folkenetværket*. Societally, professionalization, thus instrumentalisation of voluntary work when recruiting volunteers to perform health care prevention tasks, can also have unintended consequences. From the development perspective, this knowledge produces a set of recommendations which under the right circumstances may pave the way for smoothly operating municipal volunteer programs.

However, to assess whether effective programs in the public health care prevention can help meet the governmental goals of sustainable health care solutions – or lead to more good years, more knowledge in this field seems needed. Key part of this information is how efforts such as *Folkenetværket* can be evaluated and its effect estimated in order to determine if such initiatives should be a priority in the public prevention strategies.

Keywords: collaboration, coalition, coordinated action, volunteer, voluntary health organization, active citizenship, community health improvement, health promotion, prevention

Forord

Dette kandidatspeciale markerer afslutningen på Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab ved Aalborg Universitet, og er blevet udarbejdet i perioden 3. februar - 2. juni 2014.

Som forfattere af dette speciale vil vi gerne rette en varmhjertet tak til de informanter, der har indvilliget i at deltage i vores interviewundersøgelse - herunder både bestyrelsesmedlemmer i *Folkenetværket* og sundhedsprofessionelle ansat ved Folkesundhed Aarhus. Det er under forudsætning af Jeres imødekommenhed og deltagelse, at det har været muligt at udforme dette speciale.

Desuden skylder vi at rette en stor tak til vores vejleder Tine Mechlenborg Kristiansen for inspirerende og konstruktiv vejledning.

God læselyst!

Læsevejledning

Nærværende kandidatspeciale er bygget op omkring Aalborg-modellen for problembaseret læring, hvilket viser sig ved et analytisk, tværfagligt, problem - såvel som resultatorienteret produkt. Specialets empiriske grundlag sikrer en nær forbundenhed med den virkelige verden i form af et samarbejde med foreningen *Folkenetværket*, der hører under organisationen Folkesundhed Aarhus. Dette samarbejde bidrager med mulighed for at arbejde løsningsorienteret ud fra autentiske faglige problemstillinger.

For sammenhængen og forståelsens skyld bør specialet læses kronologisk. I kapitel 1 skitseres den initierende problemstilling i specialet, efterfulgt af en grundig analyse af problemstillingens mange facetter i kapitel 2 - herunder potentialer såvel som udfordringer. I kapitel 3 beskrives den case, der ligger til grund for den empiriske undersøgelse, hvorefter det for specialet tilgrundliggende sundhedssyn er omdrejningspunktet i kapitel 4. Kapitel 5 indeholder en redegørelse for den videnskabsteoretiske referenceramme og metodologi, mens der i kapitel 6 redegøres for metodiske fremgangsmåde og overvejelser herom i forbindelse med det kvalitative forskningsinterview. I kapitel 7 gennemgås analysestrategi og fremgangsmåde, mens der i kapitel 8 redegøres for den systematiske litteratursøgning - herunder søgeproces, udvælgelse samt præsentation af artikler. Analysen af de kvalitative interviews fremstilles i kapitel 9, mens fund såvel som metodiske valg og fravalg diskuteres i kapitel 10. Kapitel 11 danner udgangspunkt for specialets udviklingsperspektiv, der blandt andet indbefatter en række anbefalinger for velfungerende partnerskaber. Specialets endelige resultater - herunder besvarelse af såvel første som andet delspørgsmål i problemformuleringen, kan læses i konklusionen i kapitel 12. I kapitel 13 gøres specialets resultater til genstand for yderligere refleksion, hvormed indholdet i dette afsnit bevæger sig ud over det specifikke genstandsfelt, der hidtil har været omdrejningspunktet i specialet.

Indhold

1. Indledning.....	4
2. Problemanalyse	5
2.1 Folkenetværket	6
2.2 Frivillighed i et historisk og samfundsmæssigt perspektiv	6
2.2.1 Motiver for frivillighed.....	7
2.3 Partnerskaber i forebyggelsesarbejde	8
2.3.1 Internationale erfaringer	9
2.4 Professionalisering af borgere – betwixt and between?	12
2.4.1 Betwixt and between.....	12
2.4.2 Professionalisering af borgere	13
2.5 Anerkendelse og ligestilling i samarbejde	14
2.5.1 Honneth om anerkendelse.....	15
2.6 Afgrænsning	18
2.7 Problemformulering.....	19
2.7.1 Uddybning af problemformulering.....	19
2.8 Begrebsafklaring.....	20
3. Et casestudie	21
3.1 Teorifortolkende casestudie.....	21
3.1.1 Valg og brug af teori i det teorifortolkende casestudie.....	21
3.2 Generalisering af casestudier	22
3.3 Præsentation af den anvendte case	23
4. Sundhedssyn.....	25
5. Videnskabsteori og metode	27
5.1 Videnskabsteoretisk referenceramme	27
5.2 Valg af kvalitativ metode	28
6. Det kvalitative forskningsinterview	30
6.1 Semistruktureret interviewform.....	31
6.2 Interviewguide	31
6.3 Rekruttering af informanter	32
6.4 Interviewsituationen	33
6.5 Transskribering	34
6.6 Etiske overvejelser.....	34
7. Analysestrategi og fremgangsmåde	37
7.1 Analytisk fremgangsmåde	39

8. Systematisk litteratursøgning	42
8.1 Søgeprocessen	42
8.1.1 Resultater af søgningen.....	42
8.1.2 Udvælgelse af artikler	43
8.1.3 Præsentation af artikler	43
9. Analyse af interviews	44
9.1 Motiver for frivillighed.....	45
9.1.1 De frivilliges motiver for frivilligt arbejde (i Folkenetværket)	45
9.1.2 De sundhedsprofessionelles motiver for Folkenetværket	49
9.2 Organisering (rolle- og ansvarsfordeling)	55
9.2.1 Fordeling af roller i Folkenetværket	55
9.2.2 Den sundhedsprofessionelles rolle.....	57
9.3 Rolleskift (betwixt and between).....	59
9.3.1 Rolleskift fra deltager til bestyrelsesmedlem.....	59
9.4 Anerkendelse og det ligeværdige samarbejde	61
9.4.1 Anerkendelse af de frivillige.....	61
9.4.2 Anerkendelse af de sundhedsprofessionelle	64
9.4.3 Ligeværdighed i samarbejdet.....	65
9.5 Fælles værdigrundlag for samarbejdet	66
9.5.1 Fælles værdigrundlag for Folkenetværket	66
9.5.2 Sundhedssyn	68
9.6 Folkenetværket og frivillighed i et samfundsperspektiv	69
9.6.1 Sundhedsvæsenet – oplevelse af mangel på sammenhæng	69
9.6.2 Parterne i Folkenetværket – brug for 'hinandens kompetencer'	72
9.6.3 Folkenetværket - 'bestilt arbejde'?	75
10. Diskussion	78
10.1 Resultater	78
10.1.1 Motiver for frivillighed	78
10.1.2 Organisering (rolle- og ansvarsfordeling).....	80
10.1.3 Rolleskift (betwixt and between).....	81
10.1.4 Anerkendelse i samarbejdet	83
10.1.5 Fælles værdigrundlag og sundhedssyn	84
10.1.6 Samfundsperspektiv og opfattelser af frivillighed.....	86
10.2 Sammenhæng mellem videnskabsteori, teori og metode	89
10.2.1 Kritisk perspektiv på deduktion - herunder teoriens relevans	90
10.2.1.1 Turners begreb betwixt and between	91

10.2.1.2 Honneths anerkendelsesteori.....	92
10.3 Casestudiet som forskningsstrategi	94
10.3.1 Det teorifortolkende casestudie	94
10.3.1.1 Brug af teori i det teorifortolkende casestudie	95
10.3.2 Generalisering – casestudier og det kvalitative forskningsinterview	96
10.4 Kvalitetsvurdering af interviewundersøgelsen	97
10.5 Interviewundersøgelsen	99
10.6 Litteratur - søgning og udvælgelse	102
10.6.1 Søgestrategi og udvælgelse.....	102
10.6.2 Kvalitetsvurdering af litteratur.....	102
10.6.3 Anvendelse af litteratur.....	103
11. Folkenetværket i et udviklingsperspektiv	104
11.1 Anbefalinger til velfungerende partnerskaber	105
1. Rum for og imødekommenhed af de frivilliges motiver	105
2. Indledende forventningsafstemning	106
3. Flexibilitet og omstillingsparathed i rolle- og arbejdsfordeling	106
4. Respekt for frivillighedens egenart	106
5. Gradvist mere ansvar til den frivillige	107
6. Anerkendende tilgang til de frivillige	107
7. Fokus på fælles bidrag til arbejdet - samskabelse	107
12. Konklusion	108
13. Perspektivering.....	110

1. Indledning

Regeringen kom i januar 2014 med et bud på en ny ramme for en ambitiøs forebyggelsespolitik, *Sundere liv for alle – Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år*. Udover at definere sundhedsmæssige mål for danskerne præsenterer regeringen i rapporten en partnerskabsstrategi, hvormed kommunerne i samarbejde med aktører fra civilsamfundet og den private sektor, skal forsøge at sikre lokalt ejerskab og forankring af sundhedsmålene med henblik på at skabe langtidsholdbare sundhedsmæssige løsninger og flere gode leveår for danskerne (1). Et eksempel på et sådant partnerskab er oprettet i Aarhus mellem kommunen og en række frivillige borgere, som et forsøg på at sætte fokus på manglende opfølgning på patient- og borgerrettede forebyggelsesforløb. Der er tidligere set eksempler på samarbejde mellem kommuner og frivillige, eksempelvis i de kommunale patientuddannelser (2). Det der fremstår særligt ved eksemplet fra Aarhus Kommune er, at de frivillige selv indgår i alle faser af planlægningen, etableringen og ledelsen af det konkrete tiltag, foreningen *Folkenetværket*, og driften af foreningen er fra kommunens side 'lagt over på de frivillige'.

Set ud fra et folkesundhedsvidenskabeligt udviklingsperspektiv er det en interessant ide at inddrage frivillige i sådanne indsatser, både ud fra et ressourcspørgsmål og med henblik på lokal forankring og langtidsholdbare indsatser. Men er det mon så ligetil? En evaluering af patientuddannelser fra 2011 viser, at der kan være udfordringer forbundet med at lade erfarne borgere indgå samarbejde med sundhedsprofessionelle (3). Disse udfordringer kommer til udtryk som en følge af den professionalisering af borgerne, der sker.

Der synes at mangle erfaringer omkring samarbejde mellem frivillige og sundhedsprofessionelle i indsatser, hvor frivillige varetager driften af en kommunal indsats, som det ses i *Folkenetværket*. I arbejdet med at indfri regeringens sundhedsmæssige mål gennem blandt andet partnerskaber med frivillige, synes det derfor relevant med udgangspunkt i *Folkenetværket* at undersøge, hvordan de forskellige aspekter af samarbejdet mellem frivillige og kommune opleves af de involverede parter og hvorvidt de nævnte – eller andre – problematikker kan opleves at være begrænsende for samarbejdet.

2. Problemanalyse

Som mål for regeringens partnerskabsstrategi fremhæves blandt andet sikring af lokalt ejerskab i den enkelte kommune, som en positiv formodet effekt. Dette suppleres med en initierende forventning hos specialets forfattere om, at der må ligge et stort potentiale i at inddrage frivillige borgere i forebyggelsesarbejdet. Dels kan det tænkes at give mening for de frivillige borgere selv, dels kan det formodes at styrke det borgernære sundhedsvæsen og dels må det formodes, at der i et spørgsmål om ressourcer er en økonomisk gevinst forbundet med anvendelse af frivillig arbejdskraft. Og endelig kan der være en mulighed for, at frivillige, erfarne borgere rent faktisk er bedre til at støtte andre borgere og patienter end sundhedsprofessionelle, da de selv har lignende erfaringer inde på kroppen (3). Men som fremlagt i specialets indledning synes der sideløbende med ovenstående forventede potentialer, også at være problematikker omkring samarbejdet med frivillige i varetagelsen af opgaver i sundhedsvæsenet (jf. afsnit 1). De udfordringer, der kan opstå på baggrund af, at ikke-professionelle borgere varetager eller bidrager til varetagelse af sundhedsprofessionelles opgaver, kan både have betydning for den frivillige borger selv, for de borgere, der involveres på et deltagerplan og for de ansatte i kommunen, hvis arbejde udvides til også at inkludere oplæring af og samarbejde med frivillige 'medarbejdere'.

Dermed opstår en situation, hvor der sideløbende med de forventede potentialer ved brug af frivillige borgere i forebyggelsesarbejdet potentielt set også kan forekomme negative implikationer. Det gælder både for de enkelte frivillige og for det kommunale forebyggelsesarbejde generelt. Derfor synes det relevant for den fremtidige inddragelse af frivillige i det kommunale forebyggelsesarbejde at undersøge, hvad der ligger til grund for udfordringerne og herunder belyse de aspekter og facetter, der kan tænkes at have betydning for inddragelsen af frivillige med særligt fokus på samarbejdet mellem frivillige og sundhedsprofessionelle. Med en dybere indsigt i disse aspekter kan det tænkes, at de frivillige i samarbejdet kan imødekommes på en måde, hvormed de nævnte udfordringer kan minimeres eller helt undgås. Denne tanke ligger til grund for udarbejdelsen af dette speciale, som i et udviklingsperspektiv er centreret omkring de kommunale forebyggelsesindsatser og herunder styrkelse af det borgernære sundhedsvæsen.

I problemanalysen vil relevante perspektiver på brug af frivillige i det kommunale forebyggelsesarbejde blive belyst og relateret til den konkrete case, *Folkenetværket*. Der indledes med en kort præsentation af *Folkenetværket*, hvorefter frivillighed som fænomen vil blive belyst med

særligt fokus på de frivilliges og det offentliges motiver herfor. Dernæst følger en gennemgang af eksisterende erfaringer omkring partnerskaber mellem frivillige og sundhedsvæsen, som vil udgøre grundlaget for de efterfølgende afsnit i problemanalysen og den fortløbende indsnævring af problemfeltet frem mod specialets problemformulering.

2.1 Folkenetværket

I Aarhus Kommune er sundhedsfremme og forebyggelsesarbejdet samlet under Folkesundhed Aarhus (4). I 2013 oprettede Folkesundhed Aarhus sammen med en gruppe deltagere på forskellige forebyggelsesforløb i kommunen foreningen *Folkenetværket*, som kan ses som et eksempel på et partnerskab mellem kommune og frivillige borgere (5). *Folkenetværkets* målgruppe er borgere, der har deltaget på et af kommunens patient- eller borgerrettede forebyggelsesforløb¹. Visionen bag *Folkenetværket* er at hjælpe borgere til at vedligeholde de ændringer i levevis og sundhedsadfærd, de har gennemført på de kommunale forebyggelsesforløb. Foreningens mission er derfor at skabe et netværk for de tidligere deltagere, hvor de i fællesskab kan *'støtte og motivere hinanden til fastholdelse af sunde tillærte vaner, erhvervelse af nye, skabe netværk mellem ligesindede og bygge bro til sundhedsfremmende aktiviteter i frivilligt, privat og kommunalt regi'* (6,7). Foreningens strategi er dermed at tilrettelægge relevante aktiviteter for medlemmerne, ved blandt andet at planlægge motionsrelaterede aktiviteter, samtalemøder og at skabe brobygning til nye og allerede eksisterende foreninger i et forebyggelsesøjemed (5). Oprettelse af *Folkenetværket* er vedtaget ved en stiftende generalforsamling i november 2013 og er dermed stadig i den opbyggende fase og ledes af en bestyrelse bestående af syv medlemmer, fem frivillige borgere, en frivillig studerende inden for sundhedsområdet og en sundhedsprofessionel repræsentant for Folkesundhed Aarhus (7).

2.2 Frivillighed i et historisk og samfundsmæssigt perspektiv

Undersøgelsen i dette speciale er centreret omkring fænomenet *frivillighed* og de potentialer og udfordringer, inddragelse af frivillige aktører i partnerskaber omkring forebyggelse kan medføre. For at opnå en dybere forståelse af de forskellige aspekter indenfor problemfeltet, synes det nødvendigt at forstå tankerne og ideologierne bag frivillighed og herunder motiver for dels at udføre

¹ Patientrettet forebyggelse defineres her som patientuddannelser for borgere med kronisk sygdom og med borgerrettet forebyggelse er der tale om Sund Livsstils-forløb, som er målrettet alle voksne borgere med et BMI over 25, der samtidig er uvante med motion og gerne vil opnå en bedre livsstil.

frivilligt arbejde og dels at gøre brug af frivillig arbejdskraft. I dette afsnit udfoldes og defineres fænomenet *frivillighed* som et foranderligt fænomen, der i et samfundsperspektiv opfattes og forstås ud fra forskellige diskurser omkring frivillighed.

I Danmark er der en lang tradition for demokrati, folkeoplysning og foreningsliv og i 1980'erne fik frivilligt arbejde som følge af det økonomiske og politiske pres på velfærdsstaten en form for 'genopståen', ikke blot som supplement til velfærdsstaten, men som et selvstændigt indsatsområde (8). Netop velfærdsstaten har i senmoderniteten udviklet sig i takt med en stigende globalisering og dermed også individualisering, hvor solidariteten synes mindre central end tidligere, og hvor individet stræber efter succes, egne mål og højest mulig autonomi (8). På trods af denne udvikling, ser det alligevel ud til, at andelen af frivillige i Danmark er stigende siden 1980'erne. Den præcise andel af danskerne, der udfører frivilligt arbejde er umulig at fastslå, da det blandt andet afhænger af, hvordan frivilligt arbejde defineres, men Det Nationale Forskningscenter for Velfærd har i 2012 defineret frivilligt arbejde ud fra den såkaldte ICNPO-klassifikation (står for: International Classification of Nonprofit Organizations) og fundet, at cirka en tredjedel af den danske befolkning på 16 år eller derover udfører frivilligt arbejde (9). Habermann skriver, at det omtrentlige antal af frivillige i 1990 var omkring en fjerdedel af befolkningen, hvormed en stigning i antallet henover de to årtier antydes.

I takt med individualiseringen peger en del forskning, ifølge Habermann på, at den frivillige organisering indholdsmæssigt bevæger sig væk fra det almene solidariske og værdimæssige grundlag, der tidligere var kendetegnende for græsrodsbevægelser og lignende, og hen imod mere individuelle interesseaktiviteter. Samtidig er der stigende fokus på de frivillige organisationers samarbejde med det offentlige, og på, hvorvidt et sådant samarbejde kan foregå og hvordan det vil påvirke de frivillige organisationers autonomi (8). *Folkenetværket* kan betegnes som et eksempel på en sådan interesseaktivitet, der samarbejder med det offentlige, idet foreningen er dannet på baggrund af et udtrykt behov blandt en gruppe borgere og en interesse for at skabe et fællesskab til gavn for dem selv og borgere i samme situation, mens foreningen samtidig fremstår som en aktivitet, der umiddelbart har til formål at forbedre kommunens forebyggelsesindsats.

2.2.1 Motiver for frivillighed

Det synes relevant for specialets undersøgelse at belyse borgernes motiver for at udføre frivilligt arbejde, da disse motiver kan forventes at have betydning for, hvorfor og hvordan samarbejdet

med sundhedsprofessionelle kan være forbundet med både potentialer og udfordringer. Ulla Habermann undersøger i sin afhandling fra 2001 borgeres motiver for at udføre frivilligt arbejde ud fra otte dimensioner, der angiver forskellige motiver for frivillighed: *Sag, læring, værdier, identitet, kammeratskab, sociale forventninger, indflydelse og karriere* (8). I forhold til specialets problemstilling og ud fra de oplysninger, der kan indsamles via *Folkenetværkets* hjemmeside, vurderes seks af de ovenstående motiver at være relevante at undersøge nærmere omkring potentialer og udfordringer i samarbejdet omkring foreningsarbejdet (7). Forståelsen af de seks motiver for frivillighed i relation til *Folkenetværket* i dette speciale er dermed inspireret af Habermanns dimensioner og er beskrevet i tabel 1 (8).

Tabel 1. Beskrivelse af de motiver for frivillighed, der undersøges i dette speciale

Motiv	Forståelse af motiv
Sagen	Dét at kæmpe for en sag. I dette tilfælde er sagen, at der mangler et tilbud til borgere, der efter endt forløb ved Aarhus Kommunes forebyggelsesforløb har brug for hjælp til at fastholde sunde vaner (7)
Værdi	Uegennyttige/altruistiske motiver. Der udføres frivilligt arbejde for at hjælpe andre og ikke ud fra den frivilliges egne behov
Læring	Ønske om at lære noget nyt. Dels om mennesker han/hun arbejder med/for, om organisationen (i dette tilfælde kommunen) og om sig selv. Dette motiv er både fagligt og følelsesmæssigt (selvudvikling)
Identitet	At øge sin selvrespekt ved at føle sig nyttig, ved at gøre en nødvendig indsats, som giver mening og identitet (handler dermed om den frivillige selv)
Indflydelse	Motiv om at få kontakter og status. Herunder mulighed for at kunne påvirke politiske beslutninger og få indflydelse i organisationen (i dette tilfælde kommunen)
Kammeratskab	Det sociale aspekt ved at udføre frivilligt arbejde sammen med andre

2.3 Partnerskaber i forebyggelsesarbejde

Med regeringens partnerskabsstrategi, præsenteret i indledningen, er det hensigten, at der både skabes nationale og lokale partnerskaber, hvoraf de nationale partnerskaber kan omfatte samarbejde mellem store virksomheder og organisationer, kommuner og fagforeninger, og de lokale partnerskaber kan omfatte færre aktører, der bidrager til udnyttelse af nærmiljøets ressourcer, for dermed at skabe forebyggelsesindsatser der påvirker danskernes hverdag i en sundere retning (1). Partnerskabet har som samarbejdsform været på den sundhedspolitiske agenda gennem en årrække, hvilket udspringer af det øgede fokus på folkesundhed som et fælles anliggende, der har eksisteret siden den daværende regerings folkesundhedsprogram *Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10* (10). En bred søgning i danske rapporter viser, at der findes eksempler på partnerskaber mellem forskellige typer af frivillige organisationer, typisk patientforeninger eller interesseorganisationer, og det offentlige, enten i form af enkelt-

kommuner eller nationale partnerskaber på tværs af mange kommuner (11). Ligeledes findes der eksempler på mindre partnerskaber, hvor enkeltpersoner enten på individplan eller i grupper deltager i kommunale indsatser. Eksempler herpå er de forskellige patientuddannelser, der blev etableret i forbindelse med strukturreformen i 2007² (2,12). Uddannelserne er bygget op således, at patienter med kronisk sygdom fungerer som undervisere sammen med sundhedsprofessionelle på forløbene for borgere med kronisk sygdom. Både sundhedsfaglig viden og erfaringsviden fra det levede liv med en kronisk sygdom indgår således i uddannelserne, som kan betegnes som et samarbejde mellem kommune og borgere, der indgår som frivillige aktører på individplan (2,12). Selvom der med dette eksempel udelukkende er tale om patientrettede forebyggelsesindsatser og ikke borgerrettede, synes erfaringer herfra anvendelige i forhold til at belyse potentielle problematikker forbundet med at inddrage erfarne borgere i forebyggende sundhedsindsatser som *Folkenetværket* (3). En kvalitativ evaluering af patientuddannelserne, der bygger på Lærings- og mestringsprincippet fra 2011 viser, at der både kan være styrker og udfordringer forbundet med at anvende erfarne patienter som undervisere (3). Styrken eksemplificeres blandt andet ved, at der ud fra den indsamlede empiri forekommer at være en fælles erkendelse blandt konceptets aktører om, at man ikke kan give viden og erfaring videre om en kronisk sygdom, hvis man aldrig selv har haft en sådan (3). Samtidig viser evalueringen blandt andet også, at samarbejdet med borgere, der gennemgår et rolleskift i forhold til at gå fra at være deltager til at arbejde sammen med de sundhedsprofessionelle som en slags 'semi'-professionel, kan være forbundet med potentielle udfordringer for de frivillige, der kan have betydning for samarbejdet (3). Denne form for professionalisering af borgere kan altså både have positive og negative implikationer. Men hvordan det ser ud, når borgere får en semi-professionel rolle i forhold til at udføre frivillige organisatoriske og ledelsesmæssige opgaver, er der derimod ikke fundet konkrete erfaringer med. Der vurderes dermed at mangle viden om de konkrete problematikker, der potentielt kan opstå, når kommuner 'lægger' styringsansvar over på frivillige. Dette understøtter et behov for at undersøge, hvorvidt de nævnte potentialer og udfordringer i forbindelse med professionalisering af borgere på samme måde kan siges at være til stede i organisatorisk og ledelsesmæssigt samarbejde, som det er tilfældet i *Folkenetværket*.

2.3.1 Internationale erfaringer

For at supplere den brede nationale søgning er der foretaget en systematisk søgning efter internationale erfaringer med samarbejde mellem offentlige instanser og lokale aktører i forebyggelses-

² 'Lær at leve med kronisk sygdom'-uddannelserne og Lærings- og mestringsuddannelserne (2,12)

indsatser (bilag 2). Den systematiske litteratursøgning er foretaget i udvalgte databaser med søgeord indenfor terminologien omkring sundhedsfremme, forebyggelse, partnerskaber og samarbejde (bilag 2). Der er blevet søgt på både kvantitative og kvalitative studier og alle de udvalgte artikler er oversigtsartikler over studier eller eksisterende litteratur, eller artikler baseret på interviews med ledende personer i partnerskaber (bilag 2). Efter gennemgang af de fremfundne artikler er fire artikler udvalgt til at belyse erfaringer med partnerskaber i relation til dette speciales problemfelt. De fire artikler er fra USA, Holland og Sverige. En oversigt over de fire artikler fremgår i tabel 2.

Tabel 2. Skematisk oversigt over de udvalgte artikler

Forfattere, udgivelsesår og land	Titel	Publicering [Tidskrift]	Studietype
Roussos & Fawcett <i>USA, 2000</i>	<i>A review of collaborative partnerships as a strategy for improving community health</i>	Annual reviews of Public Health	Review
Koelen, Vaandrager & Wagemakers <i>Holland, 2008</i>	<i>What is needed for coordinated action for health?</i>	Family Practice Advance Access, prints by Oxford University Press	Litteraturreview
Zakocs & Edwards <i>USA, 2006</i>	<i>What explains community coalition effectiveness?: a review of the literature</i>	American Journal of Preventive Medicine	Litteraturreview
Andersson, Bjärås, Tillgren & Östenson <i>Sverige, 2005</i>	<i>A Longitudinal Assessment of Inter-Sectoral Participation in a Community-Based Diabetes Prevention Programme</i>	Social Science and Medicine	Artikel baseret på interviews og dokumentanalyse

Der er i artiklerne generelt bred konvergens vedrørende bevæggrunde og motivation for at iværksætte partnerskaber i de kommunale forebyggelsesindsatser (13-16). I alle fire artikler beskrives partnerskabsstrategier som organisatorisk ramme for forebyggelsesarbejdet som en på mange måder *umiddelbar* værdifuld måde at gribe det forebyggende arbejde an på, hvilket udgør den generelle begrundelse i artiklerne for at undersøge styrker og udfordringer ved partnerskaber yderligere (13-16).

Der er ifølge flere af artiklerne oplevet en del udfordringer forbundet med at tilrettelægge forebyggelsesarbejdet på denne måde (13,15,16). Nogle af de aspekter ved samarbejde mellem aktørerne, som tilsyneladende kan være betydende for at skabe velfungerende partnerskaber og som derfor bør være fokus på at forebygge er opstillet i tabel 3. Faktorerne er inddelt i overordne-

de emner, som er fremkommet ved gennemgang af artiklerne. Referencerne til de enkelte overordnede emner ses i højre kolonne.

Tabel 3: Faktorer for velfungerende partnerskaber

Faktorer for velfungerende partnerskaber	Artikler
<p>Organisation:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Repræsentation af relevante parter ▪ Facilitering af sammenhængskraft ▪ Drevet af kommunen for at projektet kan blive en succes ▪ Delt ansvar mellem kommunen og de frivillige parter ▪ Kontraktlige aftaler med samarbejdspartnere 	<p><i>Koelen et al.</i> <i>Zakocs & Edwards</i> <i>Andersson et al.</i></p>
<p>Målsætning og handleplan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gennemsigtighed ▪ Klar vision og mission ▪ Relevant effekt/målsætning 	<p><i>Roussos & Fawcett</i> <i>Koelen et al.</i> <i>Zakocs & Edwards</i> <i>Andersson et al.</i></p>
<p>Ledelse:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stærkt lederskab (udviklende og støttende) ▪ Klar definition af roller ▪ Ansvarsfordeling 	<p><i>Roussos & Fawcett,</i> <i>Koelen et al.</i> <i>Zakocs & Edwards</i> <i>Andersson et al.</i></p>
<p>Kultur:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Effektiv og klar kommunikation ▪ Tillid ▪ Følelse af ejerskab og være med i teamet ▪ Engagement og aktiv deltagelse fra alle parter ▪ Opdyrkning af forskelligheder 	<p><i>Koelen et al.</i> <i>Zakocs & Edwards</i></p>
<p>Evaluering og monitorering:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dokumentation og løbende evaluering ▪ Systematisk monitorering 	<p><i>Roussos & Fawcett</i></p>
<p>Teknik og økonomi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Teknisk/organisatorisk hjælp og støtte ▪ Økonomisk sikring fra start 	<p><i>Roussos & Fawcett,</i> <i>Andersson et al.</i></p>

Det ses af tabellen, at de udfordringer, de internationale artikler omkring partnerskaber mellem frivillige aktører og sundhedsprofessionelle i det offentlige sundhedssystem viser, især er centreret omkring *organisering*, herunder *rollefordeling*, *ansvarsfordeling* og *målsætning* (tabel 3). Samtidig fremhæves også *kulturen* i samarbejdet som en vigtig faktor for, at engagement, energi og motivation fra begge parter kan fastholdes over tid (tabel 3). Artiklerne er med til at understøtte, at der i partnerskaber i forebyggelse eksisterer en kompleksitet, som ifølge de internationale erfaringer i høj grad hænger sammen med dét, at forskellige parter finder sammen i et samarbejde om en fælles interesse for befolkningens sundhed medbringende forskellige baggrunde, kulturer, mål og visioner. Der er ifølge de internationale erfaringer mange udfordringer og pro-

blemer, der kan gøre partnerskaberne uholdbare og ineffektive, men udfordringerne er samtidig centreret omkring faktorer, som måske kan undgås og forebygges, hvilket understøttes i alle artiklerne. Dette understøtter behovet for i dette speciale at undersøge, hvorledes erfaringerne omkring flere af disse udfordringer også opleves og erfares i dansk kontekst, konkret ud fra de involverede parterers oplevelser i samarbejdet om *Folkenetværket*.

2.4 Professionalisering af borgere – *betwixt and between*?

Professionaliseringen af borgerne i forbindelse med de eksisterende patientuddannelser kan som anført ovenfor medføre negative implikationer i forhold til, at borgerne indtager en ny rolle i en kontekst, hvor de tidligere havde en helt anden rolle. Ifølge den britiske antropolog Victor Turner kan denne overgang mellem to positioner eller roller medføre en form for identitetsforvirring, som kan betegnes som en vakuum-agtig følelse (17). For at få en dybere forståelse af, hvordan et sådant rolleskift kan føre til denne vakuum-følelse og derigennem potentielt have implikationer i forhold til samarbejdet med sundhedsprofessionelle, synes det relevant at belyse overgangen fra deltager på kommunens patientuddannelsesforløb til at indtage en professionaliseret rolle som med-underviser på uddannelserne. Håbet er, at denne belysning kan bidrage til at identificere, hvorvidt professionaliseringen i forbindelse med de frivillige i *Folkenetværket* kan tænkes at have lignende implikationer for de frivillige og for samarbejdet med de sundhedsprofessionelle. Med inspiration fra den kvalitative evaluering af patientuddannelser fra 2011, inddrages i denne belysning Turners analytiske bergreb *betwixt and between*, som kort præsenteres i det følgende.

2.4.1 *Betwixt and between*

Victor Turner har videreudviklet antropologen Arnolds van Genneps begreb om *liminalitet* fra 1908, der med henvisning til van Gennep er at forstå som den fase i et overgangsritual, der markerer den egentlige tærskelovertrædelse, når en person går fra at indtage én bestemt social position til en anden. Et eksempel herpå kunne være overgangen fra barn til voksen eller ritualer forbundet med overgangen fra liv til død (17). Turners videreudvikling af begrebet kan bidrage til forståelse af de menneskelige reaktioner, der kan opstå som følge af *liminale* erfaringer, herunder hvordan *liminale* overgange kan forandre og forme den enkeltes personlighed. I forbindelse med alle typer *liminale* overgange, kan der forekomme en midlertidig opløsning af sociale hierarkier, hvilket kan bidrage til udvikling og etablering af nye rutiner. Samtidig kan denne overgang også være karakteriseret af usikkerhed qua manglende følelse af kontinuitet og tryghed, da den enkel-

te befinder sig *mellem* konventioner, lovmæssigheder og rutiner – en tilstand Turner betegner som dét at være *betwixt and between* (17). Turners begreb om *liminalitet* og herunder dét at være *betwixt and between* anvendes som et analytisk begreb i problemanalysen med en formodning om, at disse kan bidrage til en forståelse af, hvilke potentielle problematikker man bør være særligt opmærksom på i forbindelse med professionalisering af erfarne borgere. Med andre ord anvendes begrebet som et kritisk perspektiv på professionaliseringen.

2.4.2 Professionalisering af borgere

I enhver form for kontekst, hvor en person skal indtage en ny rolle, vedkommende ikke er bekendt med eller tryk ved, er der sandsynlighed for, at en vis usikkerhed vil forekomme. Ikke blot grundet manglende rutine, men også i forhold til forvirring som følge af ændringer i identitetsfølelse og selvopfattelse, når et nyt felt eller en ny rolle indtages. I relation til patientuddannelserne er der ikke kun tale om, at de frivillige borgere indtager en ny og uprøvet rolle. Rolleskiftet kan også tænkes at forekomme ekstra markant og komplekst, idet faglighed i princippet er med til at definere rollen – en faglighed, som de frivillige ikke besidder fra starten, når de træder ind i rollen. Der kan i Turners terminologi siges at foregå en opløsning af sociale hierarkier, idet de går fra at være dem, indsatserne er møntet på, til at være med til at danne rammen for de andre deltagers forløb (17). Udfordringer forbundet med overgangen til den nye rolle viser sig også at vedrøre de frivillige erfarne borgers identitetsfølelse. Sideløbende med identitetsskiftet, der kan forekomme, og de følelser og reaktioner, det kan medføre for den enkelte borger, er omverdenens accept og respekt for den nye rolle også et essentielt objekt. Dette erfares af evalueringsrapporten, hvor de erfarne borgere blandt andet nævner, at overgangen fra én social position til en anden kan medføre, at de føler sig udenfor fællesskabet, som i den specifikke kontekst er relateret til de andre borgere, der er kronisk syge, men som ikke har status som *erfaren patient* (3). Der er altså tale om, at de erfarne patienter på patientuddannelsesforløbene i en vis grad identificerer sig som semi-professionel, der arbejder sammen med de sundhedsprofessionelle, men samtidig ønsker at være en del af deltagerne fællesskab og dermed kan det opfattes således, at de stadigvæk også identificerer sig selv som patienter, der går på patientuddannelse for at få hjælp til at håndtere sygdom. Med andre ord befinder de *erfarne* patienter sig i et vakuum mellem to positioner, hvor kategoriseringen af at være en *erfaren patient* synes at klæbe sig fast til borgerne, på trods af, at de ikke kun ønsker at identificere sig med denne rolle, men samtidig også føler sig som *almindelig patient* (3). Dette vakuum kan sammenlignes med *liminalfasen* og følelsen af at være *betwixt and between*, da borgerne på den ene side har løsrevet sig fra en rolle, der dog stadig

klæber sig fast til dem, og på den anden side ikke føler sig som en del af det professionelle fællesskab, de med den nye rolle skulle være en del af.

Professionalisering er ligeledes et omdrejningspunkt i Maarten de Wits afhandling fra 2014, hvor det fremgår, at kvalitetsforbedringer af sundhedsvæsenets ydelser ikke er mulige uden inddragelse af hverdagslige erfaringer og viden fra de patienter, der skal profitere af ydelserne (18). Selvom afhandlingen omhandler patienter med gig, og inddragelse af patienter i forskning såvel som behandling af gig, fremgår det, at konceptet omkring inddragelse og deltagelse af patienter ikke er entydigt defineret - særligt ikke, når det handler om rollefordeling og arbejdsopgaver mellem patienter og professionelle (18). Derfor synes afhandlingens resultater anvendelige i forhold til at anlægge et kritiskperspektiv på professionalisering i forhold til problemstillingen i dette speciale. De Witt fremhæver blandt andet, at manglende respekt for og anerkendelse af betydningen af de erfarne patienters erfaring og viden fra de professionelles side kan gøre patienterne usikre og generte (18). Patienter risikerer i takt med stigende professionalisering ligeledes at føle sig fremmedgjorte, idet de sideløbende med indføring i de professionelles jargon og rutiner, bevæger sig længere og længere væk fra deres egen livsverden og kontakten med deres medpatienter (18). Dette kan relateres til det ovenfor beskrevne vakuum, der ifølge Turner kan angive en *liminal* fase mellem forskellige positioner eller roller.

Det synes relevant at undersøge, hvorvidt ovenstående erfaringer omkring problematikker i forbindelse med de eksisterende patientuddannelser også gør sig gældende i forhold til skiftet fra at være deltager på forebyggelsesforløb ved Folkesundhed Aarhus til at indtage en styrende og organiserende rolle i *Folkenetværkets* drift. I denne undersøgelse synes Turners *betwixt and between* centralt i forhold til at belyse netop, hvorvidt og eventuelt hvordan de frivillige i *Folkenetværket* oplever overgangen fra at være deltager til at være bestyrelsesmedlem, hvorfor det analytiske begreb også indgår i specialets empiriske undersøgelse og design heraf.

2.5 Anerkendelse og ligeværd i samarbejde

Eftersom samarbejdet mellem frivillige og sundhedsprofessionelle er det centrale genstandsfelt i forhold til *Folkenetværket*, synes en bredere belysning af de centrale aspekter relateret til samarbejdet at være en nødvendighed i forhold til at kunne designe specialets empiriske undersøgelse så fokuseret som muligt. Generelt må anerkendelse af og respekt for andre mennesker anses som bidragende til at udgøre en normativ, værdimæssig grundsten i alle mellem menneskelige relatio-

ner. Når mennesker indgår i et samarbejde, det være sig både i privat og professionelt regi, kan anerkendelse altså forventes at være en *betingelse* for, at samarbejdet fungerer. Ulla Habermann betoner betydningen af, særligt at anerkende frivillige i deres indsats for en sag, med begrundelsen om, at det afhængigt af den enkeltes motiv for at indgå i frivilligt arbejde har stor betydning for, hvordan han eller hun oplever tilfredsstillelse ved at få sit motiv indfriet (jf. afsnit 2.2.1)(8). Anerkendelse kan på baggrund af dette antages at have betydning, både for hvordan samarbejdet fungerer og for den frivilliges engagement i samarbejdet samt for sagen i det hele taget. Ifølge den tyske professor og filosof Alex Honneth må et individ anerkendes på flere forskellige niveauer i livet, for at erhverve sig *selvtillid*, *selvagtelse* og *selvværd* (19). Disse selvforhold kan formodes at være grundlæggende for især de frivillige borgere i *Folkenetværket* i forhold til at indgå i et *ligeværdigt samarbejde* med sundhedsprofessionelle, som tidligere har fungeret som en autoritet for borgerne, og som nu på en måde skal være en *ligeværdig* samarbejdspartner. Med afsæt i Honneths *anerkendelsesteori* synes det relevant at belyse anerkendelsens betydning for de frivillige i forhold til deres tilgang til samarbejdet om *Folkenetværket*. I det følgende indledes med en kort præsentation af Honneth og hans *anerkendelsesteori*.

2.5.1 Honneth om anerkendelse

Ifølge Honneth kan anerkendelse som fænomen differentieres ud i tre forskellige anerkendelsesfæres *privatsfæren*, den *retslige sfære* og den *solidariske sfære*. Anerkendelse inden for hver sfære udgør et trin i individets udvikling, og for at kunne udvikle sin personlige identitet til fulde, må individet erfare alle former for anerkendelse (19). I *privatsfæren* kommer den emotionelle anerkendelse til udtryk i form af kærlighed og venskab. Dermed adskiller denne sfære sig fra de øvrige sfæres, i og med denne anerkendelsesform skaber den grundlæggende forudsætning for, at individet bliver i stand til at udtrykke sig og agte sig selv, som et menneske, der er i stand til at indgå i nære fællesskaber og samfundsmæssige forhold (19). Anerkendelse i den *retslige sfære* kommer til udtryk gennem lovmæssige relationer, der foreskriver de rettigheder, som individet har positiv adgang til, såsom velfærdsstatens goder. Med denne form for anerkendelse bliver individet bevidst om sig selv som en moralsk duelig person, der er sikret de grundlæggende muligheder for at realisere sin autonomi (19). I den *solidariske sfære* sker anerkendelse i form af individets deltagelse og positive engagement i det situerede fællesskab. I dette fællesskab og med denne form for anerkendelse, kan individet genkende sig selv og anerkendes for sine særegne og unikke træk (19). Hvis ikke individet anerkendes på det individuelle plan kan det føre til tab af tillid til omverden og social skam samt tab af selvagtelse og selvværd. Disse krænkelserformer

danner udgangspunkt for individets kamp for og stræben efter anerkendelse (19). Derfor er den gensidige anerkendelse grundlaget for menneskelig udvikling og bør udøves i alle sociale sammenhænge, hvormed *anerkendelsesteorien* danner fundament for udøvelsen af ligeværdigt samarbejde og demokrati (20).

Til at indkredse og afgrænse problemfeltet i dette speciale synes særligt den *solidariske sfære* relevant til at belyse samarbejdet mellem frivillige og sundhedsprofessionelle i etableringen af *Folkenetværket*. Anerkendelse i den *solidariske sfære* sker i relation til grupper, fællesskaber eller samfund, og kommer til udtryk i individets deltagelse og positive engagement i det situerede fællesskab, som i dette speciale udgøres af samarbejdet i *Folkenetværket* mellem de frivillige og de sundhedsprofessionelle. I dette fællesskab og med denne form for anerkendelse, anerkendes individet for sine særegne og unikke træk - herunder særlige livsforløb, funktioner eller præstationer, der er med til at reproducere samfundet (19). De frivillige i *Folkenetværket* besidder deres sygdomshistorik eller erfaring med at arbejde med egen livsstil, nogle ganske særlige kvaliteter i forhold til at indgå i samarbejde med de sundhedsprofessionelle. For disse særlige kvaliteter bør de frivillige anerkendes, for at de kan udvikle deres personlige identitet til fulde - både af hinanden og af de sundhedsprofessionelle. Denne anerkendelse går begge veje, og gælder også de sundhedsprofessionelle. Ifølge Honneth skal såkaldte hierarkiske ordninger i samfundet indtage en mere horisontal position, der netop giver mulighed for, at samfundets individer kan indgå i ligeværdige intersubjektive, symmetriske relationer (19). Og netop dette såkaldte ligeværdighedsprincip - eller fælles værdihorisont, som Honneth beskriver, synes at lægge sig op ad den tanke, der formodes at ligge til grund for etableringen af *Folkenetværket*. Anerkendelse er ifølge Honneth altid forudsat af intersubjektive forhold - det vil sige af individets relation til omverden (19). Derfor tilføjer Honneths *anerkendelsesteori* et interpersonelt perspektiv til den teoretiske og begrebsmæssige skabelon i denne problemanalyse, hvor genstanden for problemfeltet, som beskrevet tidligere, kan siges at være af relationel karakter, nemlig samarbejdet mellem frivillige aktører og sundhedsprofessionelle.

Når frivillige aktører og sundhedsprofessionelle i *Folkenetværket* skal samarbejde, synes det relevant at have for øje, at deres forudsætninger for at indgå i samarbejdet *kan* være markant forskellige. Mens de frivillige i *Folkenetværket* formodes at bidrage med erfaringsviden, bidrager de sundhedsprofessionelle med en sundhedsfaglig viden. Og netop denne balancegang mellem inddragelse af erfaring og faglighed synes essentiel i forhold til at sikre ligeværdighed i sam-

bejdet, hvilket er i tråd med den kvalitative evaluering af patientuddannelserne fra 2011, hvor ligeværdigt samarbejde ligeledes vurderes at være et kernebegreb (3).

Lilly og Svend Erik Jensen påpeger i deres bog om det ligeværdige samarbejde mellem borgere og sundhedsprofessionelle, at ligeværdigt samarbejde ikke kun handler om høflighed og respekt, som tidligere er beskrevet som normative værdier for almindelige mellemmenneskelige relationer (20). Ifølge Jensen & Jensen omfatter et ligeværdigt samarbejde: *ligeværdig behandling af samarbejdspartnerne, rammerne og ydelsernes form skal fremme ligeværdighed og processen ved levering af ydelserne skal opleves ligeværdigt* (20). Der er altså tale om, udover den menneskelige relation, at organiseringen, arbejdstilrettelæggelsen, faglige færdigheder og samarbejdsformer alle er aspekter, der kan være med til at forme et ligeværdigt samarbejde (20). Disse aspekter lægger sig tæt op ad de fokuspunkter, der i gennemgangen af den internationale litteratur viste sig som relaterede til at opnå velfungerende partnerskaber mellem frivillige og det offentlige system (jf. afsnit 2.31).

Det ligeværdige samarbejde i det situerede fællesskab, *Folkenetværket*, er med henvisning til Honneth betinget af gensidig anerkendelse (19). Derfor synes det vigtigt, at de frivillige aktører i *Folkenetværket* anerkendes for deres særlige livsforløb, og dermed de erfaringer de har med i bagagen. De sundhedsprofessionelle må naturligvis også anerkendes af de frivillige for deres positive engagement i *Folkenetværket*, og herunder deres faglige viden og de kompetencer, de besidder i forhold til rent organisatorisk at bidrage til at sætte initiativer i værk (20).

For at få en dybere forståelse af, hvordan det ligeværdige samarbejde opleves og udfoldes i den konkrete case, *Folkenetværket*, synes det med afsæt i Honneths *anerkendelsesteori* relevant ud fra specialets empiriske undersøgelse at belyse samarbejdet mellem frivillige og sundhedsprofessionelle yderligere. Dette forventes at kunne bidrage med en viden om, hvordan henholdsvis frivillige og sundhedsprofessionelle i *Folkenetværket* i praksis anerkender hinanden og vægter ligeværdighed i samarbejdet, således det herudfra kan diskuteres, hvordan de bedst mulige forudsætninger for et velfungerende samarbejde i et tiltag som *Folkenetværket* i et udviklingsperspektiv kan tilrettelægges.

2.6 Afgrænsning

Der er i problemanalysen både fremlagt potentialer og potentielle udfordringer i forhold til partnerskaber mellem frivillige og kommuner i forebyggelsesarbejdet. Ud fra et kritisk perspektiv er potentielle udfordringer blevet belyst ved hjælp af både eksisterende empiri samt teori, med henblik på at få en dybere forståelse af, hvilke konkrete aspekter af samarbejdet mellem frivillige og sundhedsprofessionelle, der mangler viden om og dermed forekommer nødvendige at indsamle yderligere empirisk viden om.

Den enkelte frivilliges motiver for at udføre frivilligt arbejde vurderes at kunne bidrage til en forståelse af de udfordringer, der ud fra problemanalysen potentielt kan opstå i samarbejdet mellem frivillige og sundhedsprofessionelle, hvorfor dette aspekt søges yderligere undersøgt ud fra specialets indsamlede empiri.

Ud fra en bred søgning efter danske erfaringer med partnerskaber mellem frivillige og kommuner står det klart, at den eksisterende viden om sådanne partnerskaber i dansk regi begrænser sig til at være relateret til patientuddannelser. Erfaringerne herfra anvendes som retningsgiver for undersøgelse af problemfeltet, men der mangler viden om de erfarede problematikker i forhold til indsatser som *Folkenetværket*, hvor frivillige varetager organisatoriske og ledelsesmæssige opgaver, fremfor at indgå som erfarne borgere i rollen som med-underviser på patientuddannelserne. Dette understøtter et behov for at undersøge, hvorvidt de erfarede problematikker også gør sig gældende i *Folkenetværket*.

En gennemgang af udenlandske erfaringer med partnerskaber mellem frivillige og det offentlige sundhedssystem viser, at der netop på områderne omkring *organisering* og *ledelse* er belæg for at være særligt opmærksom i forhold til at skabe velfungerende partnerskaber. Disse erfaringer kan relateres til *Folkenetværket*, hvor særligt *rolle-* og *ansvarsfordeling* mellem de frivillige og de sundhedsprofessionelle synes relevant at få belyst nærmere. Derfor vil dette indgå eksplicit som et tema i af den empiriske undersøgelse.

De belyste udfordringer relateret til professionalisering af borgere erfaret i forbindelse med patientuddannelserne, kan tænkes også at være gældende for samarbejdet i *Folkenetværket*. Særligt udfordringer forbundet med rolleskiftet mellem at være borger på kommunens forløb til at få en styrende rolle i *Folkenetværket* synes interessante at få belyst nærmere, med Turners begreb *betwixt and between* som analytisk referenceramme. Dette begrundes med, at potentielle udfordrin-

ger på dette punkt kan tænkes at have implikationer for den enkelte borgers identitetsfølelse og tilgang til samarbejdet med de sundhedsprofessionelle. Netop dette samarbejde vil udgøre genstandsfeltet for den empiriske undersøgelse. I den forbindelse synes blandt andet Honneths *anerkendelsesteori* berigende til at tydeliggøre, hvilken betydning anerkendelse på flere niveauer kan have for samarbejdet mellem frivillige og sundhedsprofessionelle. Et indblik i, hvorvidt henholdsvis frivillige og sundhedsprofessionelle i *Folkenetværket* anerkender hinanden og vægter det ligeværdige samarbejde, kan bidrage med at belyse, hvordan de bedst mulige forudsætninger for et ligeværdigt samarbejde i et tiltag som *Folkenetværket* skabes.

2.7 Problemformulering

Dermed afgrænses problemfeltet således, at følgende fire temaer: *Motiver for frivillighed*, *Organisering (rolle- og ansvarsfordeling)*, *Rolleskift (betwixt and between)* og *Anerkendelse i samarbejdet* tilsammen vil udgøre den tematiske ramme for specialets empiriske undersøgelse med udgangspunkt i *Folkenetværket* som case. Problemformuleringen for specialet lyder dermed:

Hvilke aspekter relateret til samarbejdet mellem frivillige og sundhedsprofessionelle kan på baggrund af de involverede parter oplevelser have betydning for et partnerskab som Folkenetværket?

Hvordan kan erfaringerne fra Folkenetværket anvendes til at skabe forudsætninger for velfungerende partnerskaber mellem frivillige og kommuner i forebyggelsesarbejdet?

2.7.1 Uddybning af problemformulering

Med *aspekter* i problemformuleringens første del henvises til faktorer, der er relateret til såvel potentialer som udfordringer i forbindelse med samarbejdet mellem frivillige og sundhedsprofessionelle i *Folkenetværket*. I sidste del af problemformuleringen anvendes termen *velfungerende*, som skal opfattes som en betegnelse for partnerskaber, hvor begge parter får det ud af samarbejdet, som de ønsker og at samarbejdet samtidig opfylder det behov, det er initieret af. Derudover er det velfungerende samarbejde kendetegnet ved ligeværd mellem parterne (jf. afsnit 2.5).

Første del af problemformuleringen søges besvaret gennem analyse af indsamlet empiri, mens en diskussion af analyseresultaterne vil danne udgangspunkt for besvarelse af sidste del af problemformuleringen, som udgør et udviklingsperspektiv i specialet.

2.8 Begrebsafklaring

Med inspiration fra Det Nationale Forskningscenter for Velfærds definition af frivilligt arbejde, defineres frivillige i dette speciale, som personer, der gør noget for andre udenfor vedkommendes familie og vennekreds (9). Det arbejde, som frivillige udfører, er ulønnet og den frivilliges engagement ligger ikke under for nogen former for tvang. Når frivillige i dette speciale omtales i forbindelse med *Folkenetværket*, henvises der til de frivillige, der er medlem af foreningens bestyrelse. De frivillige i dette speciale har alle erfaring med deltagelse i enten patient- eller borgerrettede forløb hos Folkesundhed Aarhus. De sundhedsprofessionelle aktører defineres i denne sammenhæng, som personer med uddannelsesmæssig baggrund inden for det sundhedsfaglige felt og som er ansat ved Folkesundhed Aarhus.

Samarbejde kan med henvisning til Jensen & Jensen defineres som "en fælles anstrengelse for at løse en opgave, der kun kan løses ved fælles hjælp". Hermed henviser begrebet i dette speciale til fælles diskussion, fælles målsætning og samhandlen frivillige borgere og sundhedsprofessionelle imellem (20). Når der i specialet anvendes termen 'inddragelse' af frivillige borgere, er det relevant at understrege, at en pacificering af den frivillige ikke er hensigten hermed. 'Inddragelse' af frivillige henviser i den konkrete situation til, at frivillige *indgår i et samarbejde* med kommunen, hvilket både gælder i forhold til de frivillige i *Folkenetværket* og i en bredere omtale af frivilligt arbejde i specialet.

Som det fremgår af Sundhedsloven, indebærer den borgerrettede forebyggelse i kommunerne såvel forebyggelses- som sundhedsfremmeindsatser (21). Når der i dette speciale henvises til kommunale forebyggelsesindsatser eller forebyggelse generelt, indbefatter det derfor i tråd med Sundhedslovens definition ligeledes sundhedsfremmeaspektet.

3. Et casestudie

Som beskrevet i problemanalysen tages der i dette speciale udgangspunkt i en case, *Folkenetværket*. Ved at anvende et casestudie opnås ifølge Brinkmann og Tanggaard den mest avancerede forståelsesform af det undersøgte fænomen, hvor forudfattede meninger vil vige for mere komplekse (22). Et mere nuanceret syn på virkeligheden kan derfor opnås, da casestudier er tæt forbundet med virkelige situationer og er velegnet til at indfange sociale processer, herunder individers udviklingsprocesser (22,23). Ifølge Antoft & Simonsen repræsenterer valget af en case en hypotese om, at casen er repræsentant for en mere generel sammenhæng eller et særligt fænomen. Ligeledes præciseres det, at et studie af en case kun giver mening, hvis den undersøgte case kan opfattes som en del af en større social virkelighed, hvor casen på den måde undersøges ud fra enten et empirisk eller teoretisk afsæt i en kontekst, hvor der sker en social organisering (24). I dette speciale udgør casen en social organisering i form af en forening som viderefører patient- og borgerrettede forebyggelsestiltag, styret af frivillige borgere i kommunalt regi.

3.1 Teorifortolkende casestudie

I problemanalysen er forskellige aspekter af dét at lade frivillige indgå i partnerskaber med kommunen omkring forebyggelsesindsatser blevet belyst ud fra både eksisterende empiri og med teori, som er fundet interessant at belyse partnerskabsaspektet ud fra, herunder Turners analytiske begreb *betwixt and between* og Honneths *anerkendelsesteori* (jf. Afsnit 2.4, 2.5). På baggrund heraf er fire temaer for specialets empiriske undersøgelse fremanalyseret, som vil være gennemgående i de metodiske valg og analysen i specialets empiriske undersøgelse (jf. afsnit 2.6). Dermed anvendes casen både til ved brug af teori at afgrænse genstandsfeltet for undersøgelsen, til at generere og bearbejde empiri teoretisk og til at skabe en teoretisk ramme for analyse af empirien. Samtidig er formålet med specialet ikke at generere nye teorier eller videreudvikle eksisterende teori, men derimod at generere ny empirisk viden omkring, hvordan de teoretisk belyste aspekter af genstandsfeltet opleves af de involverede parter i *Folkenetværket*. Ifølge Antoft & Simonsen betegnes denne brug af case og teori som et *teorifortolkende casestudie* (24).

3.1.1 Valg og brug af teori i det teorifortolkende casestudie

Forud for valget af det teorifortolkende casestudie som forskningsstrategi er der foretaget overvejelser omkring brugen af teori i forbindelse med brug af en case som *Folkenetværket*. Der er

valgt teori ud fra, hvad der forventes at kunne give den bedst mulige belysning af specialets indsamlede empiriske materiale (24). Valg af teori kan ifølge Antoft & Simonsen også kvalificeres ved at være opmærksom på, om specialets problemstilling og genstandsfelt bevæger sig på et mikro-, meso- eller makroniveau (24). Problemstillingen og teori til belysning heraf bør som udgangspunkt bevæge sig på samme niveau som i fortolkningen af empirien i casestudiet. Set i det lys vil konkrete, afgrænsede problemstillinger på et mikroteoretisk niveau ofte kunne belyses med én eller få teorier til belysning af et socialt fænomen i relationen mellem mennesker, hvorimod brede og abstrakte problemstillinger oftest kræver inddragelse af flere teorier til at belyse flere perspektiver af problemstillingen, altså et makroteoretisk perspektiv (24). I dette speciale bevæger problemstillingen sig på flere niveauer, men den del af problemformuleringen, der søges besvaret gennem specialets empiriske undersøgelse bevæger sig på et mikroteoretisk niveau, hvortil valget af Honneths *anerkendelsesteori* suppleret med Turners analytiske begreb *betwixt and between* er valgt. Problemformuleringens anden del bevæger sig ind på et bredt og mere samfundsrelateret niveau, og hermed et makroniveau, hvorfor det i besvarelsen heraf er hensigtsmæssigt at inddrage flere perspektiver til at diskutere resultaterne af den empiriske undersøgelse ud fra et udviklingsperspektiv. Netop udviklingsperspektivet giver i relation til valget af casestudiet som forskningsstrategi, anledning til at diskutere generaliserbarheden af et casestudies resultater.

3.2 Generalisering af casestudier

Bag valget om at udarbejde undersøgelsen ud fra en case-specifik kontekst ligger en forventning om, at genstandsfeltet for undersøgelsen, kan anvendes i et bredere perspektiv på sociale fænomener (24). Disse sociale fænomener kan være lignende forebyggelsesindsatser, hvor frivillige indgår i organiseringen og etableringen af tilbud til borgere i landets kommuner, hvorom specialets udviklingsperspektiv blandt andet centrerer. Casestudier kritiseres ofte for, at det ikke er muligt at vurdere, om deres resultater har en generel gyldighed (24). Dette kan synes problematisk i forhold til at anvende casestudiet som forskningsstrategi i dette speciale, da sidste del af problemformuleringen som beskrevet omhandler et udviklingsperspektiv, hvor en vis grad af generaliserbarhed ligger implicit i forståelsen (jf. afsnit 2.7). Det vurderes dog med baggrund i Antoft & Simonsens fremstilling af begrebet *analytisk generalisering*, at generalisering af en case kan foretages gennem en proces, hvor slutninger dannes ved at sammenkæde enkelte dele af de empiriske fund med de teoretiske forestillinger. I teorifortolkende casestudier knyttes generalisering

til en testning af implikationer, der er afledt af teorien, hvilket i denne empiriske undersøgelse vil være centreret omkring testning af de udfordringer, der ifølge den teoretiske og empiriske belysning i problemanalysen kan være forbundet med de afgrænsede fire temaer i undersøgelsen samt med potentielt nye opdagede aspekter, som kan udgøre nye temaer i analysen (24). Det vurderes, at de dimensioner og sammenhænge, der findes i testningen af implikationerne i den teoretiske analyse af empirien kan anvendes til at diskutere, hvorvidt disse kan genfindes i andre lignende cases (24). På den måde forventes resultaterne af undersøgelsen at kunne fungere som udgangspunkt for udvikling af anbefalinger for samarbejdet i partnerskaber, der udvikles på et *lignende grundlag*, som det aktuelle i dette speciales case, *Folkenetværket* i Aarhus Kommune.

3.3 Præsentation af den anvendte case

Folkenetværket er en forening stiftet af Aarhus Kommune i samarbejde med frivillige borgere, på baggrund af et ønske om og behov for at bibeholde det sociale netværk, der skabes på de borger- og patientrettede forebyggelsesforløb ved Folkesundhed Aarhus (jf. afsnit 2.1). Det er ikke et projekt, der kører i en fastsat periode, men en forening, som kontinuerligt skal eksistere som et socialt netværk, der samtidig fungerer som brobygning til foreningsliv og andre arenaer, der kan fremme mulighederne for, at borgerne kan fastholde den opnåede sundhedsadfærd og livsstil.

Med henblik på at undersøge aspekterne fra problemanalysen omkring partnerskaber mellem frivillige borgere og det offentlige sundhedsvæsen, tages der i dette casestudie empirisk udgangspunkt i bestyrelsen for *Folkenetværket*, som består af syv personer (25). Bestyrelsen omfatter henholdsvis én sundhedsfaglig repræsentant fra Folkesundhed Aarhus, én medicinstuderende, der inddrager bestyrelsesarbejdet i sit praktikforløb og fem frivillige borgere, hvoraf to af dem har deltaget på Sund Livsstils-forløb og tre af dem lider af kronisk sygdom og derfor har deltaget på patientuddannelsesforløb ved Folkesundhed Aarhus. Der har i etableringsperioden været en udskiftning i bestyrelsen, da den ansatte ved Folkesundhed Aarhus fik nyt job og en ny medarbejder derfor overtog funktionen. Der afholdes bestyrelsesmøde i foreningen hver måned.

Foreningen blev vedtaget ved en stiftende generalforsamling i november 2013 og er dermed stadig i en opbyggende fase (7). Dermed er arbejdet med at hverve medlemmer også i en opstartsfasen. To af bestyrelsens medlemmer deltager som led i arbejdet med at få foreningens eksistens kommunikeret ud til målgruppen på de afsluttende mødegange på alle forløb ved Folkesundhed

Aarhus. Derudover er der oprettet en hjemmeside samt en facebookside med henblik på at udvide kendskabet til foreningen.

Foreningen drives næsten udelukkende af frivillige, idet den ansatte ved kommunen kun er tildelt få timer månedligt til at bistå de frivillige i bestyrelsesarbejdet. Den ansattes rolle er primært at fungere som bindeled mellem de frivillige borgere og kommunen i forhold til økonomiske, praktiske og logistiske faktorer, relateret til de forskellige aktiviteter i foreningen. Alle aktiviteter arrangeres og varetages af de frivillige. Bestyrelsen har i et forsøg på at udvide mulighederne for igangsættelse af aktiviteter, ansøgt om økonomisk støtte hertil ved Aarhus Kommune gennem § 18³, som er beregnet til dette formål. Ansøgningen er på nuværende tidspunkt ikke blevet behandlet, og alle aktiviteter er derfor begrænset af et økonomisk aspekt.

³ § 18: Kommunerne skal jf. Serviceloven samarbejde med frivillige sociale organisationer og foreninger og årligt afsætte et beløb til støtte af det frivillige sociale arbejde (26).

4. Sundhedssyn

Inden for folkesundhedsvidenskaben eksisterer mange tilgange til arbejdet med sundhed. Overordnet er der tale om forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsindsatser, som alle har som mål at fremme den enkelte borgers sundhed og helbred – og i et større perspektiv dermed også den samlede befolknings sundhed og helbred. Nogle af de spørgsmål, der opstår i forhold til relationen mellem individ og samfund inden for folkesundhedsvidenskab og sundhedspolitik er, hvor ansvaret for den enkelte borgers sundhed skal placeres og hvem der skal bestemme, hvad sundhed for den enkelte betyder.

Diskursen omkring sundhed inden for folkesundhedsvidenskaben og forebyggelsesarbejdet er kompleks. Målet med det kommunale forebyggelsesarbejde er sunde, glade og raske borgere, men måden hvorpå borgerne skal opnå sundhed, trivsel og godt helbred defineres af udefrakommende i form af sundhedsvæsenet og sundhedsprofessionelle blandt andet med henvisning til Regeringens nationale sundhedsmål og forebyggelsespakker (1). World Health Organisations' (WHO) sundhedsbegreb fra 1948 eksemplificerer denne måde at opfatte sundhed, idet sundhed ifølge WHO defineres bredt som værende mere end fravær af sygdom, herunder inddrages også faktorer som fysisk, mental og social trivsel (27). Definitionen vægter trivsel på lige linje med godt helbred, men hvem der skal bestemme, hvad sund fysisk, mental og social trivsel er eller hvordan det opnås er ikke defineret. Når regering, sundhedsvæsen eller sundhedsprofessionelle anvender et defineret sundhedsbegreb som WHO's, er det givet, at definitionen er almen gyldig og skal opfattes som en form for sundhed alle borgere bør stræbe efter. Dermed antydes det, at det er dén opfattelse af sundhed, der er den sande definition af sundhed. Denne naturvidenskabelige opfattelse af, at der findes én sandhed om sundhed kan ifølge Steen Wackerhausen defineres som en form for sundhedsfundamentalisme (28). Ifølge Wackerhausen kan definitionen af sundhed også opfattes som værende ikke alment gyldigt, og der dermed ikke kun findes én sandhed. I denne betydning af sundhed forstås, at sundhed som fænomen er foranderligt og formes med baggrund i kultur, historie og geografi (27). På baggrund af sociale interaktioner og ud fra overbevisninger og præferencer definerer den enkelte borger i denne forståelse selv, hvad sundhed er. Denne opfattelse kan ifølge Wackerhausen defineres som sundhedsrelativisme (27).

Inden for folkesundhedsvidenskab arbejdes der som beskrevet ovenfor med et mål om at fremme den enkelte borgers sundhed og helbred – og i et større perspektiv dermed også den samlede be-

folknings sundhed og helbred. Dermed kan der argumenteres for, at folkesundhedsvidenskaben opererer i et rum mellem begreberne sundhedsfundamentalisme og sundhedsrelativisme, der kan anvendes til at forklare det modsætningsfulde forhold, der opstår mellem opfattelsen af, at sundhed kan defineres generelt og at sundhed bør defineres af den enkelte selv (27). I folkesundhedsarbejdet sker der en vekselvirkning mellem de to modpoler i opfattelsen af sundhed, hvor hensyntagen til individets værdier, livsbetingelser samt fysiske og psykiske handlefærdigheder på den ene side udgør essensen i sundhedsarbejde, og hvor et fast defineret almen gyldigt sundhedsbegreb, der muliggør nationale standarder for sundhedsfremme og forebyggelsesindsatser på den anden side fremstår som udgangspunktet for folkesundhedsarbejde. Hermed ses også et dualistisk forhold mellem pligtetikken og hensynet til individets rettigheder og ansvar på den ene side og nytteetikken på den anden side med devisen 'mest mulig sundhed for flest mulige mennesker'. Dette forhold medvirker til, at en positionering et sted imellem sundhedsrelativisme og sundhedsfundamentalisme kan synes oplagt, når der, som i dette speciale, arbejdes ud fra et folkesundhedsmæssigt perspektiv og et bredt sundhedssyn, hvor ansvaret for den enkeltes sundhed både tilfalder individet, men også i høj grad samfundet og de sundhedsprofessionelle, der har etisk mandat til at arbejde med at skabe de bedst mulige rammer for, at borgeren kan varetage egen sundhed. Dermed arbejdes der i dette speciale ud fra en holdning om, at den enkelte borger selv er medbestemmende for, hvordan sundhed og helbred defineres ud fra den pågældende borgers livsverden og kontekst. Samtidig forudsættes det, at en vis grad af sundhedsfundamentalisme fra sundhedsvæsen og sundhedsprofessionelle er uundgåelig i forbindelse med sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser, hvor målet netop er at forbedre borgernes sundhed, trivsel og helbred, ud fra sundhedsfaglige vurderinger af, på hvilke områder borgernes sundhed kan forbedres.

5. Videnskabsteori og metode

I dette afsnit gøres der rede for den videnskabsteoretiske ramme for udarbejdelsen af dette speciale, herunder de metodiske valg. I afsnittet synliggøres de styrker og svagheder, som de forskellige valg og fravalg, der er foretaget undervejs, kan medføre. Samtidig søges der ved at beskrive arbejdsprocesserne tydeligt gennemsigthed i undersøgelsen, hvilket synes afgørende for troværdigheden af undersøgelsens resultater (22).

5.1 Videnskabsteoretisk referenceramme

Valg af teoretisk og begrebsmæssig referenceramme i problemanalysen, som også har betydning for den empiriske undersøgelses metode og design, er foretaget ud fra en videnskabsteoretisk ramme, defineret ud fra et kritisk, teoretisk perspektiv. Kritisk teori profilerer sig blandt andet ved at stå i paradigmatisk kontrast til den positivistiske videnskabsforståelse, særligt i forhold til positivismens opfattelse af viden som målbar og identificeret ved lovmæssigheder, der medfører forudsigelighed (22). Denne opfattelse af, at al viden kan måles og defineres, skinner igennem i opfattelsen af, at sundhed kan defineres som et alment gyldigt begreb, som beskrevet ovenfor (jf. afsnit 4). Sundhedssynet i dette speciale udtrykker en tilgang til arbejdet med sundhed, som stiller sig kritisk over for denne forståelse af viden og dermed også forståelse af, hvad sundhed er, hvilket valget af kritisk teori som videnskabsteoretisk referenceramme for specialet er med til at understrege.

Det kritisk, teoretiske perspektiv er ikke at forstå som en bestemt metode eller fremgangsmåde, men nærmere et *teoretisk refleksionsrum*, som der i arbejdet med specialets empiriske materiale konstant søges dialog med (22). Denne dialog sætter ind allerede under indkredsning og afgrænsning af specialets problemstilling, i konceptualiseringen af problemstillingen i form af specialets problemformulering, i identifikation af relevante temaer i analysen af det empiriske datagrundlag samt afslutningsvis i forhold til at placere analysen i et større samfundsmæssigt og udviklingsorienteret perspektiv (22). Det kritiske perspektiv viser sig allerede i indledningen af specialet, ved at forfatterne stiller kritisk spørgsmålstejn ved den initierende forforståelse om, at inddragelse af frivillige i forebyggelsesarbejdet må udgøre et stort potentiale (jf. afsnit 1). Med andre ord er specialet bygget op omkring en kritisk belysning af, hvorvidt inddragelse af frivillige udelukkende er forbundet med potentialer, som opvejer enhver form for problematikker og

udfordringer i forbindelse hermed. Med baggrund i Turners begreb *betwixt and between* som en følge af nedbrudte sociale, hierarkiske strukturer og med *anerkendelsesteorien* af Honneth, der som tidligere elev af Jürgen Habermas finder sit afsæt i netop den kritiske teori, analyseres problemfeltet ud fra en tese om, at ikke alt nødvendigvis forholder sig eller er, som det umiddelbart fremstår (jf. afsnit 2.4, 2.5) (17,19). Herunder eksisterer også en forståelse af, at fænomener, hvis eksistens er relateret til samfundsmæssige politikker, ordener, strukturer med videre, må belyses gennem et kritisk samfundsmæssigt perspektiv, hvormed det søges sikret, at analysen såvel som udviklingsperspektivet i specialet er så realistisk og virkelighedsnær som muligt (22).

Sideløbende med den kritiske og samfundsorienterede tilgang til indsnævring af problemfeltet fungerer også humanvidenskaben som fundament og ramme, da de belyste problematikker, der indgår i undersøgelsens genstandsfelt i dette speciale i høj grad tager afsæt i personer og oplevelser ud fra personers livsverden og dermed tager udgangspunkt i en subjektorienteret forståelse af problematikkerne. Ved at kombinere en subjektorienteret forståelse af genstandsfeltet med den valgte kritisk, teoretiske ramme synes det muligt, med reference til sundhedssynet i specialet, både at tage udgangspunkt i det enkelte individs opfattelse af blandt andet sundhed og samtidig anvende den viden til at forbedre folkesundheden ud fra et kritisk, samfundsmæssigt perspektiv, hvor den enkelte borgers livsverden og autonomi anerkendes i arbejdet med at udvikle indsatser, mens regeringens opstillede mål for danskernes sundhed samtidig fungerer som officiel ramme for det folkesundhedsvidenskabelige arbejde (jf. afsnit 1).

5.2 Valg af kvalitativ metode

Ud fra ønsket om at opnå en dybere subjektorienteret forståelse af problemstillingen, vurderes kvalitativ metode i den empiriske undersøgelse at være oplagt til indhentning og bearbejdning af data i besvarelsen af specialets problemformulering (23). Som Henning Olsen tydeliggør i en artikel om kvalitet i kvalitative studier fra 2002, forekommer der ikke at være konsensus blandt kvalitative forskere om, hvilke teoretiske og metodiske valg i en kvalitativ undersøgelse, der på bedste vis sikrer kvalitet, validitet og gennemsigtighed – der findes ingen standard (29). Samme opfattelse har Steinar Kvale, som understreger, at kvalitative forskningsmetoder må udvikles specifikt til hver enkelt undersøgelse efter, hvad der er anvendeligt til belysning af den specifikke undersøgelses problemstilling (29). Netop fraværet af en gylden standard er med til at skabe en vis begrebsforvirring på det kvalitative forskningsområde, hvor der blandt andet er mange

meninger om begrebsliggørelsen af deduktiv og induktiv metode og sondringen mellem betydningen og anvendelsen af de to begreber. Herunder den betydning forskerens forforståelse har for valget af metode, herunder undersøgelsesdesign og analysestrategi (29). Begrebet forforståelse henviser til, at vi ikke møder verden forudsætningsløst, og forskning vil derfor altid være præget af, hvilken position forskeren indtager i forhold til forskningsfeltet og hvilken forståelse forskeren betragter de givne fænomener ud fra (22). I dette speciale er forforståelsen, der ligger til grund for valget af metode, dannet ud fra en teoretisk og empirisk belysning af problemfeltet i problemanalysen. Forforståelsen, herunder særligt den teoretiske belysning af problemfeltet, har dermed dannet udgangspunkt for den tematiske ramme, der fokuserer den empiriske undersøgelse af genstandsfeltet, hvilket vidner om en deduktiv tilgang. Den deduktive tilgang og inddragelse af teori i dette speciale viser sig dermed på flere niveauer i – inden selve undersøgelsen går i gang, i indkredsning af genstandsfeltet i dataindsamlingen i form af den tematisk opbyggede interviewguide og i analysen for at kunne uddrage mening af datamaterialet (30).

Deduktive undersøgelser kan anvendes mere fokuseret, idet retningen for undersøgelsens analyse i højere grad kan styres af forskerne, hvormed forskerens forforståelse kan siges at fungere som analytisk ledetråd (30). På den måde kan forforståelsen udfordres i et kvalitativt design ved at få en viden om, hvordan genstandsfeltet, der er dannet ud fra forforståelsen, opleves af aktørene selv. I denne udfordring af den teoretiske forforståelse, efterstræbes ny forståelse (jf. afsnit 3.1). Dette er i overensstemmelse med den kritisk, teoretiske tilgang, der ligeledes tager udgangspunkt i enkeltfænomener, for dernæst at reflektere enkeltfænomenets relation til helheden (22). Dette fordrer en åbenhed overfor nye opdagelser i relation til genstandsfeltet, som ikke er forventet på forhånd.

Med henvisning til Klaus Høyer og den ovenfor beskrevne brug af teori i specialets forskellige faser, trækkes der i dette speciale dermed på en opfattelse af teori dels som *dåseåbner* og dels som *linse* (30). Med teorien som *dåseåbner* vinder empirien altid, hvis der er forskel på, hvad forskeren teoretisk havde forventet og hvad der i praksis foregår i det tilfælde, man undersøger (30). Høyers betegnelse af teori som en *linse* kendetegner derimod det aspekt, at der i dette speciale er direkte sammenhæng mellem den teoretiske referenceramme for afgrænsningen af problemfeltet, og valg af kvalitativ metode for specialets undersøgelse (30).

6. Det kvalitative forskningsinterview

Genstandsfeltet for den kvalitative undersøgelse er, hvordan det opleves at være part i samarbejdet mellem frivillige og sundhedsprofessionelle i *Folkenetværket*. Denne viden vurderes bedst at kunne indhentes gennem kvalitative interviews som empirisk metode. Det kvalitative interview som forskningsmetode er udbredt inden for kvalitativ forskning, og er ligeledes ofte anvendt som metode inden for kritisk teori, og giver forskeren mulighed for at opnå viden om menneskers livssituation, meninger, holdninger og oplevelser (22). Netop dét at borgernes og de sundhedsprofessionelles oplevelser og erfaringer i forbindelse med etableringen af *Folkenetværket* kan bidrage til en dybere forståelse af aspekter relateret til problemstillingen, er med til at understøtte valget af interviewundersøgelse som metode.

I specialet foretages fem individuelle interviews med bestyrelsesmedlemmer fra *Folkenetværket*, repræsenteret ved tre frivillige borgere og to sundhedsprofessionelle. Interviewene gennemføres individuelt frem for som et samlet gruppeinterview med hele bestyrelsen, ud fra en forventning om, at det vil medføre større mulighed for at få dybdegående fortællinger fra informanterne. Af samme grund forventes individuelle interviews at kunne give større chance for at opnå en forståelse af informantens perspektiv og betydningen heraf for oplevelsen af de enkelte temaer i undersøgelsen (31). Samtidig vurderes det, at der er risiko for, at et skævt magtforhold mellem de frivillige og de sundhedsprofessionelle kan opstå i et gruppeinterview, hvilket både kan have positive og negative følger. Den asymmetriske magtrelation kan opstå ved, at de sundhedsprofessionelle kan komme til at styre og dominere interviewet, med det resultat, at de frivillige aktører muligvis ikke kommer tilstrækkeligt til orde eller omvendt ukritisk tilslutter sig de sundhedsprofessionelles udtalelser, hvilket kan resultere i færre variationer i informanternes udtryk for forståelser og erfaringer af samarbejdet (31). Situationer, hvor fortællinger modificeres kan for begge parter ligeledes tænkes at opstå, hvor parterne tilbageholder oplevelser med den modsatte part, som måske kan være svære at udfolde i den pågældende persons tilstedeværelse. Situationer som denne kan undgås i individuelle interviews, hvormed der i højere grad er rum for uforbeholdne og åbne beretninger og samtidig kan informanterne i højere grad forventes at føle fortrolighed med interviewerens. Det vurderes at være essentielt for datamaterialet at få så uforbeholdne og åbne beretninger som muligt, samtidig med, at viden fra genstandsfeltet forventes at kunne

indhentes ved en grundig og velovervejet udformning af temaer og interviewspørgsmål i interviewguiden.

6.1 Semistruktureret interviewform

Problemformuleringens første spørgsmål *Hvilke aspekter relateret til samarbejdet mellem frivillige og sundhedsprofessionelle kan på baggrund af de involverede parter oplevelser have betydning for et partnerskab som Folkenetværket?* lægger op til en semistruktureret interviewform, hvor spørgsmålene formuleres åbent i en interviewguide, samtidig med, at interviewerens med guiden har en fast ramme som udgangspunkt for interviewet. Således forløber interviewet som en interaktion mellem forskerens spørgsmål og informantens fortællinger (22). Inden for forskning bør genstanden for en undersøgelse være med til at bestemme metoden for undersøgelsen (22). I dette speciale forstås genstanden som genstandsfeltet for undersøgelsen og herunder de fænomener, der ønskes undersøgt, altså parternes oplevelse af samarbejdet om etableringen af *Folkenetværket*. Forberedelsen og gennemførelsen af interviewene skal derfor forekomme som et naturligt udgangspunkt for løsning af problemstillingen med inddragelse af den teoretiske forforståelse, der ligger til grund for projektets problemformulering. Dette operationaliseres ved at lade viden fra problemanalysen og den teoretiske forforståelse fungere som bærende temaer i interviewguiden (bilag 6 og 7).

6.2 Interviewguide

På denne måde udarbejdes interviewguiden deduktivt, hvilket er i tråd med anvendelsen af forforståelse i undersøgelsen i specialet (jf. afsnit 5.2). Temaerne fastlægges på forhånd og er således styrende for de interviewspørgsmål, der udformes med det formål at kunne belyse temaerne og dermed afdække de aspekter af problemstillingen, som er belyst i problemanalysen og den teoretiske forforståelse. At temaerne er styrende betyder dog langt fra, at der ikke kan afviges fra de på forhånd fastsatte temaer eller interviewspørgsmål, hvilket netop er bevæggrunden for at vælge den semistrukturerede interviewform (22). For at kunne kombinere det deduktive perspektiv i problemanalysen og interviewundersøgelsen med en åbenhed i selve analyse- og fortolkningsfasen, synes det oplagt at gøre brug af den semistrukturerede interviewguide. Hermed udgør de fastsatte interviewspørgsmål de ud fra forforståelsen forventede relevante temaer til løsning af problemstillingen, men samtidig lægges der op til frigørelse herfra i forhold til at forfølge informanternes fortællinger og lade dem om muligt danne ny forståelse. Jo mere gennearbejdet

interviewguiden er, i højere grad synes det forventeligt, at temaerne relateret til problemstillingen vil blive afdækket, selv om guiden ikke følges slavisk under interviewet (22). Dette vurderes at være vigtigt i forhold til, at interviewer ikke er for bundet til interviewguiden undervejs i interviewet, hvilket kan bevirke, at relevante nye opdagelser ikke efterfølges og dermed går tabt for problembearbejdningen. Dette holdes for øje i forberedelsen og udarbejdelsen af interviewguiden, således interviewundersøgelsen beriger specialet med det bedst mulige grundlag for den videre bearbejdning af problemstillingen.

Kvale anbefaler, at en interviewguide både omfatter en tematisk dimension, hvor det sikres, at spørgsmålene er adækvate til at komme omkring de temaer, der ønskes afdækket samt en dynamisk dimension, hvor det sikres, at spørgsmålene fremmer en positiv interaktion mellem informant og interviewer. Derved motiverer interaktionen informanten til åbent at fortælle om sine oplevelser og følelser (32). Den tematiske dimension søges i dette speciale sikret ved i arbejdet med interviewguiden at eftertjekke, at de valgte temaer i undersøgelsen giver mulighed for at afdække aspekterne af problemstillingen, belyst i problemanalysen. For at fremme den dynamiske dimension er der fokus på at udarbejde spørgsmål, der ikke er for lukkede, for ledende eller på anden måde kan medvirke til at gøre samtalen mellem informant og interviewer kunstig, akavet eller på anden måde præget af manglende flow.

Til specialets interviewundersøgelse anvendes to forskellige interviewguides, afhængig af, om der er tale om frivillige eller sundhedsprofessionelle informanter. Variationen i interviewene foretages kun i interviewspørgsmålene, således fremgår de samme temaer i begge interviewguides (bilag 6 og 7). At der i interviewguiden anvendes temaer fra problemanalysen og ikke forskningsspørgsmål, vurderes at give bedst mening i den form for teoristyret interviewguide, som anvendes i dette speciale. Dette valg understreger ovenfor beskrevne hensigtsmæssighed ved at anvende interviewspørgsmål til at belyse temaer, da det vurderes at være behæftet med stor risiko for manglende dynamik og forståelse, såfremt informanterne spørges direkte ind til de teoretiske begreber, som fungerer som udgangspunkt for flere af interviewundersøgelsens temaer.

6.3 Rekruttering af informanter

For at opnå en forståelse af de involveredes oplevelser og erfaringer i det samarbejde, der er centralt i *Folkenetværket*, er det relevant at indhente begge parter oplevelser af samarbejdet. Ud fra casen med *Folkenetværket* og den oprettede bestyrelse bestående af de frivillige initiativtagere

og en sundhedsprofessionel repræsentant fra kommunen, synes det oplagt at rekruttere informanter fra *Folkenetværkets* bestyrelse. Alle bestyrelsens medlemmer er blevet inviteret til at deltage i interviewundersøgelsen, heraf har to af de frivillige repræsentanter takket nej på grund af sygdom og en studerende har takket nej af praktiske årsager (jf. afsnit 3.3). Som beskrevet i casebeskrivelsen er der kun én repræsentant fra kommunen i bestyrelsen. Der har dog været et jobskifte i projektlederstillingen, hvorfor det vurderes, at både den tidligere og den nuværende sundhedsprofessionelle i stillingen er relevante at interviewe.

6.4 Interviewsituationen

De fem interviews gennemføres i vante omgivelser for informanterne, hvilket vurderes at danne det bedst mulige udgangspunkt for, at informanterne føler sig godt tilpas og mindst muligt fremmedgjorte i processen. De tre interviews med frivillige foregår i det mødelokale, hvor *Folkenetværket* vanligt afholder bestyrelsesmøder, altså er der tale om en for borgerne velkendt lokalitet. Det ene af de to interviews med sundhedsprofessionelle gennemføres af praktiske årsager som et telefoninterview, da det ellers ikke er logistisk muligt at gennemføre. Det andet gennemføres på den sundhedsprofessionelles arbejdsplads ved Folkesundhed Aarhus. Interviewene planlægges til ikke at være for omfattende med en på forhånd varslet varighed på maksimalt en time. De optages med diktafon og med en ekstra optager som backup.

De fem interviews gennemføres af samme interviewer og ved hvert interview deltager en ekstra interviewer som bisidder til at assistere, såfremt det er nødvendigt. Dette vurderes at give interviewene en konformitet, således de gennemføres ud fra sammenlignelige forudsætninger. Samtidig giver denne form interviewerens øvelse i og fortrolighed med interviewguiden, hvilket vurderes at være en styrke for kvaliteten af interviewene.

Som tidligere beskrevet er det i interviewguiden vigtigt at søge at optimere den dynamiske dimension. I denne dynamik ligger også dét aspekt, at interviewerens i selve interviewsituationen forsøger at lægge op til, at interviewet så vidt muligt forløber som en almindelig samtale, der dog har et bestemt formål og en vis struktur (22). Ud fra en formodning om, at informanten herved føler større tryk og dermed potentielt føler sig mere motiveret for at fortælle åbent om sine oplevelser og erfaringer tilstræbes derfor en afslappet stemning under interviewene med så uformel tone, som designet og undersøgelsen tillader det.

I forhold til at sikre den tematiske dimension i selve interviewsituationen, er det hensigtsmæssigt, at interviewerens undervejs giver plads til refleksioner hos informanten, således denne får ro til at udfolde sine fortællinger. Derudover sikres afdækning af temaerne også ved brug af strukturerende spørgsmål undervejs, hvor det findes nødvendigt. Dette kan være tilfældet ved beretninger, hvor der er tvivl om indholdet. Ved at omformulere det uklare svar til et nyt spørgsmål forsøges en uddybning, som kan være med til at sikre den tematiske dimension (22).

6.5 Transskribering

De fem interviews transskriberes ordret fra lydoptagelserne. Inden transskriberingen påbegyndes, udarbejdes en transskriptionsnøgle, hvori valg omkring skriveproceduren fremgår (bilag 8). Dette skal sikre, at der kan foretages sproglige sammenligninger af interviewene (32). Computerprogrammet *Express scribe* anvendes til transskriptionsarbejdet, da lydfiler heri kan afspilles med forskellige hastigheder samtidig med nedfældningen af interviewene foregår på skrift. I forbindelse med transskriberingen er der opmærksomhed på, at der sker en bevægelse fra tale- til skriftsprog, hvor stemmeleje, intonationer og åndedræt blandt andet går tabt (32). Det er specielt forfatterne, der foretager transskriptionerne, hvilket forventes at medføre et bedre bekendtskab med interviewmaterialet samtidig med, at en vis grad af meningsanalyse igangsættes (32). Informanterne og de i interviewene nævnte eksterne personer vil alle få deres identitet delvist sløret, således at deres fortrolighed sikres på bedst mulig vis (32). Det er imidlertid ikke muligt at sløre identiteten til fulde, da informanterne udgør bestyrelsen for *Folkenetværket*, og oplysninger om de forskellige bestyrelsesmedlemmers navne og funktioner er offentligt tilgængelige, blandt andet på foreningens hjemmeside. Afslutningsvis sammenholdes det transskriberede materiale med lydoptagelserne, mens der foretages korrekturlæsning.

6.6 Ethiske overvejelser

Som kvalitativ forsker befinder man sig i et spændingsfelt mellem stræben efter viden og etik i forhold til, hvordan viden indhentes, bearbejdes og fremstilles (32). En interviewundersøgelse er et moralsk foretagende, idet den baseres på individuelle handlinger, som er gældende i en mindre kontekst (32). Derfor er etiske spørgsmål indlejret i hele forskningsprocessen og der bør fra undersøgelsesstart tages hensyn til mulige etiske problemstillinger der kan relatere sig til det felt, der undersøges (32).

Under udarbejdelsen af dette speciale er der søgt information om, hvorvidt det kræves at få godkendt undersøgelsen i det videnskabsetiske komitéssystem, da dette ofte er et krav i forbindelse med gennemførelsen af forskningsprojekter på det sundhedsvidenskabelige område, hvorved videnskabsetisk forsvarlighed sikres (33). Jævnfør komitéloven fremgår det, at forsøgstyper som interviewundersøgelser, hvori menneskeligt biologisk materiale indgår, skal anmeldes og godkendes (34). Derfor er der ikke foretaget yderligere i forhold til anmeldelse af undersøgelsen i dette speciale. Dog vil der alligevel løbende gennem undersøgelsen stræbes efter at træffe forsvarlige og reflekterede etiske valg ved inddragelse og anvendelse af almene etiske retningslinjer ud fra undersøgelsens kontekst (32). Disse retningslinjer omfatter blandt andet informeret samtykke fortrolighed, konsekvenser og forskerens rolle (32). Dette imødekommes ved, at informanterne forud for interviewene får tilsendt skriftligt informationsmateriale om undersøgelsen, interviewets formål og forklaring af, hvad de som informant kan bidrage med til specialets undersøgelse (bilag 4 og 5). Disse informationer opridses ligeledes mundtligt i en briefing forud for interviewet, ligesom der før interviewet gives informeret samtykke fra informanterne i forhold til at indvillige i undersøgelsen (32) (bilag 4 og 5). Under interviewene vil der fra interviewer og bisidder være opmærksomhed på informantens velbefindende gennem observation af adfærd og udtalelser, således det vidt muligt sikres, at informanten føler sig tilpas under hele interviewet (32). Som beskrevet ovenfor søges der i udformningen af det transskriberede materiale at sløre informanternes identitet gennem brug pseudonymer for navne og stednavne, samtidig med, at der i transformeringen fra tale til skrift fra transkribenternes side udvises loyalitet og respekt over for informanternes udsagn (32).

I udarbejdelsen af dette speciale er der udover overvejelser omkring de almene etiske retningslinjer også foretaget overvejelser omkring, hvorvidt interviewundersøgelsen kan være en belastning for de deltagende parter, og i så fald, om belastningen vurderes at være etisk forsvarlig, set i relation til undersøgelsens relevans. Da emnet for undersøgelsen omhandler samarbejdet mellem frivillige og sundhedsprofessionelle i *Folkenetværket* og ikke forventes at omhandle personsensitive ting, vurderes det, at deltagerne i undersøgelsen ikke vil blive belastet af at deltage. Ligeledes vurderes det, at undersøgelsens formål er i deltagerens interesse, idet hensigten med specialet er at bidrage til at udbrede kendskabet til denne form for partnerskaber i den kommunale forebyggelse. Dermed vurderes undersøgelsen ud fra et folkesundhedsperspektiv at være til gavn for både samfundet og den enkelte borger. Formålet er dermed ikke alene at søge viden af videnskabe-

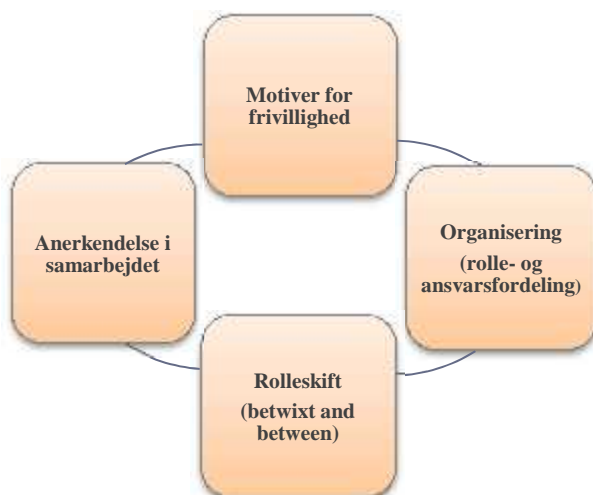
lig værdi og efterkomme studiets krav til udarbejdelse af obligatoriske studieprodukter, men også at forbedre den menneskelige situation, der udforskes (32).

7. Analysestrategi og fremgangsmåde

I det følgende redegøres der for den tematiske analysestrategi, der ligger til grund for bearbejdningen af de kvalitative forskningsinterviews. Specialets kritisk, teoretiske perspektiv er med til at udgøre en selvkritisk undersøgelsesproces, hvilket kommer til udtryk ved at forskeren kontinuerligt forholder sig til egne mål og metoder og belyser såvel styrker som svagheder ved metoden (22). En del af dét at være kritisk reflekterende er, at forskeren er eksplicit omkring sin forforståelse og herunder tager stilling til forforståelsens betydning og ligeledes forholder sig åbent overfor nye opdagelser i undersøgelsesprocessen, hvilket i relation til dette speciale er belyst ovenfor ved hjælp af *dåseåbner*-begrebet (jf. afsnit 5.2). Processen omkring dét at være kritisk reflekterende kan som beskrevet medføre nye forståelser, der kan udfordre forfatterens initierende forforståelse såvel som den empiriske og teoretiske forforståelse. Forståelsen udvikles dermed i en løbende dialog mellem forskerne og henholdsvis empirisk og teoretisk viden, som i en hermeneutisk spiral vil forme både indhentning og bearbejdning af empiri i undersøgelsen (23,32). Dermed hviler den kritisk, teoretiske tilgang i specialet på en hermeneutisk forståelse af, hvordan analyse og fortolkning af data kan give nye perspektiver på genstandsfeltet, som inddrages i videre erkendelsesproces. Netop denne hermeneutiske vekslen mellem dele og helheder synes forenelig med det kritisk, teoretiske perspektiv, der insisterer på og efterstræber et helhedsorienteret procesperspektiv, der til enhver tid er karakteriseret af et spændingsfyldt dialektisk forhold mellem enkeltfænomen og helhed (22).

De fire temaer, der er udledt af problemanalysen, og som fungerer som tematisk skelet for interviewguiden, vil ligeledes fungere som tematisk struktur for analysen af datamaterialet. Dette understreger den deduktive tilgang i undersøgelsen. De fire temaer kan ses i figur 1.

Figur 1. De fire temaer til undersøgelse af genstandsfeltet



Undersøgelsens genstandsfelt analyseres med afsæt i informanternes erfaringer med og oplevelser omkring samarbejdet, hvilket ifølge Olsen *kan* opfattes som et *nedefra-perspektiv*, hvor det ikke er forskeren, men derimod informanterne, der afgør, hvad der tæller som værende vigtigt (29). På baggrund heraf vurderes det essentielt i dette speciale at have en åbenhed over for nye temaer, såfremt der i analysen gøres nye opdagelser på baggrund af informanternes udsagn. Eventuelle nye temaer tilføjes analysen, såfremt disse vurderes at bidrage med nye interessante perspektiver på genstandsfeltet, der rækker ud over den faglige og teoretiske forforståelse. For at sikre dette åbne perspektiv sættes datamaterialet løbende i relation til første delspørgsmål i problemformuleringen. Hermed udvælges og bearbejdes de dele af datamaterialet, der bidrager med relevant viden om genstandsfeltet og herunder de undersøgte fænomener, men ikke umiddelbart lader sig indfange og udfolde ved hjælp af den tematiske ramme. I dette perspektiv anerkendes derfor et eventuelt behov for at åbne op for og udvide den tematiske ramme.

Med baggrund i en kritisk, teoretisk tilgang, transformeres informanternes personlige mening i interviewmaterialet til en faglig forståelse, således den skjulte mening med informantens udtrykte erfaringer søges afdækket undervejs i analyseprocessen - hvad end dette sker med hjælp fra den faglige og teoretiske forforståelse eller ud fra commonsense-tolkning. For at afdække denne skjulte mening, der ligger til grund for informanternes udsagn, anvendes en analytisk fremgangsmåde, der er inspireret af Richard Boyatzis' tematiske analyse (35). Den tematiske analyse er ifølge Boyatzis at forstå som en proces, hvor de temaer, der i undersøgelsen er dannet på forhånd, bidrager til at beskrive og organisere fund i datamaterialet og fortolke forskellige aspekter af genstandsfeltet (35). Tilgangen bidrager ifølge Boyatzis til, på systematisk vis at højne den

præcision og sensitivitet, med hvilken forskeren forstår og fortolker det undersøgte, hvorfor denne tilgang synes anvendeligt som inspiration for den analytiske fremgangsmåde i specialet (35).

I det følgende redegøres der for de praktiske aspekter i den analytiske fremgangsmåde i bearbejdningen af den indhentede empiri. Alle specialets forfattere deltager i analyseprocessen, hvilket bidrager til at sikre alsidighed i og validering af fortolkningen.

7.1 Analytisk fremgangsmåde

Første skridt i gennemarbejdningen af det transskriberede materiale er gennemlæsning af hvert enkelt interview som en selvstændig helhed, med henblik på at finde frem til tekstens hovedbudskab. I denne proces inddrages første delspørgsmål i problemformuleringen: *Hvilke aspekter relateret til samarbejdet mellem frivillige og sundhedsprofessionelle kan på baggrund af de involverede parter oplevelser have betydning for et partnerskab som Folkenetværket?* På dette punkt i analysen er formålet udelukkende at danne sig et overblik over de enkelte interviews i deres helhed forud for tematiseringen.

I næste gennemlæsning markeres tekstpassager, hvor informationer omkring informanternes baggrundsoplysninger fremgår. Disse baggrundsoplysninger indebærer information omkring alder, køn, eventuel uddannelse og erhvervs-mæssig stilling samt oplysninger omkring arbejds-erfaringer eller erfaringer fra tidligere deltagelse i foreninger, arbejde med frivillige eller sundhedsarbejde. Baggrundsoplysningerne kan bidrage til at tegne et billede af den kontekst, som den enkelte informants udsagn er indlejret i, og herunder de særlige personbundne forudsætninger, som den enkelte informant har for at indgå i *Folkenetværket*, hvilket vurderes potentielt at kunne få betydning for, hvorledes datamaterialet tolkes (23). Præsentationerne af informanterne, som udarbejdes ved hjælp af baggrundsoplysningerne vedlægges specialet som bilag, hvortil der om nødvendigt vil blive henvist i fremstillingen af analysen (bilag 11).

Næste skridt udgør starten på den tematiske analyse, som kan forstås som en mere selektiv tilgang til data. Her genlæses hvert interview for at finde og markere udsagn, der siger noget essentielt om de fænomener, der ønskes undersøgt. Dette indebærer udvælgelse af passager og eventuelt sætninger, der levendegør forståelsen af fænomenerne (35). Læsningen er detaljeret, og der stilles skarpt på hver enkelt sætning i interviewet, blandt andet ved igen at relatere datamaterialet til første delspørgsmål i problemformuleringen. Hermed stilles følgende spørgsmål til datamate-

rialet: *Hvordan belyser denne sætning eller dette afsnit oplevelsen af at indgå i samarbejde med frivillige eller sundhedsprofessionelle i Folkenetværket?* De fire temaer, der er fundet anvendelige i forhold til at finde frem til essensen af informanternes oplevelser samt til at belyse aspekter relateret til samarbejdet i *Folkenetværket* skrives undervejs i gennemlæsningen i margen og markeres inde i teksten, hvor disse synes at komme til udtryk. Herunder noteres også undertemaer, såfremt, et overordnet tema kan belyses gennem flere relevante vinkler. Beskrivelser, der relaterer sig til, hvordan informanten oplever at indgå i samarbejdet omkring *Folkenetværket*, men ikke dækkes af de forudbestemte temaer, markeres ligeledes i margen som nye temaer, der i første omgang vurderes at virke dækkende for indholdet med henblik på at sikre åbenhed (jf. afsnit 7).

Hvert interview bliver gennemgået af mindst to af specialets forfattere for at sikre kongruens i fremgangsmåde og tematisering samt for at opnå så nuanceret en analyse, som muligt, hvorved kontingens kan skabes i situationer, hvor forfatterne potentielt tematiserer samme beretninger eller udsagn forskelligt. Undervejs skriver specialets forfattere noter i materialet efter behov - disse noter kan blandt andet bestå i en kort beskrivelse af, hvorledes en bestemt tekstpassage kan forbindes med et bestemt tema. Noterne skal hjælpe specialets forfattere til efterfølgende at kunne genkalde de tanker, der opstod undervejs i analysen, således intuitive og potentielt gode ideer og input ikke går tabt. På den måde tilstræbes ligeledes konsistent kodning (35).

Indtil videre foregår analysen vertikalt, forstået på den måde, at hvert enkelt interview analyseres for sig, uden at specialets forfattere endnu har dannet sig overblik over, hvilke temaer fra de enkelte interviews, der går igen i hele det samlede transskriberede datamateriale, og dermed hvilke temaer, der kan siges at være fælles grundtemaer.

Næste skridt indebærer søgen efter en dybere forståelse af det samlede indtryk af datamaterialet. Her søges efter fælles grundtemaer ud fra de essentielle temaer, der træder frem i hvert enkelt interview. Derfor gentages den selektive og detaljerede læsning, som omtalt ovenfor, men nu med hele det samlede datamateriale i sin helhed. Specialets forfattere holder fortsat de forudbestemte temaer for øje i de tekstpassager, hvor dette vurderes at kunne bidrage til mening i fortolkningen af de fælles meningsbærende grundtemaer (30). Hermed bliver analysen horisontal, da der nu på tværs af datamaterialet efterstræbes en dybere forståelse af de fremtolkede temaer, der kun bør gælde, såfremt informantens oplevelse af at indgå i samarbejde med frivillige eller sundhedsprofessionelle grundlæggende mister sin mening uden tilstedeværelsen af det pågældende tema.

Vertikale og horisontale temaer sammenlignes for at validere tidligere fortolkninger - dette indebærer blandt andet, at der sættes spørgsmål ved, hvorvidt der er overensstemmelse mellem de fælles meningsbærende temaer og de temaer, der fremgik af den vertikale analyse. Denne validering udgør fortløbende kritisk selvrefleksion, der skal forhindre mistolkninger af den indhentede empiri (jf. afsnit 5.1). Såfremt informanterne udtrykker forskellige oplevelser af at deltage i samarbejde omkring *Folkenetværket*, fremstilles disse divergerende oplevelser under et fælles grundtema. Således foregår analysen i en kontinuerlig vekselvirkning mellem forståelse af hvert enkelt interview i sin helhed og de enkeltdele i interviewet, der bidrager med noget essentielt i forhold til helheden, samt i en vekselvirkning mellem forståelsen af det enkelte interview i forhold til de resterende interviews, hvorved dynamikken mellem del og helhed tydeligt viser sig (jf. afsnit 7). De fælles grundtemaer er at forstå som undersøgelsens resultater, men er med henvisning til den hermeneutiske spiral ikke udtryk for endegyldige sandheder, da der hele tiden vil dannes nye fortolkninger, og problembearbejdning og konklusion blot markerer, at dette speciale har sin naturlige afslutning (22,23,32).

8. Systematisk litteratursøgning

Den systematiske litteratursøgning i specialet er foretaget med henblik på at identificere, hvilke erfaringer, der er gjort med partnerskaber i forebyggelsesarbejde i internationalt regi. Dette er valgt for at udvide den brede søgning af danske erfaringer med partnerskaber mellem frivillige og kommuner, eftersom resultatet af søgningen i den danske litteratur viste at være begrænset til enten at omhandle brug af erfarne borgere i tilrettelæggelse af patientuddannelses tilbud eller større partnerskaber mellem kommuner og store, frivillige organisationer som interesseorganisationer og patientforeninger (jf. afsnit 2.3). Udover at bidrage til at afgrænse den valgte problemformulering for specialet og de bærende temaer for interviewundersøgelsen vil den fremfundne litteratur ligeledes blive anvendt i analysen af de kvalitative interview.

8.1 Søgeprocessen

Selve søgeprocessen og begrundelser for valg foretaget i søgningen fremgår af søgebilaget (bilag 2). For at kunne anvende de internationale erfaringer til at belyse problemfeltet i problemanalysen er den systematiske litteratursøgning foretaget i specialeprocessens indledende fase. Søgningen er foretaget ud fra to facetter med begreber inden for terminologien omkring henholdsvis partnerskaber og forebyggelse, som vurderes at dække problemfeltet omkring problemstillingen. De to facetter er fremstillet i tabel 4. I forhold til at se, hvilke søgetermer der er anvendt i de udvalgte databaser, henvises til bilag 2.

Tabel 4. Facetter til den systematiske litteratursøgning

Facet 1	Facet 2
Partnerskab Samarbejde Netværksarbejde	Sundhedsfremme Forebyggelse Livsstilsintervention

8.1.1 Resultater af søgningen

Søgningen er udført i uge 10 og 11 2014 i databaserne PubMed, Cochrane, Embase, Sociological Abstracts og PsycInfo. Søgningen gav i alt 1732 hits (tabel 5).

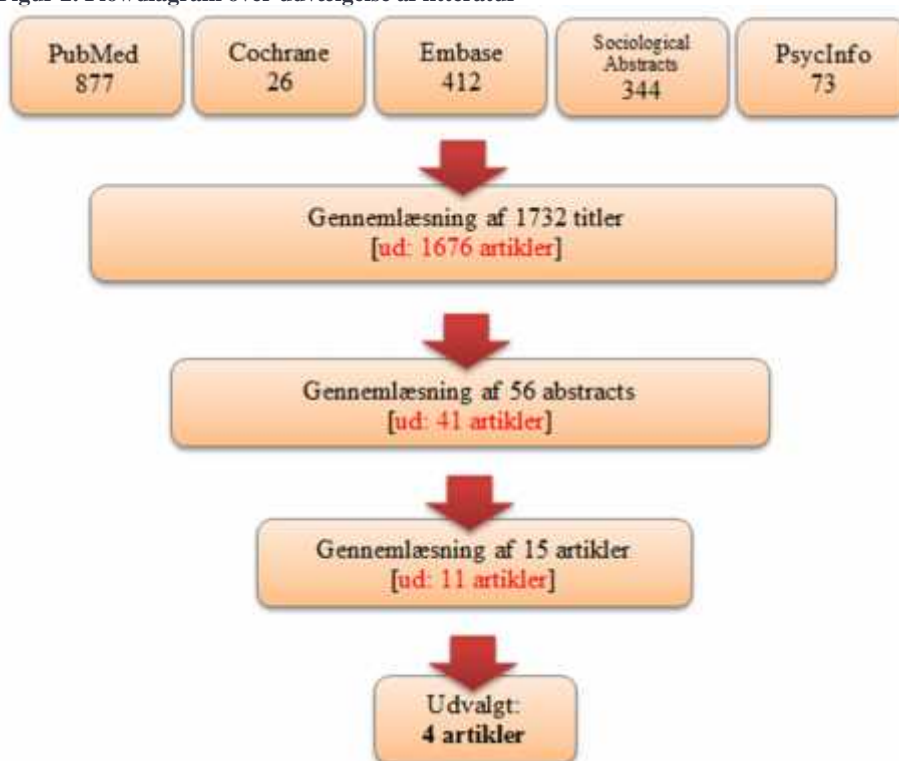
Tabel 5. Resultat af søgning inden udvælgelse af relevante artikler

	PubMed	Cochrane	Embase	Sociological Abstracts	PsycInfo
Facet 1 AND facet 2	877	26	412	344	73
Hits i alt: 1.732					

8.1.2 Udvalgelse af artikler

Ud af de 1732 artikler er fire blevet udvalgt som værende relevante at inddrage i speciallets problemanalyse samt i analysen af de kvalitative interviews. På hvilken baggrund de fire artikler er valgt, er beskrevet i søgebilaget, hvor blandt andet in- og eksklusionskriterier er angivet (bilag 2). Kvalitetsvurdering af artiklerne er ligeledes beskrevet i søgebilaget og udfyldte tjeklister til kvalitetsvurderingen er vedlagt som særskilt bilag (bilag 3). Selve udvælgelsesprocessen er illustreret i nedenstående flowdiagram (figur 2).

Figur 2. Flowdiagram over udvælgelse af litteratur



8.1.3 Præsentation af artikler

De fire udvalgte artikler er præsenteret i søgebilaget og de fremhævede faktorer for velfungerende partnerskaber er desuden listet op i tabel 3, afsnit 2.3.1.

9. Analyse af interviews

I dette afsnit præsenteres og analyseres datamaterialet fra interviewundersøgelsen. Materialet er inddelt i temaer, der til dels er dannet på forhånd med baggrund i den skitserede forforståelse - med henvisning til den fremsøgte litteratur og den teoretiske referenceramme og dels er fremkommet som nye opdagelser i bearbejdningen af datamaterialet. Analysen indeholder dermed følgende seks temaer:

- * *Motiver for frivillighed*
- * *Organisering (rolle- og ansvarsfordeling)*
- * *Rolleskift (betwixt and between)*
- * *Anerkendelse i samarbejdet*
- * *Fælles værdigrundlag for samarbejdet*
- * *Folkenetværket og frivillighed i et samfundsperspektiv*

Hvordan de nye temaer er fremkommet i tematiseringsprocessen fremgår af vedlagte kodetræ (bilag 10). De fire temaer er, qua det deduktive præg i dette speciale, på forhånd vurderet til at kunne bibringe noget essentielt i forhold til genstandsfeltet og de to nye temaer vurderes at give nye interessante og relevante perspektiver herpå. Tilsammen udgør de seks temaer det empiriske grundlag for besvarelse af første del af specialets problemformulering:

Hvilke aspekter relateret til samarbejdet mellem frivillige og sundhedsprofessionelle kan på baggrund af de involverede parters oplevelser have betydning for et partnerskab som Folkenetværket?

Af bilag 11 fremgår en kort præsentation af de fem informanter under de valgte pseudonymer. En fuldstændig anonymisering er ikke mulig at foretage, hvilket diskuteres i afsnit 10.5.

I analysen anvendes forskellig tegnsætning til at illustrere, når der anvendes ord eller vendinger, der stammer direkte fra informanterne eller der bruges betegnelser, der ud fra forfatterens fortolkning kan anvendes til at fremhæve en pointe. Kursiv skrift anvendes, når hensigten er at lægge særligt tryk på et ord eller en vending. Hvis et ord i forfatterens fortolkning er anvendt ud fra en commonsense-forståelse, omsluttet ordet eller vendingen med apostroffer og hvis der anvendes ord, der er hentet direkte fra informanternes udsagn, anvendes citationstegn til at gøre læse-

ren opmærksom herpå. Ord og vendinger fra informanterne anvendes løbende i fortolkningen for på den måde at skabe en tekstmæssig sammenhæng mellem citater og fortolkning og derved øge troværdigheden i forholdet mellem det sagte og det fortolkede. I de fremstillede citater anvendes ligeledes en bestemt tegnsætning som markør (...) til at angive, at en passage er klippet ud.

9.1 Motiver for frivillighed

Beretningerne i interviewundersøgelsen understøtter forventningen om, at de frivillige og de sundhedsprofessionelle har forskellige tilgange til at indgå i samarbejdet omkring etableringen af *Folkenetværket*, som blev præsenteret i problemanalysens afsnit 2.2.1. For at undersøge, hvilke motiver, der ligger til grund for de *frivilliges* deltagelse i samarbejdet, er både de frivillige og de sundhedsprofessionelle blevet spurgt herom (jf. bilag 6 og 7). I beretningerne viste det sig, at ikke alene de frivilliges motiver for at indgå i samarbejdet, men også, hvad der motiverer dem for at fastholde deres engagement i samarbejdet er et relevant aspekt at belyse.

I det følgende analyseres de frivilliges motiver for at indgå i *Folkenetværket*, hvorefter de sundhedsprofessionelles syn på frivillighed og motivation for at støtte op om etableringen af *Folkenetværket* belyses. Efterfølgende belyses de faktorer, der synes at motivere de frivillige til at fortsætte arbejdet, for derigennem blandt andet at få indsigt i, hvad der kan bidrage til at bevare de frivilliges engagement i samarbejdet, hvilket kan betegnes som et vigtigt aspekt i samarbejdet mellem frivillige og sundhedsprofessionelle omkring etableringen og *videreførelsen* af *Folkenetværket*.

9.1.1 De frivilliges motiver for frivilligt arbejde (i Folkenetværket)

De tre frivillige, der indgår i undersøgelsen, har alle mere end ét motiv for at indgå i frivilligt arbejde omkring *Folkenetværket*. Der vil ifølge Habermann altid være flere motiver for at deltage i frivilligt arbejde, ligesom motiverne altid på forskellig vis er indbyrdes sammenhængende (8). Sammenhængen mellem motiverne kan forventes at være relateret til den enkelte forenings værdigrundlag og den enkelte frivilliges personlighed, livserfaringer og behov (8).

Et gennemgående motiv for alle tre informanter er den normative *værdi*-dimension, som Habermann betegner som værende traditionelt mest motiverende for frivilligt arbejde (8). *Værdi*-dimensionen har et altruistisk fundament, hvor motivet er skabt ud fra tanken om, at man skal hjælpe andre, hvis der er behov for det (8). Bestyrelsesformanden, Arne, udtrykker det på denne måde:

"(...) Vi kan jo godt se, at... at vi kan hjælpe andre i samme situation og alene det det giver en stor tilfredsstillelse. Også at mærke, at vi bliver taget godt imod og at der rent faktisk er nogen, der får noget ud af det her (...)" (Interview Arne, 08.04.14)

Arnes tilfredsstillelse ved at kunne hjælpe andre vidner om en social forpligtelse overfor de mennesker, der har behov for hjælp til at komme videre, ligesom han selv har prøvet, da der ikke var mere hjælp at hente fra kommunens side. Bents altruistiske motiv er ligeledes relateret til dét at hjælpe den enkelte borger, i denne forbindelse i forhold til at begå sig i 'systemet':

"(...) Jamen vi skal så prøve at fungere som en paraply, sådan at de folk som får lyst til et eller andet, de skal ikke til at sættes ind i en hel masse administrative ting (...) Der er nogle steder der kan man få adgang, hvis man er en forening, men som privatperson, der kan du ikke." (Interview Bent, 10.04.14)

Ifølge Bent står man som privatperson meget stærkere i forhold til at komme igennem med ting i samfundet, hvis man samles i en forening, hvorfor Bent fremhæver fællesskabskulturen, der måske kan minde om den traditionelle opfattelse af fagforeninger, som en hjælpende og støttende funktion for borgerne i 'den enkeltes kamp mod systemet'. Charlotte derimod er et eksempel på en person, der har stærke altruistiske motiver i forhold til den normative værdi om at 'hjælpe andre i nød' på et personligt plan. Hun har selv gennemgået en stor og gennemgribende positiv forandring, både psykisk og fysisk, siden hun i sin tid startede på forløb ved Folkesundhed Aarhus, hvilket hun nærer et ønske om, at andre også skal opleve:

"(...) og så tænkte jeg med alt det gode, jeg havde fået derude fra, så ville jeg gerne gøre noget for nogle også, hvis jeg kunne få nogle til at gå samme vej som mig (...) Nu er det mig, der styrer mit liv. Så det... er derfor jeg har valgt at sige, så gik jeg på efterløn, og så vil jeg rigtig gerne gøre noget for nogle også..." (Interview Charlotte, 14.04.14)

Charlottes behov for at hjælpe andre ses også af hendes erhvervmæssige baggrund, idet hun hele sit liv har arbejdet med mennesker og de sidste 28 år har taget sig af omsorgskrævende mennesker. I det følgende citat udtrykker hun en direkte sammenhæng mellem hendes erfaringer fra arbejdslivet og sit ønske om at fortsætte med at hjælpe andre mennesker:

"(...) Jeg har jo altid taget mig af mennesker. Jeg er jo klinikassistent ved en tandlæge, 19 år, og så har jeg været hjemmehjælper i 28 år, så jeg har altid haft med mennesker at gøre. Det var det jeg skulle." (Interview Charlotte, 14.04.14)

Dét at hun selv udtrykker en sammenhæng mellem sin jobmæssige baggrund og hendes behov for at hjælpe, tyder på, at motivet er relateret til hendes *identitet* og dermed til den person, hun opfatter sig selv som. Sidste del af citatet vidner om, at hun selv opfatter baggrunden som determinerende for, at hun skal fortsætte med at hjælpe andre i hendes efterlønstilværelse. Dermed

kan Charlottes identitetsskabelse – og fastholdelse – tænkes at have betydning for hendes tilgang til *Folkenetværket*.

En anden traditionel og normativ værdi som motiv for frivilligt arbejde, er dét at kæmpe for en *sag*, som ifølge Habermann kan relateres til *det demokratiske medborgerideal* (8). For Arne er solidaritet og aktivt medborgerskab centrale værdier i forhold til at tage kampen op, hvis der fra samfundets eller en organisations side tages beslutninger, som har negative konsekvenser for en række borgere. Qua Arnes erfaringer fra sit arbejdsliv, hvor han blandt andet har været tillidsrepræsentant, er det ikke nyt for ham at kæmpe for en sag og særligt for *andres* sag, som det også er tilfældet med *Folkenetværket* (bilag 11). Arnes interesse for *sagen* fik ham til i stedet for at acceptere de manglende tilbud til borgerne, at trække i arbejdstøjet:

"(...) Det er det, jeg forbinder med de gamle græsrodsbevægelser, altså man finder ud af et eller andet. Nu skal der altså bare... man skal til at leve alternativt og man er i Thylejr og Christiania og hvad fanden ved jeg. Det ved jeg godt, det kan man slet ikke sammenligne det her med. Men det var sådan en eller anden følelse af, at det må bare ikke få lov at dø det her. Vi må gøre noget..." (Interview Arne, 08.04.14)

Ovenstående vidner om, at Arne ser *Folkenetværket* som en mulighed for at skabe gode vilkår for borgere som ham selv, hvilket kan relateres til det altruistiske aspekt. Derudover ser han arbejdet med *Folkenetværket* som en mulighed for at gøre kommunen opmærksom på, at der er et behov her fra borgernes side, og at hvis kommunen ikke kan hjælpe, så må borgerne gøre det selv. Dette motiv for at arbejde frivilligt hænger sammen med ønsket om *indflydelse*, som også tidligere i livet har medført, at Arne inden for andre frivillige foreninger har arbejdet sig hen imod øget indflydelse (bilag 11). Bent er ligesom Arne drevet af at søge indflydelse i organisationer, hvor særligt indflydelse på beslutninger gennem kommunikation har været fokus for ham i hans arbejdsliv (bilag 11). Om dette siger han følgende:

"Man har ligesom deres måde at løse tingene på. Og så kommer vi nogle, som prøver på at lave noget på tværs, og det bliver vi så nødt til at samle op og påvirke altså lokalpolitikere og sige, her er så nogle lokale problematikker som gør, at hvis I vil fremme den her udvikling, så bliver I nødt til at forholde jer til det her." (Interview Bent, 10.04.14)

Bent er generelt meget kritisk overfor samfundet og den måde, hvorpå der fra politisk hånd er opstillet 'kasser' i sundhedsvæsenet og hvordan denne kassetænkning kan medvirke til, at systemet i stedet for at hjælpe borgerne ligefrem synes at modarbejde borgere, der har brug for hjælp og følelse af sammenhæng i behandlingen af eksempelvis diabetes, som han selv har prøvet (Interview Bent, 10.04.14). Ved at engagere sig i en kommunal indsats som *Folkenetværket*, synes

det dermed muligt for Bent at søge politisk indflydelse, herunder også i den administrative opbygning i forhold til at gøre systemet mere 'borger- og brugervenligt':

"(...) folk har nogle... ambitioner, for eksempel at gå ind i noget politisk arbejde (...) Og når du så går ind i det der politiske arbejde der, så efterhånden, så finder du måske ud af hvor, hvor kan du ligesom have noget indflydelse. Og så holder du altså fast." (Interview Bent, 10.04.14)

Både *sagen* og *indflydelse* som motiv kan for Arnes såvel som for Bents vedkommende relateres til et ønske om at blive klogere på systemet og få en større indsigt i kommunale beslutningsprocesser og bureaukratiet omkring disse, hvilket vidner om, at også *læring* er motiv, der gør sig gældende for de frivillige i denne case.

I forbindelse med etableringen af *Folkenetværket*, hvor netop dét at oprette et socialt *netværk* udgør formålet, må *kammeratskabsmotivet* eller behovet for fællesskab synes at være centralt for bestyrelsesmedlemmerne. Særligt dét aspekt, at informanterne på forløbene hos Folkesundhed Aarhus har fundet støtte og motivation ved at være sammen med andre i samme situation, understreger betydningen af en social fællesskabsfølelse omkring dét at gennemføre ændringer af vaner samt at fastholde nye tillærte motions – eller kostvaner, hvormed *læring* i sociale forandringsfællesskaber også bliver en motiverende faktor. Alle de frivillige beretter om, at de var mere eller mindre utrygge ved at skulle 'klare sig selv', da deres forløb var afsluttet ved kommunen:

"Der tænkte jeg jo bare... shit, hvad gør jeg nu. For nu falder jeg jo bare tilbage til det gamle." (Interview Charlotte, 14.04.14)

"(...) Så sker der det at... at de tilbud fra kommunen de stopper på et tidspunkt. Og... og det er jo lidt ærgerligt, når man nu har igangsat noget, som man dybest set gerne vil fortsætte med. Så vi spørger jo dernede 'Jamen der må da være noget?', 'Narj, der, der er ikke rigtig noget. Du må altså over i nogle idrætsforeninger eller over på... du må selv opsøge nogle ting'... Og så fandt vi ud af, at... Jeg ved ikke rigtigt, hvordan tanken den kom... men vi synes egentlig, at os der havde været igennem noget ville gerne blive ved med det. Og kunne de ikke hjælpe os, så kunne vi om ikke andet hjælpe os selv. Ja for eksempel dem jeg havde gået sammen med. Jamen det var vi da ligeglade med. Vi bliver da bare ved med at mødes hernede. Og så opstår tanken om... om man ikke skulle lave et eller andet, der hed *Folkesundhedsvenner*." (Interview Arne, 08.04.14)

"Men når tiden er gået... så er du altså overladt til dig selv. Og hvor går du egentlig hen, hvis du har brug for... ja, så kan du melde dig ind i en diabetesforening. Men så er du ligesom fastholdt i dit sygdomsbillede. I stedet for at du skal lære og leve med den her defekt du har. Det vil sige, hvordan får jeg min hverdag til at fungere." (Interview Bent, 10.04.14)

Bents udsagn vidner om, at han udover at have behov for et socialt fællesskab, også har et behov for at være sammen med andre mennesker, der ikke nødvendigvis kæmper med sygdom, som han selv gør. Han ønsker ikke at være fastholdt i sit sygdomsbillede, hvilket er et udtryk for, at

han er bevidst om sin identitet og samfundets betegnelse af ham som 'kroniker', hvilket tilsyneladende er en etikette, der er i konflikt med hans egen selvopfattelse – som en *borger* og ikke en *patient*. Ved at danne et fællesskab med borgere, der ligesom ham selv, har behov for støtte og socialt samvær i forhold til eksempelvis at motionere, kan etiketter som 'diabetiker', 'kræftpatient' og 'kroniker' viskes ud og der er dermed åbnet op for, at Bent, og de andre frivillige, kan skabe en identitet, løsrevet herfra.

En vis grad af egennytte viser sig mere eller mindre eksplicit i de ovenfor beskrevne motiver, hvor særligt motiver som indflydelse, læring og identitet alle kan være forbundet med at opnå *noget*. Derudover viser der sig også en mere direkte udtrykt egennytte, idet informanterne tilsyneladende ønsker at bruge netværket til bedre at kunne bevare opnåede vægttab eller livsstilsændringer. Om det siger Arne:

"Og så... derudover så var jeg godt klar over, at jeg også selv ville kunne få noget ud af det. Så for mit eget vedkommende var der også en form for hjælp til selvhjælp. Og så håber vi jo på det udvikler sig som det vil (...) Altså igen, vi skal ikke glemme, at jeg også har et egoistisk motiv i det her. Det har vi alle sammen i bestyrelsen. Det er ligeså meget for at hjælpe os selv." (Interview Arne, 08.04.14)

Arne bruger betegnelsen 'egoistisk motiv', hvilket har en negativ klang og måske også er udtryk for, at han egentlig selv er vant til at handle uegennyttigt og måske derfor har behov for at eksplicite, at han i denne situation også handler ud fra egne interesser. Det kan diskuteres, om det overhovedet ville kunne lade sig gøre at oprette en forening som *Folkenetværket*, hvis de frivillige i denne forbindelse ikke selv havde en personlig vinding, idet de jo skaber en hjælp til dem selv – en "hjælp til selvhjælp", som Arne udtrykker det. Hjælpen tilgodeser også andre mennesker, som også opnår hjælp til selvhjælp. Sammenhængen med identiteten som 'deltager' på forløbene, som de frivillige potentielt ønsker at bevare, synes at være forbundet med et ønske om, stadigvæk at 'få' dét ud af det, som de ønsker deltagerne i foreningen også skal få (jf. afsnit 2.4.2).

9.1.2 De sundhedsprofessionelles motiver for Folkenetværket

De sundhedsprofessionelle har tydeligvis andre motiver for at indgå i samarbejdet end de frivillige har. Der eksisterer ikke de samme personlige incitamenter for at etablere *Folkenetværket*, som det ses blandt de frivillige på forskellige niveauer. For de sundhedsprofessionelle forekommer *Folkenetværket* som en arbejdsopgave blandt mange, men ud fra interviewene tyder det dog på, at der alligevel er motiver, der kan have betydning for de to sundhedsprofessionelles tilgang til

samarbejdet. For Dorthe begrundes etableringen af foreningen med, at der var borgere, der tydeligt havde et behov, man fra Folkesundhed Aarhus' side ikke kunne tilfredsstille:

"(...) Og den er sådan udspringet på baggrund af behov, som blev oplevet hos borgerne. Der var flere borgere, der havde givet udtryk for, at de havde været glade for forløbet hos Folkesundhed, men hvad så, når de så var færdige? Så var de sådan lidt bekymrede for at skulle stå på egne ben... ja. Om de nu kunne holde fast i de mål og... de ting de havde lært derinde." (Interview Dorthe, 09.04.14)

Denne opfattelse deler Ellen, selvom hun ikke selv var med til at starte tiltaget op:

"(...) Vi kan se her på Folkesundhed, når folk har været her på et forløb, uanset hvilket forløb det nu er, så kan det være rigtigt svært, når de skal forlade stedet. Der er mange, der giver udtryk for, om 'kan vi ikke få lov at tage et andet forløb eller få forlænget?', osv. Så det var helt oplagt, jamen der mangler et eller andet udslusningsorgan, der mangler noget, der hjælper folk på vej. Og så kom ideen så med det her Folkenetværk." (Interview Ellen, 11.04.14)

Fra Folkesundhed Aarhus' side, har der hele tiden været stor opbakning til etableringen af netværket og det er tydeligt, at de frivillige og selve foreningen anses som et potentiale for kommunen til at dække et behov hos borgerne, der ellers ikke er ressourcer til at indfri:

"(...) fra Folkesundheds side, der havde vi jo en stor interesse i, at det her, det kom til at fungere. Så vi også har et sted, havde et sted, at sende borgerne hen. Når de sluttede forløbene, ikke?" (Interview Dorthe, 09.04.14)

Ellen, som netop har overtaget Dorthes plads i bestyrelsen, ansøgte om at få *Folkenetværket* ind under sine arbejdsopgaver, da stillingen blev 'ledig' efter Dorthe. At hun ikke er blevet 'tildelt' funktionen tilfældigt, vidner om, at hun har interesse for tiltaget. Hendes interesse for frivillighed og inddragelse af frivillige i kommunale arbejdsopgaver lader til at være skabt ud fra en samfundsmæssig interesse for frivillighed som fænomen og ud fra egne erfaringer:

"(...) Og så synes jeg også det med frivilligheden er spændende og jeg tænker også det er et aspekt, som uanset om man har erfaring med det eller i virkeligheden også gider forholde sig til det, så kommer man til at forholde sig til det nu, fordi det er fremtiden, tænker jeg (...)" (Interview Ellen, 11.04.14)

Ellen udtrykker her et samfundsmæssigt perspektiv på brugen af frivillige, som hviler på en forventning om, at fremtidens kommunale sundhedsarbejde i høj grad kommer til at være præget af frivillig arbejdskraft. Hendes perspektiv er funderet i en opfattelse af frivillighed som en 'metode' til at øge borgernes medbestemmelse og engagement i lokalområdet, hvormed det nære sundhedsvæsen søges styrket:

"(...) Og i Aarhus Kommune har man jo lavet det her Kærlig Kommune-koncept⁴ (...) Som jo i høj grad spiller på, at vi skal inddrage så meget frivillighed som muligt (...) folk prøver at tænke ind i, hvad er det for en fremtid vi nærmer os i Danmark." (Interview Ellen, 11.04.14)

For en forening som *Folkenetværket* synes en medarbejder som Ellen at være en kapacitet i forhold til at få foreningen gjort så stærk og velfungerende som muligt. Hendes syn på frivillighed kan tænkes at bidrage med udvikling af samarbejdet med de frivillige, idet hun er visionær på de frivilliges vegne i forhold til at arbejde for deres sag.

Det er forskelligt blandt de tre frivillige, hvilke oplevelser og faktorer, der synes at bidrage til at fastholde deres lyst til og motivation for at fortsætte det frivillige arbejde i *Folkenetværket*. Det gælder i mange forskellige kontekster, at motivationen for at fortsætte noget, man har sat i gang bedst holdes, hvis det går godt. Dette er også tilfældet i forhold til de frivilliges engagement i *Folkenetværket*, hvor deres begejstring over foreningens succes, bevirker, at de frivillige på nuværende tidspunkt udstråler stort engagement og lyst til at arbejde videre:

"Ja, du får sat noget i gang som så overlever, ikke også? Og det er måske lidt det, der ligger i mit engagement at... der skal nødvendigvis ikke en hel masse teknologi til eller andre ting. Men de små step." (Interview Bent, 10.04.14)

"Og så længe jeg kan se, at det nytter noget. At, at... ligegyldig hvor lidt det er, men at man føler man gør en forskel." (Interview Arne, 08.04.14)

"Ehj, jeg synes det, det er dejligt at hjælpe dem dernede, og også til at de kan få nogle flere ud. Jeg håber, der kommer nogle flere ud. Og får ligeså meget ud af det, som jeg har ikke også? (...)" (Interview Charlotte, 14.04.14)

Det ses her, at Bent har mest fokus på, at selve konceptet viser sig at være en succes, selvom det er lavet på få midler og ud fra en simpel skabelon. Arne måler i udsagnet succes på, at foreningen gør en forskel for folk, altså medlemmerne i *Folkenetværket*, hvorimod Charlotte henter sin glæde ved foreningen på det mere personlige plan, hun brænder for sagen, fordi hun får en glæde ved at gøre det. Alle tre beskrevne motivationsfaktorer for engagement kan siges at være stærke – så længe det går godt for foreningen.

For Arne er dét at kæmpe for en sag, et af de bærende motiver for at udføre frivilligt arbejde (jf. afsnit 9.1.1). Derfor er det ikke overraskende, at noget af det, der holder ham til ilden er, at han oplever, at indsatsen udvikler sig og har effekt:

⁴ Kærlig Kommune er betegnelsen for Aarhus Kommunes vision om at udvikle et velfærdssamfund, hvor borgerne har mere magt og velfærd skabes i fællesskab (36)

"Altså, vi mærker, at der bliver taget vældig imod det, ikke også? Og... den niche vi har fundet i vores arbejde, den... den tror vi på, kan udvikle sig til noget. Også noget rimeligt stort faktisk (...) Hen ad vejen. Og vi håber da også på, at det vi går og arbejder med, ikke også, det kan måles på et tidspunkt. At det rent faktisk har haft en effekt." (Interview Arne, 08.04.14)

For en person som Arne, der blandt andet drives af at kæmpe for en sag, er det tydeligt, at evaluering og konkret effektmåling er vigtige parametre for på en måde at få verificeret eller blåstemplet hans arbejde. Samtidig er det også tydeligt, at anerkendelse fra kommunen i forhold til hans arbejdsindsats har betydning for hans engagement, herunder synes dét at blive behandlet som en "del af teamet" at have betydning:

"(...) Alene det, når jeg nu går ned på Folkesundhed i morgen klokken halv et, skal ud med de der seks til syv mennesker, vi skal ud og gå, så den måde, man bliver taget imod på af alle de ansatte, man føler faktisk, at man næsten er en del af teamet dernede (...) Og det ja. Fordi så... nå, nu kommer de der netværks hold igen, nej vi bliver sgu taget imod med åbne arme, ikke også?" (Interview Arne, 08.04.14)

Kampen mellem den lille mand og systemet, særligt sundhedsvæsenet, er som tidligere beskrevet et af de bærende motiver for Bent i forhold til at gå ind i det frivillige arbejde omkring *Folkenetværket*. En af hans mærkesager i kritikken af systemet går på, at det er svært som almindelig borger eller patient at finde dem, man skal snakke med omkring sin situation. Han lægger som person i den forbindelse meget vægt på kommunikation og at hjælpe og støtte andre gennem netop kommunikation. Og derfor er det også hans ide, at samtalesalonerne, en månedlig aktivitet i *Folkenetværket*, er kommet op at stå (37). Netop kommunikationen mellem medlemmer i blandt andet samtalesalonerne kan virke som en betydningsfuld aktivitet for Bent, hvilket måske hænger sammen med, at det var hans eget behov inden *Folkenetværket* blev startet op og dermed en del af hans motiver for at være med:

"Samtalosaloner går så på... det er en øvelse i at lære at kommunikere med andre folk, som man ikke kender (...) Hvis du får en god ide, den skal du lige ned og snakke med nogen om først, inden du begynder og sprede den ud (...) Og hvis man så... hvad skal vi sige, kommer med noget og så kan man sige... snakke med folk og alle de ting der. Og det er så... og da tror jeg så på, at man er en støtte." (Interview Bent, 10.04.14)

Som det ses lægger Bent vægt på det læringsmæssige aspekt i at kommunikere med andre, hvilket i forhold til selv at indtage en rolle i foreningen som værende ideudviklende og reflekterende er en vigtig motivationsfaktor for ham. Han opfatter derudover sig selv som støttende i forhold til at få medlemmerne til at kommunikere deres behov ud, hvilket i følgende udsagn ligeledes viser sig at være motiverende for ham:

"Nej, jeg håber... jeg oplever mig... altså som en støtte (...) Altså det... det lægger jeg også op til (...) En støtte, det er jo også et netværk du får bygget op (...) Altså folk, de ved godt, hvor de kan henvende sig og de oplever så ikke at blive afvist." (Interview Bent, 10.04.14)

Dermed kan Bents eget tidligere behov for støtte til at få kommunikeret sine behov ud i blandt andet 'systemet' nu fungere som en motivation for ham i forhold til netop at yde støtte for de andre medlemmer, som føler samme behov i *deres* 'kamp mod systemet'.

Charlotte finder derimod sin motivation for fastholdelse i andre faktorer, særligt er det tydeligt, at hun trives med at have fundet et fællesskab med ligesindede:

"Det giver mig en indre glæde og livskvalitet, og også det der sammenhold vi har ikke? (...) Finn siger, vi har fået nye venner. Ja det har vi, ikke også? (...) Det har vi jo også herinde, men det her er sådan nogle, man gør noget med, og det betyder rigtig meget, ikke også?" (Interview Charlotte, 14.04.14)

Det kan tyde på, at Charlotte igennem en årrække, eller hele sit liv, har manglet opbakning fra sin omgangskreds i forhold til at prøve at leve sundere og blandt andet få dyrket motion. Det er tydeligt, at hun er socialt anlagt, og dét, at hun understreger betydningen af, at de 'nye venner' er nogle, "man gør noget med", tyder på, at det er lige præcis dét, hun har manglet tidligere. Hun er selv bevidst om sit behov for det sociale aspekt:

"Og efter 1 år her, så ved jeg, at jeg går aldrig tilbage til det gamle igen. Aldrig... Men det kunne jeg ikke have gjort uden *Folkenetværket*, og jeg kunne ikke have gjort det uden det sammenhold vi har, hvor vi går og snakker, og har været på forskellige kurser... for det har jeg jo ikke kunnet hele mit liv." (Interview Charlotte, 14.04.14)

Netop denne bevidsthed kan være en styrke for hende i forhold til at fastholde engagementet i det frivillige arbejde. En del af hendes sociale væsen er også, at hun efter eget udsagn elsker at tale med folk og fortælle om sine oplevelser ved Folkesundhed Aarhus (bilag 11). I kraft af dette har hun for mange indtaget en rollemodel-funktion over for nogle af de nye medlemmer i foreningen:

"Altså Pia siger da... 'du inspirer mig', så det er da nok den måde jeg er på, der inspirer dem til at få det dér snolder væk, og ikke tage så meget fløde på en kage, som hun ellers gør (...)" (Interview Charlotte, 14.04.14)

En funktion som rollemodel er generelt bekræftende. For Charlottes vedkommende er det særligt hendes vægttab og livsstilsændring, der ligger til grund for rollemodel-funktionen, og måske knapt så meget hendes arbejde med at få foreningen op at køre. Det kan i høj grad tænkes at være med til at styrke Charlottes engagement for at være med, at hun jævnlige får at vide, at

hun inspirerer andre til at ændre livsstil. For at dette kan fungere som motivationsfaktor for Charlotte er det dog essentielt, at hun fortsætter med at holde sit eget vægttab, da der kan tænkes at være risiko for, at motivationen forsvinder, hvis rollemodel-funktionen ikke eksisterer længere. Dermed er der i Charlottes tilfælde en tydelig sammenhæng mellem fastholdelse af vægttabet og fastholdelse af engagement for det frivillige arbejde.

Noget af det, der til gengæld kan *nedbringe* de frivilliges lyst til at forsætte arbejdet er, hvis de føler at arbejdet bliver for omfattende:

"Så lang tid i hvert fald at jeg føler jeg har noget ud af det. Fordi hvis jeg begynder at tage det med hjem og bliver et problem, så ligger jeg det fra mig og så kaster jeg det af mig igen." (Interview Arne, 08.04.14)

"(...) Det som vi... og det som jeg i hvert fald prøver på, det er ikke og engagere mig i mere end jeg kan overskue (...) Og så kan man lige pludselig... få sig engageret sig ud i noget, som gør, at så laver man alt mulig andet end... end det, der egentlig var den oprindelige ide." (Interview Bent, 10.04.14)

Bents udsagn vidner desuden om, at det for ham vil påvirke hans lyst til arbejdet negativt, hvis dagsordenen med tiden bliver en anden, end den han selv som ideudvikler har været med til at udforme. Bents holdning til 'systemet' som en 'firkantet instans' taget i betragtning, ligger der måske heri en skjult advarsel om, at hvis kommunen går ind og ændrer for meget på den oprindelige ide eller stiller for mange krav, der virker begrænsende for foreningens arbejde, så vil han miste motivationen og lysten til det frivillige arbejde.

Ud fra interviewene fremgår det, at Ellen er bevidst om, at der er mange aspekter omkring frivillighed og at det kræver en vis faglig indsigt at kunne skabe et udviklende samarbejde med frivillige i en opgave som *Folkenetværket*, ligesom hun er interesseret i at *udvikle* frivilligheden. Nedenstående citat viser, at hun ikke kun tænker på frivillighed ud fra et ressourcemæssigt perspektiv, men derimod også er interesseret i at fremme de frivilliges udvikling, hvilket ud fra hendes synspunkt, kun sker, så længe de frivillige føler sig værdsat for deres indsats:

"(...) Så der er rigtig mange aspekter i det, og... det er jeg da rigtig nysgerrig på, altså, og det håber jeg rigtig meget, at jeg kan blive klædt på til og kan gå ind i og så kunne hjælpe, ikke? Fordi, hvis man skal have lyst til at lave frivilligt arbejde, så skal man føle sig værdsat, ikke?" (Interview Ellen, 11.04.14)

Citatet viser, at Ellen i tråd med Honneths *anerkendelsesteori* er bevidst om anerkendelsens betydning for samarbejdet, og hvordan hun bedst muligt kan skabe rum for, at de frivillige fastholder deres engagement for arbejdet.

9.2 Organisering (rolle- og ansvarsfordeling)

Overordnet fremgår det af interviewene, at der i forbindelse med selve rolle- og ansvarsfordelingen i *Folkenetværket* eksisterer en oplevelse af, at en ligelig fordeling af arbejdsopgaver mellem parterne kan være vanskelig og selv om der må udvises fleksibilitet, skal der også være plads til at sætte grænser. I dette afsnit af analysen præsenteres informanternes oplevelser af rollefordelingen i *Folkenetværket* og herunder, hvordan rollerne er defineret og afgrænset. Efterfølgende analyseres betydningen af den sundhedsprofessionelles ændrede rolle undervejs i forløbet.

9.2.1 Fordeling af roller i Folkenetværket

Fordeling af roller og ansvar i forbindelse med et samarbejde, har i en af de i specialet tidligere anvendte artikler vist at have stor betydning for opbygningen af et samarbejde og for opretholdelsen af indsatsen efterfølgende. Ved det første bestyrelsesmøde i foreningen blev bestyrelsesposterne fordelt, grundlæggende under hensyntagen til de frivilliges interesser og kompetencer (Interview Arne, 08.04.14). Den sundhedsprofessionelles rolle var i starten primært centreret om at videreføre Folkesundhed Aarhus' værdier og visioner til foreningsarbejdet, hvorefter forventningen var, at hendes rolle og ansvarsområder løbende ville blive defineret:

"Det kom sådan hen ad vejen, den her fordeling af opgaver. Altså, jeg havde selvfølgelig fast i bagehovedet hele tiden, at min opgave var midlertidig (...) Og at min primære rolle var at holde fast i de visioner og værdier, som forløbene på Folkesundhed bar præg af (...)" (Interview Dorthe, 09.04.14)

Efter Ellen har overtaget Dorthes plads i bestyrelsen, er hendes primære rolle blevet at samle trådene op og imødekomme de frivillige, hvis de har behov for rådgøring (Interview Dorthe, 09.04.14) (Interview Ellen, 11.04.14). Hun forventer ligesom Dorthe, at hende rolle vil blive løbende defineret:

"(...) Vi har lige taget hul på at definere den (rollen, red.) og det har jeg selv lige taget hul på, kan man sige, ikke? (...) I virkeligheden tænker jeg, hele efteråret bliver sådan en proces omkring, hvordan kan jeg... med, med de timer der nu er sat til rådighed, hvordan kan jeg så give dem mest muligt med, ikke?" (Interview Ellen, 11.04.14)

Bent udtrykker ligesom de sundhedsprofessionelle, at fordelingen af ansvarsområder og roller er en kontinuerlig proces, som finder sted i takt med udviklingen af foreningen:

"Nej, det er de (rollerne, red.) ikke... og det har heller ikke været hensigten rigtig fra starten. Det kan godt være at det... det over tid sådan udvikler sig til at... hvad skal vi sige, der er nogen, der har mere indsigt i nogle ting end andre." (Interview Bent, 10.04.14)

Der synes dog ikke at være enighed omkring dette blandt alle de frivillige, idet Charlotte mener, at rollerne er tydeligt defineret (Interview Charlotte, 14.04.14). Det fremgår af de internationale erfaringer med partnerskaber mellem frivillige aktører og sundhedsvæsenet, at rollerne fra starten af skal være tydeligt definerede for at kunne skabe velfungerende partnerskaber, ligesom det fremgår at være en fordel, at parterne har forskellige færdigheder og kompetencer (bilag 2). Dette understøttes af Ellen, der mener, det er godt at have samarbejdspartnere med mange forskellige roller og vægter og anerkender, at alle roller er lige vigtige for et godt samarbejde (Interview Ellen, 11.04.14).

På trods af litteraturens anbefalinger omkring tydeligt definerede roller, viser det sig i *Folkenetværket* også at være nødvendigt med en vis grad af fleksibilitet, når frivillige har de bærende funktioner i en bestyrelse. Dette oplevedes allerede i den indledende fordeling af roller og ansvar, da det har vist sig at være praktisk umuligt at dele arbejdsopgaverne ligeligt, da flere af de frivillige har fast arbejde og derfor ikke har mulighed for at lave foreningsarbejde i dagtimerne. Desuden har de frivillige også mange andre gøremål ud over bestyrelsesarbejdet (Interview Arne, 08.04.14). I forbindelse med opståen af nye opgaver eller uventede situationer, forsøger de frivillige i fællesskab at imødekomme disse og hjælper hinanden hermed:

"Finn som er kreativ og som skulle have lavet noget papirbaseret informationsmateriale, var så uheldig at køre galt med bilen og brækkede ryggen og er ude i tre måneder (...) Og så er der ligesom noget, der står stille. Så der er det jo selvsagt, at nogle af de opgaver, der ligger, der må vi andre jo tage på os (...) Indtil han er klar igen, ikke også?" (Interview Arne, 08.04.14)

Denne fleksibilitet i parternes arbejdsfordeling fremhæves ligeledes i Koelen et al., hvor det fremgår, at der i et godt samarbejde skal være plads til fleksibilitet hvis ændringer opstår (15). Desuden fremhæver de frivillige informanter, at man som bestyrelsesmedlem i *Folkenetværket* skal have mulighed for at kunne sige fra og sætte grænser, hvis man bliver forhindret i at udføre sine arbejdsopgaver. Om dette udtrykker Arne:

"(...) Der får man hver især pålagt nogle opgaver (...) Og så skal man udføre dem. Og hvis man pludselig finder ud af, at det kan man ikke eller vil ikke, så skal man sige det. Og så finder man nogle andre der vil eller kan." (Interview Arne, 08.04.14)

Udsagnet vidner om, at begge parter i bestyrelsen har en fleksibel indstilling overfor omfordeling af arbejdsopgaver, hvis opgaverne bliver for meget. Det viser, at der eksisterer en holdning om, at dét at stille krav og forventninger til frivilliges indsatser skal foregå med en vis forsigtighed, hvis gejsten blandt "ildsjæle" skal opretholdes.

9.2.2 Den sundhedsprofessionelles rolle

Der er sket en stor ændring af den sundhedsprofessionelles rolle i foreningen, hvilket kan ses som en naturlig udvikling i forbindelse med opstart af en forening som *Folkenetværket*, der i starten kan kræve mange ressourcer. Desuden havde Dorthe flere timer tildelt end Ellen til foreningsarbejdet, som blev anvendt på at få foreningen godt i gang (Interview Ellen, 11.04.14). Da Ellen overtog samarbejdet med de frivillige, foretog hun en forventningsafstemning omkring hendes arbejdsopgaver i bestyrelsen, netop med baggrund i, at hendes tid til foreningsarbejdet var blevet væsentligt reduceret i forhold til, hvad de havde været vant til med Dorthe:

"Og der havde de nok lidt et håb om, at jeg sådan kunne træde ind og som blæksprutte en gang imellem og guide dem videre og alt muligt andet, og det kommer jeg ikke til at gøre. Altså, fordi det her, det er der ikke sat tid af til. Altså den tid, som der er lagt i det nu, det er at jeg kan deltage i et bestyrelsesmøde om måneden og det vil sige, sådan ca. en time, højst to timer. Og så derudover måske én højst to timers arbejde. (...) det kunne jeg godt mærke, de måske blev lidt... eller de havde håbet på, at det ville være noget andet (...)" (Interview Ellen, 11.04.14)

Citatet vidner om, at Ellen er villig til at afstemme de forventninger og krav, som de frivillige har til hendes rolle i forbindelse med samarbejdet omkring *Folkenetværket*. Hun er dermed professionel i sin tilgang til arbejdet med de frivillige, på trods af, at hun må lade sig begrænse i sin store personlige og faglige interesse for frivilligheden og udvikling heraf, da den ene time om måneden, der er afsat til samarbejdet ikke rækker langt ud over den proceskonsulent-funktion, som hun primært ser sig selv i (Interview Ellen, 11.04.14). Trods håbet fra de frivilliges side om et større samarbejde med Ellen, synes et fælles fundament for et godt samarbejde ifølge Ellen alligevel at være skabt (Interview Ellen, 11.04.14).

At Dorthe i sin tid overhovedet kom med i bestyrelsen, beskriver Arne som en metode for kommunen til at kunne have en smule styring med, i hvilken retning foreningen bevægede sig:

"Altså... grunden til at... at vi har en professionel tilknyttet vores bestyrelse, det tager jeg egentlig også lidt som noget af det andet, jeg har sagt her. Det er et udtryk for at... det etablerede system godt vil have, at vi går i gang med det her (...) Så de vil have en lille bitte finger med i det. For ligesom at sige 'Okay vi er med på bagsmækken, og så skubber vi det i gang på en eller anden vis, og så ser vi hvad der sker'. Det tror jeg på." (Interview Arne, 08.04.14)

De frivillige i bestyrelsen har tydeligvis draget fordel af den sundhedsprofessionelle og dét, at der stadigvæk er en sundhedsprofessionel med i bestyrelsen, synes at være positivt for de frivillige, der ser et potentiale og en ressource i at have Ellen med. Arne giver eksempelvis udtryk for, at der er en tryghed ved, at de har en sundhedsprofessionel med på sidelinjen:

"Derfor synes jeg, det er super og det er også noget, som jeg tror vi skal fastholde. Jeg mener, at man på et tidspunkt sagde, at så kunne Folkesundhed trække sig ud af det. Det tror jeg egentlig jeg vil være ked af. Fordi det... det vil være fint om ikke andet de have en observatør-status eller noget (...) Også over for kommunen, kan man sige (...) Fordi... jamen jeg kunne godt forestille mig nogen, der kunne komme nogle barrierer, hvis det bare var, at vi var en frivillig forening. Og så kommer vi ind og så så sige 'Jamen kan de godt være med i noget behandlersystem, det er jo bare lægfolk' (...) Og vi har altså bare den der lille hale... vi har lige den Folkesundhed med på hjørnet (...) Sådan tror jeg, det skal være (...)" (Interview Arne, 08.04.14)

På trods af, at Ellen er tydelig omkring sin rolle i den forstand, at hun lader initiativet hvile på de frivillige, vidner ovenstående udtalelse om, at hun for de frivillige i kraft af en slags observatør-status alligevel har en unik betydning for foreningen. Ifølge Jensen & Jensen har samarbejdet mellem borgere og sundhedsprofessionelle til en vis grad altid en indbygget asymmetri, da den sundhedsprofessionelle har en overordnet position i forhold til borgeren, grundet fagligheden, adgang til ressourcer samt ansvar og magt der er pålagt af systemet. Dermed kan den sundhedsprofessionelle betragtes som en form for *hjælpemagt*, der kan beslutte, hvordan de frivillige kan rådføres og hjælpes (20). Begge sundhedsprofessionelle understreger dog, at meningen er, at de frivillige så meget som muligt selv skal styre og organisere *Folkenetværket* og at de i den forbindelse er opmærksomme på ikke at indtage en ekspertrolle (Interview Dorthe, 09.04.14) (Interview Ellen, 11.04.14). Charlotte oplever dog netop, at de sundhedsprofessionelle i forhold til de frivillige har en ekspertrolle, da de qua deres uddannelse har nogle *faglige* kompetencer i forhold til at styrke og hjælpe de frivillige i situationer, hvor en vis grad af faglighed er påkrævet:

"Jeg kan holde hende i hånden, men jeg kan jo ikke hjælpe hende i hendes sygdom, fordi, det er jeg ikke uddannet til (...) Og deri er forskellen, ikke? Hun er en for stor mundfuld for os, men jeg kunne stadigvæk godt, tage hende med et sted hen. Det ville jeg godt kunne finde ud af, og... men jeg kan jo ikke sådan få hende ud af den der ting, hun er i, vel? Vi kan kun snakke om det, og så hvad jeg synes og sådan. Og deri er forskellen. De er mere professionelle, end vi er, ikke?" (Interview Charlotte, 14.04.14)

Dermed forholder Charlotte sig realistisk til dét faktum, at man som frivillig kan være begrænset grundet manglende faglighed, uanset hvor stort engagement og meget arbejde man lægger i foreningen. Altså anerkendes og respekteres den asymmetriske fordeling af magt, der opstår på dette punkt, og det lader ikke til, at Charlotte oplever det som en begrænsning eller på anden vis utilfredsstillende. Tværtimod er de frivillige opmærksomme på, på hvilke punkter de sundhedsprofessionelle og de frivillige adskiller sig, og hvordan de hver især med deres forskelligheder kan bidrage til foreningsarbejdet.

9.3 Rolleskift (*betwixt and between*)

Turners analytiske begreb *betwixt and between* danner som beskrevet i problemanalysen udgangspunkt for en hypotese om, at overgangen fra at være deltager på et forløb ved Folkesundhed Aarhus til at være bestyrelsesmedlem i *Folkenetværket*, for de frivillige kan være forbundet med usikkerhed, manglende følelse af kontinuitet og utryghed (17). Denne tilstand kan, med henvisning til afsnit 2.4, få betydning for, hvorledes den frivillige indgår i samarbejdet med de sundhedsprofessionelle omkring etablering af *Folkenetværket*, hvorfor tilstedeværelsen af dette fænomen i denne case-specifikke kontekst gennem interviewundersøgelsen søges af- eller bekræftet. Derfor er der under interviewet blevet spurgt ind til informanternes oplevelser omkring deres rolleskift og eventuelle udfordringer i forbindelse hermed (bilag 6). Også de sundhedsprofessionelles oplevelser af de frivilliges forandringsproces inddrages, for at opnå så nuanceret analyse og fortolkning som muligt.

I det følgende analyseres, hvordan de frivillige har oplevet overgangen fra at være deltager ved Folkesundhed Aarhus til at være bestyrelsesmedlem i *Folkenetværket* ud fra både de frivilliges og de sundhedsprofessionelles perspektiv. Efterfølgende belyses, hvorvidt og i så fald hvorledes de fremanalyserede fund kan have betydning for *samarbejdet* omkring etableringen af *Folkenetværket*.

9.3.1 Rolleskift fra deltager til bestyrelsesmedlem

Fælles for de frivillige informanter er, at de alle undervejs i interviewene kommer ind på, hvordan de oplever, at deres rolle *er* eller *har været* under udvikling. Udviklingen synes imidlertid ikke at være forbundet med udfordringer, når man spørger de frivillige selv. Blandt andet fremhæver Bent, at han i relation til tidligere erfaringer fra arbejdsliv og foreningsarbejde ikke ser en stor forskel mellem hans rolle som bestyrelsesmedlem i *Folkenetværket* og tidligere roller eller funktioner, hvorfor hans aktuelle rolle tilsyneladende falder ham naturligt (Interview Bent, 10.04.14). Arne giver også udtryk for, at overgangen for ham har været uproblematisk, ifølge nedenstående udsagn blandt andet takket være opbakning fra personalet hos Folkesundhed Aarhus:

"Så derfor synes jeg egentlig ikke, at overgangen... Det var et eller andet med at ...at vi fandt bare ud af det, og vi fandt også lynhurtigt ud af, at der var opbakning fra Folkesundhed (...) Og så da det langsomt begyndte at udvikle sig. Og vi, følte vi fik opbakning og der blev skubbet på. 'Jamen, I kan bare gøre det'. 'Jamen, ring lige til Dorthe' (...) 'Prøv og hør'. Nårh ja, men så begyndte det ligeså langsomt, så derfor var der ikke rigtig nogen overgange (...)" (Interview Arne, 08.04.14)

At overgangen for Arne er oplevet uproblematisk kan udover opbakningen fra personalet måske også tilskrives hans erfaring med foreningsarbejde, hvorigennem han har oparbejdet en erfaringsballast omkring indtagelse af nye roller inden for frivilligt regi (bilag 11).

Adspurgt føler Arne sig *både* som deltager og som en person med et mere 'overordnet ansvar', når det handler om hans rolle i *Folkenetværket* (Interview Arne, 08.04.14). Selvom Arnes rolle har ændret sig i og med, at han nu er bevidst om at være "en faktor i bestyrelsesarbejdet" og om at være "markant overfor Folkesundhed og kommunen", som han udtrykker det, føler han fortsat tilknytning til Folkesundhed Aarhus. Eksempelvis holder han stadig fast i sin gamle gå-gruppe fra den tid (Interview Arne, 08.04.14). Det lader med andre ord til, at rollen som deltager trods hans post som bestyrelsesformand i foreningen, fortsat hænger ved Arne, og som Bent fremhæver i det følgende, er det heller ikke målet, at de som frivillige skal professionaliseres i den forstand, at de skal blive i stand til at indtage roller som fagpersoner:

"Jamen jeg tror ikke rigtig, at... altså vi er jo ikke sådan... vi vil jo helst ikke være fagpersoner." (Interview Bent, 10.04.14)

Charlotte har umiddelbart også en tæt kontakt med rollen som deltager, selvom hun nu er kommet videre siden da og har "lært at tage styringen". Så selvom de frivillige på mange punkter har udviklet sig, og nu indtager en rolle, hvor de udgør en støtte og i nogen grad indtager en position som en form for rollemodel for de øvrige medlemmer i *Folkenetværket*, tyder det ud fra ovenstående på, at rollen som deltager og tilknytningen til Folkesundhed Aarhus fortsat hænger ved hos de frivillige, hvilket informanterne synes at være både bevidste omkring og tilfredse med. Hermed er der måske ikke i så høj grad tale om et decideret rolleskift i forbindelse med overgangen, men snarere en rolleudvidelse. Informanterne synes at signalere, at denne udvidelse af rollen falder dem naturligt, hvilket måske kan tilskrives det faktum, at de frivillige oplever *Folkenetværket* som et initiativ, der ikke er blevet dem 'påduftet' fra systemets side. Initiativet er i stedet opstået på baggrund af netop de frivilliges behov og interesser, hvorfor deres høje engagement synes at få en betydning for, hvorledes de håndterer den forandringsproces, det trods alt er at gå fra at være deltager til at være bestyrelsesmedlem. Derudover ser det også ud til, at de frivilliges forskellige baggrunde, erfaringer og personligheder er en medvirkende faktor for, at overgangen for dem ikke opleves problemfyldt eller på anden måde skelsættende. De frivillige synes med andre ord ikke at befinde sig i en tilstand af at være *betwixt and between*, hvormed begrebets anvendelighed eller relevans i denne case-specifikke kontekst synes afkræftet. Dog markerer overgangen fra deltager til frivilligt bestyrelsesmedlem indtagelsen af en ny social position, hvor de frivillige,

med henvisning til afsnit 9.1.1 om motiver for frivillighed, håber og tror på, at de kan støtte og hjælpe andre. Denne såkaldte *liminale* overgang synes imidlertid ikke at være forbundet med rolleforvirring og usikkerhed hos de frivillige, som tilstanden af at være *betwixt and between* netop angiver (17).

9.4 Anerkendelse og det ligeværdige samarbejde

Jævnfør Honneth er gensidig anerkendelse i den solidariske sfære grundlaget for opbygning af selvværd og dermed af betydning for menneskets udvikling (jf. afsnit 2.5.1). Derfor bør gensidig anerkendelse finde sted i alle sociale sammenhænge, hvormed *anerkendelsesteorien*, er med til at danne fundament for udøvelsen af demokrati og ligeværdigt samarbejde (20). De involverede aktører i *Folkenetværket* har som tidligere beskrevet forskellige forudsætninger og motiver for at indgå i samarbejdet (jf. afsnit 9.1), hvorfor der i følgende analyse søges svar på, hvorvidt og hvorledes henholdsvis frivillige og sundhedsprofessionelle i *Folkenetværket* i praksis føler sig anerkendt og vægter ligeværdighed i samarbejdet. Fokus i analysen er på grundlag af samarbejdet mellem informanterne som genstandsfelt lagt på den menneskelige relation.

Indledningsvis belyses oplevelser omkring anerkendelse af de frivillige, hvorefter anerkendelse af de sundhedsprofessionelle analyseres. Afslutningsvis foretages på baggrund heraf en analyse af det *ligeværdige samarbejde* i etableringen af *Folkenetværket*. Undervejs i afsnittene belyses også de aspekter, der afspejler informanternes opfattelse af anerkendelse og ligeværdigt samarbejde på et mere *organisatorisk* plan, herunder i forhold til mere politiske og ledelsesmæssige aspekter med henvisning til Jensen & Jensen (20).

9.4.1 Anerkendelse af de frivillige

Fælles for de tre frivillige aktører er, at de alle på forskellig vis giver udtryk for, hvorledes de føler sig 'mødt' i det nære samarbejde med de sundhedsprofessionelle, der er tilknyttet *Folkenetværket*. I denne forbindelse udtaler bestyrelsesformanden Arne:

"(...) hver gang jeg... jeg nævner et eller andet om, at vi går og roder med noget eller... 'Ja, sindssyg god ide. Bliv endelig ved' (...) så kigger man jo lidt... henover brillerne engang imellem, for der er også økonomi i det og sådan noget, ikke også? Men... altså som det er nu, og fordi vi er så nye, og fordi konceptet er som det er, da tror jeg simpelthen, at vi kan finde på hvad som helst og så vil de bakke det op. (...) og det har måske noget at gøre med, at vi ikke må... sidde med en følelse af, at de afviser noget. Og vi har ikke mødt det endnu i hvert fald, at vi er kommet med noget, hvortil de siger 'Det kan der overhovedet ikke være tale om' (...)" (Interview Arne, 08.04.14)

Ifølge Arne bliver end ikke ideer, der indebærer tilførsel af midler i "100.000 kroners klassen" skudt ned, hvilket vidner om en oplevet velvillighed over for og værdsættelse af de frivilliges ideer fra de sundhedsprofessionelles side (Interview Arne, 08.04.14). Samme oplevelse synes Bent at have, der til spørgsmålet om, hvorvidt han føler, at de sundhedsprofessionelle tager imod de ideer han kommer med som frivillig, svarer: "Ja det mener jeg egentlig, fordi de er ret begejstrede" (Interview Bent, 10.04.14). Arnes citat fremstillet i afsnit 9.1.1, hvor han udtrykker en følelse af at være "en del af teamet", giver ligeledes et indtryk af, at dét at blive anerkendt 'oppefra' giver en form for stolthed, som synes at være af stor betydning for ham og hans motivation for at fortsætte sit engagement i foreningsarbejdet (jf. afsnit 9.1.1). Oplevelsen af, at *Folkenetværket* er anerkendt blandt medarbejdere ved Folkesundhed Aarhus er Dorthe enig i, og det er tydeligt, at hun er glad på deres vegne og for at de møder anerkendelse fra andre end hende selv:

"(...) Folkesundhed ser i hvert fald med meget positive øjne på *Folkenetværket*. (...) Folkesundhed har vel en 40 ansatte eller sådan noget, og der er rigtig mange der er kommet og sagt 'Ej, hvor er det godt' og 'Ih, hvor har vi ventet længe på dét her initiativ!'. Og når de så har været derude, så 'Arhmen, altså! Arne og Charlotte, de var bare så GODE, altså!' og 'Det var så fedt'. Arne og Charlotte har jo oplevet, at der har været klapsalver og alverdens ting, når de har været ude og fortælle om foreningen. Så der er ret god sådan gensidig respekt og tillid til Folkesundhed og *Folkenetværket*. Det vil jeg sige." (Interview Dorthe, 09.04.14)

Anerkendelsen fra Folkesundhed Aarhus viser sig også i, at *Folkenetværket* som initiativ efterspørges i andre afdelinger, hvilket fremgår af følgende citat af Arne:

" (...) Og jeg kunne forstå på Ninna, at de havde rent faktisk nogle problemer derude og kunne godt finde på at trække os derud og se, om vi kunne være behjælpelige med noget." (Interview Arne, 08.04.14)

Ovenstående er endnu et eksempel på en situation, hvor de frivillige er blevet mødt med interesse for foreningen og anerkendelse af deres arbejdsindsats. Og i forlængelse af dette fremhæver Arne da også, at han har en klar oplevelse af, at *Folkenetværket* foruden at møde opbakning internt fra Folkesundhed Aarhus, også møder interesse fra øvrige "etablerede foreninger" under Sundhed & Omsorg (Interview Arne, 08.04.14).

I forhold til, hvorvidt de sundhedsprofessionelles selv anerkender de frivillige og deres ideer, er der tydelig anerkendelse at spore i den måde, hvorpå Ellen italesætter de frivilliges indsats:

"(...) De (Arne og Charlotte, red.) kommer ud her på de forløb, der afslutter, hvilket jeg synes er helt fantastisk, at de vil bruge tid på, altså at tage afsted og komme ind og stå og vente, altså, egentlig bruge en eftermiddag på, at de skal herind og snakke et kvarter med en flok mennesker, det synes jeg er så fantastisk, altså at de gør det, ikke?" (Interview Ellen, 11.04.14)

Desuden udviser Ellen i forlængelse af ovenstående en bevidsthed omkring behovet for - eller vigtigheden af, at de frivillige føler sig værdsat: "Fordi, hvis man skal have lyst til at lave frivilligt arbejde, så skal man føle sig værdsat, ikke?" (Interview Ellen, 11.04.14). Den samme positive tilgang til de frivillige og deres ideer synes at gøre sig gældende hos Dorthe:

" (...) For eksempel vores kasserer i foreningen der, han havde, det var ham der havde den ide med at lave den her kolonihave, som er en genial ide, fordi man kan f.eks. cykle ud til kolonihaverne og være fysisk aktive sammen derude og så kan dyrke grøntsagerne og man har noget fællesskab omkring dét, og man har noget netværk omkring dét (...) Og så når afgrøderne vokser op, så kan man så også i fællesskab lave mad sammen eller udvikle nogle spændende opskrifter, eller hvad det nu kunne være. Så det er en rigtig god ide." (Interview Dorthe, 09.04.14)

Ud fra de sundhedsprofessionelles perspektiv mødes de frivillige i det nære samarbejde med anerkendelse og interesse. Anerkendelsen kommer ligeledes til udtryk i den måde, hvorpå de sundhedsprofessionelle gradvist overdrager flere arbejdsopgaver til de frivillige, hvormed de frivillige bliver primære i driften af foreningen:

"Så derfor var det vigtigt at komme godt fra start og derfor fik jeg simpelthen lov til at gøre rigtig mange ting, fordi, ellers var holdningen jo selvfølgelig, at det primært skulle være de frivillige, der styrede det. Så meget som muligt over til de frivillige." (Interview Dorthe, 09.04.14)

Dermed lader det til, at der blandt de frivillige og de sundhedsprofessionelle er enighed om, at de frivillige bliver mødt med anerkendelse – både i det nære samarbejde med de sundhedsprofessionelle i *Folkenetværket* og fra Folkesundhed Aarhus' side.

Ud fra de frivilliges perspektiv fremgår det imidlertid, at der i forhold til de *organisatoriske* og *administrative* rammer er nogle forhold, særligt i forhold til ansøgning om økonomisk støtte, hvor de frivillige *ikke* oplever samme medgang og velvillighed fra kommunens side, som ellers opleves. Dette fremhæves af Bent i det følgende:

"(...) Man kan godt love fra det offentlige side nogle midler til den opstart her. Og så når vi skal til at realisere det, så siger hun sådan 'Det er ikke sådan vi forvalter pengene her ved Aarhus. Færdig'. Der skal ansøges dit og dat. (...) Så man bliver ikke mødt på det økonomiske område, med en velvilje til at gå ind og lave nogle aktiviteter." (Interview Bent, 10.04.14)

Generelt udpeger Bent en række uhensigtsmæssigheder ved den måde, hvorpå det administrative system er bygget op, der unødigt komplicerer etableringen af en ny forening. Dette understøttes til dels af Arne, der fremhæver, at særligt dét faktum, at *Folkenetværket* er en lukket forening, der kun består af deltagere med tilknytning til Folkesundhed Aarhus, har medført begrænsninger for den måde, hvorpå de frivillige har villet udfolde sig over for "de kommunale systemer" (In-

tervieu Arne, 08.04.14). Arne oplever dog samtidig en anerkendelse fra *personer* i det administrative system, som han oplever, prøver at 'hjælpe' foreningen uden om 'systemet':

"(...) Vi var stillet noget økonomi i udsigt, som vi ikke fik. Og det var så fordi der var lavet nogle fodfejl (...) Og så nappede jeg hende der og sagde, at jeg har altså udgifter på 1100 kroner, de penge som vi skulle have haft. 'Ved du hvad, det er ikke noget problem' siger hun... 'Vi omformulerer det, og så afholder vi udgiften i Folkesundhedsregi' (...) Så da kan man så sige med det samme, at der påtog hun sig den forpligtelse der. Så hvis man kan kalde det modstand? Det ved jeg ikke helt." (Interview Arne, 08.04.14)

De beskrevne organisatoriske og administrative udfordringer i kommunen, der opleves af de frivillige, synes dermed at blive opvejet af den hjælp, de ansatte ved Folkesundhed Aarhus yder. Også den velvilje og anerkendelse, der opleves fra den sundhedsprofessionelle tilknyttet *Folkenetværket* synes at overskygge disse udfordringer, hvilket følgende udtalelse af Charlotte vidner om:

"(...) Så har de (de sundhedsprofessionelle, red.) hjulpet med at skulle udfylde det der skema også, fordi at så kunne vi søge om nogle andre penge andre steder, og det var alt for indviklet for Arne, så det tog Dorthe så bare og hjalp ham med, og sådan noget, så på den måde, så tager de imod os, hvis vi har brug for hjælp, og så får vi hjælp." (Interview Charlotte, 14.04.14)

9.4.2 Anerkendelse af de sundhedsprofessionelle

Anerkendelsen bør imidlertid gå begge veje, hvorfor et ligeværdigt samarbejde omkring etablering af *Folkenetværket* også forudsætter, at de sundhedsprofessionelle føler sig anerkendt for deres bidrag til fællesskabet. Dette italesættes ikke direkte i interviewmaterialet, men det fremgår dog tydeligt, at der er en respekt for de sundhedsprofessionelles særlige kompetencer i forhold til det solidariske fællesskab, som *Folkenetværket* udgør (19). Denne respekt og anerkendelse af de sundhedsprofessionelle kommer til udtryk hos Charlotte:

"De inspirerer virkelig med deres måde at være på, der synes jeg de er rigtig gode til at få alle med. (...) der er de professionelle, at de kan se, jamen har I brug for det, så det er okay. Der synes jeg, de er gode. Rigtig gode." (Interview Charlotte, 14.04.14)

Anerkendelse af de sundhedsprofessionelle kan også komme til udtryk ved den måde, hvorpå de frivillige tydeligt tager sundhedsprofessionelles råd og bidrag til sig. Eksempelvis gengiver både Arne og Bent, hvad de har lært af Ellen i forbindelse med måden, hvorpå de skal imødegå deltagerne ved Folkesundhed Aarhus, der har gennemgået et kræftforløb (Interview Arne, 08.04.14) (Interview Bent, 10.04.14). Altså udviser de frivillige hermed en respekt for de sundhedsprofes-

sionelles faglighed, og med andre ord en anerkendelse af deres bidrag til det solidariske fællesskab *Folkenetværket* (19).

Der tegner sig et billede af, at forholdet mellem parterne i *Folkenetværket* er præget af en gensidig anerkendelse. Anerkendelsen kommer til udtryk på forskellig vis blandt informanterne, men fælles for alle informanter synes det dog at være, at ingen af dem giver udtryk for at være blevet krænket i samarbejdet med henvisning til Honneths patologier⁵ (19). Krænkelser i det solidariske fællesskab, kunne eksempelvis henvise til situationer, hvor den frivillige på den ene eller anden måde ikke anerkendes for sit særlige livsforløb og herunder erfaringsballast eller den sundhedsprofessionelle eksempelvis ikke anerkendes for sine særlige faglige kvaliteter (19).

9.4.3 Ligeværdighed i samarbejdet

I interviewene italesættes opfattelsen af ligeværdighed mellem de to samarbejdspartnere, hvilket kan ses som et udtryk for graden af gensidig anerkendelse i samarbejdet. Bent udtrykker i den forbindelse:

"(...) Vi var jo på samme niveau. Vi skulle prøve at starte det her op (...) Og det kan også være at vi, når vi nu har høstet noget erfaring, kan give lidt tilbage til systemet (...) men altså det er den måde, jeg forestiller mig kontakten kan bruges. Altså det samarbejde, ikke? (...) Men så er det nødt til at være ligeværdigt." (Interview Bent, 10.04.14)

Ikke alene vidner ovenstående citat om, at Bent har en opfattelse af, at de frivillige og de sundhedsprofessionelle er ligeværdige i samarbejdet, men Bent understreger også vigtigheden af ligeværdighed som en *forudsætning* for samarbejdet. At han har denne opfattelse, kan hænge sammen med hans tidligere erfaringer med at indgå i projekter, både nationalt og internationalt, hvor mange forskellige fagligheder og kulturer har skullet mødes i et samarbejde (bilag 11). Arne finder ligesom Bent samarbejdet ligeværdigt, hvilket fremgår af følgende udtalelse: "Nej. Altså... nej. Der er vi ligeværdige, kan man sige" (Interview Arne, 08.04.14). Ud fra et kritisk perspektiv synes det imidlertid relevant at stille spørgsmålstegn ved, om den *mængdemæssige* ulige fordeling af arbejdsopgaver og tidsforbrug herved mellem frivillige og sundhedsprofessionelle kan være med til forme et ulige samarbejde. Men da der eksisterer en gensidig enighed om netop denne arbejdsdeling, hvor de frivillige har den primære styring, synes det ikke at være tilfældet. Desuden

⁵ Honneths patologier: begrebet henviser til den måde, hvorpå anerkendelsesformerne følges af forskellige former for moralske krænkelser, der forekommer ved manglende eller tilbageholdt anerkendelse (jf. afsnit 2.5.1) (19).

er det med henvisning til Jensen & Jensens definition af det ligeværdige samarbejde ikke umiddelbart afgørende, hvor mange timer parterne hver især lægger i samarbejdet (20).

Mere betydeligt synes det imidlertid at være, hvorledes de forskellige parter forvalter de skævheder, der måtte være i forhold til deres forskellige evner, viden, ressourcer, indflydelse og formelle magt, og herunder i hvor udstrakt grad den enkelte føler sig anerkendt for sit særlige bidrag til det solidariske fællesskab (20). I denne case, hvor samarbejdsparterne hver især udtrykker gensidig tillid og værdsættelse af den anden parts bidrag til det sociale fællesskab, synes der med andre ord at være tale om et ligeværdigt samarbejde, kendetegnet ved gensidig anerkendelse.

9.5 Fælles værdigrundlag for samarbejdet

Med udgangspunkt i informanternes udsagn forekommer det relevant for analysen at tilføje parternes værdigrundlag for samarbejdet som et nyt tema. Etablering af partnerskaber på forebyggelsesområdet kan vise sig at være en kompleks affære i tilfælde, hvor de forskellige parter i samarbejdet har forskellige kulturelle baggrunde, mål og visioner for det fælles projekt. Netop dette perspektiv understreger vigtigheden af, at der er overensstemmelse i forhold til den værdihorisont, de frivillige og de sundhedsprofessionelle samarbejder ud fra (jf. afsnit 2.3.1). I analysen af dette tema belyses først informanternes værdigrundlag for *Folkenetværket*, hvorefter informanternes sundhedssyn og værdimæssige opfattelse af frivillighed analyseres.

9.5.1 Fælles værdigrundlag for Folkenetværket

I samarbejdet omkring *Folkenetværket* understreger Ellen vigtigheden af, at der foretages en forventningsafstemning mellem de frivillige og hende, hvormed hun imødekommer de kompleksiteter, der kan opstå i etableringen af et tværgående partnerskab som *Folkenetværket* (jf. afsnit 2.3.1):

"(...) Og jeg havde en lille kort snak med dem der til mødet (...) og jeg lyttede til, hvad de sagde og fik indblik i, hvad er det egentlig for et værdigrundlag, de arbejder ud fra (...) Men der tog jeg egentlig også en snak med dem omkring det der med, at jeg havde tænkt ind i, hvad det var for et værdigrundlag jeg kunne tænke, der var vigtigt, og som hang sammen med vores, og det faktisk var det samme, jeg hørte dem fortælle om." (Interview Ellen, 11.04.14)

Ifølge Ellen synes målet med forventningsafstemningen at være at finde frem til et fælles grundlag i forhold til målsætningen bag foreningen *Folkenetværket* – herunder at målene, der sættes, er realistiske og opnåelige (Interview Ellen, 11.04.14):

"(...) Altså, det er vigtigere at vide, hvad er det for en muld jeg står i, end det er at vide, og tænke at jeg skal til månen? Altså, det er noget med, hvem er det, vi gerne vil have til os og hvordan vil vi gerne gøre det?" (Interview Ellen, 11.04.14)

I forhold til at definere det fælles værdigrundlag, fremhæver Dorthe vigtigheden af netværksdannelse, hvormed fællesskab og solidaritet fremstår som én af de værdier, der fra et sundhedsprofessionelt perspektiv, synes at ligge til grund for foreningen:

"(...) Og så var det sådan meget omgangspunktet, at de deltagere der var med på det her udslusningsforløb, de skulle støtte hinanden i at komme videre. Altså, noget med at skabe et netværk." (Interview Dorthe, 09.04.14)

Netværksdannelse og fællesskab som værdi synes også at komme til udtryk hos de frivillige, blandt andet eksemplificeret ved Bents tidligere omtalte ide omkring en fælles kolonihave, hvor netop vigtigheden af fællesskabet opfattes som værdimæssig ramme (jf. afsnit 9.4.1). Følgende citat af Charlotte understreger denne opfattelse:

"Men når jeg tænker på Leif (tidligere, nu afdødt medlem, red.), så tænker jeg bare, hold da op, hvad det gjorde ved ham på fem måneder, at have et fællesskab, og det er jo det, jeg hele tiden siger. Fællesskab, fællesskab, det er simpelthen...!" (Interview Charlotte, 14.04.14)

Arne fremhæver derudover, at "hjælp til selvhjælp" er en værdi, der både ligger til grund for og fungerer som målsætning for *Folkenetværket* (Interview Arne, 08.04.14). Både fællesskabsværdien og "hjælp til selvhjælp" harmonerer med den overbevisning, hvormed Dorthe tilsyneladende tilgår *Folkenetværket* qua sin uddannelsesmæssige baggrund og faglige interesse:

"(...) Og så er jeg så også ergoterapeut af baggrund og det er jo også meget sådan hjælp til selvhjælp, og med at guide og vejlede borgere i at være herre i eget liv, ikke? (...) Også fordi, at der som ergoterapeut har været meget fokus på aktiviteter og det, der var omdrejningspunktet i den her forening var aktiviteter og netværk." (Interview Dorthe, 09.04.14)

I forhold til målsætninger med *Folkenetværket* opleves de frivilliges og de sundhedsprofessionelles målsætninger dog alligevel på nogle punkter at komme i karambolage, hvilket her eksemplificeres ved Ellen:

"(...) jeg skal varetage nogle interesser fra hele Folkesundhed og fra ledelsen i forhold til hvad ønsker vi, som jo måske nogle gange ikke fuldstændig lapper over med, hvad dem, der sidder i bestyrelsen eller i *Folkenetværket* oplever som deres interesser." (Interview Ellen, 11.04.14)

De sundhedsprofessionelle er repræsentanter for Folkesundhed Aarhus, og har derfor en fagligt funderet interesse for folkesundheden og det brede perspektiv, ligesom de har 'professionelle forpligtelser' overfor deres arbejdsgiver og kommunens overordnede målsætning med forebyg-

gelsesarbejdet. Ifølge Jacobsen & Thorsvik er private mål knyttet til enkeltpersoner eller sociale grupper ikke nødvendigvis sammenfaldende med målene for organisationen, i dette tilfælde Folkesundhed Aarhus (38). Ud fra et organisationsteoretisk perspektiv er de oplevede forskelle i målsætninger derfor ikke usædvanlige.

9.5.2 Sundhedssyn

Generelt synes de frivilliges optagelse af at forbedre sundhedsvæsenet, blandt andet at tage afsæt i et ønske om at gøre 'sundhed lettere tilgængeligt' for den *enkelte borger* – og ifølge Arne helle-re ved hjælp af forebyggelse end gennem behandling (Interview Arne, 08.04.14). For særligt Charlotte præges sundhedssynet af *omsorg for den enkelte borger*, hvilket som tidligere beskrevet også ses af hendes baggrund inden for plejesektoren og ligeledes er med til at definere hendes rolle i foreningen som den, der hjælper personer, der har haft svært ved at tage kontakt og har svært ved at søge hjælp (jf. afsnit 9.1.1, 9.2.1).

De sundhedsprofessionelles tilgang til sundhed er naturligt og nødvendigvis forankret i kommunens overordnede definerede sundhedsbegreb, som i det følgende defineres af Ellen:

"(...) Vi arbejder jo ud fra det sunde, eller hvad hedder det, åbne sundhedsbegreb, så de (deltagerne, red.) skal selv definere også, hvad sundhed er for dem." (Interview Ellen, 11.04.14)

Hermed henviser Ellen til et sundhedssyn, der kan relatere sig til Wackerhausens *åbne sundhedsbegreb*, hvor en sund person, er en person, der besidder adækvate handlefærdigheder "i forhold til givne mål under givne livsbetingelser" (39). Ud fra dette perspektiv tyder det altså på, at de sundhedsprofessionelle mener, at der med *Folkenetværket* skal være plads til, at de frivillige og medlemmerne i *Folkenetværket* kan opstille egne mål for sundhed i forhold til, hvad der bringer dem livskvalitet. De sundhedsprofessionelle *kan og ønsker* ikke at opsætte universelt gældende målsætninger for, hvorledes den enkelte skal leve et sundt liv.

Denne tilgang til sundhed eller opfattelse af, hvad der skaber 'sunde borgere' stemmer overens med dét, Ellen fremhæver, nemlig at meget af den aktivitet, der foregår i *Folkenetværket* foregår på et "deltagelsesniveau", hvilket hun tillægger værdi:

"(...) Måske skal man ikke altid fokusere så meget på, hvad folk får ud af det træningsmæssigt, men det, der er rigtig vigtigt, det er, at de kommer ud af døren, de kommer hen og er med i en sammenhæng. Fordi det er dét, der er med til at skabe velfærd i virkeligheden. Og ud af det, kan der så gro, at man måske kommer til at røre sig noget mere eller spise noget sundere. Måske! Det er ikke sikkert. Men der kan godt komme mere livskvalitet. Og udfordringen for mig, kan jo være - eller for os som sundhedsfaglige, det er at huske den viden i forhold til, hvad er det der sker i *Folkenetvær-*

ket. At, måske kommer de jo, rigtig mange af de ting der sker, til at ske på deltagelsesniveau, og at det er vigtigt!" (Interview Ellen, 11.04.14)

Dermed er Ellen opmærksom på at være bevidst om, at det ikke altid er det "træningsmæssige" fokus, der skal være målet med deltagelse i *Folkenetværket*, selvom hun også fremhæver, at det kan være en udfordring som sundhedsfaglig at acceptere og operationalisere denne værdi (Interview Ellen, 11.04.14)

9.6 Folkenetværket og frivillighed i et samfundsperspektiv

Gennem interviewene erfares det, at de fleste af informanterne henter meget af deres inspiration og motivation for det frivillige arbejde ud fra et kritisk syn på 'systemet' og et ønske om forbedring heraf (jf. afsnit 9.1.1). Det samfundsmæssige aspekt synes at være af betydning for både de frivilliges og de sundhedsprofessionelles tilgang til samarbejdet i *Folkenetværket*, ligesom synet på frivillighed som fænomen for begge parter forekommer at ligge til grund for en fælles antagelse om, at de to parter har gensidigt brug for at samarbejde med hinanden for at det særegne ved *Folkenetværket* kan bevares. Det forekommer relevant ud fra specialets problemformulering at undersøge, hvordan disse opfattelser påvirker samarbejdet i *Folkenetværket*, hvorfor det er fremkommet som et nyt tema i analysen.

Indledningsvist foretages en analyse af informanternes syn på sundhedsvæsenet, hvorefter det belyses, hvordan både de frivillige og de sundhedsprofessionelle synes at have brug for 'hinanden' i forhold til at forsøge at forbedre sundhedsvæsenets tilbud til borgerne. Med afsæt i *Folkenetværket*, foretages afslutningsvis en analyse af, hvorvidt frivilligt arbejde som 'bestilt arbejde', kan påvirke indsatsen, der ligesom *Folkenetværket* bygger på partnerskaber, hvor frivillige har en styrende rolle.

9.6.1 Sundhedsvæsenet – oplevelse af mangel på sammenhæng

At en generel utilfredshed med 'systemet' og en interesse for at få indflydelse på, hvordan tingene kan gøres bedre i sundhedsvæsenet, udgør væsentlige motiver for Bent for at deltage i etableringen af *Folkenetværket* fremgår tydeligt i afsnit 9.1.1. Bent er den af de frivillige, der rejser den mest markante kritik af sundhedsvæsenet, som han mener, er præget af "kassetænkning":

"(...) Hvis vi skal have noget til at lykkes, så må vi gå andre veje, end de der traditionelle veje, fordi det billede... altså... hvis det nu var bestemt, ikke. Det er lægen der ordinerer de der ting og de der folk der gør de ting, så du bliver puttet ind i sådan nogle kasser hele tiden, ikke? Og hvis du så har for eksempel tre eller fire defekter, ikke også? (...) Så tager vi fire forskellige kasser. De snakker ikke sammen de kasser, vel?" (Interview Bent, 10.04.14)

Bents oplevelse af 'systemet' som værende kassetænkende, kan have en sammenhæng med hans eget behandlingsforløb, hvor han har oplevet at savne sammenhæng i forhold til at få hjælp til håndteringen af sin diabetes (Interview Bent, 10.04.14). At han samtidig er politisk interesseret og søger indflydelse på politiske beslutninger afstedkommer et samfundskritisk funderet perspektiv på strukturen i sundhedsvæsenet, hvilket fremgår af følgende citat:

"Og der er vi jo uhyggeligt bundet af vores struktur (...) i hele vores politiske struktur. Vi er kassetænkende i den helt store stil." (Interview Bent, 10.04.14)

Selvom Charlotte ikke på samme måde er politisk engageret, er hun enig med Bent i forhold til, at sundhedsvæsenet strukturelt set fejler i behandlingen af mennesker, der har det svært. I følgende eksempel fortæller hun om en deltager på et af forløbene ved Folkesundhed Aarhus, som blandt andet lider af angst og dårlig ryg:

"(...) Og når hun endelig så er på vej ud, så har hun ikke kræfter til det mere, vel, og det må jo virkelig være, og hun er på psykiatrisk, men som hun siger, hver gang hun har brug for det, dernede, hvor hun brænder helt sammen, så kan hun få en tid om tre uger, og det er jo så... og det er jo så systemet, der er virkelig... (...) Og der synes jeg bare, jeg fatter ikke det ikke snart bliver anderledes!" (Interview Charlotte, 14.04.14)

Eksemplet viser, at Charlottes utilfredshed med systemet bunder i oplevelsen af andres skæbner på individplan, til forskel fra Bent, der i højere grad relaterer sine *egne* oplevelser til politiske og samfundsmæssige perspektiver. Dette understreger hendes altruistiske, omsorgsfulde motiv for at deltage i frivilligt arbejde (jf. afsnit 9.1.1). Samtidig vidner citatet om en opmærksomhed på samfundets marginaliserede grupper og sundhedsvæsenets behandling af borgere tilhørende disse grupper, der ud fra Charlottes synspunkt oplever modstand i sundhedsvæsenet. Bent er ligeledes opmærksom på marginaliseringen i samfundet og 'systemet', som ud fra hans livsverden blandt andet personificeres ved den store gruppe borgere, der som ham selv, lider af kronisk sygdom:

"Så jeg har været henne og snakke med nogle forskellige om kolonihave. Kunne vi lave noget der. Nej nej, der er ingen der vil låne os penge til noget som helst. Vi er jo gamle og syge... så hun tænkte, at dem sætter vi ikke penge i (...) Så der bliver sådan noget med at søge nogle midler og prøve og så og få sparket noget i gang." (Interview Bent, 10.04.14)

Citatet viser, at Bent føler sig dårligt behandlet og det må formodes, at begrundelsen for afslaget er hans eget ræsonnement, formentlig skabt på baggrund af tidligere oplevelser af stigmatisering i sundhedsvæsenet. Igen er Bents holdning opstået af egne oplevelser, som han i et kritisk perspektiv overfører til samfundet og 'systemets' opbygning. Ellen er som

sundhedsprofessionel ligeledes opmærksom på problematikken omkring de marginaliserede grupper i samfundet, og reflekterer i det følgende over de sundhedsfagliges ansvar i forhold til at få fokus på de marginaliserede, som sundhedsmæssigt er i risiko for at være mere udsatte end andre:

"(...) Design af velfærd er et spørgsmål om, hvordan man skaber deltagelsesrum⁶. Altså, det er den måde, hvis vi skal tænke ind i, hvordan skaber vi velfærd ud i fremtiden. Altså, det er simpelthen det der med, hvordan kan vi skabe flest mulige deltagelsesrum, fordi det at være marginaliseret, det gør så mange ting, altså det er noget af det, der har allermest indflydelse på dårlig sundhed, ikke? Altså, hvis man ikke er i arbejde, hvis man har få sociale kontakter og alt det dér, ikke? (...) Så deltagelsesrum er super vigtigt! Og det skal man bare vide som sundhedsfaglig også, at... måske er det dér, ens fokus nogen gange skal ligge." (Interview Ellen, 11.04.14)

Af citatet kan det tyde på, at Ellen betegner de frivillige og målgruppen for *Folkenetværket* som tilhørende en marginaliseret gruppe i samfundet, hvilket ud fra ovenstående udsagn synes at være i tråd med Bents opfattelse, men måske ikke med Charlottes. Dette relaterer sig til de to personers opfattelse af dem selv, og det ses dermed, at Bent har svært ved at slippe identiteten som 'kroniker', selvom han i et tidligere citat ytrer stærkt ønske herom (jf. afsnit 9.1.1).

I utilfredsheden med sundhedsvæsenets struktur er der blandt alle informanterne bevidsthed om, at alt i sidste ende handler om ressourcer. Alligevel ser det ud til, at de frivillige har sværere ved at acceptere dette, end de sundhedsfaglige har, hvilket blandt andet kommer til udtryk ved en undren over, hvorfor ressourcerne ikke anvendes bedre, i forhold til at forbedre sundhedsvæsenets fleksibilitet i forhold til sundhedsydelse til borgerne. I forhold til eksemplet fra før, hvor Charlotte fortæller om den syge kvinde, ræsonnerer hun selv frem til, at hvis finansieringen i sundhedsvæsenet ikke var øremærket til bestemte formål og "kasser", ville en større fleksibilitet og service overfor borgerne være mulig:

"Men det er jo nok ressourcemæssigt har de jo nok ikke penge til det altså, men... Men jeg synes, at systemet er for stift (...) Altså det er så min mening om det... nu har jeg også arbejdet som hjemmehjælp, ikke? (...) Men vi kunne godt bruge lidt mere, hvor det ikke sådan er så firkantet. Altså så er det den kasse, og så er det den kasse. Hvis nu der var en stor kasse, jamen så var der måske nogle penge til også dem her, til at hun kunne komme derned, og han kunne komme med den bus, ikke? Så på den måde synes jeg det er synd." (Interview Charlotte, 14.04.14)

⁶ Deltagelsesrum antages i denne sammenhæng at henvise til sociale arenaer, hvor mennesker med sociale behov kan mødes og gøre noget sammen på forskellige niveauer. Det er ikke nødvendigvis for motionens skyld at det kan hjælpe nogen at være med i en gå-gruppe, det kan også være, at det at deltage og komme ud blandt andre mennesker er med til at forbedre den enkeltes sundhed og følelse af velvære.

Ellen er ligeledes bevidst om ressourceknapheden, som blandt andet har betydning for, at hendes engagement i *Folkenetværket* ufrivilligt begrænses til et minimum. Hun er dog mere rationel i sine oplevelser heraf:

"Men... jeg tror måske den primære udfordring, ligesom jeg oplever lige nu, det er den der forståelse af, at selvom det er noget, der er rigtigt, rigtigt vigtigt, ikke nødvendigvis er noget, der bliver sat så mange ressourcer af til, for der er rigtig mange andre ting, der også er rigtigt vigtige (...) Og det er sådan, at virkeligheden ser ud (...)" (Interview Ellen, 11.04.14)

Citatet vidner om, at Ellen dels er vant til at operere i det offentlige system med de prioriteringer, der af nødvendighed må foretages og dels måske er mindre følelsesmæssigt engageret i problematikken end de frivillige, der oplever ressourceknapheden på egen krop eller i forhold til 'ligesindede'. I samarbejdet med de frivillige indtager Ellen dermed en rolle som den rationelle og realistiske i forhold til, hvad der er af ressourcer til foreningen (Interview Ellen, 11.04.14). Derudover synes det ud fra de frivilliges beretninger afgørende for samarbejdet, at hun anerkender, at de frivillige har frustrationer i forhold til sundhedsvæsenet, som hun må imødekomme, for ikke *selv* at blive en del af årsagerne til de frivilliges frustrationer over det "firkantede" system. Det tyder dog på, at Ellen er bevidst om og opmærksom på at være anerkendende overfor frustrationerne og samtidig er professionel i sin tilgang til samarbejdet, således det kan fungere med at balancere mellem at være en del af 'systemet' og samtidig være en del af bestyrelsen i den frivillige forening.

9.6.2 Parterne i Folkenetværket – brug for 'hinandens kompetencer'

I interviewene fremgår det, at begge parter i samarbejdet om *Folkenetværket* ser den anden samarbejdspart som en ressource og en nødvendighed for at skabe de bedst mulige rammer for borgerne. Det gælder både i de konkrete og lavpraktiske ting i selve foreningsarbejdet, men for flere af dem gælder det også i et større perspektiv, hvor frivilligheden har brug for 'systemet' for at fungere og 'systemet' har brug for de frivillige ud fra flere ideologiske og ressourcemæssige aspekter. Hermed forstås en fordeling af magt, der med henvisning til Honneth, frem for den traditionelle hierarkiske struktur med 'systemet' over borgeren er karakteriseret af en horisontal magtbalance (19). Charlotte fortæller her om, hvorfor de sundhedsprofessionelle af praktiske årsager er vigtige for *Folkenetværket*:

"De ved, hvordan man gør inden for det der. Det gør vi ikke. Altså, vi ved jo ikke, hvordan søger du, og hvor søger du, og hvor mange frivillige er der, ikke også, og hvad er det man skal skrive for at få noget? Der har de sådan en kompetence, som vi ikke har, når vi nu kommer til det (...) Altså, der har de jo meget mere kompetencer til at vide, altså hvor er det, det er godt, og hvad skriver du ikke." (Interview Charlotte, 14.04.14)

Ellen supplerer dette med at give et eksempel på en anden praktisk grund til, at det er godt for foreningen i et mere eksternt perspektiv at have en repræsentant fra Aarhus Kommune med i foreningens bestyrelse:

"Altså, at folk som de henvender sig til gerne må henvende sig til mig også, så det ligesom er, og det er noget af det som de også efterspørger, så der ligesom er en officielt navn på, jamen det er faktisk Aarhus Kommune, der også har en del i denne her forening. Hvis de har brug for dét. Det er noget af det, de selv har givet udtryk for i hvert fald, at de rigtig gerne vil, ikke?" (Interview Ellen, 11.04.14)

Dette vidner om en forståelse fra de sundhedsprofessionelles side om, at det kan være svært for en frivillig forening at komme igennem visse steder i systemet, hvilket igen vidner om en anerkende tilgang fra Ellen i forhold til frivilligheden generelt, som også kommer til udtryk i hendes tilgang til det konkrete samarbejde om *Folkenetværket* (jf. afsnit 9.4.1). Af ovenstående citat ses det ligeledes, at de frivillige synes at opfatte dem selv og deres forening som "en del af Aarhus kommune", hvilket ifølge Ellen fremstår som en styrkelse af foreningen, set ud fra de frivilliges synspunkt. Dermed er de frivillige ikke i tvivl om, at de med *Folkenetværket* også bidrager til kommunens forebyggelsesarbejde på flere niveauer. I følgende citat fremhæver Arne en "impulsivitet", de frivillige til gengæld kan tilføre det kommunale forebyggelsesarbejde:

"(...) Os, der ikke har en sundhedsfaglig, hvis man kan sige sådan. Altså, det vil jo være... mange gange vil det jo være noget umiddelbart noget, som vi vil komme med, ikke også? (...) Hvor man så selvfølgelig kan sige, at det sundhedsfaglige personale, de ved jo, hvordan tingene hænger sammen i andre sammenhænge. Men da kan vi så komme med noget anderledes, tror jeg. Som jeg tror, er positivt, ikke også? (...) Altså, hvor det sundhedsfaglige personale jo nok... strukturerer deres indsatser ud fra nogle rutiner eller noget andet. Der kan vi komme med noget umiddelbart. Noget impulsivt, noget... noget helt andet måske." (Interview Arne, 08.04.14)

Arne beskriver her, hvordan dét ikke at være viklet ind i det kommunale system, rutiner og regler kan give mere frihed til at være kreativ og mod til at søge nye udvidelser af de etablerede tilbud. Han antyder ligefrem, at kommunen kan drage nytte af de frivillige til at "plante ideer", som de sundhedsprofessionelle ikke selv kan gå videre med i systemet, men som måske har en chance, hvis den går gennem de frivillige, og dermed 'uden om budgetterne':

"Og så tror jeg også på, at engang imellem, så... omvendt kommer de lige og planter en ide, fordi de ikke selv kan få den igennem i det system, de er i. Så lægger de den ud til os, ikke? Netop fordi vi ikke er så konventionelle, at vi kan lave noget... som hvor man så inde i systemet siger 'Hvad fanden er nu det for noget. Nårh ja, det er i orden'. Men hvis det var kommet fra Folkesundhed... 'ikke tale om'. Altså, det er jo en dør. Der kommer de altså med noget og så 'Prøv lige at hør her. Kan vi ikke...?' 'Jo, det skal jeg nok lige tage videre'. Og det er jo fint. Og det er dér, samspillet er gået ind og det er også derfor, jeg synes, det er vigtigt at trods alt Folkesundhed på en eller anden måde, at vi ikke er helt frigjorte af dem." (Interview Arne, 08.04.14)

Dermed ses der hos begge parter i samarbejdet en holdning om, at de hver især kan hjælpe den anden part i forhold til *Folkenetværket* og sundhedsarbejdet i kommunen og på den måde 'udnytte' hinandens kompetencer. At de frivillige oplever samarbejdet som et gensidigt potentiale hos begge parter, ses også i følgende citater:

"Så jeg tror egentlig også, at omvendt ... der ser jeg den professionelle del af det, de ser jo også os som et tilbud, som du kan bruge (...) Og som vi så får lov at arbejde videre med, som de lægfolk vi er. Som de græsrodder vi er (...) Og kan det så udvikle sig til et eller andet til gavn for alle de her, så vil jublen jo ingen ende tage, vel?" (Interview Arne, 08.04.14)

"Hvis vi selv skulle udfylde alt det der, som Dorthe hjalp Arne med, så havde det været en kæmpe udfordring (...) Og vi hjælper dem (Folkesundhed Aarhus, red.) med måske at få folk med lidt længere." (Interview Charlotte, 14.04.14)

Ud fra ovenstående citater oplever både Arne og Charlotte, at deres indsats er med til at forbedre kommunens forebyggelsesindsatser, hvilket kan karakteriseres som en form for samskabelse, hvor begge parter i samarbejdet er *nødvendige* for at skabe lige præcis dén unikke slags indsats, som *Folkenetværket* er. Ellen understreger ligeledes vigtigheden af at anerkende, at begge parter bidrager med aspekter til samarbejdet, som medfører en konstellation af kompetencer, der er af værdifuld betydning for netop indsatser som *Folkenetværket*, hvor den nære kontakt med borgerne er et centralt aspekt:

"(...) Jeg ved nogle ting, de frivillige ikke ved, og omvendt (...) De ved en hel masse, som jeg ikke ved noget som helst om, fordi, jeg har jo ikke været deltager på et forløb hernede og jeg ved ikke noget - i virkeligheden ved jeg jo ikke noget om, hvordan det er at være deltager, hvordan føles det at komme her? Jeg kan gætte... ikke? Men jeg har jo ikke nogen privat indsigt i det, altså, og det har de. Og det tænker jeg er rigtig, rigtig vigtigt. Samtidig kan man sige, så har jeg min sundhedsfaglige baggrund og... min evne til at reflektere over ting, der relaterer sig til rehabilitering og ... og de ting, jeg arbejder med her, ikke? Som de ikke har... de har noget oplevelsesmæssig viden, hvis man kan sige det sådan (...)" (Interview Ellen, 11.04.14)

I et samfundsmæssigt perspektiv, hvor *Folkenetværket* er et eksempel på et partnerskab mellem det offentlige system og civilsamfundet, synes Ellen og Folkesundhed Aarhus at repræsentere en opfattelse af frivillighed som et potentiale for kommunen og samfundet. Dette er kendetegnende for hele kulturen omkring Folkesundhed Aarhus, som med henvisning til Jensen & Jensen afspejler organisatoriske rammer, der virker befordrende for det anerkendende samarbejde med frivillige (jf. afsnit 9.4.1) (20). Ellen udtrykker denne opfattelse af frivillighed således:

"Jeg har været til et sindssygt spændende foredrag med Steen Hildebrandt⁷ for et par år siden, som netop snakker om det der frivilligsamfund, som vi bevæger os ind i, og hvis vi på nogen måde vil forsøge at bevare den velfærd vi har, så er det den vej vi skal tænke, fordi at der kommer til at ske

⁷ Steen Hildebrandt (f. 1944): professor i organisations- og ledelsesteori ved Handelshøjskolen, Aarhus Universitet (40).

det her med, at vi får en kæmpe stor gruppe i samfundet, som egentlig er pensioneret og så får vi en meget mindre gruppe, som er dem, der skal arbejde og udføre det hele. Og det kan ikke, det kan ikke hænge sammen. Vi kan ikke opretholde den velfærd, vi alle sammen gerne vil have i en eller anden grad, så vi bliver nødt til at gøre tingene på en ny måde (...)" (Interview Ellen, 11.04.14)

Dorthe viser i sin tilgang til frivillighed også, at hun opfatter *Folkenetværket* og frivilligt arbejde generelt som værende essentielt i arbejdet med at skabe et mere borgernært og vedkommende sundhedsvæsen:

"(...) Jeg tror, det er rigtigt, rigtigt godt, også fordi at, altså nu har jeg arbejdet meget inden for sundhedsområdet tidligere, og mit indtryk er egentlig, at borgerne synes, at personalet de har så travlt og når ingenting og de skal bare skrive og dokumentere og deres ruter, de skal nå og borgeren får ingen tid til dét, som den egentlig har brug for (...) Fordi, jeg tror egentlig, at dét de allerhelst vil, det er, at de gerne vil have nogen at *snakke* med. Altså, jeg tror tit, det er dét. Og så bliver behovet opfyldt på en anden måde. Og det får man ikke fra sundhedsvæsenet længere. Det er der ikke tid til. Og der er det, at de frivillige, de har en anden tid og ro og kan gå ind og snakke med borgerne (...)" (Interview Dorthe, 09.04.14)

Hun påpeger manglende tid og øget bureaukrati omkring kvalitetsdokumentation og lignende som værende årsager til, at sundhedsvæsenet har *brug* for hænder, der ikke er styret af ressourceteknaphed. Ellen understøtter dette med, at kommunen i forbindelse *Folkenetværket* konkret ikke kan klare opgaverne med opfølgning af de etablerede forebyggelsesforløb alene, hvorfor de frivillige bliver en *nødvendighed* for kommunens forebyggelsesarbejde:

"(...) Altså... og derfor er vi nødt til at tænke ind i, at der skal flere aktører på banen, ikke? Og det er en del af det der udslusningstanken, vi kan lave nok så fantastiske forløb her, men hvad så, når de otte uger er slut? Der bliver nødt til at være andre aktører på banen - vi kan ikke gøre det alene som sundhedsfaglige. Uanset hvor veluddannede vi er - det synes jeg faktisk er en enormt vigtig pointe." (Interview Ellen, 11.04.14)

9.6.3 Folkenetværket - 'bestilt arbejde'?

Det fremgår af interviewene, at de frivillige er klar over, at de udfører et stykke arbejde, som Folkesundhed Aarhus har gavn af, hvilket blandt andet illustreres i følgende citat:

"Og... jeg forsøger altså også... i det daglige derhjemme bruger jeg også noget tid bag min pc og selv søger noget baggrundsviden om... altså, hvorfor gør kommunen som man gør (...) Og hvorfor arbejder man hen imod ligesom, hvis man () holistisk at sige at man fyrer nogle varme hænder, nogle ansatte eller omfordeler nogle ressourcer og så lægger det over på frivillige (...) Og da kan man faktisk... altså kommunen lægger ikke skjul på, der går de rent faktisk ind og fortæller, at man har truffet nogle politiske beslutninger, der gør, at man egentlig godt vil have noget over på frivillige." (Interview Arne, 08.04.14)

Arne stiller sig med sin interesse for, hvordan kommunen er 'skruet sammen' undrende overfor, at der på den måde lægges forebyggelsesopgaver over til de frivillige, som sundhedsprofessio-

nelle kunne varetage. Han ræsonnerer sig i nedenstående citat frem til, at det kan handle om at spare ressourcer, men også om, at frivillighed er på dagsordenen i kommunen med henblik på at skabe rum for aktivt medborgerskab og det nære samarbejde mellem borger og 'system':

"Vi ved jo udemærket godt, at velfærd koster. Og jeg begyndte så at finde ud af eller kigge på om ikke kommunen de blot... altså havde omfordelt nogle ressourcer på hele sundhedsområdet. Man ville flytte nogle penge fra behandling til forebyggelse (...) Og det kan man jo nok bare gøre, men samtidig så finder kommunen ud af, at man altså er nødt til og have noget borgerinddragelse noget... noget medborgerskab, kan man nok kalde det med et fint ord, ikke? Kommunen vil gerne have, at vi tager ansvar for nogle ting på frivillig basis (...) og det var også noget, der tiltalte mig (...)" (Interview Arne, 08.04.14)

Dorthe giver i den forbindelse udtryk for, at de sundhedsprofessionelle deler denne opfattelse af, at der i kommunen eksisterer en kultur, som i stigende grad fokuserer på inddragelse af frivillige (Interview Dorthe, 09.04.14). Af nedenstående citat fremgår det, at kommunens fokus på brug af frivillige ud fra hendes synspunkt også hænger sammen med en stigende interesse blandt *borgerne* for at blive frivillig i det kommunale arbejde:

"Men der er i hvert fald ét eller andet med, at både kommunen gør meget for at skaffe frivillige, men jeg tror egentlig også det ligger lidt i befolkningen, altså der har været sådan nogle år, hvor der ikke rigtig var nogen, der ville noget som helst frivilligt arbejde (...) Det tænker jeg et eller andet sted, at når der ligesom ikke er arbejde at få, så må man gøre et eller andet med sit liv. Også for at få noget på cv'et og sådan nogle ting, ikke? Men i hvert fald, så oplever jeg, at der er kommet en interesse i befolkningen, for at lave frivilligt arbejde igen." (Interview Dorthe, 09.04.14)

Det virker dermed til, at Dorthe ser inddragelse af frivilligt arbejde som et samspil mellem borgere og kommuner og ikke som 'bestilt arbejde' fra kommunens side. Dette skinner også igennem i hendes opfattelse af, hvordan *Folkenetværket* blev etableret, hvor hun oplevede det som om, at Folkesundhed Aarhus kastede en bold op, som de frivillige i *Folkenetværket* greb, for derefter selv at forme og sidenhen styre foreningen (Interview Dorthe, 09.04.14). Bent opfatter forløbet på en lignende måde:

"Og vi får så en henvendelse, om vi vil være dem, der går ind i det her (...) Og det går så på at... at der er en, der ligesom skaber kontakten til og ligesom fortæller, hvad det er for nogle ting, der skal foregå (...) Og hvem af gruppen, der ligesom er deres kontaktperson så også. Vi skal ikke gå ind og organisere det for dem." (Interview Bent, 10.04.14)

Af Bents udtalelse ses det, at han på trods af henvendelsen fra Folkesundhed Aarhus stadigvæk ser *Folkenetværket* som de frivilliges 'eget projekt', da kommunen ifølge ham ikke lægger op til, at det er for *kommunens* skyld, de ønsker netværket op at stå, men for *borgerne*. Dermed kan man sige, at der tale om en form for 'bestilt arbejde', men ifølge Bent udelukkende på de frivilliges præmisser og til gavn for de frivillige selv.

Ud fra interviewene synes der altså, hverken fra borgernes eller de sundhedsprofessionelles side, at være en opfattelse af, at *Folkenetværket* er 'bestilt arbejde', på trods af, at kommunen tog det første initiativ til foreningen.

10. Diskussion

I dette afsnit diskuteres resultater og de metodiske valg i forbindelse med undersøgelsen af de involveredes oplevelser og erfaringer med samarbejdet mellem frivillige og sundhedsprofessionelle i *Folkenetværket*. Diskussionen leder afslutningsvis over i et udviklingsperspektiv på undersøgelsens resultater, hvor det diskuteres, hvordan erfaringerne fra *Folkenetværket* kan anvendes i arbejdet med at skabe forudsætninger for velfungerende partnerskaber mellem frivillige og kommuner i forebyggelsesarbejdet.

10.1 Resultater

I det følgende diskuteres interviewundersøgelsens resultater.

10.1.1 Motiver for frivillighed

De frivilliges motiver for at indgå i bestyrelsesarbejdet i *Folkenetværket* lader til at være tæt forbundne med de motiver for frivillighed, som i problemanalysen blev fremlagt som relevante at undersøge i specialets interviewundersøgelse (jf. 2.2.1). Det har vist sig i analysen, at de frivilliges motiver forekommer at have baggrund i deres erhvervsmæssige og personlige baggrund, samtidig med, at de enkelte motiver er forbundne indbyrdes på kryds og tværs (jf. 9.1.1). Af interviewguiden fremgår det, at de opstillede seks motiver for frivilligt arbejde og deltagelse i *Folkenetværket* ikke italesættes direkte i spørgsmålene til de frivillige, men at der spørges ind til deres baggrund for at involvere sig i foreningen (bilag 6). Dette er valgt ud fra en vurdering af, at det i interviewsituationen muligvis kunne lede informanterne til at 'vælge' deres motiv(er), potentielt med en bevidst eller ubevidst hensigt om at fremstå på en bestemt måde. I stedet blev der kun spurgt ind til deres baggrund for at deltage i *Folkenetværket*, hvilket suppleret med udsagn i forbindelse med svar på andre interviewspørgsmål har ligget til grund for fortolkning af de frivilliges motiver. Dermed er det relevant at påpege, at de fremlagte motiver for at indgå i *Folkenetværket* er forfatterens tolkning, hvormed der kan være en risiko for, at forfatterne har tillagt de frivillige bestemte motiver, der måske i højere grad kan tilskrives forfatterens ubevidste opfattelse af frivillighed og generelle opfattelse af personer, der udfører frivilligt arbejde (8). Igennem tidligere møder med flere af de frivillige føler forfatterne dog at have en god fornemmelse af de frivilliges tilgang til *Folkenetværket*, hvorfor fortolkningen vurderes at være virkelighedsnær.

Det er relevant at overveje, hvad det har betydet for analysen, at de sundhedsprofessionelles motiver for at engagere sig i *Folkenetværket* ikke er blevet undersøgt direkte gennem interviewguiden. Valget om ikke at spørge ind til de sundhedsprofessionelles motiver for at involvere sig i foreningen beror på en forventning om, at *Folkenetværket* 'blot' er en arbejdsopgave på linje med andre opgaver i forbindelse med at være ansat ved Folkesundhed Aarhus, som var den forventning, forfatterne havde på tidspunktet for udarbejdelsen af interviewguiden. Men som det ses i analysen, så tyder det rent faktisk på, at der fra begge de sundhedsprofessionelles sider har været motiver for at indtage rollen som 'den kommunale repræsentant i *Folkenetværket*'. Ifølge analysen tyder det på, at Dorthes nære kendskab til de frivillige gennem forebyggelsesforløbene har været en betydende faktor for hendes engagement i opstarten af foreningen og Ellens tydelige interesse for frivillighed som fænomen og opfattelse af de frivillige som et potentiale for kommunen synes for hende at være medvirkende til, at hun valgte at 'ansøge' om at overtage Dorthes plads (jf. afsnit 9.1.2). Der er naturligvis tale om en anden form for motiver for at indgå i *Folkenetværket*, end de frivillige har, men ikke desto mindre synes det væsentligt at bemærke, at de sundhedsprofessionelles motiver, på linje med de frivilliges, kan have betydning for samarbejdet, hvorfor der med fordel kunne være spurgt ind til dette perspektiv i indsamlingen data, med henblik på at styrke analysens resultater inden for dette tema.

Det tyder ud fra analysen på, at det har stor betydning for både motivationen for at involvere sig i frivilligt arbejde i foreningen og for motivationen for at *fastholde engagementet* i foreningsarbejdet, at de frivillige selv føler, de får 'noget ud af det' (jf. afsnit 9.1.1). I forhold til motiverne for frivillighed, eksempelvis at kæmpe for en sag eller gøre noget godt for andre, er det muligt, at egen vinding faktisk betyder *mere* end de ifølge Habermann traditionelle, normative værdier som altruisme og at kæmpe for en sag (8). Ud fra en antagelse om, at egennyttige motiver, måske som følge af en generel 'menneskelig' faktor, ofte initierer et større engagement og fastholdelse heraf, kan det tænkes at være godt for foreningens fremtid, at de bærende kræfter får noget personligt ud af arbejdet. Dette er med til at understøtte en holdning om, at der kan være negative implikationer forbundet med, at frivillighed 'bestilles' af staten eller af andre aktører, der har brug for 'ekstra hænder'. Dette gør sig muligvis mest gældende i indsatsen som *Folkenetværket*, hvor de frivillige har en bærende funktion og et stort ansvar, og har måske derimod knapt så stor betydning i foreningsarbejde, hvor man udfører en arbejdsopgave, man kan 'melde' sig til, når man har tid.

Ellen Margrethe Dahl, forsker i frivillighed ved Københavns Universitet, har i forbindelse med et projekt omkring motivation og frivillighed fundet ud af, at frivillige for at fastholde engagementet over længere tid, uden at få løn herfor, skal anerkendes og behandles efter den type frivillig, der er tale om (41). Hun mener desuden, at organisationer risikerer, at de frivillige forlader samarbejdet, hvis deres ønsker om aktiviteter og involvering i fællesskaber ikke indfries (41). I denne forbindelse forstås udøvelsen af anerkendelse som en respekt for og hensyntagen fra de sundhedsprofessionelles side til, at de frivillige har forskellige motiver for at være med og der gælder forskellige, individuelle faktorer i forhold til at fastholde motivationen for foreningsarbejdet. For Arne er nogle af disse faktorer, at foreningen har effekt, og at der sker en udvikling. For Bent er interessen for læring og for at forbedre 'systemet' vigtige motivationsfaktorer, mens det for Charlotte er motiverende, at hun fungerer som rollemodel og samtidig med netværket har fundet et fællesskab, som hun ikke ønsker at undvære igen (jf. 9.1.1). Ud fra Dahls undersøgelse bør disse faktorer hos de frivillige imødekommes af den sundhedsprofessionelle i *Folkenetværket*, for på bedst mulig vis at skabe motiverende rammer for de frivillige, samtidig med, at det anerkendes, at de frivillige er individer, der motiveres på forskellige måder.

10.1.2 Organisering (rolle- og ansvarsfordeling)

Der synes ikke at være helt enighed om, hvordan organiseringen og herunder fordeling af ansvar og roller i *Folkenetværket* er foregået i forhold til, om parternes fordeling af roller fra start er fastlagt eller defineres og tilpasses i en dynamisk proces, der sker kontinuerligt (jf. afsnit 9.2.1). Dette kan være et tegn på, at de frivillige bevæger sig på forskellige refleksionsniveauer i forhold til egen selvudvikling eller blot udvikler sig forskelligt i løbet af processen, blandt andet som følge af deres forskellige forudsætninger for at indgå som frivillig. Charlotte og Arne er af den opfattelse, at rollerne fra begyndelsen er blevet fordelt og defineret, og at det er meningen, at denne fordeling ligger fast. Især Charlotte synes at være tilpas i rollen som den 'varme' og omsorgsfulde person i bestyrelsen, hvilket blandt ses ved, at hun ikke besidder en lyst til eller åbenhed overfor at indtage andre roller og herunder nye arbejdsopgaver i relation til bestyrelsesarbejdet (jf. afsnit 9.2.1). En af årsagerne til dette ikke eksisterende behov for at indtage en ny rolle kan hænge sammen med Charlottes motiver for at indgå i bestyrelsen og hendes erhvervs-mæssige baggrund, som vidner om, at hun har en forkærlighed for at arbejde med mennesker og ikke nærer interesse i organisatoriske, ledelsesmæssige eller tekniske aspekter. Bent er i tråd med de sundhedsprofessionelle derimod inde på, at rollerne udvikles. Qua de frivilliges kompetenceudvikling og selvudvikling i processen, der opleves og italesættes af de sundhedsprofessionelle, sy-

nes det naturligt at rollerne udvikles undervejs, bevidst eller ubevidst. Dermed synes muligheden for løbende udvikling af roller i den konkrete case at være af mindst lige så stor betydning, som dét, at der fra starten er tydeligt definerede roller, hvilket afviger lidt fra de udenlandske erfaringer, hvor den initierende rolle- og ansvarsfordeling fremhæves som værende afgørende (bilag 2).

10.1.3 Rolleskift (*betwixt and between*)

De frivillige synes ikke at opleve negative implikationer i forbindelse med skiftet fra at være deltager på forløbene ved Folkesundhed Aarhus til at indtage en styrende funktion i samarbejdet med de sundhedsprofessionelle om *Folkenetværket* (jf. afsnit 9.3.1). Dermed synes den kritiske vinkel på professionalisering af borgere, som blev fremlagt i specialets problemanalyse ikke bekræftet i denne case-specifikke sammenhæng. I stedet synes denne *liminale* overgang og opblødning af det sociale hierarki med sundhedsprofessionelle som øverst rangerende at bidrage til en tilsyneladende problemfri udvikling og etablering af nye rutiner for både de frivillige og de sundhedsprofessionelle. Som beskrevet i analysen kan denne relativt gnidningsfrie proces potentielt tilskrives det faktum, at *Folkenetværket* er et initiativ, der er funderet i de frivilliges egne behov og interesser, modsat eksempelvis Lærings- og mestringsuddannelserne, hvor det i inddragelsen af frivillige i højere grad er de sundhedsprofessionelle, der sætter dagsorden (jf. afsnit 2.4). Det bør imidlertid også fremhæves, at udvidelsen af de frivilliges roller i *Folkenetværket*, grundet parternes evne til at forventningsafstemme, er foregået uden problemer, hvilket særligt fremhæves af Ellen, der som sundhedsprofessionel har særlig fokus på netop dette aspekt (Interview Ellen, 11.04.14).

Et aspekt, der ikke er fremhævet som et fund i analysen er, at særligt Charlotte somme tider synes at blande sin tid som deltager på forløb ved Folkesundhed Aarhus og sin tid som bestyrelsesmedlem i *Folkenetværket* sammen i sine fortællinger. Dette vidner om, at hun måske ikke på et refleksivt plan skelner mellem de to 'roller'. Andre fund i analysen understøtter dette, da det tydeligt fremgår, at en væsentlig grund til, at Charlotte er med som frivillig er at bibeholde det sociale fællesskab, for derigennem at fastholde sig selv i den positive udvikling, hun har gennemgået hos Folkesundhed Aarhus. Dét at hun ikke synes at reflektere over ændringen kan vidne om, at hun ikke føler sig *betwixt and between*, da denne tilstand ifølge Turner er forbundet med implikationer af negativ karakter i forhold til den enkelte. Såfremt Charlotte havde oplevet at være i en sådan tilstand ville hun frem for at identificere sig *både* med rollen som deltager og bestyrelsesmedlem, *hverken* føle sig *helt* som det ene eller det andet (17). Aspektet kunne potentielt have kommet til udtryk under interviewet, såfremt interviewerens i alle tvivlstilfælde havde været

mere systematisk i forhold til at spørge ind til og sikre sig vished i forhold til, hvornår Charlotte refererer til *Folkesundhed* frem for *Folkenetværket*, hvilket efterfølgende erkendes ikke at være gjort tilstrækkeligt (dette diskuteres yderligere i forbindelse med vurdering af interviewundersøgelsens validitet i relation til spejlkriteriet i afsnit 10.4).

Begge sundhedsprofessionelle har i samarbejdet med de frivillige observeret, hvordan flere af de frivillige har gennemgået en udviklingsproces, blandt andet i form af kompetenceudvikling i skiftet fra at være deltager på forløbene ved *Folkesundhed Aarhus* til at være en del af bestyrelsen i *Folkenetværket* (jf. afsnit 9.3). I forhold til at føle sig *betwixt and between* kan de sundhedsprofessionelles oplevelser af de frivilliges rolleskift dog ikke analyseres ud fra Turners analytiske begreb, da dette bedst anvendes til at belyse subjekters egne oplevelser forbundet med at gennemgå *liminale* overgange (17). Den læringsproces, som de frivillige har gennemgået, kan imidlertid tænkes at have en ubevidst betydning for, hvordan de frivillige selv oplever rolleskiftet. De frivilliges udviklingsproces, kan muligvis have en betydning for deres følelser omkring rolleskiftet, idet deres kompetencemæssige positive udvikling kan tænkes at skabe en selvtillid, som måske opvejer den *vakuum*-følelse, der ifølge Turner kan vise sig ved *liminale* overgange (17). De sundhedsprofessionelle kan måske i højere grad end de frivillige selv beskrive den udvikling, de frivillige har gennemgået undervejs i etableringen af *Folkenetværket*, da det måske kan være svært at se og føle egen kompetenceudvikling. Netop dette aspekt understøtter relevansen af at inddrage de sundhedsprofessionelles oplevelser af de frivilliges rolleskift-proces, på trods af, at deres oplevelser ikke kan analyseres direkte ved brug af det analytiske begreb *betwixt and between*, der som beskrevet er en beskrivelse af en tilstand, som den opleves subjektivt.

At de frivillige af forskellige årsager ikke oplever *vakuum*-følelsen og dermed ikke oplever andet end positive implikationer ved at indtage en ny rolle, vidner om, at *betwixt and between* i denne forbindelse ikke synes adækvat at anvende som analytisk begreb i fortolkningen af de frivilliges oplevelser af rolleskiftet - eller rettere oplevelser af overgangen fra at være deltager til at være frivilligt bestyrelsesmedlem i *Folkenetværket* (jf. afsnit 9.3.1). Derfor fungerer de frivilliges baggrund og erfaringer i stedet som analytisk ramme suppleret med commonsense i tolkningen af de frivilliges overgang og dennes betydning for samarbejdet med de sundhedsprofessionelle (mere herom i diskussionen af brug af teori i det teorifortolkende casestudie, afsnit 10.3.1.1).

10.1.4 Anerkendelse i samarbejdet

Arne og Bents baggrunde og herunder succesoplevelser med anerkendelse i solidariske sfærer i forbindelse med tidligere arbejds- og frivillighedsprojekter synes at være medvirkende årsager til, at netop disse to informanter kan antages at have et vist niveau af selvværd i forhold til at indgå i samarbejdet med sundhedsprofessionelle (bilag 11). Disse tidligere succesoplevelser kan muligvis have haft betydning i forhold til, at samarbejdet om *Folkenetværket* forekommer at være velfungerende. Dette på baggrund af, at netop Arne og Bent begge synes at have en central betydning for foreningens organisering, qua det selvværd, deres erfaringer med tidligere projekter af forskellig art kan formodes at have givet dem (19). Dette kan have bidraget til, at de to frivillige derfor ikke udelukkende er afhængige af de sundhedsprofessionelles anerkendelse, da de på mange måder allerede *har* opbygget et selvværd omkring dét at indgå i samarbejdende konstellationer omkring igangsættelse af aktiviteter og projekter. Dette fund understreger betydningen af at medtænke *helhedskriteriet* i forhold til at højne kvaliteten af interviewundersøgelser, idet eksemplet viser, hvorfor det kan være væsentligt at medtænke informanternes kontekster og sociale sammenhænge, for på bedst mulig vis at opnå en helhedsorienteret forståelse af informanternes oplevelser og erfaringer (mere herom i diskussionen af interviewundersøgelsens kvalitet, afsnit 10.4). Ud fra interviewdata kan det imidlertid ikke vurderes, hvilke basale forudsætninger den frivillige, ud fra oplevelser i privatsfæren har for at indgå i relationer, der giver mulighed for anerkendelse og personlig udvikling (jf. afsnit 10.2.1.2).

Et andet relevant fund i analysen er, at anerkendelse fra medlemmerne af *Folkenetværket*, det vil sige de menige medlemmer, der ikke sidder i bestyrelsen, opleves at være måske lige så betydningsfuldt, som anerkendelse fra de sundhedsprofessionelle (jf. afsnit 9.4.1). Særligt Arne og Charlotte oplever en anerkendelse fra medlemmerne, relateret til henholdsvis Arnes store indsats i foreningen og Charlottes omfattende livsstilsforandring (jf. afsnit 9.4.1). Dette fund er ikke overraskende i sig selv, da det er en kendt sag, at mennesker får selvtillid af at blive anerkendt med rosende ord. Fundet er til gengæld med til at afspejle antydningen af en horisontal magtstruktur i selve foreningsarbejdet, som netop Honneth er fortaler for (19) (jf. afsnit 9.1). Hermed menes, at *Folkenetværket*, med henvisning til Honneths samfundskritiske perspektiv, afspejler en samfundsstruktur, hvor anerkendelse af den enkelte samfundsborger gennem udviskning af magtstrukturer, sikrer den enkeltes personlige udvikling. At anerkendelse fra de menige medlemmer i foreningen måske har lige så stor betydning for de frivillige bestyrelsesmedlemmer som anerkendelsen fra de sundhedsprofessionelle, vidner om, at anerkendelsens betydning for

den enkelte, ikke er afhængig af, fra hvilket socialt hierarkisk lag i samfundsstrukturen, anerkendelsen kommer. I et tilfælde, hvor anerkendelse fra de sundhedsprofessionelle, eksempelvis grundet deres faglige ekspertise og deraf status, har større betydning, kan de sundhedsprofessionelle indtage en overlegen magtposition, hvilket med henvisning til Honneth *ikke* vil virke befordrende på demokratiet og herunder den gensidige anerkendelse mellem mennesker (19). Hermed virker den asymmetriske magtstruktur ikke fremmede på den enkeltes personlige udvikling og forudsætninger for at indgå i samarbejde med andre.

Manglende anerkendelse i det solidariske fællesskab, kan med henvisning til Honneth være forbundet med moralske uretfærdigheder repræsenteret ved, at én eller flere personer ydmyges, krænkes, eller stigmatiseres på en sådan måde, at selvværdsættelsen for den enkelte eller hele grupper sættes over styr (19). Netop dette perspektiv understreger den etiske dimension, som både Honneths *anerkendelsesteori* og samarbejdet omkring *Folkenetværket* kan siges at være indlejret i. Eftersom særligt den frivillige lægger et stykke af sig selv i arbejdet - netop qua sine særlige karakteristika, personlige baggrund og status som 'erfaren borger', stilles der helt særlige etiske krav til den tilgang og det miljø, *Folkenetværket* er bygget op omkring. I dette ligger der med andre ord en etisk fordring i forhold til netop at møde samarbejdspartnere med anerkendelse, da det *kan* få store etiske konsekvenser for den enkelte eller hele grupper, såfremt dette ikke efterkommes.

I forhold til at belyse anerkendelsens betydning for samarbejdet mellem frivillige og sundhedsprofessionelle er det gennem analysen blevet forfatterne bekendt, at det måske kunne have styrket analysen, hvis datamaterialet havde indeholdt informationer omkring, hvorvidt også de sundhedsprofessionelle føler sig anerkendt af de frivillige. Eksempelvis kunne man have spurgt de sundhedsprofessionelle, hvordan de oplever, at de frivillige tager deres input til sig, og ligeledes hvordan de *frivillige* oplever, at de møder de sundhedsprofessionelle i samarbejdet. Dette aspekt var ud fra forfatternes forforståelse ikke forventet at være af betydning for samarbejdet, hvilket kan afspejle en erkendelsesproces, der også understreger, at åbenhed overfor nye opdagelser, der ikke lader sig indfange af på forhånd definerede temaer, er væsentlig i en sådan undersøgelse som denne.

10.1.5 Fælles værdigrundlag og sundhedssyn

Ud fra fundene i analysen antydes det, at de frivillige i *Folkenetværket* arbejder ud fra samme værdigrundlag, som Folkesundhed Aarhus står for, hvilket den sundhedsprofessionelle Ellen

fremhæver som værende af stor betydning (jf. afsnit 9.5). Dette begrundes med, at dét at arbejde hen imod samme mål er vanskeligt, hvis man grundlæggende har forskellige opfattelser af, hvad sundhed er, hvordan og hvem, der skal definere det og hvem der sætter sundhedsmålene for den enkelte borger (jf. afsnit 9.5.2). Inden for folkesundhedsvidenskabeligt arbejde, hvor genstandsfeltet er centreret omkring det borgernære sundhedsvæsen i kommunalt regi, synes en tilsvarende fælles værdihorisont at være en præmis for at kunne lægge et udviklingsperspektiv på indsatser, der er skabt med en fælles målsætning blandt frivillige og kommunen. Det brede sundhedssyn, der ligger til grund for dette speciale synes at være kompatibelt med Folkesundhed Aarhus' og dermed også de frivilliges opfattelse af sundhed som fænomen (jf. afsnit 9.5.2). Det kan dog synes bemærkelsesværdigt, at der i specialet indledes med at tage udgangspunkt i regeringens nyligt udgivne nationale mål for danskernes sundhed, som netop kan opfattes som en målsætning for befolkningens sundhed, hvormed sundhed defineres som et alment gyldigt begreb (1). De syv nationale mål for danskernes sundhed kan opfattes som værende lukkede og afgrænsede, hvilket kan være svært at undgå, når disse udstedes som overordnede nationale retningslinjer, der skal kunne måles og vejes. Selvom dette speciale udarbejdes med afsæt i de rammer, regeringen overordnet har sat for kommunernes arbejde med forebyggelse, er det vigtigt at understrege, at målet for sundhedsfremme og forebyggelse i dette speciale ikke på samme måde er lukket og afgrænset til at handle om at forbedre udvalgte borgeres sundhed på udvalgte parametre med forudbestemte målsætninger. Sundhedssynet der ligger til grund for udarbejdelsen af specialet er bredere orienteret og er anerkendende overfor, at ikke alle besidder samme opfattelse af, hvad sundhed er og hvordan bedre sundhed opnås, herunder hvem der bestemmer, hvilke forbedringer, der er gode nok (jf. afsnit 4). Set i dette lys er partnerskabsstrategien, som regeringen opfordrer til og yder økonomisk støtte til, interessant at diskutere i et udviklingsmæssigt perspektiv, med henblik på at vurdere, hvorledes fundene fra den specifikke case, *Folkenetværket*, kan anvendes i arbejdet med at skabe det lokalt forankrede sundhedsvæsen, regeringen med partnerskabsstrategien ønsker at opnå ved hjælp af inddragelse af frivillige i forebyggelsesarbejdet (1).

Det kan ligeledes undre, at der på nationalt plan synes at være et smallere og mere målorienteret sundhedssyn, end der synes at eksistere i kommunalt regi, eksemplificeret ved, at Folkesundhed Aarhus som beskrevet arbejder ud fra et sundhedssyn inspireret af det 'åbne sundhedsbegreb' (jf. afsnit 9.5.2). Dette kan måske opfattes som et udtryk for den mangel på sammenhæng i 'systemet', der opleves af de frivillige informanter, hvor flere af informanterne har oplevet først at blive anerkendt som havende behov for hjælp, da de kom i kontakt med Folkesundhed Aarhus. Det

kan synes svært at arbejde hen imod at skabe et sammenhængende sundhedsvæsen, hvis værdigrundlaget i 'systemet' ikke er foreneligt på tværs af sektorer, hvilket Ellen netop fremhæver som værende essentielt i partnerskaber omkring sundhed og forebyggelse (jf. afsnit 9.5.2).

10.1.6 Samfundsperspektiv og opfattelser af frivillighed

En oplevelse af mangel på sammenhæng i sundhedsvæsenet viser sig, at være et nyt fund i analysen, der kommer til i flere af de frivilliges opfattelser af, hvad frivillighed kan supplere 'systemet' med (jf. afsnit 9.6.1). Samtidig viser det sig også, at der både ud fra de frivilliges og de sundhedsprofessionelles side opleves en gensidig 'brug' for hinanden i forhold til at udfylde et 'hul' i sundhedsvæsenets tilbud til borgere, der har behov for hjælp til opfølgning efter deltagelse på kommunale forebyggelsesforløb. Disse fund er med til at understøtte et behov for at diskutere, hvorvidt frivilligt arbejde i et samfundsperspektiv kan siges at være 'nødvendig' som supplement i det kommunale forebyggelsesarbejde og hvad det har af betydning for frivillige indsatser, når det offentlige system betragter frivilligt arbejde som en nødvendig ressource. Ifølge Habermann kan det være forbundet med problemer, når de frivilliges autonomi karambolerer med nødvendighedens praksis, hvor det etablerede sundhedsvæsen går ind og definerer frivilliges opgaver ud fra et nødvendighedsperspektiv (8). Netop frivilliges autonomi kan siges at have betydning for kvaliteten af det frivillige arbejde, forstået på den måde, at netop frivillighedens egenart er afhængig af, at de frivillige føler sig anerkendt og som fundene i analysen viser, føler de får noget ud af at involvere sig i foreningen, både på det personlige plan og i forhold til de andre faktorer, der motiverer dem til at fastholde deres engagement (jf. afsnit 9.1.1).

Ellen Margrethe Dahl har gennem sit arbejde fundet relevante sammenhænge mellem motivation for frivillighed, frivillighedstyper og hvordan frivillige skal mødes af de professionelle i forhold til at de frivillige bevarer motivationen for arbejdet (jf. afsnit 10.1.1). I den forbindelse er det dog relevant at påpege, at en af de måder, hvorpå Dahl anvender sine fund omkring sammenhængen mellem frivillighedstyper og motivation for fastholdelse af engagement, ses ved, at hun opstiller anbefalinger om 'rekruttering' af frivillige til bestemte opgaver. Denne anvendelse lægger sig op ad den form for instrumentalisering af frivillig arbejdskraft, som blandt andet sociolog og teoretiker Paul Hirst advarer imod (42). Dét at 'rekruttere' frivillige ud fra deres typer, vidner om en opfattelse af frivillighed som en form for 'bestilt arbejde', hvor man som 'arbejdsgiver' er interesseret i at få den bedst mulige 'medarbejder'. Dahls forskning antyder dermed en sammenfletning af forskellige diskurser omkring frivillighed, hvor anerkendelse af de frivilliges motiver er essentielt, men at dét der gør det essentielt er, at denne anerkendelse vil give kommunen eller organi-

sationen, der rekrutterer den frivillige, den på sigt mest engagerede og vedholdende frivillige arbejdskraft.

I relation til ovenstående vidner analysen i specialet om, at ingen af parterne i *Folkenetværket* opfatter foreningen som 'bestilt arbejde', på trods af, at Folkesundhed Aarhus opfordrer de frivillige til at gå ind i arbejdet med *Folkenetværket* (jf. afsnit 9.6.3). Dette hænger som belyst i analysen formentlig sammen med, at initiativet til indsatsen fra kommunens side, tilsyneladende var initieret af det udtalte behov, man oplevede hos deltagerne på forebyggelsesforløbene der ønskede at kunne 'få et forløb mere'. Havde kommunen i stedet oprettet foreningen som et supplerende tilbud og derefter *rekrutteret* borgere til på frivillig basis at 'stå for' foreningen, havde begge parter formentlig oplevet *Folkenetværket* som 'bestilt arbejde', hvilket giver grund til at være opmærksom på betydningen af, hvem der tager initiativet og etablerer indsatsen – kommunen eller de frivillige.

Sociolog og lektor ved Copenhagen Business School, Anders La Cour repræsenterer en opfattelse af frivillighed som et fænomen, der nemt mister sin egenart, hvis frivilligheden i sig selv instrumentaliseres og nedfældes i kontraktlige partnerskaber (43). Denne opfattelse lægger sig tæt op ad Hirsts, der finder det er problematisk, at regeringer ud fra et politisk beslutningsgrundlag tilskynder frivillighed ved at opfordre til at skabe rammer for forebyggelsesarbejde i kommunerne, der *baseres* på inddragelse af frivillige aktører, idet frivillighed og de frivillige borgeres motivation og engagement i en sag ikke kan skabes 'ovenfra' (42). At planlægge kommunale arbejdsopgaver ud fra, at der helt eller delvist kan disponeres med frivillige kræfter, kan dermed indebære en form for instrumentalisering af det frivillige arbejde, hvormed der kan argumenteres for, at egenarten ved brug af frivillige nemt går tabt. La Cour fremhæver ligeledes den måde, hvorpå frivilligt arbejde gennem strukturer, regler og rammer professionaliseres af politikerne som problematisk (43).

La Cour har i mange år beskæftiget sig med frivillighed og statens tilgang til at professionalisere frivilligt arbejde som et supplement til det offentlige velfærdsydelser, og han lægger ikke skjul på sin kritik af den måde, hvorpå staten 'bestiller' frivilligt arbejde og anser frivillighed som en ressource i velfærdssamfundet. I en artikel bragt i Information 9. maj 2014 anlægger La Cour et kritisk blik på den form for instrumentalisering af brugen af frivillige til at udføre offentlig institutioners arbejdsopgaver, som også Hirst kritiserer (43). La Cour skriver i den aktuelle artikel, at kommunerne i dag har fået øjnene op for frivillige sociale indsatser, som *Folkenetværket*, og at et

flertal af kommunerne organiserer frivillige for at integrere dem i kommunernes produktion af velfærdsydelser (43). Med denne udvikling skabes et stigende behov for at undersøge, hvordan samarbejdet mellem det professionelle system og de frivilliges indsats skal organiseres, hvilket i relation til dette speciale udmønter sig i det *nære samarbejde* mellem de frivillige og de sundhedsprofessionelle i bestyrelsen af *Folkenetværket* (43).

I arbejdet med at definere denne organisering har Landsforeningen for frivillige sociale organisationer, Frivilligt Forum, og en række store fagforeninger med FOA i spidsen lanceret retningslinjer for samarbejdet mellem det offentlige og frivillige, hvor konkrete regler for, hvordan frivilligt arbejde skal udføres i de enkelte institutioner er formuleret (44). Reglerne er lavet i et forsøg på at sikre både de frivillige og de professionelle eksempelvis i forhold til at have klare linjer for, hvad parterne kan forvente af hinanden og hvilke krav, der kan stilles – og ikke kan stilles. Derigennem søges de frivilliges interesser plejet og forholdene for frivillige at være forbedret i forhold til aspekter som rettigheder og andre forhold (44). La Cour mener derimod ikke, at der med disse regler er taget hensyn til, at det også kan have negative implikationer for frivilligheden, at der refereres til regler, *andre* har vedtaget for de frivillige aktører (43). Reglerne er også lavet med henblik på at ensrette og strukturere kommunernes brug af frivillige, for derigennem at søge faste rammer (44). Netop dét at de frivillige i *Folkenetværket* selv sætter strukturen og organiserer, leder og fordeler, og dét at der samtidig er tale om en gruppe ressourcestærke frivillige, forekommer i den konkrete case at være stærkt medvirkende til, at de frivillige er så motiverede og engagerede, som analysens resultater viser. Dette perspektiv understøttes af La Cour, der mener, en del af frivillighedens særlige kendetegn netop er, at der arbejdes ud fra motiver som lyst, behov og vilje, og ikke ud fra fastlagte rutiner, budgetter og forløbsprogrammer:

"I stedet må de forskellige aktører anerkende, at de ikke har magt over frivilligheden, og indse, at de med frivilligheden også inviterer en ubestemthed indenfor i de ellers institutionaliserede og formaliserede omsorgsinstitutioner. Dette kan give et forfriskende pust og skabe liv, hvor der førhen kun var rutineprægede former for nærvær. Men det medfører også, at man inviterer en uforudsigelighed ind der, hvor der førhen var sikkerhed." (43)

Ovenstående forskellige og modsatrettede perspektiver på frivillighed og brug af frivillige som supplement til det etablerede velfærdssystem, er alle med til at understrege, hvordan frivillighed som fænomen kan opfattes forskelligt og hvordan disse forskelligheder kan føre til diskussioner omkring, hvorvidt indsatsen som *Folkenetværket* kan igangsættes som et fast tilbud til borgerne i kommunerne, som et led i regeringens partnerskabsstrategi. Ud fra et folkesundhedsperspektiv

synes *Folkenetværkets* berettigelse i det kommunale forebyggelsesarbejde at være velfunderet, idet fundene i analysen blandt andet viser, at de frivillige og de sundhedsprofessionelle i netop denne case *sammen* skaber et unikt tilbud til borgere, der har brug for fællesskab efter deltagelse på kommunens forebyggelsesforløb. Samtidig tyder det på, at netop det unikke ved *Folkenetværket* nemt vil gå tabt, såfremt det blev en integreret del af de kommunale forebyggelsespakker, at en gruppe frivillige 'bestilles' til at stå for et lignende initiativ i andre kommuner.

Til denne diskussionen må også et etisk perspektiv medtænkes, da netop *Folkenetværkets* egenart også forbindes med, at initiativet er medvirkende til at give en marginaliseret gruppe af borgere 'en stemme' i systemet, og derved sikre dem autonomi (8). De frivillige i *Folkenetværket* og foreningens medlemmer tilhører en marginaliseret gruppe af borgere, da de enten lider af kronisk sygdom eller har behov for livsstilsændringer, og derfor alle har været i kontakt med sundhedsvæsenet, herunder Folkesundhed Aarhus. I kraft af denne marginaliserede status har flere af de frivillige haft oplevelser med stigmatisering på egen krop eller på ligesindedes, hvilket berøres i interviewet af både Ellen og Bent. Dét at Bent ikke ønsker at identificere sig med rollen om 'kroniker' og netop gennem *Folkenetværket* kan dyrke andre sider af sig selv, kan give *Folkenetværket* præg af at reducere stigmatisering som en tilsigtet, positiv konsekvens. Gennem fællesskab med ligesindede sætter de frivillige ligeledes selv kriterierne for, hvorledes sund livsstil tager sig ud for dem, hvilket ud fra et pligt-etisk perspektiv vurderes at være værdifuldt.

I forhold til at besvare sidste del af specialets problemformulering, synes det på baggrund af ovenstående diskussion relevant at have et kritiske perspektiv med i overvejelserne om partnerskaber mellem frivillige og kommuner, således frivillighedens egenart bevares samtidig med, at utilsigtede konsekvenser som instrumentalisering, stigmatisering og professionalisering af det frivillige arbejde så vidt muligt undgås.

10.2 Sammenhæng mellem videnskabsteori, teori og metode

Det er i forbindelse med den kritisk, teoretiske referenceramme i specialet relevant at forholde sig kritisk til, hvorvidt der er sammenhæng mellem valg af teori til belysning af problemstillingen og de metodiske valg foretaget i forbindelse med interviewundersøgelsen. Valget af henholdsvis Turners begreb *betwixt and between* og Honneths *anerkendelsesteori* blev foretaget ud fra hensigten om kritisk at udfordre forforståelsen om, at inddragelse af frivillige i forebyggelsesarbejdet udelukkende er forbundet med potentialer, som opvejer enhver form for problema-

tikker og udfordringer, der også måtte relatere sig hertil. Ved at anvende teorien til at belyse problemstillingen ud fra et kritisk perspektiv – understreges blandt andet en kritisk, teoretiske tese om, at ikke alt nødvendigvis forholder sig eller er, som det umiddelbart fremstår. Hermed synes valg af teoretisk referenceramme at være kontingent i forhold til den kritisk, teoretiske referenceramme.

Det metodiske valg om at foretage fem individuelle interviews frem for et gruppeinterview i dataindsamlingen kan imidlertid betegnes som et brud på sammenhængen, ud fra teorien om anerkendelse. Selvom anerkendelse ifølge Honneth er forbundet med individets forholden sig til sig selv, fremgår det også af teorien, at anerkendelse altid er forudsat intersubjektive forhold - eller en relation til andre (19). Set ud fra et kritisk, teoretisk perspektiv kunne det derfor med udgangspunkt i Honneths *anerkendelsesteori* have været oplagt at undersøge fænomenet anerkendelse i samarbejdet mellem frivillige og sundhedsprofessionelle ved hjælp af et fokusgruppeinterview, hvor begge parter var til stede og hvor anerkendelse eller mangel herpå potentielt kunne komme til udtryk i kommunikationen og dynamikken mellem de to parter. Med de individuelle interviews er der til gengæld mulighed for at opnå et dybere kendskab til og dermed forståelse for hver enkelt informants oplevelser, der udgør særlige personbundne forudsætninger for persons engagement i *Folkenetværket*. Dette vurderes at have beriget fortolkningen af informanternes beretninger.

Valget af det kvalitative forskningsinterview som dataindsamlingsmetode vurderes at tilføre undersøgelsen et kritisk aspekt i den forstand, at både det undersøgte subjekts såvel som forskerens oplevelser er inddraget i fortolkningen af informanternes fortællinger. Ved at informanternes oplevelser undergår en tolkning af forfatterne, konstrueres der ved hjælp af helhedskriteriet en forståelse af informanterne, som ikke nødvendigvis svarer til den forståelse informanterne har af sig selv. Dermed har forfatterne gennem fortolkningen forholdt sig kritisk reflekterende til de berettede oplevelser og derefter yderligere belyst dem ud fra den kritisk, teoretiske tilgang ved hjælp af teori og anden litteratur. Dermed synes valget af det kvalitative forskningsinterview at afspejle kontingens i forhold til specialets videnskabsteoretiske referenceramme.

10.2.1 Kritisk perspektiv på deduktion - herunder teoriens relevans

Inden for den kritiske teori er den teoretiske rammesætning særlig essentiel, da denne skal tjene til at kvalificere undersøgelsens problemfelt, åbne op for nye perspektiver i analysen og indplacere analysen i en større samfundsmæssig og kulturel sammenhæng (22). Derfor er det også vig-

tigt at forholde sig kritisk til brugen af teori - det vil i forhold til dette speciale sige forholde sig kritisk til inddragelsen af Turners begreb *betwixt and between* og Honneths *anerkendelsesteori*. Eftersom teoretisk fortolkning ifølge Antoft bidrager til at organisere og simplificere empirisk casemateriale, er det endvidere vigtigt, at der anvendes konkurrerende teorier i forhold til ens teoretiske fortolkninger af et givent empirisk case-materiale (24). Det er forsøgt imødekommet undervejs i henholdsvis problemanalyse, analyse og diskussion - eksempelvis ved at inddrage Jensen & Jensens perspektiver på anerkendelse i forhold til det ligeværdige samarbejde som supplement til Honneths *anerkendelsesteori*. Desuden er Habermans perspektiver på motiver for frivillighed blandt meget andet fundet relevant til at supplere Honneths perspektiver på anerkendelse i samarbejdet mellem frivillige og sundhedsprofessionelle. Samtidig er Turners analytiske begreb søgt nuanceret med baggrund i de Wits perspektiv på professionaliseringsproblematikker og erfaringer fra Lærings- og mestringsuddannelserne.

Inddragelse af flere teoretiske perspektiver, som eksempelvis oplistet ovenfor udgør - sammen med inddragelse af international litteratur - også en form for fundament i forhold til at diskutere interviewresultaternes generaliserbarhed, hvilket er omdrejningspunktet for afsnit 10.3.2.

10.2.1.1 Turners begreb *betwixt and between*

I forhold til at diskutere kvalificering af valg af teori er det ifølge Antoft vigtigt, at man som forsker er opmærksom på, om studiets problemstilling, bevæger sig på et mikro-, meso- eller makroniveau (24). Jævnfør afsnit 3.1.1 vurderes det, at problemstillingen i dette speciale bevæger sig på et mikroniveau, hvilket lægger op til, at eventuelle teoretiske input i forhold til besvarelse af specialets problemformulering, i udgangspunktet bør befinde sig på samme niveau. I denne forbindelse er der overensstemmelse i forhold til inddragelse af Turners begreb, hvor der er tale om en subjektiv tilstand eller en følelse - det vil sige, at begrebet bevæger sig på et mikroniveau.

Tilstanden at være *betwixt and between* kan ifølge Turner appliceres til mange forskellige overgange af mere eller mindre rituel karakter, som eksempelvis overgangen fra fødsel til død, med risiko for, at beskrivelsen af begrebet kan forekomme en kende overfladisk og unuanceret. Derfor kan der stilles spørgsmål til, hvorvidt Turners begreb er *for* universelt eller bredt orienteret i forhold til anvendelse i case-specifikke sammenhæng som nærværende, hvilket imidlertid er uvist, eftersom det ikke har været muligt at efterprøve og nuancere begrebet i forhold til de aktuelle interviewdata.

Uden Turner og det analytiske begreb *betwixt and between* som del af den teoretiske ramme ville professionalisering - og udfordringer relateret hertil, imidlertid formentligt ikke have fremstået som et tema i interviewundersøgelsen, eftersom det netop viser sig, at de frivillige i *Folkenetværket* ikke oplever at føle sig *betwixt and between*. Dette kan tænkes at have bidraget til erkendelsen af, at de frivillige aktører i *Folkenetværket* eller initiativet i sig selv, er unikt og adskiller sig fra eksempelvis Lærings- og mestringsuddannelserne, da netop de frivillige aktører i *Folkenetværket*, modsat de erfarne borgere i Lærings- og mestringsuddannelserne, ikke oplever negative implikationer forbundet med rolleskiftet - eller rettere overgangen fra at være deltagere på forløb hos Folkesundhed Aarhus til at være bestyrelsesmedlemmer i foreningen (jf. afsnit 9.3.1). Det er endvidere usikkert, om fundet omkring de frivilliges kompetence- og rolleudvikling, som særligt fremhæves af Dorthe, ville have trådt frem af data, såfremt der ikke med udgangspunkt i Turner, var blevet indhentet informationer omkring, hvorledes de sundhedsprofessionelle oplevede de frivilliges overgang fra den ene rolle til den anden. Hermed har teorien også opfyldt sin forventede funktion som 'dåseåbner' for interessante fund i analysen, og dermed dannet udgangspunkt for ny erkendelse.

10.2.1.2 Honneths anerkendelsesteori

Honneths *anerkendelsesteori* kan siges både at bevæge sig på et mikro- og et makroniveau, da Honneth foruden at beskæftige sig med anerkendelse mellem mennesker også er optaget af, hvorledes der på samfundsplan skabes de bedste forudsætninger for anerkendelse og menneskelig udvikling. I dette speciale anvendes teorien imidlertid mest af alt i forhold til at anskueliggøre og opnå forståelse af den mellemmenneskelige anerkendelse på mikroniveau, hvormed der kan siges at være overensstemmelse mellem niveauet i problemformuleringen og i teorien.

Eftersom gensidig anerkendelse har vist sig at være et fælles grundtema på tværs af interviewmaterialet, kan det formodes, at temaet ville have trådt frem af interviewdata, også uden Honneths *anerkendelsesteori* som et forhåndsbestemt tema i interviewguiden. Dette bekræfter i og for sig teoriens relevans i forhold til undersøgelsens genstandsfelt, men det må i denne forbindelse også overvejes hvad teorien så har bidraget med af nye perspektiver i analysen. Her synes netop generaliserings-aspektet at blive aktuelt, da anerkendelse som et bærende element i forhold til det ligeværdige samarbejde mellem frivillige aktører og sundhedsprofessionelle, altså ikke udelukkende er et fænomen forfatterne af dette speciale har observeret i den specifikke case - andre har italesat fænomenet i lignende sammenhænge tidligere, og endda udformet en teori på baggrund af forekomsten af dette fænomen. Desuden er teorien med til at understrege betydningen af aner-

kendelsen, som ikke umiddelbart kan læses ud af fundene i interviewet, men blot konstateres som værende til stede eller værende et omdrejningspunkt for informanterne. Teorien bidrager derfor, ud fra et 'dåseåbner-perspektiv', til at fremme forståelsen af netop *hvor* vigtig og hensigtsmæssig denne gensidige anerkendelse er for samarbejdet – hvilket Honneth udfolder som krænkelser af anerkendelsen og negative følger heraf.

I dette speciale er det ikke vurderet muligt eller relevant at inddrage og undersøge alle facetter i Honneths *anerkendelsesteori* af hensyn til undersøgelsens genstandsfelt. Dette har medvirket til en fragmenterende anvendelse af teorien, hvor det udelukkende er anerkendelse i den solidariske sfære, der inddrages aktivt i forhold til at afgrænse problemfeltet og søge at opnå dybtgående forståelse af de fund, der fremgår af analysen. Denne fragmenterede anvendelse af teorien bør fremhæves og diskuteres, eftersom Honneth selv betoner, at hver enkelt anerkendelsessfære ikke alene kan være parameter for et fuldt realiseret liv, og at de tre former for forholden sig til sig selv, der følger anerkendelse i de tre sfærer, indgår i indbyrdes relation med hinanden (19). Den fragmenterede forståelse af anerkendelse korresponderer med andre ord ikke med den empiriske virkelighed, som teorien appliceres på, men tillader en systematisk adskillelse af begreber og fænomener, som kan være nødvendig, når der tales om universelle sammenhænge, som det eksempelvis er tilfældet med teorier.

Honneth forholder sig ikke *direkte* til det uligevægtige forhold som kan være en præmis i bestemte typer af relationer, hvormed det ikke umiddelbart lader sig besvare ud fra Honneths *anerkendelsesteori*, hvorvidt et samarbejde mellem eksempelvis frivillige og sundhedsprofessionelle kan være gensidigt anerkendende trods en ulige magtfordeling parterne imellem. For at belyse dette aspekt inddrages Jensen & Jensen, da det vurderes, at deres analyse af det ligeværdige samarbejde, ud fra et anerkendelsesteoretisk perspektiv, kan tilføre en interessant vinkel på Honneths teori netop i forhold til anerkendelse i 'uligevægtigt' samarbejde (20).

Hvorvidt det kunne have beriget specialet med en induktiv og mere åben tilgang er uvist. Dog kunne man på baggrund af ovenstående formode, at analysens fund ville have set anderledes ud, såfremt den teoretiske referenceramme ikke havde dannet udgangspunkt for afgrænsning, design og analyse i samme grad, som det blev tilfældet. Måske ville der i højere grad være opstået nye temaer ud fra datamaterialet, der ikke ville have ladet sig indfange med baggrund i den tematiske interviewguide i dette speciale, mens et tema som rolleskift på den anden siden sandsynligvis ik-

ke var fremkommet. Valget af tilgang er derfor ganske afgørende for det endelige produkt, hvormed begrundelser herfor bør overvejes nøje (jf. afsnit 5.2).

10.3 Casestudiet som forskningsstrategi

Valget af casestudiet som forskningsstrategi i dette speciale kan både være forbundet med fordele og ulemper, i relation til forskellige parametre i den kvalitative forskningsproces. I det følgende diskuteres metodologiske valg relateret til case-designet ud fra et kritisk perspektiv på de til- og fravalg, der er foretaget undervejs samt betydningen heraf.

10.3.1 Det teorifortolkende casestudie

Som beskrevet i afsnit 3.1 er specialet udformet som et teorifortolkende casestudie. Ifølge Antoft & Simonsen er der med disse casestudier risiko for, at forskeren ofte vil optræde i en mere distanceret rolle i forhold til det empiriske genstandsfelt, end det er tilfældet ved ateoretiske case-studier (24). I analysen af de kvalitative interviews i specialet har der været opmærksomhed på netop denne risiko, og på det faktum, at dét at inddrage anden empiri samt teori i fortolkningen af informanternes udsagn *kan* bidrage til at trække fortolkningen væk fra informanterne og deres oplevelser. Dette kan have betydning for analysen, og har fordret en ekstra opmærksomhed fra forfatterens side på at integrere metoder, hvormed distancen til genstandsfeltet er søgt minimeret, således forfatterens fortolkning hele tiden relateres til samarbejdet mellem de frivillige og de sundhedsprofessionelle i *Folkenetværket*. Eksempelvis er der under hele analysen lagt vægt på at sammenholde informanternes oplevelser af de forskellige aspekter med deres baggrund og personlighed, for på den måde at forsøge at få så meget af informanternes livsverden med i fortolkningerne som muligt (jf. afsnit 10.4). Enkelte steder har sociale og institutionelle sammenhænge ligefrem været mere bærende for fortolkningen end den teoretiske ramme for det pågældende tema. Her tænkes særligt på afsnittet om professionalisering af de frivillige, hvor informanternes oplevelser i højere grad fortolkes ud fra *deres* livsverden og erfaringer, end ud fra Turners analytiske begreb *betwixt and between* (jf. afsnit 9.3). Den tidligere beskrevne brug af informanternes udtryk for ord og vendinger i den skriftlige fremstilling (markeret med citationstegn) samt dét, at informanterne i stedet for at fremgå i teksten som bogstaver eller tal, omtales med almindelige navne (dog i form af pseudonymer) vurderes at bidrage til at mindske distancen til genstandsfeltet.

10.3.1.1 Brug af teori i det teorifortolkende casestudie

I Antoft & Simonsen fremhæves to problematikker i forhold til at vælge det teorifortolkende design i et casestudie (24). Dels kan valget af teori i en case som *Folkenetværket* være meget afgørende for resultaterne og den måde resultaterne anvendes på og dels er valget af teori ikke tilfældigt, hvorfor man som forsker kan komme til at farve undersøgelsens resultater ud fra valg af teori til fortolkningen af datamaterialet. I specialet kunne *Folkenetværket* som case ud fra en anden teoretisk ramme bruges til at undersøge andre aspekter, end genstandsfeltet for dette speciales undersøgelse. Specialets forfattere har derfor været bevidste om betydningen af de teoretiske valg for interviewundersøgelsens resultater, hvilket særligt vurderes at være relevant i forhold til, at hensigten med de konkrete teoretiske valg har været at opnå en dybdegående forståelse af genstandsfeltet som grundlag for specialets udviklingsperspektiv. Som beskrevet i afsnit 3.1.1, er den teoretiske ramme valgt ud fra en vurdering af at være den bedst egnede i forhold til problemstillingen. Samtidig viser den primært anvendte teori i interviewundersøgelsen og analysen, Honneths *anerkendelsesteori* at bidrage til belysning af de fleste af de fremanalyserede temaer, hvilket måske kan opfattes som et udtryk for relevansen af netop dét valg af teori. Modsat har det vist sig, at Turners analytiske begreb *betwixt and between* ikke kunne stå alene i analysen af temaet omkring de frivilliges rolleskift og professionalisering (jf. afsnit 9.3.1). Hypotesen, der er skabt på baggrund af Turners antropologiske forskning i overgangsritualer, om at de frivillige potentielt kunne opleve negative implikationer af dét at indtage en ny rolle omkring *Folkenetværket* under Folkesundhed Aarhus, kunne ikke bekræftes på baggrund af informanternes udtalelser. Dermed får den teorifortolkende tilgang til casestudiet som design et lille 'ateoretisk twist', idet der i analysen af det pågældende tema blev taget *afsæt* i teoretisk viden, men det blev klart, at den ikke slog til, og på den måde blev tolkningen af informanternes oplevelser af at skifte roller i stedet foretaget ud fra en kombination af commonsense-tolkning og inddragelse af overvejelser omkring informanternes baggrunde og personligheder. På samme måde kan man sige, at casestudiet i det enkelte afsnit blev teoritestende, idet Turnes analytiske begreb blev 'testet' og fundet ikke-brugbar. Hensigten var at genere empirisk viden på et teoretisk fundament, men det der skete var, at teorien blev testet på et teoretisk fundament, hvorefter teorien gled ud og tolkningen tog afsæt i empirien med henblik på at generere ny empirisk viden. I de resterende temaer blev analysen gennemført med rod i det teorifortolkende casestudie.

10.3.2 Generalisering – casestudier og det kvalitative forskningsinterview

Som beskrevet i afsnit 3.4 er det relevant at være kritisk omkring generalisering af det teorifortolkende casestudie – også i kvalitativ forskning generelt (24,29). Det kan diskuteres, om generalisering overhovedet kan lade sig gøre i kvalitative undersøgelser, idet begrebet henviser til den kvantitative betydning, hvor resultater af en undersøgelse foretaget i en stikprøve kan generaliseres til større grupper eller hele befolkningen, såfremt stikprøven er repræsentativ for den større gruppe (24). Derfor er det relevant at se kritisk på, hvordan analysens resultater i dette casestudie er anvendelige til at generalisere resultaterne til andre lignende kontekster, med henblik på at kunne besvare sidste del af problemformuleringen og dermed bidrage til at forme specialets udviklingsperspektiv. Ifølge Antoft & Simonsen er dét at udlede nye observerbare betydninger gennem allerede eksisterende generaliseringer en måde at anskue generaliseringsspørgsmålet på (24). I specialet søges allerede eksisterende generaliseringer dermed inddraget for at af- eller bekræfte generaliserbarheden af de konkrete case-specifikke fund, eksempelvis ved at inddrage andre teoretikere, herunder udtalelser fra relevante fagpersoner med erfaring på området, eller ved at inddrage nye teorier og videnskabelig litteratur. Dette kræver imidlertid også, at disse teorier eller studier er overførbare i forhold til *Folkenetværket*, hvilket forfatterne i dette speciale også løbende har forholdt sig til undervejs. Som et konkret eksempel på en inddragelse af allerede eksisterende generaliseringer i forhold til at bekræfte generaliseringsmuligheder i forhold til fundene i interviewundersøgelsen, kan nævnes tolkning og diskussion af analysens resultater ud fra forskellige samfundsmæssige synspunkter omkring og undersøgelser af brugen af frivillige i det offentlige system. På denne måde diskuteres resultaterne både ud fra opfattelsen af, at dét at bruge frivillige i forebyggelsesarbejdet udgør et potentiale, som fundene i dette speciale også peger mod, og ud fra det kritiske perspektiv om, at man skal være tilbageholdende i forhold til brugen af frivillige som en ovenfra 'bestilt' ressource til at udføre professionelle arbejdsopgaver. Dermed dannes en nuanceret forståelse af, hvordan den konkrete case kan bruges til udvikling af brugen af frivillige i forebyggelsesarbejdet ud fra et samfundsmæssigt perspektiv, og dermed synes casen på dette punkt anvendelig i forhold til generalisering til andre sammenhænge.

Det må imidlertid erkendes, at undersøgelsesresultaterne i dette casestudie *er* vanskelige at generalisere i forhold til andre kommuner. Dette til trods for, at behovet for opfølgning efter afsluttede kommunale forebyggelsesforløb - og dermed initiativets grundlag, sandsynligvis også er tilstedeværende i andre af landets kommuner. Dog må opmærksomheden i forhold til casens fund og disses generaliseringspotentiale henledes på netop *de* frivillige, der udgør *Folkenetværkets*

bestyrelse, som viser sig at være bærende for hele indsatsen. Netop dette kan nemlig vise sig at være et centralt kernepunkt i hele generaliseringsdiskussionen, da det tilsyneladende er et ganske unikt træk ved *Folkenetværket*, at de frivillige netop selv er en del af målgruppen for indsatsen og blandt andet derfor også har deres helt særegne motiver for involvering i *Folkenetværket*. Netop grundet de frivilliges særegenhed synes det vigtigt at sikre, at generalisering til lignende kommunale kontekster sker med en vis forsigtighed. Dog er det ifølge Habermann en generel opfattelse af frivillighed, at frivillige, som det ses i *Folkenetværket*, styres og motiveres af forskellige motiver for at indgå i frivilligt arbejde. Det kan dermed også antages, at der er mulighed for, at borgere i øvrige kommuner landet over, motiveres for at etablere en forening som *Folkenetværket*, og som i den forbindelse ligeledes på forskellig vis oplever behov for anerkendelse i forhold til deres frivillige indsats, hvilket taler *for* generalisering af dette speciales undersøgelsesresultater i forhold til netop disse kontekster vurderes reelt at kunne forekomme. Om ikke andet, kan resultaterne anvendes som inspiration i andre kommuners forebyggelsesafdelinger, således sundhedsprofessionelle med kontakt til borgere på de forskellige forebyggelsesforløb kan 'plante en ide' hos borgerne, såfremt disse på samme måde som i Aarhus udtrykker behov for, mod på og lyst til at engagere sig i en lignende indsats. På den måde skabes muligheden for, at frivillige kan være med til at skabe initiativet og sætte rammerne fra starten af. Samtidig kan det opfattes som en præmis for samarbejdet, at de frivillige selv udgør en del af indsatsens målgruppe. Dette kan også kaldes en generalisering i forhold til netop udviklingsperspektivet i dette speciale, idet det gennem diskussionen af undersøgelsens resultater tydeligt fremgår, at frivillighed ikke kan sættes i rammer og 'kasser' som andre tilbud i sundhedsvæsenet og derfor nødvendigvis må foregå på de frivillige 'ildsjæles' præmisser (jf. afsnit 10.1.6). Det synes altså muligt at generalisere fundene fra interviewundersøgelsen til indsatser i kommunalt regi, som på *samme måde* som *Folkenetværket* er igangsat af kommunen, men udelukkende er initieret af et ekspliciteret behov fra de frivilliges side, sammenholdt med den tilgang til styring og organisering, som er gældende for samarbejdet omkring *Folkenetværket*, hvor de frivillige har særlige forudsætninger for at etablere og drive foreningen qua deres baggrund, motiver med videre.

10.4 Kvalitetsvurdering af interviewundersøgelsen

Udover spørgsmålet om generalisering ud fra en case-specifik interviewundersøgelse er der andre metodologiske aspekter, der er relevante for interviewundersøgelsens kvalitet. Indenfor kvalitativ forskning gælder det, at der er forskellige måder at definere kvalitetssikringen af undersø-

gelses på (29). Nogle forskere mener, at en konceptualisering af kvalitetssikringen kan gå hen og blive for naturvidenskabelig, særligt i brugen af begreber som *validitet* og *reliabilitet* (29). I det følgende diskuteres transparens i forhold til de metodologiske og metodiske valg i specialet samt gennemsigtighed i forhold til særligt analysen af interviewene og herunder tematiseringen.

Undersøgelsens validitet diskuteres som et udtryk for, hvad der er gjort for at sikre gyldigheden og relevansen af undersøgelsen. For at sikre transparens i interviewundersøgelsen, er der undervejs i hele specialet tilstræbt en tydeliggørelse af dels, hvordan problemformuleringen er dannet på baggrund af en analyse af problemfeltet og dels, hvordan de metodologiske og metodiske valg i forbindelse med den empiriske undersøgelse er foretaget med afsæt i undersøgelsens genstandsfelt, som er en del af specialets problemformulering. Derudover er gennemsigtighed i forbindelse med analysen af interviewmaterialet vurderet at være vigtigt for, at læseren har mulighed for at identificere, hvordan temaerne er opstået og hvordan analyseprocessen forud for den kommunikative del af analysen er foregået. Dette er søgt sikret ved hjælp af det vedlagte kodetræ over analyseprocessen (bilag 10).

I forhold til interviewundersøgelsens *validitet*, er der udover den eksterne validitet i forbindelse med ovenstående diskussion omkring undersøgelsens generaliserbarhed, grund til også at se kritisk på den interne validitet i undersøgelsen (28). Interviewundersøgelsens interne validitet handler blandt andet om at sikre, at undersøgelsens resultater giver forskerne svar på det spørgsmål eller det genstandsfelt, som ligger til grund for undersøgelsen. Det vurderes, at undersøgelsen har givet svar på, hvilke aspekter, relateret til samarbejdet mellem frivillige og sundhedsprofessionelle, der med udgangspunkt i den konkrete case opleves at være af betydning for et partnerskab som *Folkenetværket*, som udgør første del af specialets problemformulering. Samtidig er der i fortolkningen af resultaterne forsøgt at tage højde for *helhedskriteriet* gennem hele analysen, hvormed de sociale og institutionelle sammenhænge, som informanternes meninger og oplevelser er indlejret i, er medinddraget ved hele tiden at holde udsagnene op imod og søge at forstå disse med udgangspunkt i informanternes baggrund, erfaringer og personlighed (23). Ved desuden kontinuerligt og efterfølgende at relatere citaterne og de fortolkede udsagn til samarbejdet og bestyrelsesarbejdet i *Folkenetværket* er *korrespondenceprincippet* ligeledes søgt opfyldt, hvormed det synes muligt at være kritisk omkring, hvorvidt undersøgelsens resultater svarer overens med den ydre sociale 'virkelighed', som i dette tilfælde blandt andet også kan synes at blive 'verificeret' ved at begge parter oplever af samme 'sag' kommer til udtryk (29). For at sikre, at in-

formanternes udsagn er blevet tolket ud fra den betydning, informanterne selv har lagt i udsagnet, kunne analysen med fordel være sendt tilbage til informanterne med henblik på gennem *spejlkriteriet* at sikre gyldigheden af interviewundersøgelsen (23). Dette vurderer blandt andre Kvale forekommer mindre relevant, når der anvendes en teoretisk referenceramme (32). Samtidig er det vurderet, at tidsrammen for forberedelse, gennemførelse og analyse af de kvalitative interviews har været en begrænsende faktor, hvorfor *spejlkriteriet*, i forhold til at sikre gyldighed, er blevet nedprioriteret. Dette var erkendt allerede inden forberedelsen af interviewene blev påbegyndt, hvorfor der i udarbejdelsen af interviewguides og i selve interviewsituationen er tilstræbt særlig opmærksomhed på at sikre, at interviewer og bisidder forstår meningen i udsagnene som værende i overensstemmelse med den interviewedes mening med udsagnene. Dette er i praksis gjort ved valget af den semistrukturerede interviewform suppleret med verificerende, uddybende spørgsmål på områder, hvor der i interviewsituationen opstår tvivl om mening (jf. afsnit 6.1). I eksemplet fra afsnit 10.1.3, hvor der er opstået tvivl omkring Charlottes udsagn vedrørende henholdsvis Folkesundhed Aarhus og *Folkenetværket*, kunne yderligere uddybende spørgsmål være fordelagtigt for forståelsen. Denne erkendelse er dog først opstået ved efterfølgende transkribering og gennemlæsninger heraf, hvorfor opmærksomheden på problemet ikke var implicit i selve interviewsituationen.

10.5 Interviewundersøgelsen

I dette afsnit diskuteres de metodiske valg og selve gennemførelsen af speciallets interviewundersøgelse.

Udvælgelsen af de tre frivillige informanter kan tænkes at have en betydning for interviewundersøgelsens resultater på den måde, at alle tre informanter udviser overskud og kan betegnes som ressourcestærke, hvilket *måske* ikke altid kan forventes at være det typiske billede af den frivillige borger. Dette synes at gælde uanset, hvilken type frivillig, der er tale om. I forhold til at vurdere, hvorvidt casestudiets resultater kan generaliseres i forhold til andre kommuner, er det derfor relevant at have for øje, at der *kan* vise sig at være forskel på, hvor ressourcestærke de frivillige er. Omvendt kan man argumentere for, at borgere, der engagerer sig i frivilligt arbejde som *Folkenetværket* netop er kendetegnede ved at være i besiddelse af en vis slagkraft og overskud, da de har vurderet, at de formår og har ønske om at lægge deres tid og kræfter i et stykke arbejde til fordel for andre.

Af interviewene vurderes det, at der fremkommer relevante aspekter i forhold til samarbejdet mellem frivillige og sundhedsprofessionelle i *Folkenetværket*, hvilket umiddelbart vidner om, at den indsamlede empiri bidrager til at belyse de fænomener, der er ønsket undersøgt, som det netop var tiltænkt forud for dataindsamlingen. Dermed vurderes specialets interne validitet at være styrket. Om interviews med den øvrige bestyrelse i *Folkenetværket*, der ikke indgik som informanter i specialet, ville have bidraget til andre resultater, end de allerede eksisterende er uvist.

Betydningen af, at informanterne forinden interviewet grundigt havde orienteret sig herom, kunne med fordel være blevet fremhævet mere tydeligt overfor de frivillige. Dette blev klart for forfatterne, da det under interviewene erfarede, at informanternes fortællinger på nogle punkter med fordel kunne være blevet afgrænset til at have større relevans i forhold til genstandsfeltet. Det viste sig under interviewene af alle de frivillige informanter at være en udfordring for interviewerens at opretholde struktur og dermed få italesat alle fastsatte temaer indenfor den planlagte tid, da informanterne alle var snakkesalige og virkede til at have meget på hjerte. Dette vurderes imidlertid til at være en naturlig følge af valget af den semistrukturerede interviewform. Formålet med denne form er netop, at den interviewede ikke målretter sine fortællinger efter, hvad han/hun tror, vil være relevant for forskerne, hvilket *kan* være afgørende for, hvorvidt fortællingerne afspejler deres eget perspektiv.

Erfaret ud fra interviewene kunne der med fordel være formuleret mere konkrete spørgsmål for frembringelse af en mindre detaljeringsgrad af de beretninger, der under interviewet vurderedes irrelevante for undersøgelsesfeltet. Omvendt kunne dette have medført mere lukkede interviews og de nye opdagelser og aspekter ville måske ikke være dukket op. Modsat interviewene af de frivillige, var interviewene med de sundhedsprofessionelle karakteriseret af en mere kortfattet og i nogle tilfælde præcis besvarelse af de stillede interviewspørgsmål, hvorfor interviewerens her måtte erfare, at der måtte spørges nærmere ind til deres livsverden, så en mulig ny forståelse kunne frembringes. Dette kunne måske i større grad være praktiseret, men det vurderes alligevel ud fra ovenstående, at den planlagte dataindsamling, trods løbende udfordringer og store krav til interviewerens interviewteknik, synes adækvat i forhold til besvarelse af første del af specialets problemformulering. Desuden vurderes det ikke at have afgørende betydning for specialets fund, at ét af interviewene blev foretaget over telefon, da dette var med en sundhedsprofessionel, som tidligere har deltaget i flere interviews og er vant til at kommunikere over telefon. Herudover havde interviewer mødt den sundhedsprofessionelle informant personligt forud for interviewet,

hvormed et tillidsfuldt forhold kan siges at være søgt etableret på forhånd, hvilket med henvisning til Kvale påpeges at være af stor betydning, når en informant skal udlægge sine synspunkter for en potentielt fremmed interviewer (32).

I forbindelse med fremstillingen af informanternes udsagn i analyseafsnittet foretog specialets forfattere et standardvalg om, at anerkendende ord fra intervieweren som eksempelvis 'ja', 'åh', 'okay' blev fjernet fra de i analysen fremstillede citater (bilag 8). Ligeledes blev talesprog som eksempelvis 'øh' eller ved uforståelige udtalelser, der ordret er transskriberet og forekommer usammenhængende og forvirrende i analysens citater, fjernet eller udbedret i de fremstillede citater, med den hensigt at efterstræbe en mere flydende skriftlig fremstilling, høj læsevenlighed og undgåelse af uetisk stigmatisering af informanterne (23,32). Der kan stilles kritisk spørgsmålstegn ved, om dette kan påvirke troværdigheden overfor informanternes udsagn. Det vurderes imidlertid, at citaterne stadigvæk fremstår naturtro i forhold til transskriptionerne, hvilket er blevet testet ved, at de efter udarbejdelsen af analysen, er blevet sammenholdt med transskriptionerne og vurderet stadig at give samme mening i den helhed, de oprindeligt er taget fra.

Det har som beskrevet tidligere ikke været muligt at sikre en fuld anonymisering af informanterne, da deres fulde identitet kan findes via blandt andet foreningens hjemmeside. Det har været en overvejelse hos specialets forfattere, hvordan spørgsmålet om fortrolighed og anonymisering i forbindelse med informanterne på den baggrund skulle håndteres. Problematikken er blevet italesat overfor informanterne forud for interviewene, hvor det er blevet oplyst, at deres navne ikke vil fremgå i rapporten. Dog synes der stadig at være en mulighed for, at den manglende fulde anonymitet kan have påvirket informanterne i den forstand, at de kan have følt sig begrænset i forhold til at være ærlige om alle forhold i deres beretninger. På den anden siden kan det også diskuteres om en fuld anonymisering ville *beskytte* eller *fratage* informanterne deres 'stemme' i specialet, hvilket taler imod anonymisering, særligt i en case som denne, hvor informanterne repræsenterer frivillige, der *gerne* vil udbrede kendskabet til deres indsats (31). Desuden har inddragelsen og dermed den uundgåelige fremstilling af informanternes baggrunde samt rolle- og ansvarsfordeling vurderet at have afgørende betydning for fortolkningen af deres udtalelser og dermed for besvarelsen af specialets problemformulering, hvorfor den fulde anonymisering blev nedprioriteret.

10.6 Litteratur - søgning og udvælgelse

Inden for al videnskabeligt arbejde er det et krav, at forfatterne argumenterer for nødvendighed og relevans af gennemførelsen af den bagvedliggende undersøgelse via en relevant og grundig litteraturgennemgang, herunder gennemgang af søgestrategi og udvælgelse af artikler samt kvalitetsvurdering af den inkluderede videnskabelige litteratur og diskussion af anvendelsen heraf (45).

10.6.1 Søgestrategi og udvælgelse

I forbindelse med den systematiske litteratursøgning, kan det diskuteres, hvilke konsekvenser det har haft, at litteratursøgningen fra start er gennemført som en bred søgning med kun to facetter (jf. bilag 2). Det vurderes at søgningens brede karakter har været nødvendig, da en mere specifik og afgrænset søgning ville medføre risiko for, at relevant litteratur ville gå tabt, blandt andet grundet forskellige definitioner af eksempelvis frivillige aktører. Dette har medvirket til, at udvælgelsen af litteratur har været meget omfattende, da søgningen resulterede i 1732 hits, hvoraf blot 4 artikler er fundet relevante. Dette vidner om en grundig udvælgelsesproces med baggrund i på forhånd fastsatte in- og eksklusionskriterier og om, at det synes begrænset, hvad der findes af litteratur på området (bilag 2). Dette kan muligvis være forbundet med sværhedsgraden af at vurdere effekter af indsatser på dette område. Derfor er der heller ikke i forhold til at udvælge artikler opstillet specifikke kriterier i forhold til evidenshierarki med videre, eftersom fokus i højere grad har været på at inkludere studier af relevans for belysning af problemstillingen, hvilket fremgår af følgende afsnit.

10.6.2 Kvalitetsvurdering af litteratur

De inkluderede studier er, som omtalt ovenfor, rent evidensmæssigt af divergerende metodisk kvalitet, eftersom nogle artikler helt eller delvist baserer sig på erfaringer og de inkluderede litteraturreviews både indeholder kvantitative og kvalitative studier. Dog anvendes resultaterne i disse reviews kvalitativt til at diskutere, hvilke faktorer der konstituerer det gode samarbejde, hvorfor det er fundet mest hensigtsmæssigt at foretage kvalitetsvurderingen ud fra såkaldte kvalitative principper omkring *troværdighed*, *overførbarhed*, *konsistens* og *transparens* (45). I bedømmelsen af den inkluderede litteratur er derfor anvendt en tjekliste, hvoraf ovenstående principper indgår. Udfyldte tjeklister er vedhæftet som bilag, og er inspireret af henholdsvis Kirsti Malterud og Høstrup et al. (bilag 3).

For at vurdere den videnskabelige metode og kvalitet i forskningspublikationer til brug i nationale og internationale forskningsorienterede tidsskrifter foretages ofte peer review eller fagfællebedømmelse af de enkelte artikler (46). Det er ikke en mulighed i PubMed ved hjælp af søgefiltre at indkredse en søgning til udelukkende at indeholde studier, der har været genstand for en peer review proces, da langt de fleste indekserede studier i PubMed allerede *er* blevet peer reviewed forud for indeksering i databasen (47). I databasen Sociological Abstracts fremgår det af fanebladet i søgesættet, hvorvidt den/de fremsøgte artikler er peer reviewed, hvilket viser sig at gøre sig gældende for artiklen af Andersson et al., der er anvendt i dette speciale (46). Det kan på baggrund heraf formodes, at alle fire inkluderede artikler i dette speciale er kvalitetsstemplet med en fagfælle-bedømmelse, også de resterende tre artikler, der netop er indekserede i PubMed, hvilket synes at være et væsentligt aspekt i forhold til kvalitetsvurderingen af de fire artikler.

10.6.3 Anvendelse af litteratur

De fire inkluderede artikler repræsenterer studier fra vestlige lande, hvorfor resultaterne vurderes at være umiddelbart overførbare til danske forhold. Der kan imidlertid være forskel på ansvars- og arbejdsfordelingen i sundhedsvæsen og offentlige systemer samt sundhedssystemer på tværs af landegrænser, hvilket specialets forfattere er opmærksomme på i forbindelse med sammenligning af resultater. Artiklerne anvendes derfor vejledende, også eftersom de partnerskaber der fremgår i artiklerne ikke synes direkte sammenlignelige med den type partnerskaber, *Folkenetværket* er et eksempel på. Tre af artiklerne har været anvendelige i forhold til at understrege, hvilke faktorer der har betydning for det succesfulde partnerskab (13-15). Derudover har specielt artiklen af Roussos & Fawcett været anvendelig i forhold til, hvordan de sundhedsprofessionelle med fordel kan agere i et samarbejde med frivillige (13). Artiklernes relevans synes hermed understreget.

11. Folkenetværket i et udviklingsperspektiv

Dette speciale er skrevet ud fra et folkesundhedsfagligt perspektiv, hvormed formålet er at lokalisere et forandrings- eller udviklingspotentiale i en sundhedsfremmende eller forebyggelsesrelateret kontekst. Ud fra sidste del af problemformuleringen er specialet tiltænkt en udviklende funktion i det forebyggende arbejde med at forbedre de rammer, der eksisterer for det borgernære sundhedsvæsen. Der tages med udviklingsperspektivet afsæt i problematikken omkring den oplevede mangel på opfølgning af de kommunale patient- og borgerrettede forebyggelsesforløb. Konkret søges der med udgangspunkt i specialets undersøgelse af de involverede parter oplevelser og øvrig relevant litteratur at vurdere, hvordan de bedste forudsætninger for velfungerende partnerskaber mellem frivillige og kommuner kan skabes (jf. afsnit 2.7). For at kunne imødekomme og operationalisere erfaringerne fra *Folkenetværket* udvikles som en del af specialets udviklingsperspektiv en række anbefalinger, som vurderes at kunne bidrage til at skabe forudsætninger for velfungerende partnerskaber mellem frivillige og kommuner. Det er dog relevant at understrege, at anbefalingernes anvendelighed er betinget af, at de rette præmisser er til stede.

Det er gennem specialets interviewundersøgelse blevet forfatterne bekendt, at udvikling eller optimering af 'brugen af frivillige' som supplement til det etablerede kommunale forebyggelsessystem bør være forbundet med en vis varsomhed. Herunder synes det af stor betydning, at anbefalinger til velfungerende partnerskaber mellem frivillige og kommune ikke fremstår som forfatterens målrettede forsøg på at opstille strukturer og rammer for frivilligheden, da sådanne strukturer og rammer netop kan have negative implikationer for blandt andet de frivilliges lyst og motivation for arbejdet med henvisning til interviewundersøgelsens resultater og La Cours kritik af professionaliseringen af frivillige i kommunernes produktion af velfærdsydelser (jf. afsnit 10.1.6).

Ud fra diskussionen af analysens resultater synes det væsentligt for de frivilliges engagement og motivation for indsatsen, at initiativet enten skal være de frivilliges eget eller som minimum primært baseret på deres udtrykte behov og udviklet i tæt samarbejde med de frivillige fra initiativets spæde opstartsfasen. Hermed undgås tidligere omtalte 'instrumentalisering' af det frivillige arbejde, som kan have negative implikationer for frivillighedens egenart, kendetegnet ved innovation, impulsivitet og dedikation, hvormed det frivillige arbejde fratages den unikke funktion, at fungere som et lokalt forankret bindeled mellem borgere og kommune. Derfor synes det vigtigt

at understrege, at for, at anbefalinger udledt på baggrund af frivillige og sundhedsprofessionelles erfaringer med samarbejdet omkring *Folkenetværket*, kan anvendes som inspirationsgrundlag for lignende partnerskaber i den kommunale forebyggelse, forudsættes sammenlignelige forhold relateret til, at indsatsen og dermed samarbejdet skal være begrundet i de frivillige aktørers egne udtrykte behov for den givne indsats. Det bør i denne forbindelse ligeledes fremhæves, at den konstellation af frivillige ildsjæle og dedikerede sundhedsprofessionelle, der findes i *Folkenetværket* er unik - givet ved, at hver aktør qua egne erfaringer, kvaliteter og værdier tilfører samarbejdet noget særligt. Derfor vil der afhængigt af de involverede parter og sammensætningen heraf altid være forskel på samarbejdsrelationerne, hvormed anbefalingerne netop kun kan udgøre et inspirationsgrundlag i forhold til det kommunale partnerskab mellem frivillige og sundhedsprofessionelle.

På baggrund af specialets interviewundersøgelse, vurderes det, at kommunalt ansatte inden for sundhedsområdet - eksempelvis *sundhedsprofessionelle* ansat i kommunernes sundhedscentre, udgør målgruppen for specialets anbefalinger. Dette vurderes ud fra, at det netop er de sundhedsprofessionelles ansvar og opgave at imødekomme de frivillige med en anerkendende tilgang, da de qua deres faglighed, stilling og nære kontakt med og kendskab til sundhedsvæsenet har betingelserne for at kunne drage nytte af eventuelle anbefalinger, der kan bidrage til at skabe de bedste forudsætninger for etablering og udvikling af velfungerende partnerskaber i forebyggelsesarbejdet. Naturligvis under hensyntagen til de forbehold, der er nævnt ovenfor.

11.1 Anbefalinger til velfungerende partnerskaber

På baggrund af interviewundersøgelsens resultater vurderes følgende anbefalinger at kunne danne forudsætninger for velfungerende partnerskaber mellem frivillige og kommuner. Anbefalingerne skal opfattes vejledende og vil formentlig kun have sin berettigelse, såfremt det pågældende partnerskab er initieret på baggrund af frivilliges behov, og de sundhedsprofessionelle ud fra en anerkendende tilgang formår at imødekomme disse behov.

1. Rum for og imødekommelse af de frivilliges motiver

For at skabe gode forudsætninger for det velfungerende partnerskab mellem frivillige og sundhedsprofessionelle bør den sundhedsprofessionelle være opmærksom på og arbejde for, at de frivilliges motiver og målsætninger for engagement så vidt muligt imødekommes og søges indfriet i samarbejdet, for at sikre, at den enkelte frivillige kan forblive motiveret for arbejdet, også på

længere sigt. Dette har dermed også betydning for rollefordelingen, og for den enkeltes funktion i samarbejdet, der bør afspejle den frivilliges personlighed, erfaringsballast og motiv for foreningsarbejdet, hvilket den sundhedsprofessionelle bør være opmærksom på og eventuelt italesætter over for de frivillige, når rollerne fordeles.

2. Indledende forventningsafstemning

Den sundhedsprofessionelle bør i bestræbelserne på at skabe de bedste forudsætninger for et vel fungerende samarbejde, sikre tydeligt definerede roller og arbejdsfordeling mellem egne og de frivilliges roller. Det kan i denne forbindelse anbefales, at der i foreningens opstartsfasen foretages en forventningsafstemning mellem de to parter. I den forbindelse kan det også vise sig nyttigt for samarbejdet, at parternes værdier og målsætninger med foreningsarbejdet italesættes, for derigennem at sikre, at de forskellige parter arbejder i samme retning. Her synes særligt tilgangen til frivillighed som fænomen at være af betydning for samarbejdet, parternes tilgang til hinanden og det fælles produkt, der efterstræbes.

3. Fleksibilitet og omstillingsparathed i rolle- og arbejdsfordeling

Generelt kan det anbefales, at den sundhedsprofessionelle stiller sig til rådighed i forhold til løbende at forventningsafstemme med de frivillige, da begge parter roller er under kontinuerlig udvikling, såfremt de frivillige udtrykker behov for dette. Det kan i denne forbindelse anbefales, at den sundhedsprofessionelle italesætter overfor de frivillige, at uventede hændelser *kan* forekomme, eksempelvis i forhold til omfordeling af arbejdsopgaver ved sygdom eller lignende. Dette synes væsentligt, da frivilligt arbejde netop er – og bør være kendetegnet ved impulsivitet og til tider uforudsigelighed, hvilket den sundhedsprofessionelle med fordel gennem italesættelse kan søge at imødekomme.

4. Respekt for frivillighedens egenart

Samarbejde med de frivillige bør ske på frivillighedens præmisser med henblik på at bevare frivillighedens egenart. Dette indebærer, at den sundhedsprofessionelle ikke kan og bør betragte den frivillige som værende professionel, men i stedet værdsætter den frivillige og dennes særlige bidrag til samarbejdet ud fra de forudsætninger, som den frivillige indgår til samarbejdet med. Dette indebærer endvidere, at såfremt den enkelte frivillige grundet manglende ressourcer eller manglende kompetencer inden for et givent felt, trækker sig fra samarbejdet eller i forhold til en specifik opgave, bør den sundhedsprofessionelle udvise forståelse herfor.

5. Gradvist mere ansvar til den frivillige

I opstartsfasen, hvor alt er nyt for de frivillige, kræves større opmærksomhed og engagement fra den sundhedsprofessionelles side, da de frivillige løbende tillærer sig de fornødne kompetencer, blandt andet i forhold til at navigere i systemet. Det bør derfor være den sundhedsprofessionelles opgave at fornemme og afveje, hvornår han/hun med fordel kan overlade nye opgaver og dermed mere ansvar til de frivillige, og hermed anerkende de frivillige for deres indsats og nye udviklede kompetencer.

6. Anerkendende tilgang til de frivillige

En anerkendende tilgang har generelt vist sig at være essentielt for det velfungerende samarbejde, hvilket den sundhedsprofessionelle derfor bør være særlig opmærksom på, både i sin tilgang til de frivillige og i forhold til den måde, hvorpå den sundhedsprofessionelle kommunikerer med og omtaler de frivillige på i andre sammenhænge. Den sundhedsprofessionelle bør også være opmærksom på at anerkende de frivillige for netop deres unikke bidrag til samarbejdet og foreningsfællesskabet, og herunder anerkende de frivillige, for den store erfaringsballast de besidder.

7. Fokus på fælles bidrag til arbejdet - samskabelse

Samtidig kan og bør den sundhedsprofessionelle desuden bidrage med sin faglige viden, når det vurderes, at de frivillige har behov for sparring. Ovenstående afspejler en gensidig afhængighed, der synes essentiel for samarbejdet og for den samskabelse samarbejdet er karakteriseret ved. Derfor er det også væsentligt, at den sundhedsprofessionelle anerkender, at parternes bidrag til samarbejdet er forskelligartet, og at ingen af de to parter kan agere på egen hånd i forhold til at skabe forebyggelsesindsatser baseret på velfungerende partnerskaber mellem frivillige og kommuner.

12. Konklusion

På baggrund af interviewundersøgelsen og herunder analysen af de seks temaer relateret til samarbejde mellem frivillige og sundhedsprofessionelle vurderes følgende aspekter at have betydning for partnerskaber som *Folkenetværket*:

- * De frivilliges motiver for at indgå i frivilligt arbejde (særligt egennyttige motiver har betydning)
- * De sundhedsprofessionelles tilgang til frivilligt arbejde
- * Hvordan de frivilliges engagement fastholdes
- * Tydeligt defineret rollefordeling mellem parterne i opstartsfasen
- * Plads til fleksibilitet og udvikling af roller (hensyntagen til eventuel kompetenceudvikling)
- * Gensidig anerkendelse af hinandens indsats
- * Ligeværdighed mellem parterne i samarbejdet (trods potentiel naturlig asymmetri)
- * Fælles værdigrundlag og målsætning
- * Begge parter opfattelse af og syn på frivillighed (ideologisk og i et samfundsmæssigt perspektiv)
- * Politikker og organisatoriske rammer
- * Erkendelse af, at begge parter har brug for hinanden (for at kunne skabe et partnerskab som *Folkenetværket*)

På baggrund af interviewundersøgelsen kan det konkluderes, at begge parter opfatter samarbejdet positivt og samtidig er bevidste om, at de *sammen* skaber noget unikt, der både har værdi for dem selv og for de øvrige borgere, der har gavn af og brug for netværket. Umiddelbart kan det velfungerende samarbejde i høj grad tilskrives den faktor, at både de frivillige og de sundhedsprofessionelle udviser et stort engagement og særligt de sundhedsprofessionelle tillægger frivillighed som fænomen stor værdi. Eftersom de ovenfor opstillede aspekter af betydning for samarbejdet netop fremstår som utvetydige og af stor betydning ud fra erfaringerne fra *Folkenetværket*, vidner det om, at disse aspekter ikke kan og må negligeres, når der sigtes mod at skabe gode forudsætninger for, at partnerskaber som *Folkenetværket* kan blive velfungerende.

Med baggrund i erfaringerne omkring vigtigheden af at anerkende de frivilliges motiver og fastholde deres engagement for at gå ind i frivilligt arbejde, er det først og fremmest essentielt, at det pågældende samarbejde er begrundet ud fra frivilliges egne udtrykte behov og dermed er initieret på de frivilliges præmisser, hvor frivillighedens egenart respekteres. Dette kræver, at der er en sundhedsprofessionel i kommunen, der er interesseret i at lytte til borgernes behov, få et initiativ iværksat og derefter gå ind i samarbejdet med de frivillige med en åben og anerkendende tilgang. Det er ligeledes en forudsætning, at der i forbindelse med kommunens forebyggelsesforløb er

frivillige, der ligesom de frivillige i *Folkenetværket* er ildsjæle og har stærke motiver for at indgå i samarbejdet.

I forlængelse af ovenstående overvejelser er det på baggrund af erfaringerne fra *Folkenetværket* en forudsætning for samarbejdet, at det frivillige arbejde ikke professionaliseres ved at opstille regler, krav og faste strukturer. Dette kan lede til instrumentalisering af det frivillige arbejde, hvormed frivillighedens egenart og de frivilliges ildsjæle kan kvæles. Dette perspektiv fordrer en bevidsthed fra kommunens side, om ikke at opstille for mange strukturer og regler for de frivillige og deres arbejde. Af samme årsag må fagfolk inden for folkesundhedsområdet erkende, at programmer eller handleplaner for, hvordan kommunerne bør planlægge indsatser baseret på frivillige for at fremme det borgernære sundhedsvæsen, måske ikke er den rette metode til at fremme folkesundheden.

Men hvis ovenstående forudsætninger er imødekommet og der opstår situationer som ligner den, der lå til grund for *Folkenetværket*, synes de rette præmisser for velfungerende partnerskaber at være til stede. I sådanne partnerskaber synes erfaringerne fra *Folkenetværket* at kunne fungere som inspirationsgrundlag for, hvordan de ovenfor nævnte aspekter kan imødekommes. Til dette formål er de opstillede aspekter af betydning for samarbejdet mellem frivillige og sundhedsprofessionelle søgt imødekommet i udformningen af et sæt vejledende anbefalinger målrettet de sundhedsprofessionelle, der går ind i samarbejde med frivillige i forebyggelsesarbejde. Anbefalingerne med begrundelser herfor er opstillet som en del af specialets udviklingsperspektiv.

13. Perspektivering

Resultaterne fra dette casestudies interviewundersøgelse har givet en større forståelse af, hvilke styrker og udfordringer, der kan være forbundet med at inddrage frivillige i kommunale forebyggelsesindsatser. I et folkesundhedsperspektiv vurderes nærværende casestudie dermed potentielt at kunne bidrage til udvikling af det kommunale forebyggelsesarbejde, med særligt henblik på at styrke det borgernære sundhedsvæsen gennem velfungerende partnerskaber med frivillige borgere. På baggrund af foreningens formål sammenholdt med de frivilliges store engagement vurderes *Folkenetværket* af specialets forfattere derfor at være en spændende og unik indsats med et stort udviklingspotentiale som en lille – men vigtig del af den store målsætning om at sikre lokalt ejerskab og forankring af sundhedsmålene med henblik på at skabe langtidsholdbare sundhedsmæssige løsninger og flere gode leveår for danskerne.

Dog synes anvendeligheden af casestudiets resultater begrænset i forhold til at vurdere, om indsatsen som *Folkenetværket* på sigt egner sig til at blive en *fast integreret* del af den kommunale forebyggelse med henblik på at efterkomme anbefalingerne om sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats målrettet særlige grupper, jævnfør Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker (48). For at kunne overføre specialets fund omkring frivillighed til et bredere udviklingsperspektiv, synes en væsentlig forudsætning at være, at man i sundhedsvæsenet bliver bedre til at anvende viden og erfaringer netop fra initiativer som *Folkenetværket*. I den forbindelse bliver evaluering aktuelt, da der hermed kan leveres viden om et givent tiltags proces og resultater, hvilket er essentielle redskaber for kommunerne i forhold til at afgøre, om en forebyggelsesindsats skal fortsætte i drift og herunder også anerkendes i form af økonomisk støtte (49).

Aktuelt har *Folkenetværket* som indsats ikke været genstand for evaluering, hvilket kan tilskrives det forhold, at foreningen først er etableret i efteråret 2013 (jf. afsnit 3.3). Af interviewundersøgelsen fremgår det, at de frivillige i *Folkenetværkets* bestyrelse selv besidder et ønske om, at den arbejdsindsats de lægger i *Folkenetværket* evalueres, således de kan opnå vished om, hvorvidt deres arbejde har 'effekt' (Interview Arne, 08.04.14). Dette synes særlig relevant såfremt informanternes engagement og motivation for fastholdelse heraf er under indflydelse af denne faktor, hvormed der umiddelbart er lagt op til, at evaluering af foreningens indsats bør udgøre næste skridt i forhold til den videre drift af *Folkenetværket* og herunder potentiel implementering af foreningen som en fast bestanddel af forebyggelsesindsatsen i Aarhus Kommune. Desuden kan

den *dokumenterede* erfaring fra en sådan evaluering danne inspirationsgrundlag for udvikling og implementering af lignende indsatser landet over. I forbindelse med spørgsmålet om evaluering er det dog relevant at forholde sig kritisk til, hvordan effekt ved en indsats som *Folkenetværket* kan måles. Hvilke parametre, skal der måles på?

Da den eksisterende sundhedslov i 2007 trådte i kraft og kommunerne fik hovedansvaret for den borgerrettede sundhedsfremme og forebyggelse, bredte der sig, ifølge forskningsleder inden for sundhedsfremme og forebyggelse på Syddansk Universitet, Morten Rod, en tvivlrådig stemning i kommunerne (21) (50). Ansatte inden for sundhedsområdet fandt det vanskeligt at iværksætte forebyggelsespolitikker og -indsatser med dokumenteret forebyggende effekt. Forebyggelsen skulle være baseret på evidens, men mængden af foreliggende evidens til at påvise effekter af konkrete forebyggelsestiltag, viste sig at være begrænset (50). Rod understreger i den forbindelse, at forebyggelsen imidlertid sjældent lader sig indfanges af en kausal epistemologi: "*Snarere end via effekter, der følger kausale regelmæssigheder, virker forebyggelsen nemlig i specifikke sociale rum og via sociale, relationelle forandringer*" (50). Hermed synes en væsentlig pointe fremhævet, nemlig at evalueringer, der koncentrerer sig om sundhedsprofessionelles mere pragmatiske og praksisorienterede interesse i at udføre et stykke arbejde på bedst mulig vis, i nogle tilfælde bør sættes i fokus, frem for devisen "virker det eller virker det ikke?" med henvisning til ovennævnte spørgsmål omkring effekt af *Folkenetværket* (50).

Hensigten med *Folkenetværket* er med henvisning til foreningens hjemmeside blandt andet, at den enkelte borger føler sig støttet i forhold til at fastholde sunde vaner og at der skabes netværk (4). Eftersom sådanne kvaliteter ikke umiddelbart lader sig måle og rangordne med henvisning til førnævnte idealiserede evidensbegreb ud fra en kvantitativ evaluering, synes det anbefalelsesværdigt, at en fremtidig evaluering i højere grad tager afsæt i den kvalitative forskningstradition, hvor menneskers meninger, udsagn og handlinger er i fokus (49). Hermed kan fokus i evalueringen rettes mod sociale relationer og mod hvad, der giver mening for det enkelte medlem eller bestyrelsesmedlem i *Folkenetværket* i forhold til deres oplevelser af velvære og 'det gode liv' (jf. afsnit 9.5.2). Med denne tankegang imødekommes dette brede og reviderede syn på evidens inden for forebyggelsesarbejdet. Her kan ikke alene kvantificerbare mål for sundheden, men også kvalitative relationelle parametre, der angiver i hvor høj grad den enkelte føler et socialt tilhørsforhold, vise sig nyttige i forhold til at understrege 'effekten' af en kommunal forebyggelsesindsats som *Folkenetværket* (49).

Litteratur

- (1) Regeringen (2014): *Sundere liv for alle - Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år*. København.
- (2) Langhoff P (2007): *Guide til patientuddannelse - lær at leve med kronisk sygdom* (2. udg.). København: Sundhedsstyrelsen & Komiteen for sundhedsoplysning.
- (3) Wittrup I (2011): *Læring og mestring. Patientuddannelse på deltagernes præmisser - kvalitativ Evaluering*. Aarhus: Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland.
- (4) Folkesundhed Aarhus (u.å). *Om os*. Available at: http://www.aarhus.dk/sitecore/content/Subsites/folkesundhedaarhus/Home/Brug-os/Om-os.aspx?sc_lang=da. Accessed: 19.03.14.
- (5) Folkenetværket (2013): *Vedtægter for Foreningen Folkenetværket*. Aarhus: Folkesundhed Aarhus, Aarhus Kommune.
- (6) Folkenetværket (u.å). *Hvad er Folkenetværkets formål?* Available at: <http://www.folkenetvaerket.dk/side.asp?Id=166604>. Accessed: 19.03.14.
- (7) Folkenetværket (u.å). *Velkommen til Folkenetværkets hjemmeside*. Available at: <http://www.folkenetvaerket.dk/side.asp?Id=166388>. Accessed: 19.03.14.
- (8) Habermann U (2001): *En postmoderne helgen?: om motiver til frivillighed*. Lund: Socialhögskolan, Lunds Universitet.
- (9) Fridberg F, Skov S, Qvist H (2013): *Udvikling i frivilligt arbejde 2004-2012*. København: Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- (10) Regeringen (2002): *Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- (11) Jakobsen JS (2010): *Forside - Gå i Gang*. Available at: <http://www.gaaigang.dk/>. Accessed: 09.05.14. Last edited: 18.09.10.
- (12) Hinrichsen EK (2012): *Håndbog til Lærings- og mestringsuddannelser, Erfaringsviden og faglig viden hånd i hånd*. Aarhus: Region Midtjylland, CFK, Folkesundhed & Kvalitetsudvikling.
- (13) Roussos ST, Fawcett SB (2000): *A review of collaborative partnerships as a strategy for improving community health*. Annual Reviews (21), 369-402.
- (14) Zakocs RC, Edwards EM (2006): *What explains community coalition effectiveness?: a review of the literature*. American Journal of Preventive Medicine (4), 351-361.

- (15) Koelen MA, Vaandrager L, Wagemakers A (2008): *What is needed for coordinated action for health?* Family Practice (1), 25-31
- (16) Andersson CM, Bjaras G, Tillgren P, Ostenson CG (2005): *A longitudinal assessment of inter-sectoral participation in a community-based diabetes prevention programme.* Social Science & Medicine (11), 2407-2422.
- (17) Turner V (1969): *The ritual process - Structure and anti-structure.* London: Rout ledge & Kegan Paul.
- (18) Wit MD (2014): *Patient participation valuable for rheumatology research - A four level responsive evaluation.* Amsterdam: Stichting Tools.
- (19) Honneth A (2005): *Behovet for anerkendelse - En tekstsamling.* København: Hans Reitzels Forlag.
- (20) Jensen L, Jensen SE (2007): *Samarbejde og værdighed : om borgersamarbejde i den offentlige sektor.* København: Munksgaard Danmark.
- (21) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2010): *Sundhedsloven.* Available at: <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=130455>. Accessed: 31.06.14. Last edited:13.07.10.
- (22) Brinkmann S, Tanggaard L (2010): *Kvalitative metoder: en grundbog.* København: Hans Reitzels Forlag.
- (23) Launsø L, Rieper O, Olsen L (2011): *Forskning om og med mennesker : forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning* (6. udg.) København: Nyt Nordisk Forlag.
- (24) Antoft R, Jacobsen MH, Jørgensen A, Kristiansen S (2007): *Håndværk & horisonter : tradition og nytænkning i kvalitativ metode.* Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- (25) Folkenetværket (u.å). *Folkenetværkets bestyrelse byder velkommen.* Available at: <http://www.folkenetvaerket.dk/side.asp?Id=166398>. Accessed: 09.05.14.
- (26) Social-, børne- og integrationsministeriet (2011): *Service-loven.* Available at: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=135328#K5>. Accessed: 01.06.14. Last edited: 08.02.11.
- (27) World Health Organisation (u.å). *WHO: The definition of health.* Available at: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>. Accessed: 24.04.14.
- (28) Jensen UJ, Andersen PF (1995): *Sundhedsbegreber - filosofi og praksis.* Aarhus: Philosophia.
- (29) Olsen H (2002): *Kvalitative analysestrategier og kvalitetssikring - Tværgående tendenser i engelsksproget og skandinavisk kvalitativ metodelitteratur sammenholdt med Steinar Kvaales Interview.* København: Socialforskningsinstitut.

- (30) Vallgård S, Koch L (2011): *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (4. udg.) København: Munksgaard Danmark.
- (31) Halkier B (2009): *Fokusgrupper*. København: Samfundslitteratur og Roskilde Universitetsforlag.
- (32) Kvale S, Brinkmann S (2009): *Interview : introduktion til et håndværk* (2. udg.) København: Hans Reitzels Forlag.
- (33) Den Nationale Videnskabetiske Komité (u.å). *Hvad skal anmeldes?* Available at: <http://www.cvk.sum.dk/forskere/vejledning%20modul/kapitel%200/kapitel%201.aspx>. Accessed 27.04.14.
- (34) Regeringen. *Lov om videnskabsetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter*. Available at: www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=137674. Accessed: 27.04.14. Last edited: 14.06.11.
- (35) Boyatzis RE (1998): *Transforming qualitative information : thematic analysis and code development*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- (36) Aarhus Kommune (2014) *Kærlig kommune. Fremtidens sundhed og omsorg i Aarhus*. Available at: <http://www.aarhus.dk/da/politik/Politikker-og-planer/Sundhed-og-sygdom/Kaerlig-Kommune.aspx>. Accessed: 31.05.14. Last edited: 09.03.14.
- (37) Folkenetværket (u.å): *Aktiviteter i Folkenetværket*. Available at: <http://www.folkenetvaerket.dk/side.asp?Id=166391>. Accessed: 31.05.14.
- (38) Jacobsen DI, Thorsvik J (2011): *Hvordan organisationer fungerer : indføring i organisation og ledelse* (2. udg.) København: Hans Reitzel Forlag.
- (39) Wackerhausen S (1994): *Et åbent sundhedsbegreb - mellem fundamentalisme og relativisme*. I: Jensen UJ, Andersen PF. *Sundhedsbegreber - filosofi og praksis* (s. 43-73) Århus: Philosophia.
- (40) Aarhus Universitet (u.å): *Steen Hildebrandt*. Available at: [http://pure.au.dk/portal/da/persons/steen-hildebrandt\(84652d7a-d323-42c0-b6ca-a52d611d1c60\).html](http://pure.au.dk/portal/da/persons/steen-hildebrandt(84652d7a-d323-42c0-b6ca-a52d611d1c60).html). Accessed: 23.05.14.
- (41) Frivillighed.dk (2012): *Motivation og frivillighed går hånd i hånd*. Available at: <http://www.frivillighed.dk/Webnodes/da/Web/Public/Publikationer/Frivilligfronten/Motivation+og+frivillighed+g%E5r+h%E5nd+i+h%E5nd>. Accessed: 11.05.14. Last edited: 01.09.12.
- (42) Hirst PQ (1994): *Associative democracy : New forms of economic and social governance*. Oxford: Polity Press.
- (43) La Cour A (2014): *Man kan ikke sætte frivillighed på kontrakt*. Available at: <http://www.information.dk/496793>. Accessed: 26.05.14. Last edited: 09.05.14.

- (44) Fag og Arbejde (2011): *Spilleregler for samarbejdet mellem frivillige og professionelle*. København.
- (45) Høstrup H, Schou L, Poulsen I, Larsen S, Lyngsø E (2009): *Vurdering Af Kvalitative Studier – VAKS*. København: Dansk Sygepleje Selskab.
- (46) Johan A W (u.å). *Peer review*. Available at: <http://www.sdu.dk/bibliotek/fag/medicin/vejledning/peer+review>. Accessed: 27.05.14.
- (47) U.S. National Library of Medicine (2014): *FAQ: Peer-Reviewed or Refereed Journals in PubMed®*. Available at: <http://www.nlm.nih.gov/services/peerrev.html>. Accessed: 27.05.14. Last edited: 16.04.14.
- (48) Sundhedsstyrelsen (2012): *Introduktion til Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakker*. København.
- (49) Sundhedsstyrelsen (2007): *Evaluering af forebyggelses- og sundhedsfremmeprojekter*. København: Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen.
- (50) Rod HM (2011): *Evidenssproget: Om sprog, viden og virkning i forebyggelse*. Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund, (15), 31-54.