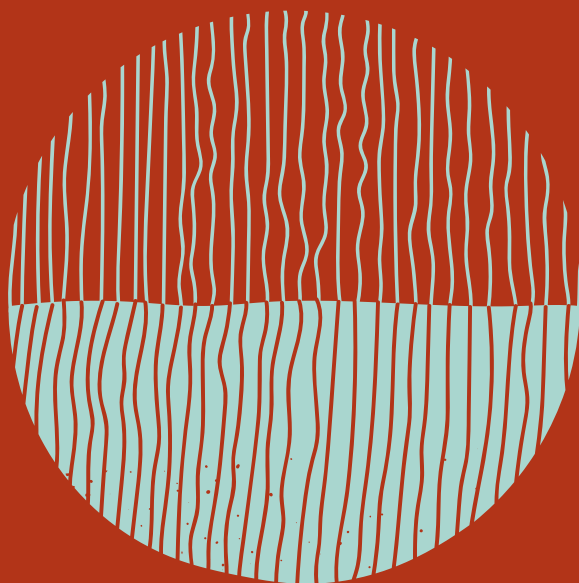


HALVARD VIKE BENGT KARLSSON ROLF SUNDET (RED.)

Velferdsstatens transformasjoner



FAGBOKFORLAGET

Halvard Vike, Bengt Karlsson og
Rolf Sundet (Red.)

Velferdsstatens transformasjoner



FAGBOKFORLAGET

Boken ble første gang utgitt i 2022 på Vigmostad & Bjørke AS.

Redaksjonelt arbeid, utvalg og introduksjon © Halvard Vike, Bengt Karlsson og Rolf Sundet 2022. Hvert enkelt kapittel © den respektive forfatter 2022.

Dette verket, tilgjengelig fra <https://oa.fagbokforlaget.no>, omfattes av åndsverksloven og er lisensiert under følgende Creative Commons-lisens: Creative Commons Navngivelse 4.0 Internasjonal (CC BY 4.0).

Denne lisensen gir tillatelse til å kopiere, distribuere eller spre materialet i hvilket som helst medium eller format, og til å remikse, endre eller bygge videre på materialet til et hvilket som helst formål, inkludert kommersielle. Disse frihetene gis på følgende vilkår: Du må oppgi korrekt kreditering, oppgi en lenke til lisensen, og indikere om endringer er blitt gjort. Du kan gjøre dette på enhver rimelig måte, men uten at det kan forstås slik at lisensgiver bifaller deg eller din bruk av materialet. Du kan ikke gjøre bruk av juridiske betingelser eller teknologiske tiltak som lovmessig hindrer andre i å gjøre noe som lisensen tillater.

For å se en kopi av denne lisensen, besøk <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.no>

Lisensen gir deg ikke nødvendigvis alle de tillatelsene som er nødvendig for din tiltenkte bruk. For eksempel kan andre rettigheter, som reklame-, personvern-, eller ideelle rettigheter, sette begrensninger på hvordan du kan bruke materialet.

Boken er fagfellevurdert i henhold til Universitets- og høyskolerådets retningslinjer for vitenskapelig publisering.

ISBN trykt utgave: 978-82-450-4091-3
ISBN elektronisk utgave: 978-82-450-3985-6
DOI: <https://doi.org/10.55669/oa2009>

Spørsmål om denne utgivelsen kan rettes til:
fagbokforlaget@fagbokforlaget.no
www.fagbokforlaget.no

Omslagsdesign ved forlaget
Sats: Type-it AS

Forord

Denne boken har en lang historie. Ideen om å skrive en antologi om de pågående endringene i velferdsstaten dukket opp i et fagseminar ved USN i 2017. For oss var dette et historisk øyeblikk. Høgskolene i henholdsvis Buskerud, Vestfold og Telemark var nylig slått sammen, og var på vei til å bli universitet (det skjedde året etter). Bidragsyterne til den foreliggende boken representerer tre ulike fagmiljøer som hadde blitt til en felles enhet – Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag. I seminaret ble vi oppmerksom på at vi hadde mer til felles enn vi kanskje hadde antatt, og at vår faglige bakgrunn – psykisk helse og rus (Drammen, Buskerud), helsefremmende arbeid (Bakkenteigen, Vestfold) og sosialfagene barnevernsarbeid og vernepleie (Porsgrunn, Telemark) – skapte en produktiv forskjellighet som uten store problemer kunne gi oss noe mer enn summen av delene. Tittelen *Velferdsstatens transformasjoner* ble formulert tidlig i prosessen, og har blitt stående som en nyttig fellesnevner. Alle som har bidratt til denne boken, har vært opptatt av sammenhengene mellom de store endringene som kan observeres i feltet de har studert, og de mer omfattende prosessene som angår velferdsstaten i Norge og velferdsstaten som fenomen, mer allment. De store spørsmålene lar seg kanskje aller best belyse i de observerbare, tilsynelatende «små» sammenhengene.

Arbeidet med boken har vært langvarig og preget av mange små skritt, de aller fleste framover. Vi har nærmet oss hverandre faglig og forsøkt å identifisere høyere tematiske og analytiske himler sammen, parallelt med at vi alle har vært involvert i å bygge en ny institusjon: Universitetet i Sørøst-Norge. Vi håper denne boken vil inspirere til at den lærerike prosessen vi har vært igjennom, vil skape mer fruktbart samarbeid. Selvsagt håper vi også – framfor alt – at boken representerer et bidrag til kritisk kunnskap om endringene som pågår i velferdsstaten, hva disse betyr og eventuelt hvilke kursendringer som synes å tvinge seg fram, men som står i fare for å bli ignorert.

Halvard Vike, Bengt Karlsson og Rolf Sundet

Innhold

Del I

Velferdsstatens transformasjoner

Innledning	13
<i>Halvard Vike, Bengt Karlsson & Rolf Sundet</i>	
1	
Velferdsstatens kommunalisme	28
<i>Halvard Vike</i>	
2	
Hvorfor har vi små inntektsforskjeller i Norge – og betyr det noe for folkehelsen?	50
<i>Jon Reiersen & Steffen Torp</i>	
3	
Arbeidsliv og folkehelse i en verden i endring	80
<i>Steffen Torp & Jon Reiersen</i>	
4	
Kan folkehelsearbeidet bidra til en styrking av velferdsstaten?	102
<i>Elisabeth Fosse & Steffen Torp</i>	
5	
Velferdsstatlig universalisme – en saga blott?	119
<i>Kristin Briseid</i>	

- 6
Recovery i psykisk helsefeltet 142
Et eksempel på neoliberalistisk forvandling i den norske
velferdsstaten?
Bengt Karlsson, Trude Klevan & Marit Borg

- 7
Likhet møter identitetspolitikk 165
Hans Einar Hem

Del II Velferdsstatens tjenester i endring

- 8
Kirkens Bymisjon som tillitsskapende velferdsaktør 197
Ellen Andvig & Monika Knutsen Gullslett

- 9
Fengselsøya i velferdsstatens skjærgård 218
Liv A. Hanson Ausland & Ellen Andvig

- 10
Da jeg møtte Trygdebeistet, meg sjøl og egen forskning
i døra 237
En autoetnografi
Knut Tore Sælør, Rose-Marie Bank, Halvard Vike & Rolf Sundet

- 11
Opgaveglidning og ansvarsforskydning
i konkurrencestaten 256
Et etnografisk studie af inddragelse og ansvarliggørelse af
pårørende i psykiatrisk praksis
Jeppe Oute & Stinne Glasdam

12
 Storebror flytter hjem? 277
 Om deinstitusjonalisering og det psykiatriske blikk
Trude Klevan & Knut Tore Sælør

13
 «Intet unntak uten en regel» 297
 Om brudd som muligheter for en stat som vil oss vel
Rolf Sundet

Del III

Lokal innovasjon i velferdsstaten

14
 Ny vin i gamle sekker? 317
 Entreprenørskap som drivkraft for sosiale innovasjoner
Lars U. Kobro

15
 Under radaren 344
 Kommuneansattes innovasjonsarbeid i samhandling om
 tjenester til barn, unge og familier
Hans A. Hauge & Halvard Vike

Forfatterpresentasjoner 365

Sammendrag og nøkkelord 369

Del I

Velferdsstatens transformasjoner

Vike, H., Karlsson, B. & Sundet, R. (2022).
Innledning. I H. Vike, B. Karlsson & R. Sundet
(Red.), *Velferdsstatens transformasjoner*
(s. 13–27). Fagbokforlaget.
DOI: <https://doi.org/10.55669/oa200900>

Innledning

Halvard Vike, Bengt Karlsson & Rolf Sundet

Tittelen på denne boken – *Velferdsstatens transformasjoner* – henviser til tre sentrale og tett sammenvevde dimensjoner ved den nordiske velferdsstatsmodellen, spesielt den norske versjonen. Denne samfunnsmodellen kjennetegnes grovt sett av at offentlige myndigheter har påtatt seg eksepsjonelt omfattende ansvar for borgernes liv og velferd, spesielt ved hjelp av overføringer og tjenester som reduserer risiko for den enkelte, og som dermed garanterer en viss form for trygghet. Det offentlige, velferdspolitiske ansvaret innebærer også en ambisjon om – og i relativt høy grad også en faktisk evne til – å redusere sosial ulikhet (Brandal, Bratberg & Thorsen, 2013).

Begrepet «modell» er dog kanskje ikke det mest presise, siden det gir et inntrykk av at det dreier seg om et politisk prosjekt med en klar hensikt og mål. Det er mer fruktbart å forstå velferdsstaten som et eksperiment, og vende blikket mot det institusjonelle systemet og den politiske kulturen som har blitt til underveis (Sørensen & Stråth, 1997). En viktig begrunnelse for denne boken er at begge disse sidene ved velferdsstaten er utilstrekkelig belyst og forklart. Vi tror en større vekt på dette kan bidra til å anskueliggjøre hva som står på spill i vår tid. Dette spørsmålet er ikke bare relevant for dem som måtte være opptatt av å ta vare på det dette eiendommelige eksperimen-

tet har skapt, men også for dem som er opptatt av hva som gjør fungerende velferdsstater mulig (Fukuyama, 2014).

Den første dimensjonen ved den norske velferdsstaten vi er opptatt av her, er at vi vet overraskende lite om hvordan og hvorfor den oppsto. De politiske reformene og interessene som drev dem gjennom, er riktignok godt kartlagt (Furre, 1991; Slagstad, 1998; Halvorsen et al., 2019), men de sosiale og kulturelle betingelsene dette hvilte på, er etter vårt syn ikke godt redegjort for, for eksempel hva som lå til grunn for befolkningens tilsynelatende sterke vilje til å la offentlige myndigheter overta så mye innflytelse over egne liv. I den norske og nordiske verden er dette paradoksalt, blant annet fordi individuell autonomi har vært et grunnleggende kulturelt fundament så lenge (Trägårdh, 2008; Vike, 2018). Den tilliten dette uttrykker, står også i sterk kontrast til dominerende globale tendenser i vår tid. I store deler av den vestlige verden er statsmaktens legitimitet i krise (Fukuyama, 2014). Selv i land der majoriteten av befolkningen ønsker seg mer velferdspolitik, forstås statlige institusjoner (demokratiske organer og statlige byråkratier) som inkompetente når det gjelder å håndtere ansvaret det fører med seg. Svært mange mennesker har sterke grunner til å være dypt skeptiske til staten, og endog frykte den. Det er ikke tilfeldig at stater ofte oppfattes som dominerende og ydmykende (Sennett, 2003; Giddens, 1998).

Den andre dimensjonen handler om endringsprosessene som preger velferdsstaten i vår tid – og konsekvensene av dem. Vi omtaler disse prosessene som transformasjoner fordi vi mener det er grunn til å anta at det ikke bare dreier seg om justering av en del ulike velferdspolitiske tiltak, men om strukturelle forandringer. Med dette mener vi både endringer av selve relasjonen mellom offentlige myndigheter og befolkningen, så vel som mellom ulike deler av befolkningen. Vi er ikke først og fremst opptatt av styringssystemet her, men av omformingen av de sosiale relasjonene som disse systemene består av. Nøkkelordene er hierarki, personlig avhengighet og konkurranse. Bak argumentet om at velferdsstaten må gjøres «bærekraftig» og reformer som endrer offentlige institusjoners virkemåte, ligger en styringspraksis som binder befolkningen til staten og til hverandre på helt nye måter. Velferdsstatens institusjoner er kanskje framfor alt i ferd med å framtre som et mer entydig kommandosystem enn tidligere, og i mindre grad som kanaler for artikulasjon av krav og arenaer for forhandling, korreksjon og tilpasning (Vike, Debesay & Haukelien, 2016). Selv om de demokratiske, representative arenaene

ikke er vesentlig endret, kan ikke det samme sies om arenaene for påvirkning av kommunale og statlige institusjoner som er ansvarlige for styring av ressurser og utforming av tjenester. Offentlige institusjoner etablerer mye klarere grenser til sine omgivelser enn før, og det er langt vanskeligere å få tilgang til dem og/eller korrigere måten de fungerer på.

Den tredje dimensjonen ved det vi kaller velferdsstatens transformasjoner, angår spørsmålet om hva som eventuelt kan og bør gjøres dersom det skulle være interesse for å bevare denne forholdsvis unike samfunnsmodellen. Vi mener det er på sin plass og på tide at dette spørsmålet stilles og settes i sammenheng med den (etter vår oppfatning) grunnleggende erkjennelse at velferdsstaten handler om en viss type sosiale relasjoner – ikke først og fremst styringssystem eller politisk ideologi. Framfor alt dreier det seg om hvilke relasjoner som ivaretar folks opplevelse av å være fri og samtidig trygge (Stråth, 2017). Disse opplevelsene utgjør de avgjørende betingelsene for tillit og for viljen til å ofre noe for fellesgodene som velferdsstaten forvalter på befolkningens vegne. Folk flest bryr seg ikke nødvendigvis mye om hvorvidt tjenester er «evidensbasert» eller om at myndighetene kan legge fram dokumentasjon på at tjenestene de yter, «virker» for oss dersom de faktisk oppleves som ydmykende og frihetsberøvende. I denne boken undersøker vi dette ved å se nærmere på det som sannsynligvis påvirker dette mer enn noe annet – kvaliteten på, og tilgjengeligheten til, de offentlige tjenestene slik dette faktisk erfares blant dem det angår.

På dette grunnlaget spør vi: Hva skjer med befolkningens tillit til velferdsstaten hvis det institusjonelle grunnlaget den hviler på, går i oppløsning? Satt på spissen: Kan et hierarkisk administrativt system erstatte en samfunnsform som var preget av distinkte former for gjensidighet uten at den mister avgjørende kvaliteter som for eksempel en solidarisk oppslutning i befolkningen? For å belyse dette går vi historisk til verks og forsøker å vise hvordan disse gjensidighetsformene oppsto, hvilken «jobb» de har gjort og hva som er i ferd med å bli skapt i deres sted.

Om kapitlene i boken

Kapitlene i boken beskriver endringsmønstre i velferdsstatens tjenester og kaster samtidig lys over hvordan offentlig politikk, institusjonell utforming og profesjonelt arbeid i velferdsstatens førstelinje er i ferd med å forandre seg. Alle bidragene demonstrerer at den norske velferdsstatsmodellen, slik vi kjenner den, hviler på noen avgjørende forutsetninger som i økende grad synes å være truet. Truslene kommer ikke primært fra «the usual suspects», som manglende oppslutning om velferdsstaten, svekkede likhetsidealer, manglende økonomisk evne («bærekraft»), ineffektive institusjoner, egeninteresse-orienterte profesjoner og lignende, men fra – kanskje i høy grad uintenderte – konsekvenser av en villet politikk. Flere av kapitlene i denne boken diskuterer disse forutsetningene kritisk. Kristin Briseid peker på at universalismen i velferdspolitikken synes å stå for fall, og viser hvordan statlig og kommunal politikk spiller sammen for å redusere og endog fjerne tjenester til eldre som strengt tatt er lovpålagte. Begrunnelsen for dette er at kommunen må redusere utgifter og tilpasser seg ressursituasjonen, og i denne prosessen tyder mye på at den politiske bekymringen for hva dette innebærer, viker plassen for den økonomiske pragmatismen. Det er ikke bare «de svake gruppene» dette går ut over. Som Reiersen og Torp viser i sitt kapittel, og som også Hems diskusjon viser, er universalismen et vesentlig element i det store politiske klassekompromisset som ligger til grunn for velferdsstaten. Det er historisk unikt for de nordiske landene at nær sagt hele befolkningen har sluttet opp om den, og det skyldes at offentlige tjenester har vært ment for alle og på den måten skapt et kollektivt gode. I de nevnte kapitlene kommer det tydelig fram at denne mekanismen, sammen med de mekanismene som bidrar til å skape en relativt egalitær lønnsdannelse, er vesentlig i etableringen av politisk fellesskap i det norske samfunnet. Svekkelsen av eldreomsorgen – og i andre offentlige tjenester – bidrar til å undergrave dette, og det vil være overraskende dersom de delene av befolkningen som ikke lenger opplever at offentlige tjenester er for dem, eller at de ikke lenger er gode og dekker behovet deres, vil fortsette å slutte opp om velferdsstaten. Når det blir attraktivt i stedet å kjøpe seg ut, elimineres den felles interessen som gjør dette politiske eksperimentet mulig å videreføre. Også kapitlet om folkehelsepolitikk (Fosse og Torp) gir en tydelig antydning om hvordan ambisjonene i offentlig politikk ikke bare reduseres i tje-

nestene, men også i satsingen på tiltak som i utgangspunktet bidro til å skape den opplevelse av likhet og fellesskap som gjorde velferdsstaten mulig. Kommunenes folkehelsearbeid er blitt gradvis avpolitisert og leverer ikke lenger et avgjørende bidrag til å bruke det brede helseperspektivet som redskap til å redusere økende forskjeller.

Briseids analyse av hvordan tjenester til eldre gradvis gjøres dårligere i kommunene reiser spørsmålet om hvorfor kommuneinstitusjonen – som så langt har vært velferdsstatens sentrale drivkraft – ikke gjør seg sterkere gjeldende for å utfordre former for statlig styring som truer omfanget og kvaliteten på offentlige tjenester. Hvordan er det mulig at ansvarlige lokale folkevalgte ikke reiser opprørsfanen når deres forpliktelser overfor lokalbefolkningen ikke lenger kan opprettholdes? Eksemplet indikerer at ideologiske forskjeller blant folkevalgte ikke kan forklare dette, men at grunnene til at de tar aktiv del i å undergrave lovpålagte tjenester har med institusjonelle endringer å gjøre. Når de velger å forplikte seg overfor budsjettet snarere enn overfor oppgaven med å yte tjenester av høy kvalitet på universell basis, er det selvsagt mulig å forstå, men det innebærer samtidig at den politiske kraften i kampen for retten til tjenester for alle med behov svekkes. Lokale folkevalgte er i økende grad personlig lojale overfor den lokale administrasjonens tolkning av den økonomiske situasjonen og overfor statlige myndigheters styring av kommunene. De representerer i langt mindre grad et korrektiv til og alternativ maktbasis i relasjon til sentralmakten enn funksjon som utførere av bestillinger de har minimale muligheter til å påvirke.

Lignende mekanismer er i spill i utformingen av administrative og faglige ledelsesfunksjoner i offentlige institusjoner. Hauge og Vike illustrerer en viktig side ved dette i sitt kapittel om kommunalt ansattes innovasjonsarbeid i tjenesteyting til utsatte barn og familier. Arbeidet de gjør for å skape bedre samhandling mellom tjenestene, styrke brukernes medvirkning og fjerne barrierer for tilgang (med mer), er bare i liten grad aktivt støttet på ledelsesnivå; innovasjon foregår som en tilleggsfunksjon som i realiteten er frikoblet fra administrativ styring og uten forankring i lederes autoritet som ansvarlige for å foreta valg med hensyn til risiko, forholdet mellom innovasjon og ordinær drift og prioritering. De overlates i stedet ansvaret for selv å finne ut av hvordan deres (ofte overveldende) ansvar for å yte flere og bedre tjenester skal gjøre kommunen i stand til å yte bedre tjenester til flere for mindre ressurser. Dette viser en allmenn tendens i måten ledelse

og styring endres på i norsk velferdsforvaltning. Ledere er ikke lenger sterkt forpliktet overfor oppgaven med å løse fundamentale dilemmaer i tjenesteyting, men er mer spesialister i å regulere knappe ressurser, angi generelle mål, formulere visjoner og forsøke å sikre at reduksjon i tjenestene ikke framstår som lovbrudd.

Tendenser av denne typen skaper ikke bare sterke spenninger mellom politikk og forvaltning, men også mellom styring og profesjonelt arbeid – og dermed også et sterkt press på selve tjenestene. Sundets kapittel illustrerer dette tydelig med referanse til familieorientert behandling i psykisk helsearbeid. Sundet viser at gode tjenester til familier som sliter, er avhengige av at fagfolk (terapeuten i dette tilfellet) er lydhøre overfor brukernes «veto». Det familiene ikke ønsker, må respekteres, og behandlingen er helt avhengig av tilliten mellom partene – eller «alliansen», som det kalles i fagspråket – og må nødvendigvis være et samarbeid. Denne innfallsvinkelen synes å bli stadig vanskeligere fordi sentrale myndigheter er i ferd med å standardisere behandlingen i henhold til en logikk der diagnoser styrer behandlingen og behandlingsmetoden. Fagfolkenes relasjon til tjenestemottakerne settes dermed i spill fordi deres mulighet til å ta hensyn til den variasjonen de representerer – de ulike behovene de faktisk har – blir overstyrt. Dette bidrar i sin tur nødvendigvis til at tjenestemottakerne har mindre grunn til å ha tillit til fagfolkene, som er nødt til å utføre bestillinger som i mange tilfeller vil måtte få dem til å framstå som rigide og regelorienterte framfor sensitive, lydhøre og fleksible. Sundet åpner sitt kapittel med å slå fast at opplevelser av rettferdighet er uløselig knyttet til respekten for forskjellighet.

Sundets diskusjon gir oss innblikk i et annet fundamentalt vilkår for den norske velferdsmodellens relative suksess, og den sterke viljen befolkningen i Norge har hatt til å støtte politiske partier som går inn for flere og bedre tjenester i likhetens og rettferdighetens navn; profesjonelle tjenesteyteres evne til å ta hensyn til behovene slik de som faktisk har dem, opplever dem. Det er unødvendig å ty til romantiserende beskrivelser av profesjonsutøvere i velferdsstatens førstelinje for å understreke dette; det er ikke primært deres «gode» holdninger som er poenget her, men snarere den funksjonen de historisk sett fikk mulighet til å fylle i velferdsstatens ekspansjonsperiode, som trenger oppmerksomhet. Fordi profesjonelle tjenesteytere svært lenge var oppsiktsvekkende autonome og underlagt ytterst svak styring, utviklet de en slags «mellomposisjon» mellom det institusjonelle apparatet de var en del av

(«staten»), og brukerne. Svært få av dem utviklet en identitet som innebar at de så det som sin oppgave å beskytte statens ressurser overfor en kravstor befolkning med urimelige og potensielt illegitime krav. De så i mange sammenhenger på seg selv som brukernes advokater overfor sin egen arbeidsgiver, og stilte seg bak deres krav om tilpassede tjenester og ble dermed i usedvanlig grad påvirkbare. I Reiersens og Torps kapittel, så vel som i Hems diskusjon om klassekompromisset som ligger til grunn for velferdsstaten, er denne alliansen mellom de voksende profesjonene og brukerne (og deres organisasjoner) – som ofte også har involvert sterk støtte fra lokale folkevalgte som identifiserte seg sterkt med ansvaret for bedre offentlige tjenester – sentral. Det er verdt å understreke at den norske befolkningens syn på offentlige tjenester er langt mer positiv enn i de fleste land. Dette er neppe tilfeldig, og har sannsynligvis mye å gjøre med at profesjonsutøvere har vært forholdvis tilgjengelige, påvirkbare og faktisk i stand til å tilpasse tjenestene til individuelle behov uten å søke sine ledere om lov i hvert enkelt tilfelle. Sentralmaktens behov for å standardisere tjenestene er ikke primært motivert av at tjenestene så langt har vært for «dårlige», men at tjenesteutøvernes autonomi har truet sentral makt og kontroll. Det er langt enklere å styre offentlige institusjoner ved å standardisere tjenestene, redusere ressursene og sende ansvaret for kapasitetsproblemene som dermed oppstår, til tjenesteutøverne selv, spesielt når tjenesteutøverne samtidig kan behandles som personlig illojale dersom de påpeker at dårligere tjenester skyldes for knappe ressurser. Når argumentet om at problemer av denne typen skyldes ineffektivitet, blir velferdsstatens politiske fundament – evnen til å dele ansvaret for å realisere veldig omfattende ambisjoner – trivialisert og omgjort til et teknisk problem.

Det norske politiske eksperimentet hviler på et stort og etter vår vurdering interessant paradoks (Vike, 2018). Den norske statsmakten har påtatt seg et større ansvar for befolkningen enn noe annet land på kloden, samtidig som selve statsmakten lenge har vært relativt svak. Den har svært lenge vært ytterst desentralisert og preget av en oppsiktsvekkende sterk spredning av makt, der en myriade av lokale institusjoner har hatt stor selvstendighet innenfor en felles ramme. I løpet av de siste par tiårene har dette endret seg dramatisk, og den sentrale staten har systematisk økt sin makt på bekostning av lokale institusjoners selvstendige rolle. En konsekvens av dette er at offentlige institusjoner er blitt utsatt for et helt annet press enn tidligere for å prioritere oppgaven med å beskytte egne ressurser overfor overveldende

etterspørsel. Dette betyr at det innføres formelle og uformelle vilkår for tilgang til tjenestene på en helt annen måte enn tidligere. To konsekvenser av dette er spesielt viktige. Den første er at ressursene spres på flere og skaper dårligere tjenester på mange områder, spesielt der brukerne er «ressurskrevende» og mangler sterke allierte. Den andre – som kanskje er enda viktigere fordi den er mer subtil – er at brukerne opplever ydmykelser i sine forsøk på å få tilgang fordi tersklene er høyere og mistanker om misbruk uvegerlig blir en del av selve tjenesteytingen.

Sælørs kapittel om «Trygdebeistet» tar dette problemet opp til diskusjon. I hans autobiografiske fortelling er ydmykelsens mange dimensjoner et gjennomgående tema. Offentlige institusjoners makt blir spesielt tydelig for oss når de gjør oss små og påtvinger oss en opplevd plikt til å demonstrere vår verdighet igjen og igjen. Dette kan skje gjennom tilsynelatende trivielle mekanismer som venting, stadig skifte av saksbehandler, utilgjengelighet og manglende kunnskap om saken det gjelder, til langt mer omfattende og destruktive opplevelser som opplevelsen av å bli utmattet av en langtekkelig kamp for å få rettighetene sine innfridd og dermed verken kunne utføre jobben sin eller opprettholde et normalt daglig- og familieliv. At eksemplet i Sælørs tilfelle nettopp er NAV, er neppe helt tilfeldig. Kanskje for første gang i norsk etterkrigshistorie har vi fått en institusjon som har fått i oppdrag å gjøre systematisk ydmykelse til et virkemiddel i å beskytte offentlige ressurser overfor befolkningens behov og krav. Dette oppdraget er selvsagt ikke nedfelt i noe offentlig dokument, men er likevel en så direkte konsekvens av måten arbeidslinja og NAVs hierarkiske organisering håndteres på at det er liten grunn til å bli overrasket eller å anta at myndighetenes egentlige hensikt er å fjerne årsakene til ydmykelsene. En rekke veldokumenterte erfaringer fra andre land viser at problemene NAV har skapt, kunne vært unngått hvis det hadde vært politisk vilje til det. Dette problemet viser også til et annet sentralt, kjent paradoks i byråkratiforskning: Intensjonene blant ansatte i institusjoner som utvikler ydmykende praksiser, er ofte gode og heroiske, men de institusjonelle mekanismene som følger av lite gjennomtenkte politiske bestillinger, virker likevel systematisk dehumaniserende uten at de ansatte selv nødvendigvis ser sammenhengen eller makter å gjøre noe med den.

Det er i denne forstand et nært slektskap mellom Sælørs eksempel og de øvrige kapitlene i denne boken som tar for seg hvordan relasjonen mellom

politikk, institusjonsutforming, profesjonsutøvelse og relasjoner til brukere gradvis endres i velferdsstaten. Oute og Glasdam diskuterer for eksempel hvordan den gode intensjonen om å legge økende vekt på involvering av pårørende i psykiske helsetjenester i realiteten fører til en gradvis overføring av ansvar der de pårørende selv blir gitt oppgaven med å følge opp pasienten og opptre som eksperter på hennes/hans situasjon. Rammen for deres diskusjon er blant annet Ove Kaj Pedersens kjente bok *Konkurrencestaten* fra 2011. Pedersen viser hvordan velferdsstaten gradvis har dreid den velferdspolitiske orienteringen bort fra satsingen på å kompensere for borgernes evne til å konkurrere i ulike markeder til å legge avgjørende vekt på å stimulere den individuelle konkurranseevnen. Dette betyr at tjenestene blir mer midlertidige, kortvarige og målrettede, og at de ledsages av et strategisk mål om å gjøre tjenestemottakerne ansvarlige for å håndtere sin egen situasjon. Denne politiske ambisjonen er ikke unik for de nordiske landene, men er en slags resirkulert versjon av Tony Blairs visjon om «Den tredje vei» i Storbritannia på slutten av 1990-tallet og framover, og som er blitt helt toneangivende i EU etter dette.

Arbeidet med recovery i psykisk helsefeltet gir en indikasjon på hvordan denne type endringer nedfelles i offentlige tjenester til «ressurskrevende» brukere i Norge. Recovery er betegnelsen på en toneangivende faglig orientering i arbeidet med brukere med utfordringer innen helse og rus som legger avgjørende vekt på at fokus på sykdom og diagnose kan komme i veien for de kreftene og det potensial i alle menneskers liv som kan stimulere bedre og mer meningsfulle liv, om ikke nødvendigvis komplett helbredelse, normalitet og konvensjonelle livsløp. I bidraget fra Karlsson, Borg og Klevan i denne boken analyseres utviklingen av denne retningen fra dens opprinnelse som et borgerrettighetsprosjekt (med opphav i USA) og kollektivt opprør mot stigma, marginalisering og undertrykkelse, til et systemisk press i retning av individualistisk standardisering. Forfatterne er sterkt bekymret for at feltet i økende grad blir manualisert, instrumentalisert, «mainstreamet» og tilpasset helsebyråkratiets behov snarere enn brukernes. Psykisk helsetjenester fremstår ofte som formalistiske, vanskelig å nå fram til og ikke rettet mot enkeltmenneskets ønsker og behov. Som vi har sett ovenfor påvirker dette også brukernes tillit til fagfolkene de ofte er avhengige av. Skal en borger ha tillit til en fagperson, må borgeren oppleve at fagpersonen er der for brukeren og ikke er bundet på hender og føtter av andre(s) interesser.

Når dette fundamentet for tillit endres, og kanskje undergraves, skjer det ikke minst fordi politiske myndigheter har et langt sterkere behov enn tidligere for å gjøre velferdsstatens institusjoner – og profesjonelle tjenesteytere som gjør jobben sin der – til redskap for å få bedre resultater, som oftest på kort sikt. Som Krane og Gullslett viser i sitt bidrag til boken, betyr dette for skolens del at den blir en slags oppsamlingsplass for reformer som samlet sett og over tid gir skolen og lærere en mengde selvmotsigende og ikke sjelden helt urealistiske oppgaver, hvorav enkelte måles systematisk og andre ikke. Faren for at politikere etterspør forskning som kan legitimere deres beslutninger, og for at makten konsentreres i et ekkokammer mellom forskere og politikere, er økende. Ved at læreren settes i front for systemkrav som bidrar til økt stress og press, kan det paradoksalt nok komme i veien for selve relasjonen mellom lærer og elev som jo er avgjørende for elevers prestasjoner.

Som andre vestlige demokratier preges de nordiske land av økende sosiale forskjeller og former for systematisk marginalisering som inntil relativt nylig framsto som utenkelig for mange og som et brudd med ideene som ligger til grunn for velferdsstaten. Økende ulikhet har skapt bekymring og inspirert en rekke politiske tiltak, men har så langt ikke mobilisert noe i nærheten av den politiske viljen som trengs for å gjøre noe avgjørende med den. Vi mener det er grunn til å la denne erkjennelsen danne et bakteppe for forståelsen av sentraliseringens konsekvenser for velferdsstatens institusjoner og tjenester. Som vi har vært inne på er det oppsiktsvekkende at velferdsstatens tjenester i mange tiår ble opplevd som frihetsskapende blant store deler av den norske befolkningen. Hva skal til for at offentlige tjenester ikke innebærer en trussel mot folks verdighet? Spørsmålet er godt belyst i forskningslitteraturen. Det er for eksempel liten tvil om at lokale institusjoner er langt bedre egnet til å ivareta verdighet enn store, at institusjonell autonomi fungerer bedre enn sentral styring, eller om at tillit til faglig skjønn gir et større rom for å tilpasse tjenestene til individuelle behov. Videre vet vi at ambisiøse og skiftende politiske bestillinger til tjenesteytende institusjoner ofte gjør dem dysfunksjonelle, at ledere som gjøres avhengige av andre ledere høyere opp i hierarkiet, gjør dem mindre forpliktet overfor dem som mottar tjenestene. Det er i tillegg liten tvil om at fagfolk som får et langt større ansvar for å yte enn det finnes ressurser til, ofte møter liten anerkjennelse fra egne ledere når de påpeker dette problemet, og at dette har en direkte konsekvens for tjenestene – fagfolk tvinges i slike tilfeller til å spre ressursene på flere og/

eller skape uformelle barrierer for tilgang. Et hovedproblem er at det som kreves for å skape gode og verdige tjenester, samtidig truer sentral kontroll. Trusselen om økte kostnader og frykten for potensielt misbruk av tjenester er de sentrale argumentene for denne kontrollen. Begge deler har en tendens til å skape en sterk, grunnleggende spenning mellom den respekten for folks behov som verdigheten krever på den ene siden, og den sterkt økende og systematiske mistenkeligheten mot potensielle «fake needs» som kontrollbehovet skaper på den andre – spesielt blant dem som befinner seg på beslutningsarenaer på god avstand til brukerne. Gitt at velferdsstatens svære ambisjoner skaper så omfattende forpliktelser, er det sannsynlig at evnen til å leve opp til dem i praksis krever en høyt utviklet evne til å dele på ansvaret på en måte som gjør det vanskelig for én enkelt institusjon og/eller én enkelt maktinteresse å definere premissene; det gjør det altfor fristende å overlate kostbart og krevende ansvar til andre med mindre evne til å lukke seg inne – slik vi for eksempel ser i relasjonen mellom den sentrale staten og kommunene og mellom helseforetakene og kommunene, eller mellom ledere og (særlig de kvinnedominerte) profesjonene i helse- og omsorgstjenestene og i skolen. Det norske systemet legger svært godt til rette for at politiske interesser bruker velferdsstatens tjenesteytende institusjoner for egne formål. Det viser seg for eksempel å være oppsiktsvekkende enkelt å strupe kommunene og dermed presse tjenesteyterne til å løpe raskere og påta seg mer ansvar – og samtid innkassere politisk gevinst for «økt effektivitet».

Flere av kapitlene i boken bidrar til å demonstrere dette. Bidragene som mest direkte retter blikket mot institusjoner som i høy grad lykkes med å videreføre velferdsstatens tradisjonelle «verdighetslinje», er Auslands og Andvigs studie av Bastøy fengsel, og Gullsletts og Andvigs analyse av Kirkens Bymisjons arbeid med mennesker med rusutfordringer. Bastøy fengsel er et justispolitisk eksperiment som illustrerer det som i internasjonal litteratur er kjent som «det skandinaviske unntaket, som legger vekt på human fangebehandling og fokus på integrering etter gjennomført straff. Mange av fangene der har tidligere opplevd å sone på lukket avdeling, og om dette sier de blant annet at man slutter å være menneske på lukka. Politiske intensjoner om straffen som skal bidra til tilbakeføring til samfunnet, sømløse overganger, individuell tilpasning og medvirkning, oppleves annerledes fra de innsattes side, og soningen på Bastøy framstår som et kvalitativt annet alternativ som kan gi fangene et realistisk håp om at det kan være mulig å bygge et liv

etter soning. Men «landsbyfengselet» ser ut til å være under press i velferdsstaten. Bastøy som fengselskonsept har internasjonal oppmerksomhet fordi man der satser på større frihet og flere individuelle tilpasninger enn det som er vanlig. Tidligere og nåværende innsatte og ansatte viser et stort engasjement for det de kaller «Bastøysaken». Det finnes en mengde spennende og innovative ideer til å gjøre fengselet bedre, og å minske gapet mellom fengselsliv og samfunnet utenfor. Forutsetningen for dette er at fengselet makter å opprettholde vilkårene for at de innsatte opplever i praksis at de kan delta som verdige deltakere, en opplevelse som altså synes å bli et knapphetsgode i en stadig mer sentralstyrt velferdsstat der erfaringene fra førstelinjen i økende grad må vike som grunnlag for politikk- og institusjonsutforming.

I Kirkens Bymisjons prosjekt «Ut i jobb» får deltakerne mulighet til å bli kjent med en kontaktperson og veileder som gjør det mulig å utvikle en personlig relasjon som varer over tid. Kontinuitet i oppfølgingen er svært viktig for mange i denne målgruppa, spesielt fordi mange har erfart at møtet med det offentlige hjelpeapparatet innebærer å møte stadig nye saksbehandlere som ikke kjenner deres situasjon, og som ofte gir dem en opplevelse av å bli avvist og ikke trodd på. Bymisjonens arbeid i tiltaket «Ut i jobb» er et eksempel på tillitsskapende arbeid overfor personer med rusproblemer og fengselsbakgrunn. Mulighetene deltakerne får til å utvikle tillitsfulle relasjoner, gjør at de tør å gjøre seg avhengige av hjelpenes handlinger; de tar den risikoen fordi de erfarer at hjelperne i KB er til å stole på. Forskjellen mellom Kirkens Bymisjon og offentlige institusjoner som har som oppgave å yte tilsvarende bistand, kan sannsynligvis forklares med henvisning til det «enkle» faktum at KB kan velge å prioritere deltakernes egne vurderinger av hva som trengs for å bygge tillit, snarere enn å levere på standardiserte bestillinger fra politiske myndigheter og ledere som er avhengige av å produsere resultater på kort sikt.

Eksemplet antyder at fremtiden for det norske velferdsstatsekperimentet – dersom det har en framtid overhodet – går via en mer systematisk refleksjon om vilkårene for at offentlige tjenester oppleves som frihetsskapende av dem som mottar dem, snarere enn som ydmykende. Et av vilkårene vi har berørt i omtalen av bidragene i denne boken, er at tjenestene ikke ganske enkelt kan forstås som en styringsmekanisme som skal tilfredsstille pragmatiske politiske mål og arte seg som bestillinger. Vi har svært mye dokumentasjon på at denne forståelsen – som i dag er enerådende – kun er effektiv i den forstand at den gjør både brukerne og tjenesteyterne til redskap

og i økende grad ute av stand til å skape de relasjonene gode tjenester nødvendigvis må være en del av. Dette gjør det interessant å rette blikket mot innovasjon og sosialt entreprenørskap, som er Kobros tema. Han peker på at troen på det offentlige som selve motoren bak velferdsutviklingen var en avgjørende premiss for utviklingen av den nordiske velferdsstaten (Anderesen & Hulgård 2018; Vike, 2004). Når grensene for velferdsstatens ekspansjon nå blir stadig tydeligere, rettes oppmerksomheten mot mennesker og miljøer med nye ideer. Å vende seg mot sivilsamfunnet i jakt på nye og bedre ideer, også ofte med håp om å finne billigere løsninger på velferdssamfunnets utfordringer, er ikke noe nytt, men det kan likevel gi nye perspektiver, ikke minst fordi sivilsamfunnet er i sterk endring. I den økte oppmerksomheten om sosialt entreprenørskap i Norge finner vi to divergerende retninger i diskusjonen om velferdssamfunnets framtid. Den ene går i retning en diskurs om effektivisering og innsparing, der privatisering oppfattes å være en farbar vei for velferdsstaten. Privatiseringen kan i sin tur gå i retning av økt frivillighet eller mot mer kommersielle tjenester. Den andre samtalen om sosialt entreprenørskap handler om behov for mer medbestemmelse, direkte demokrati, solidaritet og brukerstyring i samfunnet. Oppmerksomheten som rettes mot sosialt entreprenørskap, og den veksten vi ser i sosiale entreprenørielle virksomheter, er manifesteringer både av ønsket om mer effektivitet og besparelser i velferdssamfunnet, og samtidig uttrykk for et ønske om mer borgerinnflytelse, brukermakt og solidaritet. Dette paradokset kan gi grobunn for å spørre om fenomenet er særlig godt egnet for å vitalisere solidariske verdier og prinsipper om rettferdig og mer treffsikker fordeling i velferdssamfunnet, eller om det like mye kan være et skritt mot avvikling av det? Spørsmålet er vesentlig, for det er ikke åpenbart at (det velbegrunnede) behovet for nyskaping og innovasjon ikke er i ferd med å bli synonymt med et ideologisk begrunnet forsøk på å avvikle offentlig ansvar for velferd og omgjøre det til et attraktivt privat marked.

Denne boken handler derfor om transformasjonene som foregår i den norske velferdsstaten. I perspektivet vi utvikler i denne innledningen, gir det mening å betegne disse som grunnleggende endringer i de sosiale relasjonene denne samfunnsmodellen består av: om forholdet mellom folkevalgte, byråkrater og førstelinjeansatte; om forholdet mellom staten, kommunene og brukerne; om forholdet mellom ledere og ansatte; om forholdet mellom velgerne og deres representanter, og om forholdet mellom befolkningsgrupper.

Det vi framfor alt vil forsøke å forklare, er: Hvordan ble velferdsstaten en så stor suksess, og hvilke sosiale og politiske faktorer ligger til grunn for den? Hvordan ble tilliten skapt historisk? Hvorfor har ikke en omfattende offentlig sektor ført til mer systematisk ydmykelse? Hva er konsekvensene av at velferdsstatens institusjoner ikke lenger representerer komplekse former for intern spenning og maktbalanse, men et hierarkisk system der det store flertallet av de involverte aktørene forventes å være iverksettere av et standardisert tjenesteregime som består av stadig større vekt på kontroll (av ressurser, prosedyrer, måloppnåelse, ansatte og tjenestemottakere)? Hva er konsekvensene av at velferdsstaten lider av et stadig mer dramatisk kapasitetsproblem som ikke håndteres via politiske prioriteringer som noen tar ansvar for?

Referanser

- Brandal, N., Bratberg, Ø. & Thorsen, D.E. (2013). *The Nordic model of social democracy*. Palgrave Macmillan.
- Fukuyama, F. (2014). *Political order and political decay. From the industrial revolution to the globalisation of Democracy*. Profile Books.
- Furre, B. (1991). *Vårt hundreår. Norsk historie 1905–1990*. Samlaget.
- Giddens, A. (1998) Risk Society: The Context of British Politics. I: J. Franklin (Red.), *Politics of Risk Society*. Polity Press.
- Giddens, A. & Diamond, P. (2005). The new egalitarianism: economic equality in the UK. I A. Giddens & P. Diamond (Red.), *The new egalitarianism* (s. 101–120). Polity Press.
- Halvorsen, K., Stjernø, S. & Øverbye, E. (2022). *Innføring i helse- og sosialpolitikk*. Universitetsforlaget.
- Sennett, R. (2003). *Respect in a world of inequality*. W.W. Norton & Company.
- Slagstad, R. (1998). *De nasjonale strateger*. Pax.
- Stråth, B. (2017). The cultural construction of equality in Norden. I S. Bendixsen, M.B. Bringslid & H. Vike (Red.), *Egalitarianism in Scandinavia: historical and contemporary perspectives* (s. 47–64). Palgrave Macmillan.
- Sørensen, Ø. & Stråth, B. (1997). *The cultural construction of Norden*. Scandinavian University Press.
- Trägårdh, L. (2008). Det civila samhällets karriär som vetenskapligt och politiskt begrepp i Sverige. *Tidsskrift for Samfunnsforskning*, 49(4), 575–594.
- Vike, H. (2004). *Velferd uten grenser. Den norske velferdsstaten ved veiskillet*. Akribe.
- Vike, H. (2018). *Politics and bureaucracy in the Norwegian welfare state. An anthropological approach*. Palgrave Macmillan.
- Vike, H., Debesay, J. & Haukelien, H. (Red.) (2016). *Tilbakeblikk på velferdsstaten. Politikk, styring og tjenester*. Gyldendal.

Vike, H. (2022). Velferdsstatens kommunalisme.
I H. Vike, B. Karlsson & R. Sundet (Red.),
Velferdsstatens transformasjoner (s. 28–49).
Fagbokforlaget.
DOI: <https://doi.org/10.55669/oa200901>

1

Velferdsstatens kommunalisme

Halvard Vike

Innledning: Hva er en bærekraftig velferdsstat?

Et viktig utgangspunkt for denne boken er at vi anser den store samtalen om «velferdsstatens bærekraft» som et lite egnet fundament for å stake ut en vei for den norske og nordiske samfunnsmodellen (Halvorsen et al., 2019). Selv om begrepet i seg selv er godt, ikke minst siden det bygger på en økologisk metafor og dermed komplekse sammenhenger preget av gjensidig påvirkning, er forståelsen av «velferdsstatens bærekraftproblem» og iverksettingen av den i all hovedsak instrumentell, mekanisk og økonomisk. Det er ikke empiriske grunner til å anta at hovedproblemet ved velferdsstaten i den form vi kjenner den, er at den er for dyr, for lite effektiv, for dårlig kontrollert eller for sårbar for eksterne farer som eldrebølgen, uføretrygdede unge, innvandring eller endringer i global økonomi. Tilsvarende utfordringer har denne samfunnsmodellen maktet å møte tidligere, kanskje bedre enn de fleste andre land det er rimelig å sammenligne den med. Det er ikke på noen måte åpenbart at velferdsstaten ikke kan fortsette å vokse, eller at økende ulikhet ikke kan bekjempes (Brandal et al., 2013; Vike, 2013).

Ordningene som vi i dag forstår som velferdsstatens fundament (trykdeordninger, skolegang og utdanning, tjenester, arbeidstakerrettigheter og institusjonaliserte samarbeidsformer), ble etablert for å gjøre samfunnet bedre rustet mot framtidig risiko (Esping-Andersen, 1990; Furre, 1991). Diskusjonen om velferdsstatens bærekraft forutsetter at de samme ordningene i dag framstår som trusler mot vår mulighet til å forebygge framtidig risiko, spesielt fordi de av mange synes å bli oppfattet som for «sjenerøse» (Giddens & Diamond, 2005). Dette skiftet antyder at mange kanskje har mistet av syne at utbyggingen av velferdsstaten ikke var «sjenerøs», men et strategisk samfunnsbyggingsprosjekt – kanskje det mest ambisiøse i moderne historie. At det nå synes å utvikle seg en bred enighet om at det er økonomisk tryggest å avvikle det, vitner om at vi vet altfor lite om hva dette samfunnseksperimentet har betydd. Det har løst mange flere store problemer enn vi så langt har trodd.

Forklaringene på hvorfor velferdsstaten har maktet å møte tidligere utfordringer så godt, er flere. Den første som er verdt å trekke fram, er de sterke og omfattende interessefellesskapene som gjorde det vi kan kalle den brede velferdspolitikken til det suverent viktigste fellesgodet i norsk politikk (Baldwin, 1990; Sejersted, 2005). Velferdspolitikken har grovt sett bestått av å bruke overføringer og tjenester til å inkludere på bred basis og i hovedsak uten streng behovsprøving og vurdering av sosial status (Kumlin, 2004). Det andre bidraget til forklaring er at offentlige institusjoner i praksis har fungert mer som forlengelse av slike interessefellesskap enn som redskaper for en sentral styringsfornuft (Aronsson, 1997). Disse to faktorene har til felles at de både springer ut av og bidrar til å forsterke relasjoner mellom mennesker på en måte som på en og samme tid ivaretar deres autonomi og deres likeverdighet som politiske deltakere. To viktige uttrykk for dette er (1) at det i usedvanlig høy grad har vært mulig å binde statsmaktens forpliktelse til å yte (snarere enn å bruke energien på å få best mulig kontroll), og (2) at offentlige institusjoner i velferdsstaten faktisk har fungert som arenaer for sterke brytninger og konflikter som i praksis har vært hinsides enkeltgruppers kontroll (inkludert politiske og byråkratiske eliter) (Vike et al., 2002). En sannsynlig grunn til den sterke oppslutningen om velferdsstaten er at svært mange har opplevd et eierskap til institusjoner, og at dette har gitt dem (visse) muligheter til å kontrollere eliter som representerer dem og utøver makt over dem (Park, 1998; Vike, 2018b).

Eldreomsorgen i Norden har (inntil relativt nylig) vært et veldig godt eksempel på dette. Den er ment for alle som trenger helsetjenester, ivaretagelse og omsorg, og gjør ingen forskjell med hensyn til status, kjønn, bosted, livsstil, pårørendes evne og vilje til å yte, og så videre. Siden behovene og kravene til anstendig standard øker sterkt og kontinuerlig, blir eldreomsorgen stadig mer krevende økonomisk. Likevel har ambisjonene stadig økt, og kommunenes vilje til å følge dem opp har vært slående (Vike et al., 2002). Hvis vi tar et skritt til siden og ser på dette fenomenet på litt avstand, ser vi at eldreomsorgen nettopp handler om et felles gode (Anderson, 1996). Den dreier seg ikke ganske enkelt om en sum penger og tjenester og en stor dose gode hensikter, men om en felles, moralsk forpliktelse som har satt seg temmelig dypt i den politiske kulturen og som ikke ganske enkelt kan tilsidettes av argumenter om at eldreomsorgen er «for dyr». Dette reflekterer karakteristiske kjennetegn ved de politiske målene som ble formulert av de politiske og i høy grad folkelige fellesskapene som ble toneangivende i de nordiske landene i demokratiseringsperioden (Grønlie, 1991). Ordningene som ble utviklet, var i oppsiktsvekkende høy grad universelle i tre vesentlige betydninger av ordet: Retten til å delta, ha reelle rettigheter og motta tjenester ble løst fra sosial status, og mange av de offentlige tjenestene var ment å ha en omfordelende effekt – de som trengte dem mest, fikk mest (Kildal, 2013; Kildal & Kuhnle, 2005). I tillegg ble tjenestene generelt utformet for å dekke behovene til dem med høyest krav til kvalitet, noe som bidro til at tjenestene verken ble knyttet til sosialt stigma eller attraktivt for de rikeste å velge bort til fordel for private løsninger (Titmuss, 2000). Selve organiseringen av tjenestene ble også særegen; den foregikk i lokal, kommunal regi (Seip, 1992).

Det er ikke tilfeldig at det knapt finnes noe land utenfor Norden der denne typen politikk og institusjonell organisering er blitt ansett som realistisk. Det henger blant annet sammen med at eldreomsorgen i nordisk tanning er innvevd i et spesielt institusjonelt mønster preget av en sterk lokal kontroll av sentral makt. Det omfattende ansvaret kommunene har påtatt seg, er også et vesentlig maktmiddel som begrenser den sentrale statens og nasjonale elites kontroll over velferdsstatens omfattende tjenestesystem og har gjort dem godt rustet til å stille krav. Denne desentraliserte institusjonelle strukturen bidrar sannsynligvis avgjørende til å hindre at eliter og sentraliserte institusjoner vinner fram med argumentet om at forpliktelsene blir for

(økonomisk) tyngende for dem. I denne sammenhengen er det knapt nødvendig å minne om at politisk modernisering og demokratisering i Norge i all hovedsak handler om en (stort sett suksessrik) kamp mot tradisjonelle eliter og etablert statsmakt – også lenge før 1814 (Dyrvik & Feldebæk, 1996; Myhre, 2017).

Denne boken handler derfor om transformasjonene som foregår i den norske velferdsstaten. I perspektivet jeg forsøker å utvikle i dette innledende kapitlet, gir det mening å betegne disse som grunnleggende endringer i de sosiale relasjonene denne samfunnsmodellen består av: om forholdet mellom folkevalgte, byråkrater og førstelinjeansatte; om forholdet mellom staten, kommunene og brukerne; om forholdet mellom ledere og ansatte; om forholdet mellom velgerne og deres representanter, og om forholdet mellom befolkningsgrupper. Med transformasjon sikter vi altså til strukturell endring, altså endringer som angår grunnleggende maktforhold og i de sosiale relasjonene som har gjort det mulig å forvalte omfattende fellesgoder kollektivt og demokratisk innenfor rammen av den norske velferdsstaten. Helt konkret er det særlig tre typer transformasjoner vi er opptatt av: (1) Overgangen fra en sterkt behovsorientert velferdsstat til en prioritering av avgrensning av tjenester, (2) en stadig sterkere vekt på hierarkisk styring der tjenesteutøvende institusjoner og profesjoner får i oppgave å levere i henhold til bestillinger de har liten eller ingen innflytelse over, og (3) en gradvis pulverisering av ansvaret for å realisere velferdsstatens forpliktelser overfor befolkningen.

Det vi framfor alt vil forsøke å forklare i denne boken, er: Hvordan ble velferdsstaten en så stor suksess, og hvilke sosiale og politiske faktorer ligger til grunn for den? Hvordan ble tilliten skapt historisk? Hvorfor har ikke en omfattende offentlig sektor ført til mer systematisk ydmykelse? Hva er konsekvensene av at velferdsstatens institusjoner ikke lenger representerer komplekse former for intern spenning og maktbalanse, men et hierarkisk system der det store flertallet av de involverte aktørene forventes å være iverksettere av et standardisert tjenesteregime som består av stadig større vekt på kontroll (av ressurser, prosedyrer, måloppnåelse, ansatte og tjenestemottakere)? Hva er konsekvensene av at velferdsstaten lider av et stadig mer dramatisk kapasitetsproblem som ikke håndteres via politiske prioriteringer som noen tar ansvar for?

Kulturhistorisk bakgrunn – en komparativ skisse

Pragmatisme og fredfulle overganger

En lang rekke historikere og andre med sans for lange linjer og sammenlignbare trekk ved moderne stater har festet seg ved at de nordiske land dyrker en særegen frihetsidé (Myhre, 2017; Slagstad, 1998; Sørensen & Stråth, 1997; Trägårdh, 2008). Den er ikke forankret i det vi kan kalle en ideell, begrepsmessig kontrast mellom absolutte motsetninger (for eksempel mellom frihet og avhengighet eller mellom ideelle løsninger og kompromisser), men mer preget av praktisk sans og mindre renskåren. Barnehageplasser og trivsel på skolen har normalt betydd mer enn frykten for sterk statsmakt. Dessuten er denne frihetsideen i en viss forstand mindre «liberal» enn den klassiske versjonen som har dominert politisk tenkning i Europa. Den nordiske friheten er langt mindre preget av lengselen etter «frihet fra» (staten), men desto sterkere av et praktisk ønske om «frihet til» (for eksempel tilgang til offentlige tjenester). Den toneangivende svenske historikeren Bo Stråth (2017) kaller den nordiske politiske verden for en særegen balanse mellom frihet og likhet. Nordisk politikk har sjelden vært dominert av begjæret etter endelige løsninger, revolusjonære forløsninger og fundamentale oss-demonstruksjoner. For eksempel kan det i nordisk språkbruk ofte være vanskelig å skille mellom nasjon, stat og samfunn (Trägårdh, 2008). Forestillingen om «det sivile samfunnet» som noe sosialt genuint som går forut for og skiller seg fundamentalt fra «staten», har aldri fått skikkelig fotfeste i Norden, men er helt dominerende i de fleste andre vestlige demokratier. «The community» og «Gemeinschaft» har ganske andre konnotasjoner enn «lokalsamfunnet» og «fellesskap/gemenskap» i Norden. Platon ville derfor neppe trives her, men det ville trolig ikke Karl Marx heller. Begge ville sannsynligvis bli frustrert av fraværet av klare, visjonære ideer. Det ironiske i dette, kan vi si, er at nordisk pragmatisme har gitt utopiene en helt usedvanlig kraft – ikke minst fordi den praktiske innpakningen får utopiene til å framstå som noe annet enn utopier. Derfor har organisasjonsforskeren Nils Brunsson (2006) omtalt måten vi tenker om organisasjoner og offentlig sektor på som nettopp «platonske». Den praktiske verden er bare en blek skygge av den perfekte organisasjonen (tenk NAV, Helse Sør-Øst eller Viken fylke) – som vil se dagens lys etter neste reform/effektiviseringsprosjekt/sammenlåing.

I svært mye europeisk politisk opplysningsfilosofi ser det ut til at det er nært konseptuelt slektskap mellom det utopiske og det fundamentalistiske. Skarpe brudd med den sosiale orden man ønsker seg bort fra, forestillinger om ubegrenset og absolutt frihet, nasjonens totale renselse, kompromissløs kamp mot den dominerende makten; disse og andre beslektede ideer er en sentral del av de fleste vestlige lands politiske kulturhistorie. Veien fra samfunnsformer med opphav i middelalderens agrarsamfunn med gjennomtrengende personlig avhengighet og gudommelig sanksjonert statusforskjeller, og til frigjøring og demokrati, har nesten overalt vært konfrontativ og blodig (Hobsbawm, 1994; Tilly, 1991). Overganger av denne typen har ikke kunnet foregå på fredelig vis fordi tradisjonelle makthavere ikke forestilte seg noen annen mulighet til å møte de sosiale konfliktene som oppsto uten via konfrontasjon. Idégrunnet som de revolusjonære og de nasjonalistiske utopiene bygde på, var formulert av eliter som hadde et ytterst romantisk og abstrakt forhold til alt folkelig. De evnet heller ikke å etablere allianser med brede folkebevegelser, selv om det britiske eksemplet i noen grad skiller seg ut og peker i «nordisk» retning (Gellner, 1995).

Det kan være lett å glemme at de nordiske land inntil nokså nylig hadde mange fellestrekk med de mer føydale statene på det europeiske kontinentet. Danmark hadde en form for livegenskap til fram til begynnelsen av 1700-tallet, og nordmenn flest vet at Danmark-Norge var en eneveldig enhetsstat fra 1660 og i prinsippet helt fram til 1814. Selv om det innenfor rammen av de relativt autoritære monarkiene i Norden skjedde dyptgripende endringer i de sosiale maktforholdene, spesielt ved at bøndene fikk en mer aktiv rolle og større frihet enn ellers i Europa (Knudsen, 2000; Myhre, 2017), var det langt fra åpenbart at blodige konfrontasjoner ikke skulle inntreffe i stor skala (Bagge, 2019). Derfor er det i etterpåklokskapens lys vi nå kan påstå at Norden består av de fredfulle overgangens land (med den finske borgerkrigen som vesentlig unntak). Revolusjonære ambisjoner, konservative drømmer om å slå ned opprørske tendenser nedenfra en gang for alle, og forestillinger om nasjonal-germansk renselse florerte i perioder, men denne typen romantiske utopier fikk aldri nok oppslutning. En viktig konsekvens av dette har vært at store deler av befolkningen opplever at de har grunn til å anta at sosiale spenninger og politiske konflikter kan håndteres gjennom dialog, politiske kompromiss og fornuftig organisering (Stenius, 2010).

Behovet for å bygge brede allianser

Kanskje er nettopp uttrykket «oppslutning» nøkkelordet her. Selv i perioder med sterk maktkonsentrasjon har sentralmakten vært mer enn vanlig avhengig av en eller annen form for støtte eller oppslutning utenfor elites egne sirkler. Den danske kongemakten vekslet og vaklet mellom flere, ofte sterkt motstridende og til dels autonome krefter som den var avhengig av: byborgere med kapital, stort potensial for å øke statens inntektsgrunnlag og lånemuligheter; gamle godseier-eliter med omfattende privilegier og selvstendig makt (hvis de klarte å samle seg); bønder som betalte skatt, stilte opp som soldater og som spilte en vesentlig rolle i kommersiell ekspansjon både i Danmark og Norge – og til slutt kongemaktens eget byråkrati (Bagge & Mykland, 1993). Statsbyråkratiets gjennomgripende korrupthet ble etter hvert (på 1800-tallet, i hovedsak) mindre formålstjenlig for kongemaktens egne interesser (den reduserte sentralmaktens kontroll), og stadig mer innflytelsesrike borgerlige eliter ønsket ikke lenger bare personlig tilgang, men også mer forutsigbarhet (Sejersted, 1993). Disse ulike klasse- og samfunnsinteressene måtte (sett fra kongemaktens ståsted) spilles ut mot hverandre, men til enhver tid var det nødvendig å spille på lag med noen av dem. Gradvis ble det gamle godseieraristokratiets makt vesentlig redusert, og selv om de borgerlige elitene fikk en sterk posisjon, fikk de ikke den samme kontrollen over bøndene som på Kontinentet og i Storbritannia (Sejersted, 1993). Det er sannsynlig at de behovene kongemakten i tidlig-moderne tid hadde for å operere i vekslende allianser, har dannet et viktig mønster. Da folkebevegelsene i Norge og Danmark for alvor begynte å mobilisere for medbestemmelse henimot midten av 1800-tallet, eksisterte allerede en nokså sterk tradisjon for «samarbeid» mellom statsmakt og ulike organiserte krefter i befolkningen, inkludert bøndene (Aronsson, 1997; Knudsen & Rothstein, 1994).

Politisk kultur får et annet preg i politiske systemer der allianser danner grunnlaget for deltakernes erfaringer, enn der de ekskluderte henvises til å drømme om absolutte brudd. Utopiene får ulik utforming. Nordiske utopier har vært relativt moderate, og de har hatt en slags støttespillerfunksjon i relasjon til det praktiske (Witoszek, 1997). Det henger tett sammen med at politikk i Norden eksepsjonelt lenge har vært en del av «vanlige» folks liv, og derfor dreid seg om ting som har angått deres daglige dagsor-

den. Dette er for så vidt ikke unikt for Norden, men den store forskjellen er at erfaringer med lokal og praktisk politikk, rettshåndhevelse og annen forvaltning nærmest på grasrotplanet har fått en så sterk innflytelse over staten (Stenius, 2010). De største transformasjonene i demokratisk politikk i Norge – og utopiene som var deler av dem – ble preget av dette. Nasjonalismen som grep om seg i Norge på 1800-tallet, var ikke ultraromantisk, men en integrert del av arbeidet med å realisere parlamentarismen som demokratisk prinsipp. Arbeiderbevegelsens revolusjonære retorikk i de første tiårene etter århundreskiftet bidro til å bringe Arbeiderpartiet i regjeringsposisjon i 1928, men agendaen ble forlatt i møtet med den praktiske muligheten til å drive reformpolitikk via Stortinget (Furre, 1991). Fellesprogrammet i 1945 var et uttrykk for en praktisk visjon om inklusjon via universell tilgang, primært til arbeid og utdanning, og ideen om «Velferdsstaten» som videreførte den i tiårene etter, var også i høy grad en praktisk utopi. Frihetsbegrepet som ble skapt gjennom disse erfaringene, har noen rare egenskaper, sett i et sammenlignende lys. Det er eksepsjonelt «statsvennlig», men tar samtidig idealet om individuell autonomi (uavhengighet) til sitt ytterpunkt. Det er republikansk i sin sterke vektlegging av sosiale og politiske fellesskap, men nærmest kommunistisk når det gjelder aksentueringen av universelle offentlige tjenester (som borgere har rett på helt uavhengig av tjenesteytende institusjoners økonomi) (Furre, 1991).

De historiske drivkreftene som danner bakgrunnen for denne eien-dommelige konstruksjonen, er ikke ganske enkelt «modernisering», «stø kurs» eller effektiv styring. Ei heller handler de først og fremst om store menn og kloke veivalg – altså om «nasjonale strateger» (Slagstad, 1998). De er én av flere mulige former kamp og konflikt mellom samfunnsklasser kan ta, og i hovedsak «tilfeldige» utslag av slike kamp- og konfliktformer (Bendixen et al., 2017). «Likhet» er ikke en ideologisk lidenskap med dype røtter, men snarere et biprodukt av politisk håndtering av dype sosioøkonomiske konflikter. Som for eksempel kapitlene om likhet og folkehelse og likhet i denne boken antyder, er viktige deler av den politikken vi i dag assosierer med velferdsstatens likhetsidealer, produkter av en forutgående politisering som gjorde det mulig og rimelig å forestille seg at samfunnet gjøres gjennom-siktig og til gjenstand for regulering og innsats på de fleste av livets områder. Dette var i sin tur avhengig av at «staten» (gradvis) ble oppfattet som en legitim konfliktløser og et redskap for det politiske fellesskapet.

Lokal samskaping og gjensidighet

Politiske reformer på det statlige nivået har vært avgjørende for utviklingen av velferdsstaten slik vi kjenner dem. Men mange historikere og enkelte samfunnsvitere har påpekt at grunnlaget for disse reformene hadde lokale opphav, og at de representerte en statlig- og allmenngjøring av eksperimenter med lang forhistorie (Stenius, 2010; Sørensen & Stråth, 1997; Vike, 2018a). Slike eksperimenter kan fortelle oss mye om den sosiale og kulturelle verden de sprang ut av. Fire grunnleggende forutsetninger preget det norske samfunnet i perioden etter svartedauden på midten av 1300-tallet: selveiende bønder, sterke lokale rettstradisjoner, store tilgjengelige ressurser og knapphet på arbeidskraft, samt en relativt fraværende statsmakt. Alt dette var forholdsvis unikt i en helt spesiell forstand. I deler av mange andre land finner vi lignende mønster, men at de ble dominerende og la avgjørende premisser for folkelig og statlig makt langt senere, var definitivt ikke vanlig. Da statsmakten begynte å gjøre seg sterkere gjeldende på 1500- og 1600-tallet, var det allerede etablert temmelig sterke og nokså formaliserte gjensidighets- og samarbeidsordninger lokalt (Næss et al., 1987). Aristokratiets kollaps innebar nye betingelser for politisk utvikling, siden det ikke lenger fantes sterke eliter som kunne mobilisere bønder til lojal støtte for maktrivalisering og gjøre bøndene personlig avhengige. Knappheten på arbeidskraft stimulerte til gjensidighet, og gevinstene av å dele på arbeidskraft og inngå i spleiselag var store. Mange bønder erfarte dette svært direkte, ikke bare gjennom mulighetene det ga for å løse utfordringene ved å strekke til på eget bruk, men også gjennom tilgangen det ga til bruk av andre ressurser, spesielt i fiske og tømmerdrift (Dyrvik, 1979; Vea, 2006). De felles interessene som ble skapt på denne måten, ble tidlig satt på prøve i møtet med statsmakten og byborgerskapet, og bidro sterkt til å danne kimen til «politiserte» lokale fellesskap.

I et sammenlignende perspektiv er det oppsiktsvekkende at bøndene maktet å tilkjempe seg en så betydelig andel av landets råvareresurser og den fortjenesten det ga. Bøndene i Ytre Vinje (i Telemark) var tett integrerte i europeisk forbruksmønster allerede på slutten av 1700-tallet (Pedersen, 2014). Den ideologisk-kulturelle fellesnevneren var en protestantisk religiositet som etter reformasjonen i økende grad kom til å binde bønder og statsmakten sammen i et interessant og konfliktfylt fellesskap. Reformasjonen

gjorde staten til det suverene autoritetssentrum, som oftest formidlet gjennom kirken og de lokale prestene. Prestenes agenda var ikke bare formidlingen av det religiøse mysteriet, men også – kanskje spesielt fordi de ofte var rekruttert lokalt, og fordi statsmakten forble relativt indirekte – langt mer praktiske ting knyttet til innovasjon i landbruket, rettsåndtving, organisering av skole, helse- og fattigvesen, for å nevne det viktigste (Stenius, 2010; Sørensen & Stråth, 1997). Fellesskapene som ble dannet på denne måten, ble dermed tidlig det vi kan kalle (relativt) egalitære forhandlingsfellesskap, og hadde som utgangspunkt at de aller flestes interesser hadde forvaltningen av privat eiendom som utgangspunkt. Dette skapte en interessant kombinasjon av autonomi, konservatisme og felles beskyttelse mot ekstern makt, interesse for innovasjon (å forsøke å intensivere ressursutnyttelsen var vesentlig for så å si alle) og utnyttelse av markedsmuligheter (prisen på fisk og tømmer, innholdet i kontrakter osv. var grunnleggende). Det ble tidlig klart for flertallet av bøndene i Norge at alt dette handlet om politikk, og om håndhevelsen av rett, som det eksisterte en sterk og dyp sedvane for. «Lokalpolitikk» er derfor ingen moderne oppfinnelse, og er ikke begrenset til tiden etter Formannskapslovene i 1837 (Grønlie, 1991). Flere historikere har brukt uttrykket *kommunalisme* om den sterke folkelige interessen for å ta del i lokale, politiske fellesarenaer i Norge – og beskytte den betydelige autonomien disse arenaene har hatt (minst) siden statsmakten nærmest kollapset etter den store pesten i 1349 (Masdalen, 2021).

Politisk kultur i Norge er lokal

Kommunene var i veldig høy grad autonome institusjoner. De var videre inklusive i den forstand at de fungerte som territorielle enheter, ikke som en samling av sektorer og forvaltningsområder. De hadde til dels fungert som en slags motmakt overfor (delvis utenlandsk) eneveldig kongemakt og ble som sagt en avgjørende forhandlingsarena (Næss et al., 1987). Den danske kongens kanskje oppsiktsvekkende opphøyde status i dansketiden har med dette å gjøre. Staten var nokså lite autoritær i sin væremåte, og brukte ikke tvangsmakt i stor utstrekning, men opererte stort sett gjennom lokale institusjoner med tradisjon for representasjon (Vike, 2018a). Befolkningen forsøkte på denne måten å beskytte seg mot for store byrder, men fikk også

en del igjen i form av forutsigbarhet og enkelte offentlige goder (skolegang, helsestell, relativt lavt skattetrykk).

Da Norge ble mer demokratisk og selvstendig fra 1884, og formelt løst fra Sverige 21 år senere, eksisterte det blant annet derfor ingen innarbeidet tradisjon for kommunal lojalitet overfor staten. Kommunene ble oppfattet som autonome, men hadde samtidig begrenset operativ kraft. De fikk de i økende grad, og på flere måter. De overtok ofte ansvaret for tiltak som frivillige organisasjoner i utgangspunktet hadde skapt, de realiserte ambisiøse ideer som utfordret staten kraftig, men som senere ble gjennomført av den samme staten (spesielt trygdeordninger), og påtok seg ansvar for å gjennomføre statlig politikk (Nagel, 1991). Framfor alt ble kommunene helt avgjørende i å forsterke statlig velferdspolitik, gi den konkret innhold og i å holde den sentrale staten ansvarlig og forpliktet til å følge opp. Prosessen var fra første stund tveegget og til tider motsetningsfull. Kommunene ønsket seg og tok imot alt de kunne få tilgang til av statlige ressurser og ansvar, men inntok en sterkt «konservativ» holdning til det meste som hadde med inngrep i lokal eiendomsrett og selvråderett å gjøre. Den skeptiske vokterrollen som ble inspirert av kommunenes «konservatisme», fikk en identitetsdannende effekt på det lokale folkestyret (Stenius, 2010; Vike, 1996).

Kommuneinstitusjonens rolle som en forhandlingsarena overfor en ekspanderende statsmakt bidro også til at den nærmest fra første stund la vekt på å representere lokale interesser. Som vi har vært inne på ovenfor var det sosiale grunnlaget for denne representasjonen en høy grad av individuell autonomi og få veletablerte og entydige lojalitetsformer. «Det gamle bondesamfunnet», som det het inntil ganske nylig, var i realiteten mer komplekst enn det som ofte antas. Selv om befolkningen i Norge kulturelt sett var ganske homogen, var identitetskonflikter til stede i rikt monn og den sosiale strukturen temmelig mangfoldig og sammensatt. Bønder flest var involvert i veldig mye annet enn selvforsyningsjordbruk, og deres næringsinteresser ble speilet i politiske interessebrytninger som gikk langs flere akser samtidig (Barnes, 1954). Det handlet om frustrasjon over tilfeldig skattlegging og privatpraktiserende futer og embetsmenn, men også om priser, kontrakter og handelsfrihet samt om bøndernes relasjoner til hverandre (for eksempel knyttet til eiendom, næringsrettigheter, arv, naboskap, allmenninger osv.) (Rian, 1995). Kommunene ble blant annet derfor komplekse institusjoner som ivaretok mange funksjoner samtidig. De var arenaer for dannelse av tillits-

og representantrelasjoner, fellesinteresser i relasjon til staten, organiseringen av tjenester og ikke minst gjensidig sosial kontroll (Stenius, 2010). Dette utgjør avgjørende forutsetninger for at kommunene senere kunne håndtere så komplekse utfordringer som dem vi forbinder med det fine og presise begrepet velferdskommunen (Nagel, 1991).

Universalismens opphav

Ingen av disse funksjonene hadde sitt opphav i kommuneinstitusjonen alene. De var delvis inspirert av etablerte former for gjensidighet blant lokalbefolkningen. Et sentralt kjennetegn ved denne gjensidigheten var at den utviklet seg fra en grunnleggende, felles utfordring: knapphet på arbeidskraft (Dyrvik, 1979). Å låne hverandre arbeidskraft ble derfor spesielt viktig i norske bygder. Gjensidigheten som ble utviklet for å gjøre dette mulig, inspirerte det vi kan kalle dugnadsmoralens sosiale logikk (Rian, 1995). Den synes å ha fått direkte innflytelse på hvordan det moderne organisasjonslivet utviklet seg på noe som er spesielt for de nordiske land. Universalismeprinsippet er som sagt kanskje en spesielt god illustrasjon på dette. Det frivillige organisasjonslivet som for alvor utviklet seg i intenst tempo i siste del av 1800-tallet, ble svært uniformt (Hagemann, 1995). Grunnmodellen var medlemsorganisasjoner basert på et eller annet felles sett av interesser, noen felles aktiviteter, formelt bindende prosedyrer for representasjon og daglig drift, et forpliktende program, og et system av lokalforeninger bundet sammen under en nasjonal paraply. Alle som ikke tilhørte de ypperste elitene i samfunnet, visste at muligheten for å vinne innflytelse var avhengig av å mobilisere medlemmer bak saker. Mange av disse organisasjonene var ytterst hybride og mangfoldige. Norske Kvinners Sanitetsforening og flere andre kvinneforeninger er relevante eksempler. De hadde et sosialpolitisk formål (folkehelse og opplysning var typisk) og søkte å påvirke politiske myndigheter, men drev samtidig praktisk eksperimentering med utvikling av velferdsordninger lokalt, ikke minst for å lette kvinners omsorgsbyrder – og de jobbet samtidig under en høyere åndelig himmel. De drev barnehager og organiserte eldreomsorg blant mye annet. Selv om tjenestene de utviklet selvsagt ikke ble tilgjengelige for alle, var de verken velledige, markedsbasert eller på annen måte statusavhengige. Tjenestene var,

som dugnaden, inklusive og i prinsippet universelle (Lorentzen & Dugstad, 2011). Prisen var kapasitetsutfordringer, men gevinsten var rekruttering av flere medlemmer og større organisatorisk kraft. Denne praksisen var uttrykk for en allmenn modell som ble brukt selv i kommuner der det eksisterte store sosiale forskjeller mellom for eksempel storbønder og husmenn, og hvor den var i ferd med å bli sementert som en dypere form for standsforskjell (Nordby, 2005).

Det frivillige organisasjonslivet ble usedvanlig inklusivt ikke minst fordi medlemsorganisasjonene i svært høy grad ble politiske. Ikke alle var politiske organisasjoner primært, selvsagt, men langt de fleste la vekt på å søke politisk innflytelse for å fremme ideologiske visjoner knyttet til opplysning, folkehelse, likestilling, større likhet, bedre rettigheter for visse grupper og så videre. Det ble derfor et nært slektskap mellom måten de politiske partiene og det øvrige organisasjonslivet fungerte på, og de var sterkt overlappende. «Folkebevegelsene» er en mye brukt betegnelse om dette aspektet ved politisk kultur i Norden (Stråth, 2017). De tok deler av dugnadskulturen opp i seg. Dette skjedde ikke bare i helt bokstavelig forstand – de gjennomførte ofte dugnad for å bygge foreningshus og skaffe inntekter – men også indirekte. Tillitsvalgte ble ikke sjelden rekruttert fra sjiktet av «ildsjeler», som i kraft av sin atferd hadde vist at de tok forpliktelsen overfor fellesskapet på alvor. De vant anerkjennelse for å yte en ekstra innsats (Selle, 2013). Det spilte ofte ikke så stor rolle at de som tillitspersoner ikke nødvendigvis var de mest artikulerte, utdannede og kunnskapsrike, for hovedpoenget var at de representerte fellesskapet snarere enn å lede det (Vike, 2012). Dette trekket var kanskje ikke så vanlig i venstrebevegelsen, men det ble spesielt tydelig i arbeiderbevegelsen. Der var kravet til forpliktende representasjon spesielt sterkt (Savage, 2005), og tidlig ble det en praksis i Arbeiderpartiet at kommunestyrerepresentanter fikk bundet mandat av medlemsmøtet i alle viktige saker. Det var også i mange tilfeller utenkelig at folk uten lang fartstid og solid demonstrasjon av innsats kunne aspirere til lederfunksjoner. De fleste som har deltatt i eller observert møter i norske kommunestyre, har registrert at retorisk eleganse, til tross for at den selvsagt forekommer, ikke er hovedvilkåret for tillit, slik utdanning og sosial status heller ikke er det.

Er det mulig å lære av historien?

Den norske velferdsstaten er uten tvil en av de mest ambisiøse stater verden så langt har sett. Andre stater som har forsøkt å realisere noe lignende, har endt i tragedie (jf. Sovjet-kommunismen). I dette lyset er det verdt å ha i mente at den norske «staten» – forstått som et institusjonelt, avgrenset apparat som er kontrollert av økonomiske, politiske og administrative eliter med distinkte styringsinteresser – inntil helt nylig knapt har eksistert. «Staten» har – igjen, inntil nylig – bestått av allianser med forankring i bred representasjon, og har i svært høy grad forvaltet interesser med opphav utenfor seg selv, så å si. For å gjøre dette har «den» vært avhengig av å støtte seg på institusjoner med selvstendig innflytelse over hvordan politikk skal gjennomføres, og som har hatt et mandat til å forhandle om betingelsene (Knudsen & Rothstein, 1994; Kumlin, 2004).

Når offentlige institusjoner ikke lenger håndteres som arenaer for maktbalanse, men i økende grad som instrumenter for en sentral makt, får dette store konsekvenser (Siltala, 2013). En sentralmakt som ikke lenger utfordres avgjørende fra instanser utenfor seg selv, utvikler raskt sine egne interesser. Norsk politisk historie er framfor alt en historie om hvordan denne tendensen har vært holdt i sjakk. Offentlige institusjoner har vært forholdvis åpne, flate, tilgjengelige, påvirkbare og med begrensede muligheter til å skape omfattende ydmykelse over en lav sko.

I et komparativt perspektiv er det bemerkelsesverdig at den norske velferdsstaten (eller «Den nordiske modellen» mer allment) har en så sterk lokal forankring, og at svært mye av befolkningens møte med «velferdsstaten» skjer innenfor rammen av små og lokale tjenesteytende institusjoner. Inntil relativt nylig har disse institusjonene vært preget av en relativt høy grad av autonomi – i tilbakeblikk er det som sagt lett å se at velferdsstaten i det meste av sin vekstperiode har vært preget av svak styring (Vike, 2004). Dette har i sin tur hatt store konsekvenser for måten «grasrotbyråkratiet» har tilpasset seg den institusjonelle økologien som utviklet seg i denne samfunnsformen. Profesjonelle tjenesteytere har ikke bare vært relativt autonome, slik kommunene også har vært, men har også knyttet sammen byråkratiske funksjoner med den konkrete tjenesteytingen (Papakostas, 2001). De har utformet en eiendommelig dobbeltrolle som funksjonærer for staten på den ene siden med en funksjon som advokat for brukere på den andre. I dette ærendet har

de vært pionerer og stifinnere i tilpasning av tjenestene i henhold til individuelle behov (Vike et al., 2016). I denne sammenhengen er det også interessant å merke seg at relasjonen mellom tjenesteytere og befolkningen har vært eksepsjonelt tett. Den norske velferdsstaten er spesielt tjenesteintensiv. For alle som er interessert i spørsmålet om hvorfor ikke denne typen stat har skapt en mer omfattende opplevelse av fremmedgjøring i relasjon til et overbyråkratisert offentlig apparat, er det nødvendig å ta denne erkjennelsen i betraktning (Sennett, 2003).

Hva er det som gjør at befolkningen har et forholdsvis tillitsfullt forhold til velferdsstaten og ønsker å støtte den? (Barth et al., 2015, 2014). Det kan være fruktbart å nærme seg dette spørsmålet langs tre akser. Tilliten til «staten», det offentlige, demokratiske institusjoner og politiske representanter utgjør den første av disse. Den andre angår det vi kaller horisontal tillit, altså den vi kan observere i relasjoner mellom borgere, frivillige organisasjoner og samfunnsgrupper (Sivesind & Helle, 2010). Den tredje – som ofte har vært oversett i studier av velferdsstatens sosiologi – er statens tillit til befolkningen. Alle disse tre aksene har med gjensidighet å gjøre. Sosial gjensidighet handler om hvordan parter som er involvert i sosial samhandling, utvikler forpliktelser som går begge veier, og som hviler på en viss grad av enighet om normene og moralen som ligger til grunn for dem. Partene forstår denne gjensidigheten som en slags moralsk kontrakt der begge yter noe og får noe tilbake. Det følger av dette at begge investerer noe i relasjonen og opplever at de sannsynligvis begge vil tape på at den opphører. Derfor fører de normalt et slags moralsk tilsyn med at de gjensidige forpliktelsene opprettholdes og balanserer hverandre, og eventuelle endringer i relasjonen gjøres til gjenstand for forhandling på dette grunnlaget (Gotaas, 2020).

Flere kapitler i denne boken tematiserer endringer i velferdsstatens styringsformer og -teknikker. Uansett hva vi måtte velge å kalle disse («nyliberale», «New Public Management» e.l.), har de noen klare fellestrekk. De bygger for det første på en ambisjon om å etablere et presist kunnskapsgrunnlag om hva som virker best, når og hvor, og for det andre legger de til rette for å realisere politisk vilje og administrativ autoritet mest mulig effektivt. Begge disse aspektene handler om å bruke ressurser mest mulig effektivt, og om å målrette innsatsen, og de har videre som forutsetning at målrealiseringen legitimerer middelet. Alt dette innebærer nødvendigvis en sentralisering av makten til å definere problemene som skal løses og hvordan. Det

innebærer samtidig at iverksettingen av politikk samtidig blir avpolitisert og «nøytral». Offentlige institusjoner blir, som påpekt ovenfor, iverksettere av bestilte prosesser og resultater, og dette inkluderer fagfolk på alle nivå. Det er liten tvil om at dette bidrar til effektivitet i en eller annen forstand, men det store spørsmålet er etter vår oppfatning: Til hvilken pris? (Siltala, 2013).

For det første: I praksis begrenses effektiviteten i de fleste tilfeller av at bruken av evidensbasert kunnskap ikke tar hensyn til at sammenhengene den kommer til anvendelse i, er så varierte at de bryter med forutsetningene for denne kunnskapen (Ekeland, 2011; Vohnsen, 2017). Effektene av bruken av evidensbasert kunnskap er derfor ofte kortvarige og gjelder primært på smale og høyt spesialiserte felt. For det andre: Styringstransformasjonen vi skissemessig har beskrevet her, innebærer en vesentlig transformasjon i utøvelse av politisk og administrativ makt. At feilkildene florerer, slik at både kunnskapen som legges til grunn og midlene som brukes kan vise seg å være «feil», er ikke nødvendigvis det viktigste. Enda mer problematisk er det sannsynligvis at det i realiteten omgjør staten til et apparat som ikke lenger er gjenstand for rasjonell korreksjon (Graeber, 2015). Når alle som er i posisjon til det er bundet opp av personlig lojalitet til ledere som er forpliktet til å gjennomføre en ordre, er alle prisgitt at de som sitter lengst fra tjenestene, har rett og at deres interesser til enhver tid sammenfaller perfekt med tjenesteyternes og brukernes behov (Scott, 1998) – og det gjør de i realiteten ytterst sjelden. Prinsippet om at bestilleren per definisjon alltid vet best, er etter vår oppfatning både farlig, ulogisk og upraktisk (Collins, 2011). Fra et tjenestemottaker- og tjenesteyterperspektiv betyr det ikke nødvendigvis mye at bestilleren mener at tjenestene er «effektive», «riktige» for oss og/eller «gode nok» hvis de opplever at de faktisk oppleves som ydmykende, utilgjengelige eller utilstrekkelige (Fukuyama, 2014). Bestilleren kan anmodes om å lytte og til å endre syn og praksis, men har alle muligheter til å avslå. Den store NAV-skandalen som ble avdekket høsten 2019, kan forstås i dette lyset, og er i den forstand enkel å forklare. De harde (lovstridige) tiltakene som ble rettet mot «misbrukere» av trygdeytelser, var ikke bare et uttrykk for at den sentrale staten søker å oppnå en sterkere kontroll av enkeltmennesker, deres handlinger og deres moral. Tiltakene var samtidig et resultat av at politiske bestillinger har en tendens til å politisere lederes avgjørelser og forme byråkratisk og profesjonell praksis. Det hersker liten tvil om at ansatte i NAV i denne prosessen ble gjort ute av stand til å utøve skjønn, etablere relasjo-

ner og korrigerer tabber på vegne av den sentrale ledelsen – som i prinsippet hadde rett helt til skandalen var et faktum. Vi er redd for at denne dynamikken i økende grad også har fått en rolle å spille i relasjonen mellom den sentrale staten og kommunene. Erfaringer med manglende kommunale tjenester blir rett og slett motsagt av statlige myndigheter, som oftest med den begrunnelsen at kommunene kan strekke til hvis de vil.

Transformasjoner

Velferdsstatens tjenester er i sterk (kanskje dramatisk) endring. På område etter område endrer de innhold og form. På tjenestenivået arter dette seg som en transformasjon av universalismen. På område etter område gjøres tjenestene mindre tilgjengelige, innholdsmessig «tynnere» og mer behovsprøvde. Vi vet at denne utviklingen stiller velferdsstatens legitimitet på prøve, men få synes å ta oppgaven med å undersøke dette virkelig på alvor.

Folk flest tenker neppe mye på «universalisme». Men de har sannsynligvis en sterk forventning om at offentlige tjenester skal være tilgjengelige for alle, uavhengig av lommebok, status, kjønn, alder og bosted. De er også vant med, og tar kanskje for gitt, at det skal være enkelt å få tilgang til tjenester de opplever at de har behov for og rett på. Dessuten forventer de trolig at de skal kunne ha et ord med i laget når de tilpasses den enkeltes behov. Men på område etter område er disse forventningene ikke lenger særlig realistiske. Det er blitt stadig viktigere å være i stand til å kjempe om tilgangen på offentlige tjenester, og det er ikke en urimelig antakelse å gå ut fra at vi beveger oss i retning av et slags «konkurrerende borgerskap».

Hvis vi antar at et vesentlig grunnlag for velferdsstatens legitimitet i befolkningen tradisjonelt har vært at det har vært forholdsvis enkelt å påvirke den, få tjenesteutøvere i tale og ha et ord med i laget når tjenestene utformes, er ikke dette en triviell observasjon (Vohnsen, 2017). Hvis vi ser nærmere på den norske velferdsstatens eksepsjonelle ekspansjonsperiode fra 1960-årene og fram til omkring 2000, ser vi at dette ikke primært dreide seg om «brukerorientering» som en ledelsesstrategi, men om en ytterst desentralisert institusjonell orden der makten til å forhandle om vilkår for tjenesteutøving var svært spredt (jf. diskusjonen om autonomi ovenfor). Påvirkningsmulighetene er nå dramatisk redusert, og som brukere er vi i langt større grad prisgitt

betingelser som det er opp til store institusjoner å avgjøre om de finner det for godt å gjøre noe med (Du Gay, 2000). I dette lyset er det ikke irrelevant at det historiske eksemplet som ligner mest på det ambisiøse norske/nordiske velferdsstatsekspperimentet, er Sovjetunionen.

Velferdsstatens omfattende sentralisering gir utvilsomt noen gevinster (mer ressurskontroll og muligens større likhet i tjenestetilbudet på enkelte områder), og den er kanskje forenlig med den tilsynelatende enerådende ambisjonen om å videreføre ekspansjonen. Men det store spørsmålet er kanskje hva den betyr i relasjon til en gradvis utvikling av en sterkere rasjonering av tjenester som samtidig får stadig flere betingelser knyttet til seg. Spørsmålet er også svært aktuelt hvis vi ser det i sammenheng med førstelinjefesjonenes rolle i velferdsstaten. Så langt ser vi relativt klare tendenser til at det ikke er politiske myndigheter selv, med mer eller mindre individualiserte profesjonsutøvere som lojalt og i det stille administrerer rasjoneringen av velferdstjenester – mens myndighetene (gjennom tilsyn og i rollen som advokater for misfornøyde brukere) gir uttrykk for sjokkartet overraskelse når de får kunnskap om det (Vike et al., 2002).

Til grunn for resonnementet ovenfor ligger en antakelse om at den norske velferdsstaten, slik den framstår i vår tid, har utviklet to motstridende former for universalisme. Den første er radikal og har vært dominerende langt inn i vår egen tid, og dreier seg om en ambisjon om å la politikken følge behovene uten sterke vilkår. Denne universalismen står i dag i fare for å bli diskreditert, og er i ferd med å bli erstattet av det vi velger å kalle betinget universalisme. Betinget universalisme innebærer ikke en avvikling av offentlige tjenester, men av en gradvis og systematisk innføring av behovstesting der den enkelte av oss underlegges en vurdering i henhold til hvor lite vi kan klare oss med. Samtidig innebærer den en konkurranse mellom ulike grupper av tjenestemottakere som må kjempe seg imellom om tilgang til tjenester de alle formelt har rett på, men som tjenesteyterne mangler kapasitet til å imøtekomme.

Referanser

- Anderson, A.N. (1996). *Ecologies of the heart: emotion, belief, and the environment*. Oxford University Press.
- Aronsson, P. (1997). Local Politics – The Invisible Political Culture. I Ø. Sørensen & B. Stråth (Red.), *The cultural construction of Norden* (s. 172–206). Scandinavian University Press.
- Bagge, S. & Mykland, K. (1993). *Norge i dansketiden 1380–1814*. Cappelen.
- Bagge, S.H. (2019). *State formation in Europe, 843–1789: a divided world*. Routledge.
- Baldwin, P. (1990). *The politics of social solidarity. Class bases of the European welfare state 1875–1975*. Cambridge University Press.
- Barnes, J.A. (1954). Class and committees in a Norwegian island parish. *Human Relations*, 7(1), 39–58.
- Barth, E., Finseraas, H. & Moene, K. (2015). Political reinforcement: how rising inequality curbs manifested welfare generosity. *American Political Science*, 59(3), 565–577.
- Barth, E., Moene, K. & Willumsen, F. (2014). The Scandinavian model – an interpretation. *The Journal of Public Economics*, 127, 17–29.
- Bendixsen, S., Bringslid, M.B. & Vike, H. (2017). *Egalitarianism in Scandinavia: historical and contemporary perspectives*. Springer International Publishing AG.
- Brandal, N., Bratberg, Ø. & Thorsen, D.E. (2013). *The Nordic model of social democracy*. Palgrave Macmillan.
- Brunsson, N. (2006). *Mechanisms of hope: maintaining the dream of the rational organization*. Copenhagen Business School Press.
- Collins, R. (2011). Patrimonial alliances and failures of state penetration: a historical dynamic of crime, corruption, gangs, and mafias. *The Annals of the American Academy of Political and Social Sciences*, 636(1), 16–31.
- Du Gay, P. (2000). *In praise of bureaucracy: Weber, organization, ethics*. Sage.
- Dyrvik, S. & Feldbæk, O. (1996). Mellom brødre 1780–1830. I K. Helle (Red.), *Norges historie*. Aschehoug.
- Dyrvik, S. (1979). *Norsk økonomisk historie 1500–1970* (3. utg., Bd. 1). Universitetsforlaget.
- Ekeland, T.J. (2011). Klinisk autonomi i evidensens tid. Styringspolitiske utfordringer for klinisk praksis. *Tidsskrift for Samfunnsforskning*, 14, 2–14.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Polity Press.
- Fukuyama, F. (2014). *Political order and political decay: from the industrial revolution to the globalisation of democracy*. Profile books.
- Furre, B. (1991). *Vårt hundreår: Norsk historie 1905–1990*. Samlaget.
- Gellner, E. (1995). *Nations and Nationalism*. Blackwell Publishing.
- Giddens, A. & Diamond, R. (2005). *The new egalitarianism*. Polity Press.
- Gotaas, N. (2020). «Takk for tilliten»: Gjensidighet, transformasjon og rituell grammatikk i selvorganiserte selvhjelpsgrupper [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo]. DUO Viten arkiv. <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-83321>

- Graeber, D. (2015). *The utopia of rules: on technology, stupidity, and the secret joys of bureaucracy*. Melville House.
- Grønlie, T. (1991). Velferdskommunen. I A.-H. Nagel (Red.), *Velferdskommunen: kommunenes rolle i utviklingen av velferdsstaten*. Alma Mater.
- Hagemann, G. (1995). *Det moderne gjennombrudd 1870–1905: Aschehougs Norgeshistorie* (Bd. 9). Aschehoug.
- Halvorsen, K., Stjernø, S. & Øverbye, E. (2019). *Innføring i helse- og sosialpolitikk* (7. utg.). Universitetsforlaget.
- Hobsbawm, E.J. (1994). *Age of extremes: The short twentieth century 1914–1991*. Michael Joseph.
- Kildal, N. & Kuhnle, S. (2005). The Nordic welfare model and the idea of universalism. I N. Kildal & S. Kuhnle (Red.), *Normative foundations of the welfare state: The Nordic experience*. Routledge.
- Kildal, N. (2013). Den norske velferdsstaten: Fra sosiale til kontraktsbaserte rettigheter. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 16(2), 87–95.
- Knudsen, T. & Rothstein, B. (1994). State building in Scandinavia. *Comparative Politics*, 26(2), 203–220.
- Knudsen, T. (2000). Innledning. I T. Knudsen (Red.), *Den nordiske protestantisme og velfærdsstaten* (s. 7–20). Aarhus Universitetsforlag.
- Kumlin, S. (2004). *The personal and the political: how the personal welfare state experiences affect political trust and ideology*. Palgrave Macmillan.
- Lorentzen, H. & Dugstad, L. (2011). *Den norske dugnaden*. Høyskoleforlaget.
- Masdalen, K.O. (2020). *Bondesamfunn og bondeopposisjon på Agder i overgangen mellom seinmiddelalder og tidlig nytid, ca. 1480–1615*. Cappelen Damm Akademisk.
- Myhre, K.E. (2017). *Norsk historie 1814–1905: Å bygge en stat og skape ein nasjon*. Samlaget.
- Næss, H.E., Hovland, E., Grønlie, T., Baldersheim, H. & Danielsen, R. (1987). *Folkestyre i bygd og by: Norske kommuner gjennom 150 år*. Universitetsforlaget.
- Nagel, A.-H. (1991). *Velferdskommunen: Kommunenes rolle i utviklingen av velferdsstaten*. Alma Mater.
- Nordby, G. (2005). *Drangedal 1900–2000: Utvikling og kulturhistorie*. Drangedal kommune.
- Papakostas, A. (2001). Why is there no clientelism in Sweden? I S. Piattoni (Red.), *Clientelism, interests, and democratic representation: The European experience in historical and comparative perspective* (s. 31–54). Cambridge University Press.
- Park, G. (1998). *The Mark Of Power. Helgeland and the Politics of Omnipotence*. Newfoundland: Institute of Social and Economic Research.
- Pedersen, S.A. (2014). Juvelen i Telemarks næringsliv 1550–1800. I Ø. Rian (Red.), *Telemarks historie* (Bd. 1, s. 305–335). Fagbokforlaget.
- Rian, Ø. (1995). *Den nye begynnelsen: 1520–1660* (Bd. 5). Aschehoug.
- Savage, M. (2005). The popularity of bureaucracy: Involvement in voluntary associations. I P. Du Gay (Red.), *The values of bureaucracy* (s. 309–335). Oxford University Press.

- Scott, J.C. (1998). *Seeing like a state: How certain schemes to improve the human condition have failed*. Yale University Press.
- Seip, A.L. (1992). *Velferdsstatens utvikling: Trangen til trygghet og en ny rasjonalitet*. Notam.
- Sejersted, F. (1993). *Demokratisk kapitalisme*. Universitetsforlaget.
- Sejersted, F. (2005). *Sosialdemokratiets tidsalder: Norge og Sverige i det 20. århundre*. Pax.
- Selle, P. (2013). Refleksjoner kring medlemsmodellens betydelse. I L. Trägårdh (Red.), *Civilsamhället klämt mellan stat och kapital: Välfärd, mångfald, framtid* (s. 49–63). SNS förlag.
- Sennett, R. (2003). *Respect in a world of inequality*. W.W. Norton & Company.
- Siltala, J. (2013). New Public Management: The evidence-based worst practice? *Administration & Society*, 45(4), 468–493.
- Sivesind, K.H. & Helle, P. (2010). Civil society in the Nordic countries: Between displacement and vitality. I H. Stenius & R. Alapuro (Red.), *Nordic associations in a European perspective*. Nomos.
- Slagstad, R. (1998). *De nasjonale strateger*. Pax.
- Sørensen, Ø. & Stråth, B. (1997). *The cultural construction of Norden*. Scandinavian University Press.
- Stenius, H. (2010). Nordic associational life in a European and an inter-Nordic perspective. I H. Stenius & R. Alapuro (Red.), *Nordic associations in a European perspective*. Nomos.
- Stråth, B. (2017). The cultural construction of equality in Norden. I S. Bendixsen, M.B. Bringslid & H. Vike (Red.), *Egalitarianism in Scandinavia: Historical and contemporary perspectives* (s. 47–64). Palgrave Macmillan.
- Tilly, C. (1991). *Coercion, capital, and European states AD 990–1990*. Basil Blackwell.
- Titmuss, R. (2000). Universalism versus selection. I C. Pierson & F. Castles (Red.), *The welfare state reader* (s. 42–51). Polity Press.
- Trägårdh, L. (2008). Det civila samhällets karriär som vetenskapligt och politiskt begrepp i Sverige. *Tidsskrift for Samfunnsforskning*, 49(4), 575–594.
- Vea, J. (2006). To kulturer: En komparativ undersøkelse av det vestnorske og nordnorske kystsamfunnet. Fiskerihistorisk årbok.
- Vike, H. (1996). *Conquering the unreal: Politics and bureaucracy in a Norwegian town* [Doktorgradsavhandling, University of Oslo].
- Vike, H. (2004). *Velferd uten grenser: Den norske velferdsstaten ved veiskillet*. Akribe forlag.
- Vike, H. (2012). Varianter av vest-europeiske statsformasjoner – Utkast til en historisk antropologi. *Norsk Antropologisk Tidsskrift*, 23(2), 126–142.
- Vike, H. (2013). Egalitarianisme og byråkratisk individualisme. *Norsk Antropologisk Tidsskrift*, 24(3–4), 181–193.
- Vike, H. (2018a). *Politics and bureaucracy in the Norwegian welfare state: an anthropological approach*. Palgrave Macmillan.
- Vike, H. (2018b). Street-level bureaucracy in municipal worlds. I F. Engelstad & H. Byrkjeflot (Red.), *Bureaucracy and society in transition: Comparative perspectives* (Bd. 33) (Comparative Social Research). Emerald Publishing.

- Vike, H., Brinchmann, A., Haukelien, H., Kroken, R. & Bakken, R. (2002). *Maktens samvittighet: Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Gyldendal.
- Vike, H., Debesay, J. & Haukelien, H. (2016). *Tilbakeblikk på velferdsstaten: Politikk, styring og tjenester*. Gyldendal.
- Vohnsen, N. (2017). *The Absurdity of bureaucracy*. Oxford University Press.
- Witoszek, N. (1997). Fugitives from Utopia. The Scandinavian enlightenment reconsidered. I Ø. Sørensen & B. Stråth (Red.), *The cultural construction of Norden* (s. 72–91). Scandinavian University Press.

Reiersen, J. & Torp, S. (2022). Hvorfor har vi små inntektsforskjeller i Norge – og betyr det noe for folkehelsen? I H. Vike, B. Karlsson & R. Sundet (Red.), *Velferdsstatens transformasjoner* (s. 50–79). Fagbokforlaget.
DOI: <https://doi.org/10.55669/oa200902>

2

Hvorfor har vi små inntektsforskjeller i Norge – og betyr det noe for folkehelsen?¹

Jon Reiersen & Steffen Torp

Innledning

Norge har forholdsvis små inntektsforskjeller i internasjonal sammenheng. Hva har bidratt til å skape denne situasjonen, og betyr de små inntektsforskjellene noe for den norske folkehelsen? Dette er spørsmål vi forsøker å besvare i dette kapittelet.

Forskningen som har vært opptatt av forholdet mellom folkehelse og økonomi, viser ikke overraskende at helsetilstanden er langt bedre i rike land enn i fattige land. I rike land har den enkelte bedre muligheter til å ta vare

1 Takk til Kristin Briseid, Liv Kirsti Brunstad, Joachim Thøgersen og Gry Tengmark Østenstad for svært gode kommentarer til tidligere versjoner av kapittelet. Takk også til Halvard Vike og Rolf Sundet for god hjelp og nyttige innspill underveis i arbeidet med kapittelet.

på sin egen helse. Rike land har dessuten mer ressurser og derfor ofte bedre helsevesen som både kan forebygge og behandle helseutfordringer. Ser vi på forholdene internt i land, har også inntekt stor betydning for folks helse. Tendensen er at høy inntekt samvarierer med god helse. Dette gjelder både for rike og fattige land. De som har dårlig økonomi, rammes for eksempel i større grad av overvekt, psykiske lidelser, muskel- og skjelettplager og røykerelaterte sykdommer. Mer velstående mennesker lever også i gjennomsnitt lenger.²

At det eksisterer til dels store sosiale forskjeller i helse, er velkjent og vel-dokumentert.³ Det er også forskning som peker i retning av at det er inntekt-sulikhet i seg selv som skaper helse- og sosiale problemer. Ifølge Wilkinson og Pickett (2009, 2018) er de sosiale problemene større, og folkehelsen dårligere, der forskjeller i inntekt er størst. De viser til at land med små inntektsforskjeller, slik som Norge, blant annet har færre tenåringsfødsler, mindre rusavhengighet, mindre mentale lidelser og færre overvektige enn land med større inntektsforskjeller. Sammenhengen mellom inntektsforskjeller og helse er imidlertid kompleks og sammensatt, og det er mange metodiske utfordringer knyttet til å fastslå hvordan inntektsforskjeller og helse egentlig henger sammen.⁴ Likevel er det norske Folkehelseinstituttet også opptatt av å slå fast at mindre forskjeller i inntekt har stor betydning for å redusere sosiale forskjeller i helse – sammen med utjevning av fysisk og sosialt miljø, utdanning og levevaner (Folkehelseinstituttet, 2018).

I tillegg til hensynet til folkehelsen er det også flere andre gode grunner til å være opptatt av inntektssulikhet. Flere toneangivende samfunnsforskere peker på at stadig økende forskjeller i inntekt er blant de største samfunnsutfordringene vi står overfor i dag.⁵ I den mye omtalte boken *Capital in the Twenty-First Century* hevder den kjente franske økonomen Thomas Piketty for eksempel at mange land nå ser ut til å være på vei tilbake til 1800-tallets inntektsfordeling da en liten overklasse kontrollerte størsteparten av inntek-

2 Et eksempel som ofte trekkes fram, er at det er opp til åtte års forskjell i forventet levealder for menn mellom bydeler på Oslo øst og Oslo vest (Folkehelseinstituttet, 2018).

3 Se Øversveen og Rydland (2021) for en god oversikt over norsk og internasjonal forskning på sosiale forskjeller i helse.

4 Se for eksempel Bergh et al. (2016) og referanser som de gir.

5 Se for eksempel Stiglitz (2012), Therborn (2013), Atkinson (2015), Kotler (2015), OECD (2015), Alvaredo et al. (2017), Boushey (2019), Saez og Zuckman (2019) og Sandbu (2020).

tene i samfunnet, og der arv og formue var helt avgjørende for menneskers livsjanser (Piketty, 2014).

OECD (2015) slår følge med Piketty (2014) og viser til at inntektsforskjellene i vestlige industriland aldri har vært større siden organisasjonen startet sine målinger. OECD er ikke bare bekymret for at stor ulikhet er et hinder for fortsatt økonomisk utvikling og vekst. De går også langt i å hevde at fortsatt økende inntektsulikhet er en trussel mot hele samfunnsstrukturen ved at sosiale konflikter tiltar, tilliten til sentrale samfunnsinstitusjoner svekkes og oppslutningen om fellesskapsløsninger forvitrer.⁶ Det er også forskning som peker i retning av at den skjeve fordelingen av inntekt og formue vi ser i mange land, er helt i utakt med innbyggernes ønsker (Norton & Ariely, 2011; Kiatpong-san & Norton, 2014; Reiersen, 2021).

Med dette som bakteppe er det viktig å få fram at sammenlignet med de fleste andre land har Norge moderate inntektsforskjeller. Det har vært en tendens til økende ulikhet også i Norge de siste årene, men fra et forholdsvis lavt nivå (Aaberge & Modalsli, 2014; Halvorsen & Stjernø, 2021). Hovedbildet er fortsatt at Norge har moderate inntektsforskjeller i internasjonal sammenheng. Lønnsforskjellene er mindre i Norge enn i mange andre land, og Norge har i tillegg en stor og velutviklet velferdsstat som også medvirker til utjevning av inntekt. Hva har bidratt til at Norge har endt opp med små inntektsforskjeller i internasjonal sammenheng? Hvorfor har vi mindre lønnsforskjeller enn de fleste andre land, og hvorfor omfordeler vi såpass mye som vi gjør i velferdsstaten? Og hva betyr de små inntektsforskjellene for den norske folkehelsen? Disse spørsmålene forsøker vi å besvare nedenfor.

Den norske fordelingsmodellen: Kortversjonen

La oss starte med å presentere kortversjonen av det vi kan kalle den norske fordelingsmodellen. Hva er hoveddriverne, eller makrodriverne, bak de relativt moderate inntektsforskjellene vi finner i Norge? I likhet med Barth et al. (2003) vil vi framheve to hoveddrivere: 1) Arbeidsmarkedet og hvordan lønningene fastsettes der, og 2) Velferdsstaten og hvordan denne bidrar til

6 Lignende bekymringer framheves også av Collier (2018) og Sandbu (2020).

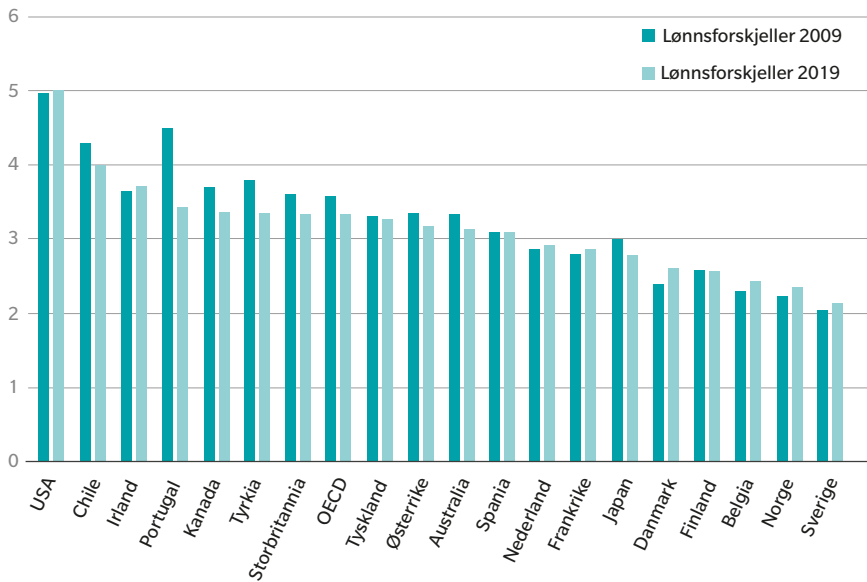
å omfordele inntekt ved at høyinntektsgrupper betaler mer skatt enn lavinntektsgrupper for å finansiere velferdsstatsgoder som alle kan nyte godt av, slik som utdanning, helse- og omsorgstjenester – i tillegg til ulike inntektssikringsordninger.

For de fleste er lønnet arbeid den viktigste kilden til inntekt gjennom livet. Lønn står for om lag 70 prosent av husholdningenes samlede inntekter i Norge. I de fleste land spiller lønnsforhandlinger en stor rolle for hvordan inntekter fra verdiskapingen fordeles mellom arbeidstakere og eiere, og mellom ulike grupper av arbeidstakere. I Norge har vi godt organiserte arbeidsliv. Mange bedrifter er organisert i ulike arbeidsgiverorganisasjoner og mange arbeidstakere er organisert i ulike fagforeninger. De ulike organisasjonene både på arbeidsgiver- og arbeidstakersiden er igjen tilsluttet sammenslutninger av arbeidstakerorganisasjoner (slik som LO) og sammenslutninger av arbeidsgiverorganisasjoner (slik som NHO). En slik organisering har lagt et grunnlag for at rammene for fordeling av verdiskapingen forhandles fram på et forholdsvis sentralt nivå i Norge. Norge har derfor det som gjerne omtales som sentrale og koordinerte lønnsforhandlinger.

Denne måten å organisere lønnsforhandlingene på har en rekke konsekvenser, blant annet at lønnsforskjellene i samfunnet tenderer til å bli mindre enn de ellers ville blitt. En viktig grunn til dette er at når lønnsforhandlinger foregår ute i den enkelte bedrift eller virksomhet, vil fagforeningene jobbe for å redusere lønnsforskjellene mellom ansatte i samme virksomhet, mens når lønnsforhandlingene foregår på samfunnsnivå (sentralt nivå), vil fagforeningene jobbe for å redusere lønnsforskjellene mellom ansatte på tvers av virksomheter, bransjer og yrker (Moene, 2009). Lønnssammenpressingen skjer litt enkelt sagt ved at en i lønnsoppgjørene forsøker å prioritere de i bunnen av inntektsfordelingen på bekostning av de på toppen – og dette skjer i hele økonomien. Resultatet blir at avstanden mellom toppen og bunnen i lønnsfordelingen reduseres. Ofte omtales dette som solidarisk lønnspolitikk. Uten en koordinert og sentralisert lønnsdannelse ville solidarisk lønnspolitikk, med etterfølgende utjevning av lønnsforskjeller, vært vanskelig å få til.

Figur 2.1 illustrerer at Norge har mindre lønnsforskjeller enn de fleste andre land. Figuren viser lønnsulikhet i utvalgte OECD-land målt som avstanden i lønn mellom de som har 10 prosent av lønnsinntektene over seg og de som har 10 prosent av lønnsinntektene under seg, også kalt forskjel-

len mellom 90. og 10. persentil. Vi ser at Norge, sammen med de andre nordiske landene og Belgia, har de minste lønnsforskjellene, mens USA har de største. Vi kan også legge merke til at i alle de nordiske landene, bortsett fra Finland, har lønnsforskjellene økt noe fra 2009 til 2019.



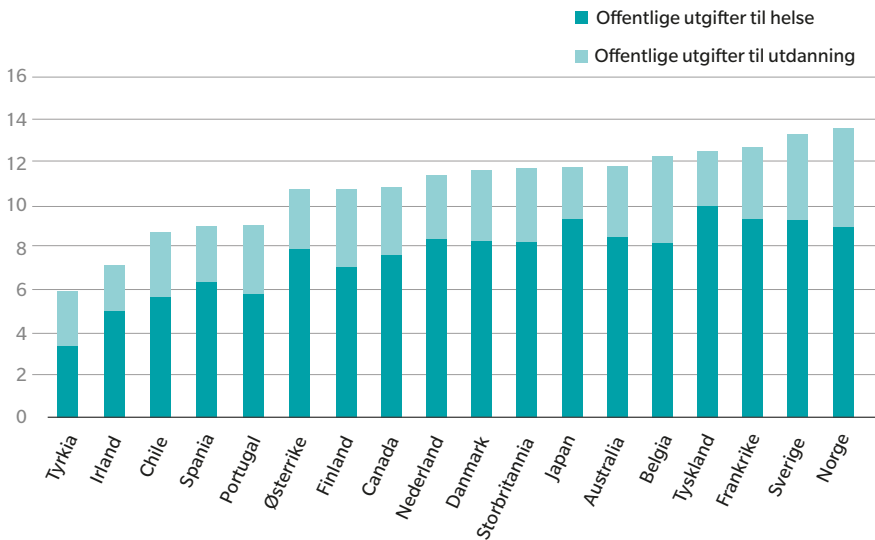
Figur 2.1 Lønnsforskjeller i OECD-land.

Note: Forholdet mellom øverste og nederste desillønn, timelønn i 2009 og 2019. Kilde: OECD.

De andre nordiske landene har, eller har hatt, tradisjon for sentralisert og koordinert lønnsdannelse – slik som Norge. Dette er en viktig forklaring på at de nordiske landene har mindre lønnsforskjeller enn de fleste andre land. Jo mer sentralisert og koordinert lønnsforhandlingene er, desto mindre tenderer lønnsforskjellene å bli. Dette er et mønster som går igjen i så å si alle vestlige land (Barth et al., 2003).⁷

⁷ Samtidig er det viktig å peke på at selv om Norge har mindre lønnsforskjeller enn mange andre land, så har vi til dels betydelige lønnsforskjeller. De 10 prosent med lavest lønn i Norge tjente i gjennomsnitt 23 170 kroner i måneden i 2017. Til sammenligning hadde de 10 prosent med høyest inntekt i gjennomsnitt en lønn på 88 800 kroner i måneden (Geier & Grini, 2018).

Den norske velferdsstaten er blant verdens mest omfattende og sjenerøse med hensyn til befolkningsdekning, nivå og varighet på ytelser og omfanget av tjenester. Sammen med Luxembourg topper Norge statistikken over de land som i absolutte tall bruker mest penger per innbygger på velferdsformål (Kuhnle, 2013). Det er ikke uten videre lett å sammenligne størrelsen på velferdsstaten i ulike land. Det er mange forslag til mål, som alle har sine styrker og svakheter. En kan for eksempel få en indikasjon på velferdsstatens størrelse ved å se på offentlige utgifter til utdanning og helse som andel av BNP, samtidig som en må være klar over at velferdsstaten består av langt mer enn dette. Ulike former for sosialtjenester og overføringer er også en viktig del av velferdsstaten, men disse ordningene er det vanskeligere å sammenligne på tvers av land. Av figur 2.2 ser vi at offentlige utgifter til utdanning og helse som andel av BNP er størst i Norge, tett etterfulgt av Sverige.



Figur 2.2 Offentlige utgifter til utdanning og helse som andel av BNP i 2019.

Kilde: EUROSTAT.

I Norge blir utgifter til helse- og undervisningstjenester i all hovedsak finansiert av skatter og avgifter. Det samme gjelder andre tjenester som velferdsstaten tilbyr, slik som overføringer til inntektssikring samt ulike omsorgs- og sosialtjenester. Skatter og avgifter påvirker inntektsfordelingen i samfunnet både direkte og indirekte. De påvirker inntektsfordelingen direkte ved at skattene på personinntekt er progressiv, det vil si at de med høy inntekt har en høyere skattesats enn de med lav inntekt. De med lav inntekt sitter dermed igjen med en høyere andel av inntekten sin etter skatt.

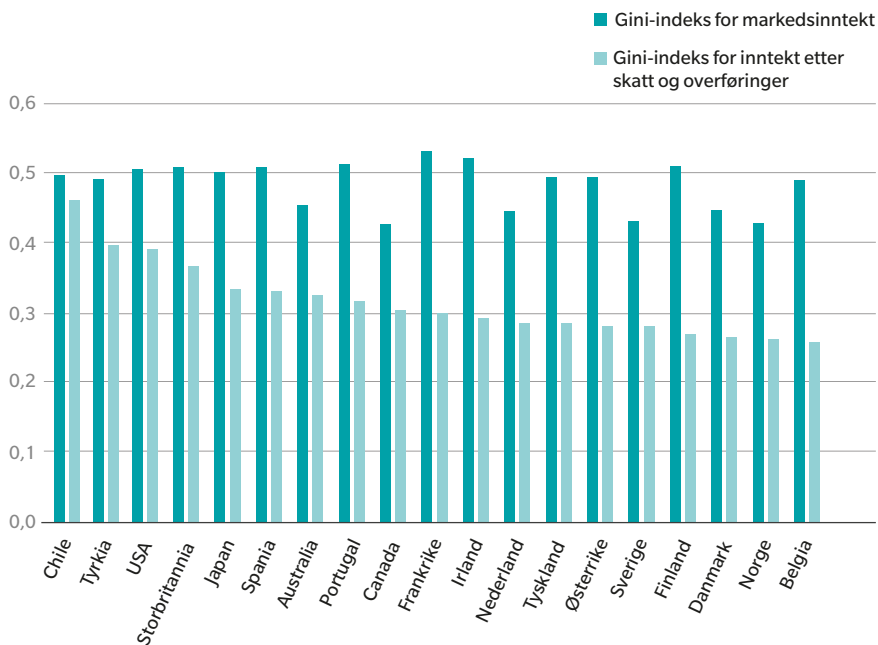
Skatter og avgifter påvirker også inntektsfordelingen indirekte ved at skatter og avgifter finansierer gratis eller sterkt subsidierte velferdstjenester som alle kan nyte godt av. Mulighetene til kjøp av varer og tjenester påvirkes ikke bare av inntekt etter skatt, men også av prisen på det en er avhengig av å kjøpe. Når for eksempel utdanning og helsetjenester er tilnærmet gratis i Norge, virker dette omfordelende, siden de med høyest inntekt finansierer mer av disse tjenestene gjennom sin skatteinnbetaling enn de med lavere inntekt. I Norge er det beregnet at ulikheten i disponibel inntekt faller med om lag 20 prosent når verdien av offentlig tjenesteproduksjon tas med (Aaberge et al., 2017, 2021).

Når det gjelder den direkte effekten skatter og avgifter har på inntektsfordelingen i samfunnet, så kan denne illustreres ved å betrakte forholdet mellom henholdsvis husholdningenes disponible inntekt og husholdningenes markedsinntekt. Markedsinntekt er inntekt før skatt (hvor lønnsinntekt selvfølgelig er viktig), mens disponibel inntekt er markedsinntekt minus skatt pluss overføringer fra det offentlige. Uten skatter, avgifter og overføringer ville markedsinntekt og disponibel inntekt vært identisk.

Figur 2.3 rangerer land etter ulikhet i disponibel inntekt, der ulikhet måles ved Gini-koeffisienten.⁸ Bare ett land har mindre Gini-koeffisient enn Norge, noe som bekrefter at Norge har mindre forskjeller i disponibel inntekt enn de fleste andre land. Hvor omfordelende skatte- og overføringssystemet er, kan vi få et inntrykk av ved å se på differansen mellom Gini-koeffisienten for markedsinntekt og Gini-koeffisienten for disponibel inntekt. For Norges

8 Gini-koeffisienten er et mål på inntektsulikhet og antar verdier mellom 0 og 1. Verdien 0 innebærer at inntekten er helt likt fordelt, mens en Gini-koeffisient lik 1 betyr at én person eller husholdning mottar all inntekt.

del ligger Gini-koeffisienten for disponibel inntekt om lag 40 prosent lavere enn Gini-koeffisienten for markedsinntekt. Det er flere land som har større forskjeller mellom Gini-koeffisienten for markedsinntekt og disponibel inntekt enn det Norge har. Men dette er typisk land som har større forskjeller i markedsinntekt. Hvis vi i figur 3 hadde rangert landene etter ulikhet i markedsinntekt, ville vi sett at det bare er ett land (Canada) som har mindre ulikhet enn Norge. Dette bekrefter at Norge også har små ulikheter i markedsinntekt, noe som jo ikke er overraskende tatt i betraktning diskusjonen av fordeling av lønn ovenfor.



Figur 2.3 Gini-indeks for markedsinntekter og for inntekt etter overføringer og skatt i 2019.

Kilde: OECD.

Hovedpoenget så langt er altså at vi i Norge har to store og viktige ordninger for omfordeling av inntekt; arbeidsmarkedet og velferdsstaten. Litt forenklet kan vi si at først omfordeles inntekt fra høylønnsgrupper til lavlønnsgrupper via solidarisk lønnspolitikk og koordinerte lønnsforhandlinger i arbeids-

markedet. Deretter omfordeles inntekt en gang til ved at høyinntektsgrupper betaler mer skatt enn lavinntektsgrupper for å finansiere velferdsstatsgoder som alle kan nyte godt av. Dette reduserer inntektsforskjellene ytterligere etter skatt.

La oss avslutte denne korte gjennomgangen ved å peke på en viktig observasjon kommentert og analysert av de to norske samfunnsforskerne Erling Barth og Kalle Moene.⁹ Som vi har sett blir en betydelig del av inntekt i Norge omfordelt gjennom måten lønningene blir bestemt i arbeidsmarkedet. Gjennom solidarisk lønnspolitikk reduseres avstanden mellom toppen og bunnen av lønnsfordelingen. Det vil si at mye inntektsutjevning skjer før velferdsstaten kommer på banen. Det kan derfor virke litt overraskende at Norge har en av verdens mest omfattende velferdsstater, som ytterligere omfordeler inntekt. I Norge er jo mye av «omfordelingsjobben» allerede gjort i arbeidsmarkedet. Barth og Moene (2016) argumenterer imidlertid for at Norge ikke er et særtilfelle, men heller en del av et internasjonalt mønster. Ser vi på data for lønnsforskjeller og størrelsen på velferdsstaten på tvers av land, er trenden at land med små lønnsforskjeller gjennomgående har større velferdsstater, mens land med store lønnsforskjeller tenderer til å ha mindre velferdsstater. Barth og Moene (2016) mener at dette fremstår som et omfordelingsparadoks. De setter det på spissen ved å si at velferdsstaten synes å være minst i de landene som trenger den mest. I land med store lønnsforskjeller skulle en tro at det er behov for en omfattende velferdsstat som gjør inntektsforskjellene etter skatt mindre – men dette synes altså ikke å være det generelle mønsteret.

Vi vil forklare nærmere hva som kan forklare dette omfordelingsparadokset, men foreløpig er det nok å merke seg at det ser ut til å være en viktig sammenheng mellom hvordan lønningene fordeles i arbeidsmarkedet og velferdsstatens omfang – og at det er prosesser i samfunnet som ser ut til å virke i retning av at likhet avler mer likhet og ulikhet avler mer ulikhet.

9 Se for eksempel Barth og Moene (2010, 2015, 2016).

Solidarisk lønnspolitikk

Vi har argumentert for at Norge har to viktige institusjoner for omfordeling av inntekt; arbeidsmarkedet og velferdsstaten. Nedenfor tar vi først utgangspunkt i det som skjer i arbeidsmarkedet. Målet er å forklare i noe mer detalj hvordan det norske systemet for lønnsforhandlinger bidrar til små lønnsforskjeller. Deretter ser vi nærmere på velferdsstaten, og hvordan den bidrar til omfordeling av inntekt.

Fra konflikt til tillit og hovedavtale

Når og under hvilke betingelser ble de første skrittene i retning av den norske fordelingsmodellen tatt? Etableringen av «Hovedavtalen» mellom Arbeidernes Faglige Landsorganisasjon (LO) og Norsk Arbeidsgiverforening (N.A.F. – i dag NHO) i 1935 blir av mange framhevet som særlig viktig (Bergh, 2010; Falkum et al., 2019). Hovedavtalen ga støtet til et omfattende samarbeid mellom de to hovedaktørene i arbeidslivet, og det er vanskelig å se for seg utviklingen av den norske fordelings- og arbeidslivsmodellen uten dette samarbeidet.

Det var på ingen måte gitt at partene i arbeidsmarkedet i Norge skulle inngå en så omfattende samarbeidsavtale som det Hovedavtalen representerer (Olstad, 2014). Mellomkrigstiden i Norge var preget av økonomisk krise, rekordhøy arbeidsledighet og omfattende arbeidskonflikter (Reiersen, 2011, 2012; Bals, 2021).¹⁰ Forholdet mellom partene i arbeidslivet var på ingen måte preget av tillit, samarbeid og gjensidig respekt – begreper som gjerne trekkes fram i dag når den norske fordelings- og arbeidslivsmodellen beskrives. Likevel greide partene å finne fram til løsninger som etter hvert brakte arbeidslivet ut av den vanskelige situasjonen det befant seg i.

Kanskje mest viktig i samtiden var det at Hovedavtalen mellom LO og N.A.F. i 1935 ble sett på som en endelig bekreftelse på at arbeidsgiverne var villige til å akseptere fagforeningene som en legitim partner i lønnsforhandlingene, mens fagbevegelsen var villige til å akseptere bedriftseiernes fulle

10 Norge hadde det høyeste nivået på arbeidskonflikter i Europa i mellomkrigstiden (Hibbs, 1978; Paldam & Pedersen, 1984).

styringsrett over bedriftene (Bals, 2021). På litt lengre sikt hadde Hovedavtalen som effekt at omfanget av arbeidskonflikter i Norge gikk drastisk ned, samtidig som Hovedavtalen også representerte et svært viktig skritt i retning av en gradvis koordinering og sentralisering av lønnsforhandlingene.

Koordinering, sentralisering og lønnsammenpressing

Lik lønn for likt arbeid, og utjevning av lønnsforskjeller på tvers av virksomheter, bransjer og yrker, har vært et viktig mål for fagbevegelsen. Disse målsettingene er gjerne blitt fremsatt under overskriften «solidarisk lønnspolitikk». De med høye lønninger må akseptere noe lavere lønnsvekst for å gi rom for høyere lønnsvekst blant de med lavere lønninger. En slik praksis lar seg imidlertid vanskelig gjennomføre uten koordinert og sentralisert beslutningstaking. Solidarisk lønnspolitikk krever både at en identifiserer hvem de lavtlønnede er, hvilke jobber de har og hvilke bransjer de jobber i, for så å bli enige om at disse skal løftes inntektsmessig. Samtidig må det skapes enighet om at de i toppen av inntektsfordelingen skal få mindre. Det er lett å innse at dette krever samordnet opptreden.

Ønsket om å kunne drive solidarisk lønnspolitikk var en viktig grunn til at fagbevegelsen var villig til å overføre makt fra lokale og bransjevise fagforeninger til nasjonale arbeidstakersammenslutninger, slik som LO representerte. Dette gjorde det mulig å forhandle med arbeidsgiverorganisasjoner på nasjonalt nivå. Hovedavtalen av 1935 la til rette for at dette kunne la seg gjennomføre. Over tid har koordinerte og sentraliserte lønnsforhandlinger, i kombinasjon med solidarisk lønnspolitikk, bidratt til å skape en av de mest sammenpressede lønnsfordelingene i den vestlige verden (Barth & Moene, 2011).

Det er også et viktig poeng at den solidariske lønnspolitikken ikke var basert på at inntekt skulle overføres fra kapital (eierne av bedriftene) til arbeid (de ansatte). Lønnsutjevning skulle realiseres ved å gi større lønns tillegg til de i bunnen og mindre lønns tillegg til de i toppen av lønnsfordelingen. Arbeidsgiverne hadde derfor ikke problemer med å akseptere denne lønnspolitikken – så lenge den gjennomsnittlige lønnsveksten i samfunnet ble holdt innenfor ansvarlige rammer.

Frontfagsmodellen

Et viktig element i den koordinerte lønnsdannelsen i Norge, i tillegg til solidarisk lønnspolitikk, er den såkalte frontfagsmodellen. Frontfagsmodellen viser til en praksis der lønnsforhandlingene er organisert slik at bedriftene som er eksponert for internasjonal konkurranse, de såkalte frontfagene eller det som også kalles konkurranseutsatt sektor, forhandler først. Den grunnleggende ideen er at den samlede lønnsveksten som forhandles fram i konkurranseutsatt sektor, skal sette rammer for etterfølgende forhandlinger i resten av økonomien. Frontfagsmodellen bygger således på en tanke om at lønnsutviklingen i samfunnet ikke skal sprengte rammene for hva bedriftene som konkurrerer på de internasjonale markedene, tåler.

Forutsetningen for at frontfagsmodellen skal virke er imidlertid at rammene som settes for lønnsveksten i konkurranseutsatt sektor, også blir en ramme i lønnsoppgjøret ellers, det som gjerne omtales som skjermet sektor. Få å få dette til kreves koordinering på sentralt nivå. Det var særlig liberaliseringen av utenrikshandelen utover på 1950-tallet som skapte et behov for å sikre næringslivets evne til å konkurrere på det internasjonale markedet. Vi kan derfor si at ønsket om å sikre norsk konkurranseevne var en viktig grunn til at også arbeidsgiverne ivret for en sentralisering av lønnsdannelsen i Norge. Systemet med sentrale og koordinerte lønnsforhandlinger ble tilpasset et system med friere internasjonal handel, noe som er særlig viktig for en liten og åpen økonomi som den norske.¹¹

Sentrale lønnsforhandlinger organisert via frontfagsmodellen har vist seg å være gunstig for lønnsomhet og sysselsetting i bedrifter som er eksponert for internasjonal konkurranse (Holden, 2016). Samtidig bidrar sentrale lønnsforhandlinger til lønnsmoderasjon mer generelt. Økte lønninger har en rekke indirekte virkninger i en økonomi, og jo mer sentralisert lønnsdannelsen er, jo mer blir disse indirekte virkningene tatt hensyn til av partene som forhandler. Koordinering av lønnskravene fører for eksempel til at fagforeningene i større grad tar inn over seg at økte lønninger kan true arbeidsplasser,

11 Frontfagsmodellen ble innført som en norm for lønnsforhandlingene i Norge allerede i 1952 (og praktiseres fortsatt), men det var først ved etableringen av Det tekniske beregningsutvalget for inntektsoppgjørene i 1966 at frontfagsmodellen ble formelt utarbeidet og formalisert (Frøland, 2010; Holden 2016; Thomassen & Øksendal, 2017).

skape høyere prisvekst og presse opp renta. Dette fører til en mer forsiktig opptreden og mer moderate krav, eller som Hernes (2006) uttrykker det: «Fagbevegelsen har maksimert sysselsetting i nasjonen, ikke bare lønnsøkninger i egen bedrift eller bransje» (Hernes, 2006, s. 15).¹² Den modererende effekten som sentrale lønnsoppgjør skaper, bidrar også til å forklare arbeidsgivernes interesse for sentralisert og koordinert lønnsdannelse.

Samtidig har ansvarlighet og lønnsmoderasjon vært kontroversielt innad i fagbevegelsen. Etterkrigsperioden var preget av høykonjunktur og knapphet på arbeidskraft i Norge. I en slik situasjon var det ikke lett for LOs ledelse å få gjennomslag for moderate lønnsoppgjør når mange grupper så at de lett kunne presse på for høyere lønnstillegg. I systemets startfase var det også en utfordring å overbevise de fagorganiserte om at moderasjon «i dag» ville gi gevinster «i morgen». Ideen om solidarisk lønnspolitikk, og utjevning av lønnsforskjeller på tvers av virksomheter, bransjer og yrker, ble derfor viktig for å skape nødvendig oppslutning om moderasjon og samordning av lønnskravene på sentralt nivå.

Slik sett har det norske lønnsforhandlingssystemet mer karakter av allianse og kompromiss, heller enn konflikt og kamp. Det var både hensynet til økonomisk effektivitet og fordeling av verdiskapingen som drev partene i arbeidsmarkedet sammen i felles bestrebelser på å sentralisere lønnsdannelsen – og partene kunne finne sammen nettopp fordi det var mulig å forene de to hensynene. Arbeidsgiverne så seg tjent med å forhandle med en disiplinert og sentralisert fagbevegelse som sørget for at lønnskravene ble holdt innenfor fornuftige økonomiske rammer. Fagbevegelsen fikk på sin side realisert viktige lønnspolitiske målsettinger, spesielt ønsket om å løfte de med lavest lønn. At begge parter fikk gjennomslag for viktige interesser er nok en vesentlig forklaring på at det norske lønnsforhandlingssystemet har hatt forholdsvis stor oppslutning og vært så stabilt over tid.

12 En rekke internasjonale studier viser at koordinering av lønnsdannelsen gjennomgående bidrar til lavere arbeidsledighet over tid (Nymoen & Sparrman, 2015).

Velferdsstatens framvekst og oppgaver

Velferdsstatens formål er mange og varierte, men i det store kan vi si at velferdsstatens oppgaver er knyttet til inntektssikring og omfordeling. Inntektssikring dreier seg om å beskytte innbyggerne mot store tap av inntekt i forbindelse med omstilling, arbeidsledighet, sykdom og eventuell uførhet. Omfordelingen tas vare på ved at de med høy inntekt betaler mer i skatt enn de med lav inntekt for å finansiere velferdstjenester som alle kan nyte godt av. Velferdsstaten er med andre ord både et forsikringssystem og et omfordelingssystem.

Velferdssystemet i alle land består gjerne av en blanding av ulike typer støtte- og forsikringsordninger: 1) Universelle støtteordninger som retter seg mot alle, uavhengig av inntekt og formue, 2) velferdsprogrammer som gir støtte avhengig av tidligere innbetaling eller opptjening, og 3) inntektsavhengig støtte (for eksempel sosialstøtte som går til personer med inntekt under et visst nivå).¹³ I forskningslitteraturen er det vanlig å si at de nordiske landene har en velferdsmodell med hovedvekt på universelle ordninger.¹⁴

Som vist innledningsvis (figur 2.3) er den norske velferdsstaten omfattende sett i et internasjonalt perspektiv. Vi har vist at mellomkrigstiden var viktig for etableringen av systemet med koordinerte lønnsforhandlinger i Norge. I samme periode ble det også tatt mange og viktige initiativ på velferdsstatsområdet (Kuhnle, 2013). I 1936 kom for eksempel loven om behovsprøvd alderstrygd (alderstrygden ble senere gjort universell i 1957) og den første statlige obligatoriske arbeidsledighetstrygden kom i 1938. I den samme perioden ble også sykeforsikringen utvidet (1935/36). Rett etter annen verdenskrig ble universell barnetrygd vedtatt, og i 1958 ble arbeidsledighetstrygden betydelig utvidet. En generell uføretrygd ble innført i 1961 (Kuhnle, 2013). Senere kom flere reformer der eksisterende ordninger ble utvidet i omfang, varighet og sjenerøsitet – samtidig som nye ordninger også ble etablert slik som fødselspermisjon og i den senere tid kontantstøtten.

13 Eksempler på universelle støtteordninger er barnetrygd og ulike helsetjenester med lik tilgang for alle. Arbeidsledighetstrygd er (i Norge) en rettighet til alle som har jobbet en stund, men der støttenivået avhenger av tidligere lønn. Sosialstøtte er et eksempel på en inntektsavhengig støtteordning. Det er bare personer med inntekt under et visst nivå som kan motta sosialstøtte.

14 Se for eksempel Esping-Andersen (1990), Hall & Soskice (2001), Pontusson (2005) og Øverbye (2018) for en videre diskusjon av dette.

Hvorfor har Norge og de andre nordiske landene gjennomgående større velferdsstater sammenlignet med andre land? Her er det lett å slutte seg til Alesina og Gleaser (2004, s. 13), som skriver at hvorfor ulike land «... differ on their choices over the welfare state and redistribution run very deep into their different history and culture. No simple theory provides a one-line answer». Vi skal trekke fram noen forklaringer som vi mener er viktige for å forstå hvorfor den politiske oppslutningen om, og utgiftene til, velferdsstaten varierer så mye mellom land.

Internasjonal handel og globalisering

Det er flere som har påpekt at velferdsstaten tenderer til å bli størst i land som har en stor del av økonomien knyttet opp mot import og eksport, det vil si land hvor en stor del av næringslivet er eksponert for internasjonal konkurranse.¹⁵ Norge er et godt eksempel på et slikt land. Med utgangspunkt i en analyse av nitten OECD-land finner for eksempel Rodrik (1997) en klar sammenheng mellom åpenhet¹⁶ og offentlige utgifter til sosialforsikring. Han skriver at «... income transfers tend to be largest in economies that are simultaneously very open and subject to substantial price risk in world markets» (Rodrik, 1997, s. 59).¹⁷ Det ser altså ut til at velferdsstaten er mest populær og mest utbygd i land med stor utenrikshandel, og som dermed er eksponert for begivenheter som kan inntreffe utenfor landets grenser. Det er minst to grunner til dette. Den ene har å gjøre med forsikring, mens den andre har å gjøre med fordeling, som jo begge tilhører velferdsstatens kjerneoppgaver.

Inntektsmulighetene som globalisering og internasjonal handel skaper, innebærer også risiko. Risikoen er særlig knyttet til endringer som kan skje internasjonalt og som kan sette norske arbeidsplasser i fare. Vi kan ta det sterke fallet i oljeprisen i 2014/15 som eksempel. Fallet i oljeprisen hadde sine årsaker i forhold som ligger utenfor Norge. Samtidig førte prisfallet til betydelig redusert aktivitet innenfor olje- og gasssektoren i Norge, med tap

15 Se for eksempel Katzenstein (1985), Rodrik (1997) og Barth og Moene (2008).

16 Målt som import og eksport som andel av bruttonasjonalprodukt.

17 Barth og Moene (2008) finner lignende sammenhenger.

av arbeidsplasser og økt arbeidsledighet som resultat. Velferdsstatens støtte- og overføringsordninger førte til at berørte arbeidstakere ble kompensert inntektsmessig, og også hjulpet over i jobber i andre bransjer og næringer. Eksemplet er ment å illustrere et mer generelt poeng: Med betydelig risiko følger behov for forsikring.

En forsikring mot store tap av inntekt som velferdsstaten tilbyr, fører antakeligvis til at nødvendig omstilling i økonomien lettere aksepteres av innbyggerne. En sterk velferdsstat fører til at folks inntekt er rimelig godt trygget, selv om en nødvendigvis ikke har trygghet for å ha den samme jobben gjennom hele livet. En stadig mer globalisert økonomi og tøffere internasjonal konkurranse øker kravene til effektivitet, omstilling og fornying. Arbeidsplasser forsvinner og nye kommer til, kanskje også med andre krav til kompetanse og ferdigheter. Hvis folk føler seg trygget inntektsmessig, også i perioder med omstilling, blir strukturendringer lettere å gjennomføre, noe som hele samfunnet tjener på i det lange løp.

Samtidig vet vi at globalisering og internasjonal handel skaper «vinere» og «tapere». Derfor vil antakeligvis ikke økende økonomisk globalisering aksepteres uten videre, selv om samfunnet som helhet tjener på dette (Collier, 2018). Grupper som rammes av globalisering, og som står overfor trussel om både tap av jobb og inntekt, må på en eller annen måte kompenseres. Her kommer velferdsstaten inn igjen. Åpenhet og internasjonal handel skaper store gevinster for samfunnet som helhet, og velferdsstaten (sammen med solidarisk lønnspolitikk) bidrar til å fordele disse gevinstene bredt ut til befolkningen. Velferdsstaten bidrar på denne måten til at den langsiktige politiske oppslutningen om åpenhet og internasjonal handel opprettholdes, og at befolkningen også i større grad aksepterer risikoen og omstillingene som følger med internasjonal konkurranse og globalisering.

Alle gir, og alle får

Norge har som nevnt en velferdsmodell med hovedvekt på universelle ordninger. Litt forenklet kan vi si at universelle velferdsprogrammer retter seg mot alle innbyggere uavhengig av deres inntekt. Det er altså ordninger som er knyttet til et ikke-inntektsmessig kriterium slik som sykdom, ulykke og arbeidsløshet. Alternativet er såkalte behovsprøvde ordninger som retter seg

mot utvalgte grupper. Ofte vil det være snakk om personer med spesiell lav inntekt. Det er altså ordninger som er knyttet til et inntektsmessig kriterium.

På den ene siden kan en tenke seg at målrettede og behovsprøvde velferdsordninger er mest populære. De er jo kostnadseffektive i den forstand at de ene og alene retter seg mot de mest trengende. På den annen side er det tvilsomt om slike ordninger vil overleve over tid, når vi tar hensyn til at velferdsstaten tross alt er resultatet av politikk som formes gjennom politiske valg (Moene, 2009). Målrettede og behovsprøvde ordninger deler befolkningen inn i lett identifiserbare grupper. Grupper som yter, det vil si finansierer velferdsstaten gjennom skatteinnbetalinger, og grupper som får, det vil si grupper som nyter godt av velferdsstaten gjennom inntektsoverføringer. Når ytelsene kun går til de med inntekt under et bestemt minstemål, er det liten sjanse for at middelklassen, og dermed også majoriteten av velgerne, noen gang kommer i en situasjon der de mottar ytelser. Majoriteten av velgerne vil derfor lett se seg tjent med å fjerne hele støtten. Dette kan være en forklaring på at velferdsstaten er mest utbygd og mest populær i land der innslaget av universelle programmer er størst. Her må alle bidra, og alle får noe tilbake.

Likhet avler likhet?

Små lønnsforskjeller og store velferdsstater

Som nevnt ser det ut til å være et mønster at land med små lønnsforskjeller (slik som Norge) også har større velferdsstater. Måten lønningene fordeles i arbeidsmarkedet, ser altså ut til å ha konsekvenser for velferdsstatens popularitet og ekspansjon. Hva kan forklare dette?

Barth og Moene (2016) argumenterer for at forklaringen går via lønnsfordelingen skapt i arbeidsmarkedet og den politiske oppslutningen om velferdsstaten. Mekanismene de legger vekt på, og som viser til sosiale prosesser som påvirker samfunnets utvikling over lang tid, er som følger: Sammenpressing av lønnsforskjeller via solidarisk lønnspolitikk gjør at flertallet av lønnsinntakerne får høyere inntekt. Når folk får høyere inntekt, øker etterspørselen etter inntektssikring (forsikring), noe som velferdsstaten tilbyr.¹⁸

18 Etterspørselen etter forsikring følger samme mønster som andre varer og tjenester. Når inntekten vår øker, etterspør vi mer av stort sett alt, også forsikring.

Dermed øker også den politiske oppslutningen om en politikk som innebærer en oppbygging av velferdsstaten.

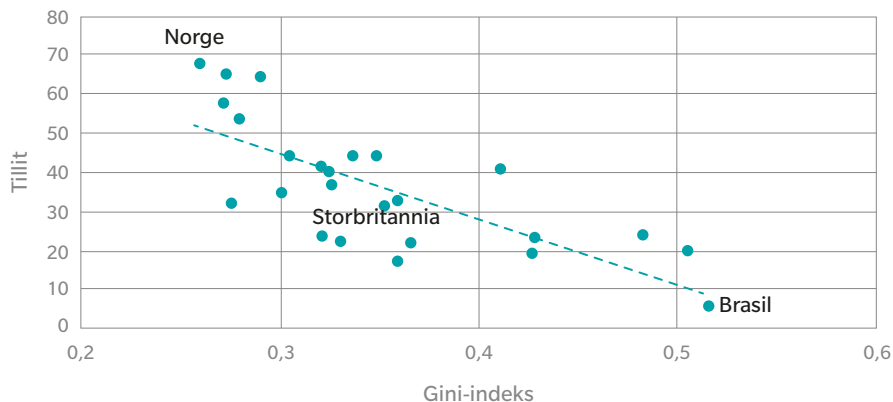
Når velferdsstaten ekspanderer, blir også situasjonen for spesielt svake grupper i arbeidsmarkedet lettere, noe som virker tilbake på lønnsfordelingen i arbeidsmarkedet. Med velferdsstaten i ryggen øker forhandlingsmakten til lønsmottakerne når lønninger og andre arbeidsbetingelser skal bestemmes. Når svake grupper står forhandlingsmessig sterkere, blir det lettere å presse sammen lønnsforskjellene ytterligere. Ytterlige lønns-sammenpressing fører igjen til at den politiske oppslutningen om velferdsstaten øker, og så videre. Når disse prosessene får virke over tid, skaper de en likhetsmultiplikator, der likhet avler likhet, noe som bidrar til å forklare at små lønnsforskjeller går hånd i hånd med store velferdsstater. Nedenfor skal vi vise til et annet viktig trekk ved det norske samfunnet som ser ut til å forsterke denne prosessen.

Tillit øker velferdsstatens popularitet

De nordiske landene er kjent for å ha mye tillit i forhold til mange andre land. I internasjonale undersøkelser måles gjerne tillit som andelen av befolkningen som sier seg enig i at «de fleste andre er til å stole på». Utsagnet måler det som gjerne kalles generalisert tillit. Den generaliserte tilliten i Norge er i verdenstoppen (Holmberg & Rothstein, 2017). I Norge er om lag 75 prosent enige i at folk flest er til å stole på, mens gjennomsnittet i verden ligger på rundt 25 prosent.

Den amerikanske tillitsforskeren Eric Uslaner har ved flere anledninger påpekt at store inntektsforskjeller tenderer til å bryte ned tilliten i samfunnet.¹⁹ Han mener å kunne påvise en statistisk signifikant sammenheng mellom små inntektsforskjeller og tillit. Små inntektsforskjeller gir mer tillit. Figur 2.4 illustrerer sammenhengen mellom inntektsforskjeller (målt ved Gini-koeffisienten) og generalisert tillit for en rekke land. Vi ser at mindre inntektsforskjeller (målt ved lav Gini-koeffisient) går hånd i hånd med mer tillit.

19 Se for eksempel Uslaner (2002).



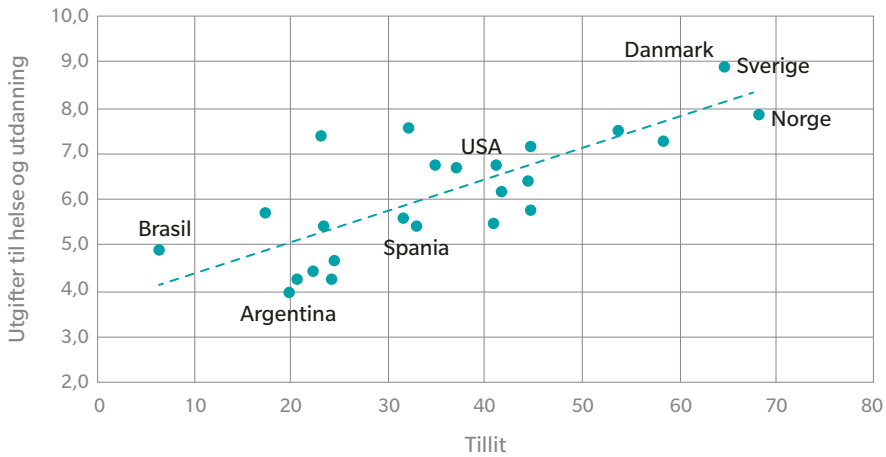
Figur 2.4 Sammenhengen mellom økonomisk ulikhet og tillit.

Note: Tallene for tillit kommer fra svar på spørsmål i fire runder av World Values Survey (1981–2008) og fire runder av European Values Survey (1981–2008). Alle undersøkelsene har stilt det samme spørsmålet: «I sin alminnelighet, vil du si at de fleste mennesker er til å stole på, eller at man ikke kan være forsiktig nok i omgangen med andre mennesker?» Respondentene blir bedt om å velge ett av alternativene. Tallene i figuren refererer til prosentandelen som svarer at «...de fleste mennesker er til å stole på». Kilde: Tall for Gini-indeksen er hentet fra UNDP (2018) og «Tillit» fra Algan og Cahuc (2013).

Figur 2.4 kan imidlertid ikke tas til inntekt for at det er en kausal effekt av små inntektsforskjeller på tillit. Kausaliteten kan også gå andre veien, fra tillit til små inntektsforskjeller, og det kan også være andre bakenforliggende variabler som forklarer sammenhengen illustrert i figur 4.

Spørsmålet om hva som kan forklare sammenhengen mellom tillit og små inntektsforskjeller, og hvilken vei kausaliteten eventuelt går, har vært gjenstand for en god del forskning de senere årene. Bjørnskov og Svendsen (2013) finner for eksempel at tillit først og fremst forklarer størrelsen på velferdsstaten, slik figur 2.5 også indikerer.²⁰ Hvis større velferdsstater fører til reduserte inntektsforskjeller, så vil tillit lede til mer likhet gjennom ekspansjon av velferdsstaten. Her går altså sammenhengen fra tillit til mer inntektslikhet, og ikke omvendt.

²⁰ Se også Rothstein et al. (2012) og Bergh & Bjørnskov (2014).



Figur 2.5 Sammenhengen mellom tillit og utgifter til helse og utdanning i prosent av BNP.

Kilde: Tall for «Utgifter til helse og utdanning» er hentet fra UNDP (2018) og «Tillit» fra Algan og Cahuc (2013). Se også note til figur 2.4.

Bjørnskov og Svendsen (2013) åpner også for at tillit og ulikhet kan påvirke hverandre gjensidig. Hvis så er tilfelle, kan vi få det som vi kan kalle en tillitsmultiplikator. Denne kan minne om likhetsmultiplikatoren forklart ovenfor, men mekanismene er annerledes. Høy generalisert tillit i befolkningen gjør at innbyggerne har tillit til at myndighetene leverer velferdstjenester effektivt og byråkratisk, at alle betaler sin skatt, og at folk ikke snyter på velferdsgoder. Dermed blir også den politiske oppslutningen om velferdsstaten større. En stor velferdsstat holder inntektsforskjellene nede, noe som igjen bidrar til å vedlikeholde tilliten. Høy tillit, en omfattende velferdsstat og små inntektsforskjeller virker tilbake på hverandre og forsterker hverandres virkemåte. Vi kan derfor si at den høye tilliten vi har i Norge, både er en forutsetning for og et resultat av den norske fordelingsmodellen.

Likhetsmultiplikatoren og tillitsmultiplikatoren slik de er framstilt ovenfor, er ikke konkurrerende teorier. De kan heller ses på som komplementære forklaringer, og som begge utdyper hvorfor ellers like land (rike, vestlige, liberale markedsøkonomier) har utviklet seg svært ulikt når det gjelder nivået på

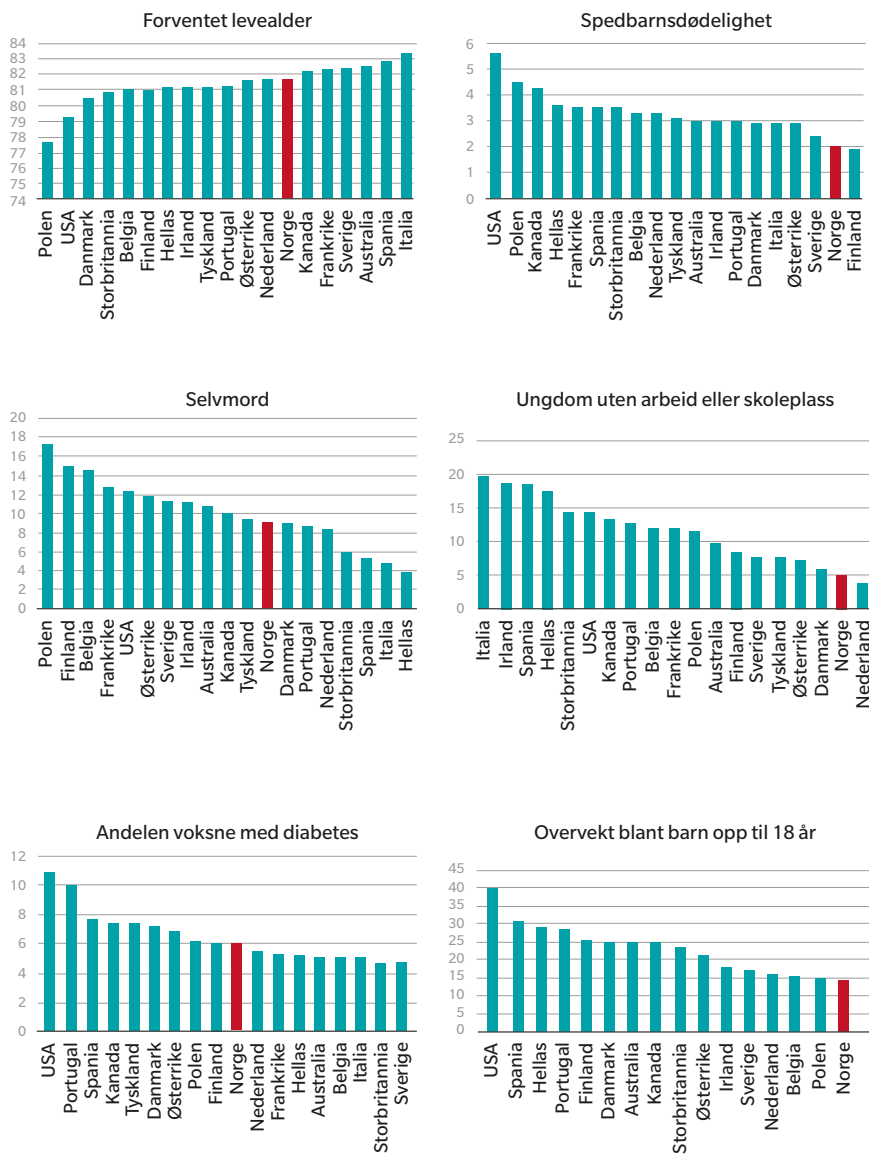
tillit, størrelsen på velferdsstaten og hvordan lønningene blir fordelt i arbeidsmarkedet. På den ene siden har vi land med mye tillit, velutbygde velferdsstater og små lønnsforskjeller (særlig de nordiske), mens på den andre siden har vi land med lite tillit, mindre velferdsstater og store lønnsforskjeller (særlig USA).

Økonomisk likhet = god helse?

La oss avslutte der vi startet. Innledningsvis nevnte vi at det ser ut til å være en sammenheng mellom folkehelse, inntekt og hvordan samfunnets inntekter er fordelt. Rike land har bedre folkehelse enn fattige land, men økende nasjonal rikdom fører ikke automatisk til at folkehelsen forbedres (Marmot, 2005). Den svenske folkehelsen er for eksempel betydelig bedre enn den britiske, selv om de to landene er omtrent like rike, målt i inntekt per innbygger. Et annet eksempel er Norge og USA. Landene har omtrent samme inntekt per innbygger, men USA har langt større omfang av helse- og sosiale problemer enn det Norge har (Wilkinson & Pickett, 2009, 2018).

Figur 2.6 sammenligner rike land etter noen sentrale mål på helse- og sosiale problemer. Vi ser at Norge presterer godt i et internasjonalt perspektiv, samtidig som figurene også illustrerer noen av forskjellene mellom Sverige og Norge på den ene siden og USA og Storbritannia på den andre.

HVORFOR HAR VI SMÅ INNTEKTSFORSKJELLER I NORGE



Figur 2.6 Helseindikatorer for utvalgte OECD-land.

Note: Forventet levealder ved fødsel i 2015, spedbarnsdødelighet per 1000 levendefødte i 2015, selvmord per 100 000 innbygger i 2015, ungdom 15–20 år som verken er i arbeid eller utdanning (i prosent) i 2011, diabetes blant voksne i 2015 og overvekt blant barn i 2013–17.

Kilde: UNDP (2018) og OECD (2017).

Hvorfor gjør Norge det bedre enn (like rike) USA, og hvorfor gjør Sverige det bedre enn (like rike) Storbritannia? Wilkinson og Pickett (2009, 2018) hevder at dette har med inntektsforskjeller å gjøre. De mener at mønsteret internasjonalt er entydig: Dårlig folkehelse og sosiale problemer er mer utbredt i land med store inntektsforskjeller. Norge og Sverige har mindre inntektsforskjeller enn USA og Storbritannia, og dette forklarer hvorfor de to nordiske naboene har bedre folkehelse enn de to sistnevnte landene.²¹

Selv om de nordiske landene gjennomgående har bedre folkehelse enn mange andre land, så er det fortsatt slik at den sosiale ulikheten i helse (dvs. forskjellen i helse mellom de fattigste og de rikeste) ser ut til å ha vedvart og til dels blitt større etter som velferdsstater har utviklet seg. Flere studier har dokumentert at det er minst like stor sosial ulikhet i helse i Norge og Sverige som i andre land.²² Dette omtales gjerne som velferdsstatens helseulikhetsparadoks. Dette helseulikhetsparadokset har vist seg vanskelig å forklare fullt ut. En grunn til dette er at paradokset antakeligvis er et resultat av mange ulike faktorer. En forklaring som har fått en viss empirisk støtte, er at helseulikhetsparadokset rett og slett skyldes måleutfordringer og statistiske feilslutninger (Eikemo et al., 2009; Brekke & Kverndokk, 2012; Popham et al., 2013). Det er imidlertid få som tror at dette helt og fullt forklarer helseulikhetsparadokset. En av verdens mest kjente forskere på sosial ulikhet i helse, Johan P. Mackenbach, legger fram ni ulike forklaringsmodeller, og trekker fram fire forklaringer eller hypoteser som de mest sannsynlige. Disse fire er: sosial seleksjon; personlige egenskaper; endring av helserelatert atferd (også kalt «diffusjon av innovasjoner»); og kulturell kapital (Mackenbach, 2012).

Sosial seleksjon innebærer at dårlig helse leder til lav sosial status og inntekt. Det er med andre ord ikke slik at lav sosioøkonomisk status, og alt som følger med dette, leder til dårlig helse – slik det har vært mest vanlig å anta. Det er rett og slett omvendt. De som av en eller annen grunn har dårlig helse, vil ha større problemer med å gjennomføre en utdanning, finne jobb og stå i en jobb. De med dårlig helse vil dermed ende opp i den gruppen som har lavest inntekt og dermed en lav sosioøkonomisk status.

21 Her er det imidlertid viktig å påpeke at det er mange studier som ikke finner en tilsvarende sterk sammenheng mellom inntektsulikhet og folkehelse. Det er fortsatt uavklart i forskningslitteraturen hvordan inntektsulikhet og helse henger sammen. Se Bergh et al. (2016) for en god diskusjon av dette, og også en omfattende litteraturgjennomgang.

22 Se for eksempel Eikemo et al. (2008), Sanders et al. (2009), Bambra (2013) og Popham et al. (2013).

Nært opptil sosial seleksjonshypotesen ligger hypotesen om betydningen av personlige egenskaper. I land med mer velutviklede velferdsstater vil ikke utdanning og yrkesmessig utvikling i så sterk grad være knyttet opp til sosial bakgrunn. Personlige egenskaper som kognitive evner, talent, innsats og personlighet blir viktigere. Dermed vil en bestemt type mennesker utgjøre henholdsvis de lavere og høyere gruppene i et sosioøkonomisk hierarki. De samme personlige egenskapene som har betydning for utdanning og yrkeskarriere, antas å ha sammenheng med helseatferd, som igjen kan forklare helsegapet mellom de med høy og lav sosial status.

Studier har vist at folk i høyere sosiale lag lettere gjør atferdsmessige endringer i livet sitt enn folk i lavere sosiale lag (diffusjon av innovasjoner). Dette gjelder også helse. De i høyere sosiale lag tar i større grad til seg råd fra helsemyndigheter og foretar også i større grad livsstilsendringer som følge av disse rådene. Det kan for eksempel dreie seg om å slutte å røyke eller bevege seg mer. I godt utviklede velferdsstater som den norske er den gjennomsnittlige helsetilstanden blitt så god at videre forbedring i stor grad bestemmes av den enkelte selv. Dette gir seg uttrykk i større sosiale ulikheter i helse enn i land med dårligere helsevesen og mindre utviklet helseopplysning og helsefremmende politikk.

Hypotesen om kulturell kapital (Bourdieu, 1984) ligger tett opptil hypotesen om endring i egen helseatferd. Bourdieu vektlegger at folk i ulike sosiale lag ønsker å signalisere sin sosiale status. I samfunn hvor det er relativt liten forskjell i materiell rikdom, eller hvor det ikke er sosialt akseptert å «skryte av» materiell rikdom, kan man tenke seg at folk forsøker å signalisere sosial status gjennom helseatferd. Trening og sunt (og dyrt) kosthold kan være en måte for høyere sosiale lag å markere sin «kapital» for andre, og som igjen sannsynligvis vil føre til bedre helse over tid.

Mye av forskningen på sosial ulikhet i helse, og forskjeller i sosial ulikhet i helse mellom land, bygger først og fremst på studier fra Europa. Mackenbach (2017) oppsummerer funnene i denne forskningen i tre ulike beskrivelser: Det nordiske paradokset, Den østlige katastrofen og Det sørlige mirakelet.

De nordiske landene kjennetegnes som nevnt av sterke og omfattende velferdsordninger, små inntektsforskjeller og gjennomgående god helse. Samtidig har disse landene også overraskende store sosiale ulikheter i helse. Mackenbach (2017) omtaler dette som det nordiske paradokset. Det nor-

diske helseulikhetsparadokset forklares i stor grad slik det er beskrevet over med de fire forklaringsmodellene.

I den østlige katastrofen inkluderes østeuropeiske og tidligere kommunistiske land. Her er det store sosiale ulikheter, store ulikheter med hensyn til tilgang på gode helsetjenester, svært høy dødelighet og gjennomgående dårlig folkehelse. Det er også i Øst-Europa en finner de største sosiale ulikhetene i helse. Mye av årsakene til den dårlige tilstanden i disse landene tilskrives de politiske og økonomiske endringene som kom etter Sovjetunionens fall på begynnelsen av 1990-tallet.

Det sørlige mirakelet inkluderer landene rundt Middelhavet som Italia, Spania og Hellas. Dette er land som kjennetegnes av relativt store sosiale ulikheter, men hvor det observeres relativt små sosiale ulikheter i helse sammenlignet med for eksempel de nordiske landene. Mackenbach (2017) forklarer det sørlige mirakelet på samme vis som han forklarer det nordiske paradokset, men med motsatt fortegn. Sammenlignet med de nord- og vest-europeiske landene ligger de sørlige landene etter i utviklingen av velferdsordninger, helsevesenet er dårligere, likestillingen mellom kjønnene er ikke like utviklet, det er færre med høyere utdanning og en helsefremmende livsstil har ennå ikke gjort seg like gjeldende i høyere sosiale lag. Grunnen til dette kan skyldes senere modernisering av disse samfunnene, noe som igjen kan tilbakeføres til historiske og politiske forhold. Røyking ble for eksempel vanlig blant kvinner langt senere i søreuropeiske land enn lenger nord, og derfor ser vi i dag ikke så store sosiale ulikheter i forekomst av røykerelaterte sykdommer i Sør-Europa. I Spania er røykerelatert dødelighet høyere blant høyt utdannede kvinner enn blant lavt utdannede. Lav sosial ulikhet i helse i det sørlige Europa er derfor mer et resultat av en historisk tilfældighet enn et resultat av en bevisst sosial helsefremmende politikk.

Vi kan konkludere med at sosial utjevning og velutviklede velferdsordninger er viktige faktorer for befolkningens helse. Med mindre inntektsforskjeller og gode velferdsordninger følger imidlertid noen mekanismer som ikke er så lett å forstå, og som kan føre til større ulikhet i helse mellom fattige og rike enn hva man ser i land med mindre velutviklede velferdsordninger og større inntektsforskjeller. Dette til tross for at den faktiske helsen til de i lavere sosiale lag i land som Norge er langt bedre enn hva helsen er blant folk i lavere sosiale lag i f.eks. Hellas. Det er derfor få eller ingen som med et helsefremmende perspektiv mener at den nordiske samfunnsmodellen er

uhensiktsmessig. Likevel er det en utfordring, også for de nordiske velferdsstatene, å redusere den sosiale ulikheten i helse.

Avslutning

Inntektsforskjellene har økt i mange land i løpet av de siste tretti årene. I noen land har forskjellene økt så mye at toneangivende organisasjoner, slik som OECD og Verdensbanken, anbefaler landene det gjelder å sette i verk tiltak for å bremse den økende ulikheten. Hvis ulikhetene fortsetter å øke, kan det bidra til å skape sosiale og politiske konflikter som på sikt kan være en trussel mot hele samfunnsstrukturen.

Norge har små inntektsforskjeller i internasjonal sammenheng. Faktisk «konkurrerer» vi om å ha de minste forskjellene blant alle industrialiserte land. Målet med dette kapittelet har vært å prøve å få fram hva som har skapt denne situasjonen. Vi har også forsøkt å få fram at land med små inntektsforskjeller gjennomgående har bedre folkehelse enn land med større inntektsforskjeller. Samtidig vet vi nok mer om hva som har skapt de små inntektsforskjellene i Norge enn hvordan inntektsfordeling og folkehelse egentlig henger sammen.

Referanser

- Alesina, A. & Glaeser, E. (2004). *Fighting poverty in the US and Europe: A world of difference*. Oxford University Press.
- Algan, Y. & Cahuc, P. (2013). Trust, growth and well-being: New Evidence and policy implications. I P. Aghion & S. Durlauf (Red.), *Handbook of economic growth*. Vol. 2A. Elsevier: Amsterdam.
- Alvaredo, F., Chancel, L., Piketty, T., Saez, E. & Zucman, G. (2017). *World inequality report 2018*. World Inequality Lab.
- Atkinson, A. (2015). *Inequality*. Harvard University Press.
- Bals, J. (2021). *Streik! En historie om strid, samhold og solidaritet*. Res Publica.
- Bambra, C. (2013). In defence of (social) democracy: on health inequalities and the welfare state. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67(9), 713–714. <https://dx.doi.org/10.1136/jech-2013-202937>
- Barth, E. & Moene, K. (2008). Likhet og åpenhet. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 11(1), 5–16.
- Barth, E. & Moene, K. (2010). Små lønnsforskjeller og store velferdsstater. *Søkelys på Arbeidslivet*, 27(1–2), 77–86.
- Barth, E. & Moene, K. (2015). Turning European welfare states around. I A. Martin & J.E. Dølvik (Red.), *European social models from crisis to crisis: employment and inequality in the era of monetary integration*. Oxford University Press.
- Barth, E. & Moene, K. (2016). The equality multiplier: How wage compression and welfare empowerment interact. *Journal of the European Economic Association*, 14(5), 1011–1037. <https://doi.org/10.1111/jeea.12163>
- Barth, E., Moene, K. & Wallerstein, M. (2003). *Likhet under press: Utfordringer for den skandinaviske fordelingsmodellen*. Gyldendal Akademisk.
- Bergh, A. & Bjørnskov, C. (2014). Trust, welfare states and income equality: Sorting out the causality. *European Journal of Political Economy*, 35, 183–199. <https://doi.org/10.1016/j.ejpoleco.2014.06.002>
- Bergh, A., Nilsson, T. & Waldenström, D. (2016). *Sick of inequality: An introduction to the relationship between inequality and health*. Edward Elgar Publishing.
- Bergh, T. (2010). Hovedavtalen og den norske arbeidslivsmodellen. I T. Bergh (Red.), *Avtalt spill*. LO og NHO.
- Bjørnskov, C. & Svendsen, G.T. (2013). Does social trust determine the size of the welfare state? Evidence using historical identification. *Public Choice*, 157(1–2), 269–286. <https://doi.org/10.1007/s1127-012-9944-x>
- Bourdieu, P. (1984). *Distinction. A social critique of the judgement of taste*. Harvard University Press.
- Boushey, H. (2019). *Unbound: how inequality constricts our economy and what we can do about it*. Harvard University Press.
- Bowles, S. (2012). *The new economics of inequality and redistribution*. Cambridge University Press.

- Brekke, K.A. & Kverndokk, S. (2012). Inadequate bivariate measures of health inequality: the impact of income distribution. *Scandinavian Journal of Economics*, 114(2), 323–333. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9442.2011.01691.x>
- Collier, D. (2018). *The future of capitalism: Facing the new anxieties*. Allen Lane.
- Eikemo, T.A., Bambra, C., Joyce, K. & Dahl, E. (2008). Welfare state regimes and income-related health inequalities: A comparison of 23 European countries. *European Journal of Public Health*, 18(6), 593–599. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckn092>
- Eikemo, T.A., Skalicka, V. & Avendano, M. (2009). Variations in relative health inequalities: are they a mathematical artefact? *International Journal for Equity and Health*, 8(32). <https://doi.org/10.1186/1475-9276-8-32>
- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Polity Press.
- EUROSTAT. Database. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/main/data/database>
- Falkum, E., Hvid, H. & Hansen, P.B. (2019). The peculiar history of Nordic working life. I G. Hvid & E. Falkum (Red.), *Work and wellbeing in the Nordic countries: critical perspectives on the world's best working lives*. Routledge.
- Folkhelseinstituttet (2018). *Helsetilstanden i Norge 2018*. Folkehelseinstituttet.
- Frøland, H.O. (2010). Trepertssamarbeidet. I T. Bergh (Red.), *Avtalt spill*. LO og NHO.
- Geier, P. & Grini, K.H. (2018). *Månedslønn og ulikhet gjennom 20 år: Brattere trapp til lønnstoppen*. SSB analyse 2018/20.
- Hall, D.W. & Soskice, P.A. (2001). *Varieties of capitalism: The institutional foundations of comparative advantage*. Oxford University Press.
- Halvorsen, K. & Stjernø, S. (2021). *Økonomisk og sosial ulikhet i Norge*. Universitetsforlaget.
- Hernes, G. (2006). *Den norske mikromodellen. Virksomhetsstyring, partssamarbeid og sosial kapital*. Fafo-notat.
- Hibbs, D. (1978). On the political economy of long-run trends in strike activity. *British Journal of Political Science*, 8(2), 153–175. <https://doi.org/10.1017/S0007123400001289>
- Holden, S. (2016). Frontfagsmodellen – fortsatt egnet? I N. Dalseide (Red.), *Fred er dog det beste. Riksmekleren gjennom hundre år* (s. 129–143). Pax forlag.
- Holmberg, S. & Rothstein, B. (2017). Trusting other people. *Journal of Public Affairs*, 16(1–2). <https://doi.org/10.1002/pa.1645>
- Katzenstein, P.J. (1985). *Small states in world markets: Industrial policy in Europe*. Cornell University Press.
- Kiatpongsan, S. & Norton, M.I. (2014). How much (more) should CEOs make? A universal desire for more equal pay. *Perspectives on Psychological Science*, 9(6), 587–593. <https://doi.org/10.1177/1745691614549773>
- Kotler, P. (2015). *Confronting capitalism: Real solutions for a troubled economic system*. American Management Association.
- Kuhnle, S. (2013). Den norske velferdsstaten i et langsiktig og internasjonalt perspektiv. I H. Forbord (Red.), *Arbeidsdepartementet 100 år*. Arbeidsdepartementet.
- Mackenbach, J.P. (2012). The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. *Social Science and Medicine*, 75(4), 761–769. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.031>

- Mackenbach, J.P. (2017). Nordic paradox, southern miracle, eastern disaster: persistence of inequalities in mortality in Europe. *European Journal of Public Health*, 27(Supplement 4), 14–17. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx160>
- Marmot, M. & Wilkinson, R. (2006). *Social determinants of health*. Oxford University Press.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365(9464), 1099–1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
- Moene, K. (2009). *Den skandinaviske modellen og økonomisk ulikhet*. Vedlegg 3 i NOU 2009:10. Fordelingsutvalget. Departementenes servicesenter.
- Norton, M.I. & Ariely, D. (2011). Building a better America – one wealth quintile at a time. *Perspectives on Psychological Science*, 6(9), 9–12. <https://doi.org/10.1177/1745691610393524>
- NOU (2009). *Fordelingsutvalget*. Departementenes servicesenter.
- Nymoen, R. & Sparrman, V. (2015). Equilibrium unemployment dynamics in a panel of OECD countries. *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, 77(2), 164–190. <https://doi.org/10.1111/obes.12061>
- OECD (2015). *In it together. Why less inequality benefits all*. OECD Publishing.
- OECD (2017). *Health at a glance*. OECD Publishing.
- Olstad, F. (2014). *Det farlige demokratiet*. Aschehoug.
- Paldam, M. & Pedersen, P.J. (1984). The large pattern of industrial conflicts – A comparative study of 18 countries, 1919–79. *International Journal of Social Economics*, 11(5), 3–28. <https://doi.org/10.1108/eb013969>
- Piketty, T. (2014). *Capital in the twenty-first century*. Harvard University Press.
- Pontusson, J. (2005). *Inequality and prosperity. Social Europe vs. liberal America*. Cornell University Press.
- Popham, F., Dibben, C. & Bambra, C. (2013). Are health inequalities really not the smallest in the Nordic welfare states? A comparison of mortality inequality in 37 countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67(5), 412–418. <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2012-201525>
- Reiersen, J. (2011). Fra konflikt til samarbeid. *Samfunnsøkonomen*, 5, 34–44.
- Reiersen, J. (2012). Arbeidsgiverne og den nordiske modellen. *MAGMA*, (4), 32–41.
- Reiersen, J. (2021). Too much redistribution, too little, or just right? *Forum for Social Economics*. <https://doi.org/10.1080/07360932.2021.2011763>
- Rodrik, D. (1997). *Has globalization gone too far?* Institute for International Economics.
- Saez, E. & Zuckman, G. (2019). *The triumph of injustice: How the rich dodge taxes and how to make them pay*. W.W. Norton & Company.
- Sandbu, M. (2020). *The economics of belonging: a radical plan to win back the left behind and achieve prosperity for all*. Princeton University Press.
- Sanders, A.E., Slade, G.D., John, M.T., Steele, J.G., Suominen-Taipale, A.L., Lahti, S. & Allen, P.F. (2009). A cross-national comparison of income gradients in oral health quality of life in four welfare states: application of the Korpi and Palme typology. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(7), 569–574. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2008.083238>

- Stiglitz, J. (2012). *The price of inequality*. W.W. Norton & Company.
- Therborn, G. (2013). *The killing fields of inequality*. Polity Press.
- Thomassen, E. & Øksendal, L.F. (2017). *Modellbyggere*. Pax forlag.
- Uslaner, E.M. (2002). *The moral foundation of trust*. Cambridge University Press.
- Wilkinson, R. & Pickett, K. (2009). *The spirit level: Why equality is better for everyone*. Allen Lane.
- Wilkinson, R. & Pickett, K. (2018). *The inner level: How more equal societies reduce stress, restore sanity and improve everyone's well-being*. Allen Lane.
- Øverbye, E. (2018). Er selektivisme bedre enn universalisme i velferdspolitikken? *Norsk Sosiologisk Tidsskrift*, 2(1), 41–57. <https://doi.org/10.18261/issn.2535-2512-2018-01-04>
- Øversveen, E. & Rydland, H.T. (2021). *Sosial ulikhet i helse: En samfunnsvitenskapelig innføring*. Fagbokforlaget.
- Aaberge, R. & Modalsli, J.H. (2014). Fordelingen av inntekter i Norge fra 1875 til i dag. *Plan*, 3(4), 22–26. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3045-2014-03-04-04>
- Aaberge, R., Langørgen A. & Lindgren, P.Y. (2021). Fordelingseffekter av offentlig tjenesteproduksjon i Europa. *Samfunnsøkonomen*, 135(2), 34–44.
- Aaberge, R., Langørgen, A. & Lindgren, P. (2017). The distributional impact of public services. I A.B. Atkinson, A.-C. Guido & E. Marlier (Red.), *Monitoring social Europe* (s. 159–174). Luxembourg: Eurostat.

Torp, S. & Reiersen, J. (2022). Arbeidsliv og folkehelse i en verden i endring. I H. Vike, B. Karlsson & R. Sundet (Red.), *Velferdsstatens transformasjoner* (s. 80–101). Fagbokforlaget.
DOI: <https://doi.org/10.55669/oa200903>

3

Arbeidsliv og folkehelse i en verden i endring

Steffen Torp & Jon Reiersen

Innledning

Det er relativt bred enighet om at Norge gjennom sin måte å organisere arbeidslivet og velferdsordninger på har sikret små inntektsforskjeller og stor sosial trygghet. Dette bidrar til høy tillit mellom folk flest og mellom folk og «systemet» (Wollebæk, 2011). I tillegg er det vist at moderate inntektsforskjeller, sosial trygghet og tillit er faktorer som har positiv betydning for folks helse (Marmot, 2015; Reiersen & Torp, 2020; Wilkinson & Pickett, 2018).

Som beskrevet i kapittel 2 (Reiersen og Torp) kjennetegnes den norske arbeidslivsmodellen av godt organiserte arbeidsgivere og arbeidstakere, sentrale og «solidariske» lønnsforhandlinger som bidrar til å holde lønnsforskjellene moderate, samt rutinemessige samtaler mellom partene i arbeidsmarkedet og myndighetene i saker som angår arbeidslivet (trepartssamarbeid). Den såkalte frontfagsmodellen, der virksomheter som er eksponert for internasjonal konkurranse, forhandler først og legger føringer for forhand-

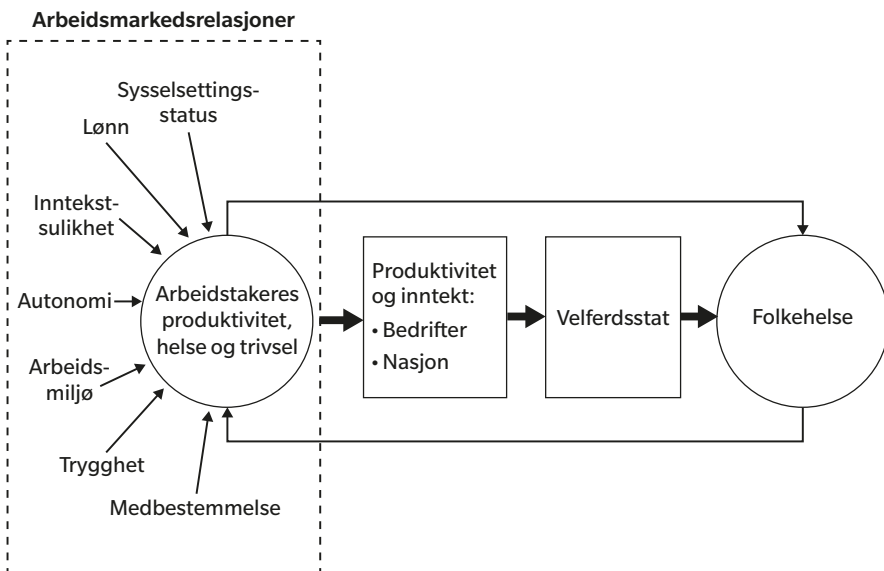
linger i resten av økonomien, sikrer at det tas hensyn til hva som er gunstig for landet som helhet. Den norske arbeidslivsmodellens måte å organisere lønnsforhandlinger på har ikke bare resultert i høy sysselsetting og et konkurransedyktig næringsliv, men også i små lønnsforskjeller (Holden, 2016). Modellen forutsetter imidlertid at de sentrale organisasjonene har legitimitet blant arbeidstakere og arbeidsgivere og at resultatene av de sentrale og koordinerte forhandlingene godtas av lokale aktører. Modellen forutsetter med andre ord at et relativt stort antall arbeidstakere og arbeidsgivere er organisert.

I NOU 2021:9 «Den norske modellen og fremtidens arbeidsliv» gjennomgår det såkalte Fougnerutvalget tilknytningsformer og virksomhetsorganisering i arbeidslivet sett i lys av den senere tids endringer relatert til bl.a. teknologisk utvikling, globalisering, og miljø og klima. Ut fra dette vurderer de også hvilke utfordringer norsk arbeidsliv vil møte i framtiden. En av deres konklusjoner er at ansettelsesvernet må styrkes i en framtid med kompliserte selskapsstrukturer. Ikke lenge etter Fougnerutvalget kom med sin rapport, viste Jordfall et al. (2021) at det i den senere tiden (2008–2018) har vært en økning i lavtlønte arbeidstakere i Norge, særlig i privat sektor. Økningen har vært størst blant arbeidsinnvandrere og på arbeidsplasser der partene ikke har framforhandlet en tariffavtale. Rapporten bekrefter til dels Fougnerutvalgets konklusjoner om at globalisering og uklare arbeidsgivermodeller kan være en utfordring for den norske arbeidslivsmodellen og at dette kan føre til økte lønnsforskjeller og sosiale ulikheter.

Selv om hovedprinsippene for den norske arbeidslivsmodellen har ligget fast siden 1940-tallet, har den ikke vært statisk. Den er blitt justert, utvidet og revidert som følge av endringer i både nasjonale og internasjonale rammebetingelser (Dølvik et al., 2014). I dette kapittelet ønsker vi å diskutere hvordan en pågående globalisering, teknologiske endringer og nye måter å organisere produksjonen av varer og tjenester kan tenkes å påvirke arbeidslivet, legge press på den norske arbeidslivsmodellen og til syvende og sist påvirke folks helse og velferd.

Syssetting, arbeidsmiljø og helse

Å være i arbeid har i all hovedsak en positiv innvirkning på helsen (van der Noordt et al., 2014; Waddel & Burton, 2006). Samtidig vet vi at et dårlig arbeidsmiljø kan føre til sykdom og helseplager, mens et godt arbeidsmiljø kan føre til god helse, velvære og trivsel. Forskning viser at arbeid og arbeidsmiljø er en viktig årsak til sosial ulikhet i helse og at det bidrar i større grad til helseulikheter enn hva livsstilsfaktorer gjør (Ahonen et al., 2018; Borg & Kristensen, 2000; Elstad, 2003; Mehlum, 2013; Siegrist & Theorell, 2006). Figur 3.1 viser faktorer som har betydning for arbeidstakeres helse og velvære og hvordan en frisk og kreativ arbeidsstokk er vesentlig for produktivitet og verdiskaping på flere nivå – og dermed også for folkehelsen som helhet gjennom inntektssikring og gode levekår for arbeidstakere og deres nærmeste. Folkehelsen påvirkes også gjennom at velferdsstatens inntekter sikres og med det bidrar til å finansiere velferdsgoder som helsetjenester og skole for alle. En kan anta at en generell god folkehelse igjen vil kunne påvirke forholdene i arbeidslivet og arbeidstakeres helse og produktivitet, dvs. en positiv feedback-sløyfe.



Figur 3.1 Sammenheng mellom arbeidsliv og folkehelse (oversatt fra Torp & Reiersen, 2020).

I den korte gjennomgangen av arbeidsliv og arbeidsmiljø i Norge som følger nedenfor, tar vi i hovedsak utgangspunkt i den 6. europeiske arbeidsmiljøundersøkelsen som ble gjennomført i 2015 i 35 europeiske land og totalt 44 000 sysselsatte (Eurofound, 2016; Aagestad et al., 2017).

Sysselsetting: I aldersgruppa 20–64 år var henholdsvis 81 % og 77 % av Norges menn og kvinner sysselsatt (totalt = 79 %). Det er bare Sveits og Sverige som har høyere yrkesdeltakelse, og ingen land har mindre forskjell i sysselsettingsgrad mellom menn og kvinner.

Arbeidstid/jobb–familie: Både i Norge og EU er den ukentlige arbeidstiden redusert de siste 25 årene. I 2015 var det bare tre land som hadde kortere gjennomsnittlig arbeidsuke sammenlignet med Norge. Norge er det landet i Europa der flest sysselsatte (ca. 45 %) rapporterer at de har mulighet til selv å påvirke arbeidstiden (EU = ca. 18 %). Andelen i Norge som mener at arbeidstiden passer godt eller svært godt i forhold til familie og sosiale forpliktelser, er også høyest i Europa og ligger på 87 %.

Fysisk og psykososialt arbeidsmiljø: Det er ingen land i Europa der de sysselsatte er mer fornøyd med arbeidsforholdene sine enn de som jobber i Norge (EU = 86 % vs. Norge = 96 %). Det mekaniske, fysiske, kjemiske og biologiske arbeidsmiljøet er relativt godt i Norge selv om andelen som jobber med tunge løft og som utsettes for biologiske risikofaktorer, er den samme som i de andre europeiske landene. Tallene for kvantitative og emosjonelle arbeidskrav er noe vanskelig å tolke, men norske sysselsatte oppgir i større grad enn EU-gjennomsnittet at de arbeider i et høyt tempo, at de ofte forstyrres i arbeidet og at de styres av arbeid andre har gjort eller av direkte krav og forespørsler fra andre.

Ut fra disse resultatene virker det ikke som at det er de fysiske-kjemiske og/eller de kvantitative arbeidskravene som gjør at norske sysselsatte er mer fornøyd med arbeidsforholdene sine enn andre. Det de norske sysselsatte skårer høyt på, er først og fremst mulighet til selv å bestemme over eget arbeid, dvs. mulighet til å bestemme eller forandre rekkefølge på oppgaver, arbeidsmetoder og arbeidstempo. I tillegg til mulighet til selv å bestemme egen arbeidstid (se over) rapporterer svært mange at de har en sikker jobb (ca. 90 %), de deltar i utviklingsprosesser på jobb, og at arbeidsgiver i stor grad betaler for opplæring av sine ansatte. Norske sysselsatte opplever også svært høy støtte fra kolleger (88 %, og høyest i Europa) og også fra nærmeste leder (75 %).

Ifølge den kjente krav–kontroll–støtte-modellen (Karasek & Theorell, 1990) er det kombinasjonen av høye arbeidskrav og lav kontroll/sosial støtte som er viktig for utvikling av arbeidsrelatert sykdom (kalt stresshypotesen). Modellen hevder også at kombinasjonen av høye arbeidskrav og høy grad av selvbestemmelse (og/eller sosial støtte) faktisk er gunstig for læring, mestring og utvikling – noe som igjen bidrar til engasjerte, kreative og produktive arbeidstakere (kalt læringshypotesen). Norge er kjent for å ha et næringsliv med høy produktivitet. Dette kan blant annet forklares med at norske arbeidstakere har høye arbeidskrav kombinert med høy grad av medvirkning og medbestemmelse, samtidig som det er høy grad av sosial støtte kolleger imellom og mellom ledelse og ansatte (Falkum et al., 2016).

Helse: Med et slikt utgangspunkt kan man forvente at norske sysselsatte har relativt god (arbeidsrelatert) helse, noe de da også har. Når det gjelder sykefravær, somatiske helseplager og generell tretthet, kommer imidlertid ikke Norge spesielt godt ut. Norge har det høyeste sykefraværet i Europa, og forekomsten av muskel-skjelettlidelser, skader og tretthet skiller seg ikke nevneverdig fra gjennomsnittet i Europa. I europeisk sammenheng skårer imidlertid norske sysselsatte særlig godt på mental helse (lite angst og depresjon), de skårer høyt på jobbengasjement og de lærer nye ting på jobb. Norge er det landet hvor størst andel av de sysselsatte rapporterer at jobben bidrar positivt til deres helse (30 %). Mye taler for at disse forholdene er nært forbundet med det faktum at norske sysselsatte trives bedre på jobb enn hva som er tilfellet for noe annet europeisk land.

I en studie fra ni utvalgte europeiske land (Sverige og Finland, Spania og Portugal, Ungarn og Bulgaria, Nederland og Tysland og Storbritannia) som representerer ulike velferdsregimer, viser Drobnič et al. (2010) at sysselsatte i de nordiske landene rapporterer høyest tilfredshet med både jobben og med livet generelt. Av de mange ulike arbeidslivsfaktorene som påvirker tilfredshet, er det særlig én som skiller seg ut, nemlig en sikker jobb. Dernest følger god lønn, høy selvbestemmelse på jobb og interessante arbeidsoppgaver. Mens høy selvbestemmelse og interessante arbeidsoppgaver virker via høy jobbtilfredshet, virker sikker jobb og god lønn direkte inn på den totale livskvaliteten (Drobnič et al., 2010). Det er grunn til å tro at det samme gjelder for norsk arbeidsliv og for norske sysselsatte.

Whitehall-studiene har siden 1970-tallet vist at arbeid er en viktig faktor for helse og særlig at sosioøkonomisk status og psykososiale arbeidsmil-

jøfaktorer har betydning for helse og ikke minst for sosial ulikhet i helse (Marmot et al., 1978, 1991; van Rossum et al., 2000). Fokus på arbeidslivets organisering og arbeidskontraktens betydning for helse er i mindre grad dokumentert. Likevel viser studier at sysselsatte med atypiske ansettelsesformer, dvs. uten fast ansettelse, har høyere dødelighet (Kivimaki et al., 2003) og dårligere fysisk og mental helse enn ansatte i fast arbeid (Benach et al., 2004; Cummings & Kreiss, 2008). Kivimaki et al. (2003) viser f.eks. hvordan arbeidstakere som gikk fra å være sysselsatt i midlertidig arbeid til fast ansettelse, hadde lavere dødelighet enn sysselsatte som forble i midlertidige arbeidsforhold. En oversiktsstudie viser at 7 av 13 studier dokumenterte økt fare for arbeidsrelaterte skader og ulykker blant sysselsatte i atypiske stillinger sammenlignet med fast ansatte (Virtanen et al., 2005). Årsaksmekanismene til ulikheter i helse mellom fast ansatte og sysselsatte i atypiske ansettelsesformer er lite undersøkt. I en oppsummering av forskning knyttet til betydningen av atypiske ansettelser for helse (Howard, 2017) hevdes det at sysselsatte i atypiske ansettelsesforhold ofte settes til det farligste og mest belastende arbeidet, at de har mindre tilgjengelig verneutstyr, at de ikke får god nok opplæring i arbeidet og i helse, miljø og sikkerhet (HMS) og at de i mindre grad kan nekte å utføre farlig og belastende arbeid. I tillegg til disse virksomhetsinterne faktorene kan man anta at atypiske ansettelsesformer medfører lav generell sosial tilhørighet, trygghet og tillit. Dette er faktorer man antar har sammenheng med dårlig helse (Aronsson et al., 1999; Schneider et al., 2011). Vancea og Utzet (2017) mener det er særlig uheldig for yngre voksne å være utenfor arbeid eller i midlertidige ansettelsesforhold over tid.

Globalisering

Arbeidslivet blir stadig mer globalisert ved at både bedrifter og arbeidstakere beveger seg over landegrenser, og ved at den teknologiske utviklingen gjør at geografisk arbeidssted ikke er like viktig som før. Økt arbeidsinnvandring, utenlandsk ledelseskultur, og nye typer ansetteselsformer kan få stor betydning for den videre utviklingen av det norske arbeidslivet.

Arbeidsinnvandring

Etter at EU i 2004 inkluderte flere østeuropeiske land, har Norge hatt en høy arbeidsinnvandring fra disse landene, høyere enn i noe annet nordisk land (Dølvik et al., 2014). Denne gruppen arbeidstakere har relativt lav utdanning og arbeider i arbeidsintensive næringer med forholdsvis lav produktivitet (Bjørnstad, 2015).

Arbeidsinnvandringens effekt på norsk økonomi og for norske arbeidstakere er et viktig politisk og økonomisk spørsmål. Kunnskapsgrunnlaget er imidlertid spinkelt, og det er lite vi vet med sikkerhet. Det vi vet, er at perioden 2004–2014 var en svært god periode for norsk økonomi. Arbeidsledigheten var lav og inntektsveksten høy. Norsk økonomi var helt avhengig av arbeidsinnvandring i denne perioden for å få utført alle oppgaver som stod i kø, og arbeidsinnvandrerne kom nettopp fordi det var godt betalte jobber å få.

Kan vi slutte av dette at arbeidsinnvandring bare har hatt gode effekter? Hoen et al. (2018) har forsøkt å kartlegge og tallfeste hvordan innvandring har påvirket norskfødtes arbeidsmarkedssituasjon. De mener at sysselsatte med lav inntekt taper på høy innvandring fordi det er disse sysselsatte som møter den sterkeste konkurransen fra lavt utdannede og lønnede arbeidsinnvandrere. Løken et al. (2019) peker imidlertid på at det er store metodiske problemer forbundet med å måle slike effekter. De påpeker at funnene til Hoen et al. (2018) også kan tolkes som at arbeidsinnvandring fører til at alle nordmenn får det bedre, men at bedringen er større for de i toppen av inntektsfordelingen enn for de som befinner seg i bunnen av inntektsfordelingen.

Arbeidsinnvandring kan imidlertid ha en rekke positive og negative effekter for mottakerlandet som studien til Hoen et al. (2018) ikke fanger opp. En slik effekt kan være endringer i hvordan kontrakter og ansettelsesforhold utformes i næringslivet. Slike endringer kan på sikt påvirke både norskfødte og arbeidsinnvandreres jobbsituasjon. Dette vil vi komme nærmere tilbake til i de neste avsnittene.

I tillegg til arbeidsinnvandrere har Norge etter hvert mange flyktninger og familieinnvandrere fra land i Afrika, Asia og Midtøsten. Disse har ofte lave faglige og språkmessige ferdigheter som gjør at de har problemer med å komme inn på det norske arbeidsmarkedet (sysselsettingsgrad under 50 %), men sysselsettingen varierer sterkt med landbakgrunn, innvandringssårsak, tid i Norge og alder og kjønn (Djuve & Grødem, 2014) (Meld. St. 13

(2018–2019)). At en stor andel av innvandrere ikke er i arbeid og at de som er i arbeid har lave lønninger, lav organiseringsgrad og ofte atypiske ansettelsesformer, kan være med på å skape en uheldig «oss–dem»-dimensjon i arbeidslivet og i samfunnet generelt. Dette kan svekke oppslutningen om den norske arbeidslivsmodellen og ev. også velferdsmodellen som helhet.

Endring av ledelseskultur

I et mer globalisert arbeidsliv er det naturlig å forvente et større mangfold i bedrifts- og ledelseskultur enn hva som var tilfellet tidligere. Drivere i denne sammenheng kan være flere utenlandske virksomhetseiere i Norge, ledere fra andre kulturer, ansatte som er vant med annen type ledelse enn hva som er vanlig i Norge og norske ledere med utdanning fra utlandet som tar med seg ledelsesfilosofier fra andre kulturer. Dette kan utvilsomt bidra positivt til mangfold, bedre ledelse, høyere produktivitet og konkurransekraft og mye læring i norsk arbeidsliv. Samtidig kan det også bidra til å undergrave en virksomhets- og ledelsesfilosofi som har utviklet seg i norsk arbeidsliv over tid – og som bygger på et menneskesyn preget av rettferdighet, likeverd og medbestemmelse. Enkelte hevder at personalledelse i norsk arbeidsliv er i ferd med å bli «amerikanisert» ved at den i økende grad bygger på ledelsesprinsipper hentet fra et mer individualistisk orientert arbeidsliv (Falkum et al., 2016; Stugu, 2017). Dette kan på lengre sikt sette den norske arbeidslivsmodellen under press.

I den norske arbeidslivsmodellen anerkjennes det at det er interessekonflikter mellom arbeidsgivere og arbeidstakere. Dette er en viktig grunn til at det i Norge i lovs form er innført ordninger som sikrer ansatte innflytelse gjennom kollektiv representasjon i styrer, samarbeidsutvalg og arbeidsmiljøutvalg lokalt i virksomhetene. På mer sentralt nivå samtaler arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjonene med myndighetene om saker som angår utviklingen av norsk arbeidsliv (f.eks. IA-avtalen). I en mer liberalistisk tradisjon er ikke medvirkning like mye fokusert, og organiseringsgraden er gjerne lav. I tillegg foregår forhandlinger lokalt, og lønnsfastsettelsen er ofte individuell og prestasjonsorientert. I virksomheter som styres etter tradisjonell liberalistisk personalledelsesfilosofi, er det ofte store lønns- og statusforskjeller. Outsourcing av arbeidsoppgaver er vanlig, og korttidskontrakter, deltidsansatte og innleid arbeidskraft benyttes ofte. Målstyring, gjerne brutt ned på indi-

vidnivå, er en sentral del av virksomhetens daglige drift (Stugu, 2017). Slik ledelse er ofte forbundet med privat virksomhet, men har også hatt gjennomslag i offentlige virksomheter i mange land, og da gjerne omtalt som New Public Management.

Medbestemmelsesbarometeret (Falkum et al., 2016) er en undersøkelse som gjøres med jevne mellomrom i norsk arbeidsliv for å kartlegge endringer i arbeid, arbeidsorganisering og ledelse i arbeidslivet. Barometeret viser at de formelle bedriftsdemokratiske ordningene (som tariffavtaler, tillitsvalgte/verneombud, arbeidsmiljøutvalg, og ansattrepresentanter i virksomhetsstyrer) er vel etablert i både norske virksomheter og utenlandske virksomheter etablert i Norge. Det er små endringer i dette mønsteret i perioden 2009–2016. Dette støtter en påstand om at den norske arbeidslivsmodellen og det norske bedriftsdemokratiet står sterkt, og har oppslutning blant både ansatte, tillitsvalgte og ledere. Likevel er det slik at sammenlignet med tall fra 2009 er det signifikant færre av både arbeidstakere, tillitsvalgte og ledere som i 2016 opplever at de har stor innflytelse på eget arbeid og egen arbeidsplass. Dette gjelder både hvordan de opplever innflytelse på egen arbeidssituasjon (på individnivå), innflytelse på arbeidsorganiseringen (gruppenivå), og innflytelse på styring og organisering av virksomheten (organisasjonsnivå) (Falkum et al., 2016). I tråd med dette viser også barometeret at hele 45 % av respondentene i 2016 mener arbeidslivet går i en mer autoritær retning, mens bare 10 % mener arbeidslivet går i en mer demokratisk retning. Ansatte i utenlandskeide virksomheter rapporterer lavere innflytelse enn ansatte i norskeide. Det hevdes at «importerte» ledelsessystemer lett kan tilpasses en norsk modell med medvirkning og medbestemmelse, men forskerne bak Medbestemmelsesbarometeret mener deres funn ikke støtter en slik påstand (Falkum et al., 2016).

I Norge har vi i dag en relativt streng arbeidsmiljølov som sikrer arbeidstakers rettigheter, men hvordan disse rettighetene etterleves og hvordan de gjennomsyrrer virksomhetskulturer, varierer i stor grad mellom virksomheter og mellom bransjer. F.eks. vil det være helt avgjørende for den norske arbeidslivsmodellen at ledere ser betydningen av å ha organiserte arbeidstakere med kollektiv representasjon i virksomhetens ledelse. Dersom en «amerikanisering» av norsk personal- og arbeidslivsledelse får videre gjennomslag, kan man se for seg at et godt arbeidsmiljø med stor vekt på medbestemmelse forringes og at den overordnede norske arbeidslivsmodellen undergraves.

Atypiske ansettelsesformer

I Norge har omtrent 90 % av alle sysselsatte fast ansettelse. Fast ansettelse gir mer trygghet og større forutsigbarhet enn midlertidighet. Ny teknologi og et internasjonalt arbeidsmarked med hard konkurranse og høyt arbeidskrafttilbud utfordrer ordningen med faste ansettelser.

I internasjonal sammenheng vokser gruppen av arbeidstakere som er i jobb uten fast ansettelse og som har en atypisk tilknytning til arbeidslivet (ILO, 2016; Standing, 2014). Denne utviklingen er ikke like tydelig i Norge, men vi ser tegn på at midlertidige ansettelser og atypiske arbeidskontrakter er under utvikling i enkelte bransjer (Eldring & Ørjasæter, 2018). Standing (2014) betegner gruppen som er sysselsatte uten fast ansettelse en ny klasse, «prekariatet» (sammensatt av prekær og proletariat). Prekariatet livnærer seg gjennom korttidsjobber eller ved at de er leiearbeidere, ringevikarer og frilansere. De er ofte registrert som selvstendig næringsdrivende, og relativt mange er innvandrere. Mange veksler mellom å livnære seg gjennom trygd og korttidsarbeid. For bemanningselskaper og for grupper av høyt utdannede med spesialisert kompetanse kan atypiske ansettelser være gunstig. Det samme gjelder for studenter og personer som ønsker kortvarige arbeidsoppdrag. For gruppen som defineres som prekariatet, er ikke denne arbeidssituasjonen ønsket, og de kommer rett og slett ikke ut av den. Resultatet blir varig utrygghet og stress, med store muligheter for uheldige helsemessige virkninger. Prekariatet skiller seg fra proletariatet ved at det ikke er fagorganisert. Eldring og Ørjasæter (2018) velger å kalle denne gruppen for «løsarbeidere». Vi presenterer her noen atypiske ansettelsesformer som Eldring og Ørjasæter beskriver i boken *Løsarbeidersamfunnet* (2018).

Innleie fra bemanningsbyråer: Bruken av innleid arbeidskraft gjennom bemanningsbyråer har økt betydelig i Norge de siste to tiårene. Likevel utgjør ikke registrerte innleide arbeidstakere mer enn 1,5–2 % av alle årsverk. Eldring og Ørjasæter mener at prosentvis sysselsatte tilknyttet bemanningsbyråer er høyere enn hva prosenten for årsverk skulle tilsi fordi man kan anta at innleide sysselsatte sjeldnere har full jobb enn hva fast ansatte har. I enkelte bransjer og i enkelte regioner er bruken av slik arbeidskraft ganske vanlig. Innenfor bygg og anlegg utføres ca. 10 % av alle håndverkertjenester av innleide. I Oslo og Akershus utføres slike tjenester av ca. 16 % innleide, mens på enkelte store byggeplasser er andelen hele 35 % (Elstad & Ullmann, 2017). Innleide arbeidstakere kommer i dag i første rekke fra østeuropeiske land.

Bruk av innleide arbeidstakere er også vanlig i andre bransjer som service, transport og helse og omsorg.

Fordelen med bruk av innleid arbeidskraft er at det er billig og fleksibelt for virksomhetene, dvs. de kan enkelt tilpasse bruken av arbeidskraft til svingninger i ordreinngang/arbeidskraftbehov. I 2017 var «fast ansettelse uten garantilønn» (også kalt nulltimerskontrakt) det vanligste i bemanningsbyråer (Arbeids- og sosialdepartementet, 2017), dvs. at man blir registrert som fast ansatt i byrået, men får kun betalt når man er i arbeid hos en av byråets kunder. Denne formen for «fast» ansettelse medfører selvfølgelig ingen fast inntekt og forutsigbarhet. I tillegg vanskeliggjør det å organisere seg i en fagorganisasjon. I 2019 ble arbeidsmiljøloven endret etter en hard kamp mellom høyre- og venstresiden i norsk politikk, slik at det nå er innført forbud mot bruk av fast ansettelse uten garantilønn og at det kun er bedrifter med landsomfattende tariffavtale som får leie inn arbeidskraft ut over lovens hovedregel.

Eldring og Ørjasæter (2018) understreker at lovverket rundt bruk av ut- og innleid arbeidskraft er komplekst og vanskelig å forholde seg til. Resultatet er at det oppstår ulike ordninger for å omgå eller tilpasse seg lovverket. Det komplekse lovverket fører også lett til at mange seriøse, men i særlig grad useriøse, firmaer kan komme til å foreta regelbrudd både med hensikt og mer utilsiktet. I tillegg er det liten tvil om at innleie av arbeidskraft utfordrer systemet med ordinære arbeidsgiver- og arbeidstakerforhold der kollektive forhandlinger i stor grad styrer inntekts- og arbeidsforhold.

Midlertidig ansatte: Bruk av midlertidig ansatte har vært brukt i norsk arbeidsliv i lang tid og har også vært en viktig kilde til konflikt mellom arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjoner. I 2015 ble de siste endringene gjort i arbeidsmiljøloven som ga bedrifter større muligheter til å benytte seg av midlertidige ansettelser. I tillegg ga et ekspertutvalg året etter en anbefaling om å myke opp arbeidstidsbestemmelsene ytterligere (NOU 2016:1). Når en snakker om midlertidige ansatte, er det i prinsippet to typer: ordinært midlertidig ansatte og tilkallingsvikarer. Den første typen innebærer at man blir ansatt i et avgrenset tidsrom, men har samme arbeidsbetingelser og -rettigheter som de som har fast ansettelse. Dette er trolig den beste formen for «løsarbeid», men som over tid ikke vil være gunstig for å oppleve at man har en sikker inntekt. Denne formen for ansettelser er særlig vanlig innen akademia i forbindelse med tidsavgrenset prosjektarbeid. Tilkallingsvikarer (også kalt ekstrahjelp og ringevikar) er særlig vanlig i hotell- og restaurantbransjen

og i helse- og sosialtjenestene. Arbeidsavtalen til disse arbeidstakerne ligner i stor grad på det som kalles «fast ansettelse uten garantilønn» som har vært benyttet av bemanningsselskaper (se over).

Mange som har sin hovedvirksomhet annet steds, f.eks. studenter, er ofte fornøyde med å være tilkallingsvikar for å kunne tjene noe ekstra uten å forplikte seg i et arbeidsgiver/-takerforhold. Ordningen med midlertidige ansettelser gir arbeidsgiver en fleksibilitet i planlegging av driften, men ordningen er kun lovlig når arbeidsgiver ikke har andre måter å få dekket sitt behov for arbeidskraft på. Dersom bruken av tilkallingsvikarer benyttes til å dekke et permanent behov, og ikke er en løsning på et behov som oppstår, er det ulovlig. Samtidig er tolkningen av hva som er et «permanent behov», ofte vanskelig. En ansatt som har en slik kontrakt, har ikke samme rettigheter som en fast ansatt og har derfor ikke rett på sykepenger. Den ansatte har heller ikke noe oppsigelsesvern dersom han/hun skulle komme i et konfliktforhold med arbeidsgiver. I tillegg er det vanskelig for denne gruppen av sysselsatte å ta opp vanskelige forhold som måtte gjelde f.eks. kritikkverdig drift og forhold knyttet til HMS i virksomheten.

Utsendte fra utenlandske virksomheter: En annen gruppe som ofte jobber på kortsiktige kontrakter, er såkalte utsendte arbeidstakere. EUs (og EØS') regelverk omfatter ikke bare fri bevegelse av personer mellom land, men også av tjenester. De utsendte arbeidstakerne omfattes av fri bevegelse av tjenester og har ikke sitt kontraktsforhold i Norge, men i en virksomhet i et annet land, oftest i Øst-Europa. Dette kan være bemanningsbyrå, men også andre virksomheter der de sysselsatte har fast eller midlertidig ansettelse eller knapt noen arbeidskontrakt overhodet. På begynnelsen av 2000-tallet hadde disse arbeidstakerne lønn og arbeidsforhold tilsvarende det landet de kom fra. Det omstridte «utsendingsdirektivet» i EU (European Commission, 2018) slår imidlertid fast at oppdragsgiver (i f.eks. Norge) skal sikre at arbeidsgiverne for utsendte arbeidstakere (f.eks. fra Øst-Europa) følger lover og forskrifter mht. arbeidstid, lønn og HMS i det landet arbeidet utføres. Dette synes som en god ordning som skal forebygge sosial dumping, men i praksis har det vist seg at håndheving av dette er svært vanskelig. De verste eksemplene på sosial dumping i Vest-Europa har nettopp involvert utsendte arbeidstakere (Cremers, 2011).

Bruken av utsendte arbeidstakere utfordrer norsk arbeidsliv og den norske arbeidslivsmodellen ved at denne gruppen arbeidstakere ofte arbeider

der under dårligere forhold og med lavere lønn enn andre i norsk arbeidsliv. De faller utenfor systemet med sentrale og solidariske forhandlinger om lønns- og arbeidsvilkår, og de påvirker konkurranseforholdene mellom norske og utenlandske virksomheter.

Selvstendig næringsdrivende: Selvstendig næringsdrivende omfatter de som ikke har en arbeidsgiver. I Europa utgjør denne gruppen omtrent 14 % av arbeidsstokken, mens de i Norge utgjør omtrent 7 % (Eurostat, 2017; Grünfeld et al., 2016; Nergaard, 2016). De selvstendig næringsdrivende er en svært heterogen gruppe og omfatter sysselsatte med lav utdanning og inntekt (som f.eks. bønder og fiskere, sjåførere, håndverkere og kunstnere) og sysselsatte med høy utdanning og inntekt (som f.eks. advokater og leger). Den desidert største gruppen av selvstendig næringsdrivende har ingen ansatte i sin virksomhet. Felles for selvstendig næringsdrivende som gruppe er at de generelt har dårligere sikkerhet i arbeidslivet siden arbeidsmiljøloven ikke gjelder for disse. I tillegg har de dårligere vilkår når det gjelder tilgjengelige velferdsgoder som bl.a. sykepenger og arbeidsledighetstrygd. I Standings (2014) begrepsbruk vil gruppen av dårlig betalte selvstendig næringsdrivende og frilansere komme inn under det han betegner som prekariatet.

Å benytte seg av selvstendige kan være gunstig for arbeidsgivere fordi de slipper å forholde seg til tariff lønn og eventuelt minstelønnsatser, og de kan omgå arbeidstidsregler og slippe å betale sykelønn. Norsk lovgivning setter en del begrensninger, men uklare regler gir rom for «kreative» og mer eller mindre lovlige løsninger. Eldring og Ørjasæter (2018) omtaler denne gruppen selvstendige som «maskerte arbeidstakere», dvs. at de arbeider som vanlig ansatte, men uten å ha de samme rettighetene som fast ansatte har. I 2019 pågikk en rettssak mellom 24 omsorgsarbeidere (med støtte av Fagforbundet) og selskapet Aleris¹ knyttet til nettopp denne tematikken. Omsorgsarbeiderne ble av Aleris definert som selvstendig næringsdrivende, mens arbeidstakerne selv mente arbeidet var organisert som om de var ordinære ansatte. De mente derfor de hadde rett på feriepenger, overtidsbetaling, sykepenger og pensjon. Tingretten konkluderte med at 12 av de 24 var å regne som ansatte og ikke selvstendig næringsdrivende, men tingretten fant ikke

1 Våren 2019 skiftet Aleris Omsorg navn til Stendi. Selskapet kontrollerte da ca. 25 % av det private omsorgsmarkedet i Norge.

bevis for at Aleris hadde brukt selvstendig næringsdrivende av økonomiske hensyn. Saksøkerne anket imidlertid saken til lagmannsretten, og i 2021 fikk alle medhold på alle punkter. Dommen legger med andre ord føringer for at det ikke er lov å benytte «maskerte arbeidstakere», men det kan være vanskelig å vurdere hvor grensen går for hva som er lov og ikke lov.

Økt bruk av selvstendig næringsdrivende og frilansere vil kunne bidra til flere sysselsatte som (tilsynelatende) har større kontroll på egen arbeidssituasjon, men som lever økonomisk og trygdemessig mer usikre liv.

Teknologisk endring

Teknologisk endring og teknologiske nyvinninger påvirker kontinuerlig arbeidssituasjonen til sysselsatte. I tillegg til effekter på individ- og bedriftsnivå kan teknologiske endringer knyttet til blant annet automatisering, digitalisering og delingsøkonomi også ha konsekvenser for hvordan hele arbeidslivet organiseres, og dermed også for den norske arbeidslivsmodellen. Konsekvensene av slike endringer kan være økte sosiale ulikheter og dårligere folkehelse.

Automatisering og digitalisering

Ifølge Statistisk sentralbyrå er det sannsynlig at hele 33 % av alle jobber vil forsvinne i Norge i løpet av de neste 20 årene som følge av ny teknologi og automatisering av arbeidsoppgaver. Helt siden den industrielle revolusjon har det eksistert en frykt for at maskiner og ny teknologi skal erstatte menneskelig arbeidskraft, men dette har ikke slått til (Hagen & Guldvik, 2016). Tvert imot har ny teknologi ført til økt produktivitet, verdiskaping og velstand. Arbeidskraft som frigjøres som følge av automatisering og modernisering, har blitt flyttet over i andre deler av økonomien som har ekspandert.

Likevel er det vanskelig å avvise den bekymringen mange nå har for hva som kan bli konsekvensene av den pågående teknologiske endringen. Én grunn er at denne endringen går mye raskere i dag enn tidligere. Omstillingstakten i samfunnet har økt, og flere enn før må regne med å miste jobben som følge av omstilling. Dette er en utfordring for de som har vansker med å finne ny jobb etter jobbtap, for eksempel eldre arbeidstakere. Samtidig

fører mer avansert teknologi til at arbeidslivet blir mer krevende. Sammenlignet med tidligere er det i dag langt færre jobber til de med lave kvalifikasjoner og lav utdanning.

Disse problemene forsterkes av globalisering og svekkede fagforeninger. Begge har ført til at eierne av bedriftene har fått en større andel av verdiskapingen på bekostning av de ansatte (lønnsandelen faller). Kapitaleierne har altså fått økte inntekter, men disse inntektene brukes i økende grad til investeringer i mer fattige framvoksende økonomier. Dermed faller investeringene i de rike industrilandene (inkludert Norge) og det skapes færre nye jobber der. I tillegg bidrar lavere lønnsandeler til lavere vekst i konsumet av varer og tjenester. Folk flest har rett og slett mindre å rutte med. Når veksten i konsumet av varer og tjenester flater ut, blir det også mindre vekst i produksjon og sysselsetting. De med høye inntekter sparer typisk en større andel av inntekten sin. At mer av overskuddet går til de som har mye fra før, forsterker med andre ord problemet med fall i etterspørselen og dermed lavere sysselsettingsvekst. Tendensen ser altså ut til å være at ny teknologi, automatisering og digitalisering øker produktiviteten og verdiskapingen, men fjerner jobber og skaper større inntektsforskjeller. Samtidig er veksten i jobbskapingen i andre deler av økonomien for svak til å kompensere for tapet av jobber som følge av ny teknologi (Sandbu, 2020).

Det kan også legges til at veksten i sysselsettingen i Norge framover ser ut til å komme i bransjer og næringer der andelen fagorganiserte er lav. Dette kan føre til et ytterligere press nedover i lønninger, større inntektsforskjeller og en forsterkning av prosessene som er beskrevet over.

Delingsøkonomi

Den såkalte delingsøkonomien, eller plattformøkonomien, har oppstått som følge av utviklingen innen informasjons- og kommunikasjonsteknologi (NOU 2017:4). Denne formen for utveksling av tjenester og betaling mellom tilbydere og kunder griper om seg. Kjente eksempler på plattformtjenester er Airbnb (utleie av overnattingssteder) og Uber (drosjevirkosomhet i egen bil). Det som er spesielt med denne formen for økonomi, er at det i tillegg til oppdragsgiver (kunde) og tilbyder (sysselsatt) er en teknologileverandør som tar hånd om den teknologiske plattformen som arbeidet formidles gjennom. Transaksjonen går mellom kunde og sysselsatt, men transaksjonen kan ikke

skje uten en teknologileverandør som formidler kontakten mellom de to partene transaksjonen går mellom. Denne formidleren er per definisjon ikke arbeidsgiver. Den sysselsatte er gjerne selvstendig næringsdrivende, frilanser eller lignende. Det er vanskelig å få oversikt over denne delen av arbeidsmarkedet fordi det finnes så mange former for teknologiske løsninger og tilknytningsformer, og fordi økonomien er i rivende utvikling. Noen plattformer er stedbundne (f.eks. Uber), mens andre er det ikke (f.eks. IT-tjenester fra lavkostland). Mens noen plattformeiere kun utvikler teknologien og gjør den tilgjengelig, er det andre som går mer aktivt inn i selve arbeidsformidlingen og prisbestemmelsen.

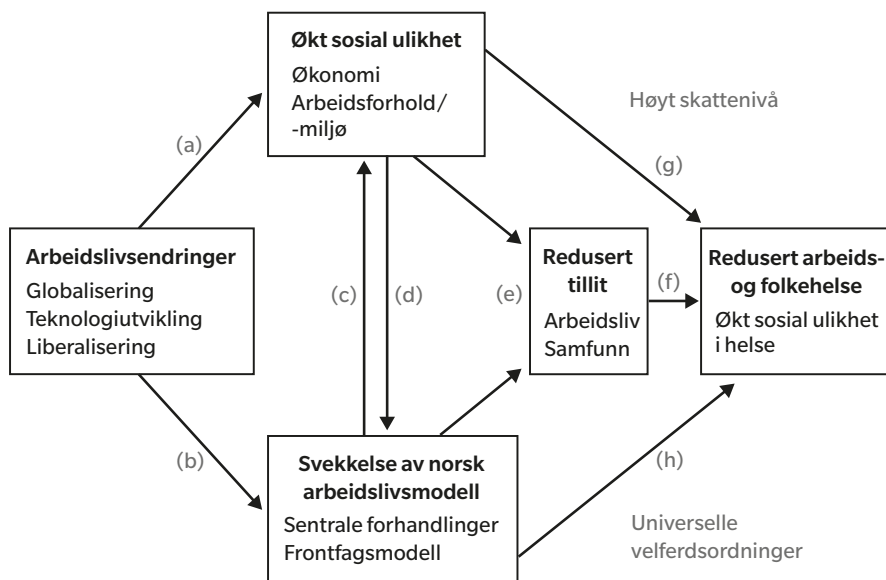
Selv om det anslås at 10 000–30 000 personer i Norge tok oppdrag gjennom en delingsplattform i 2016 og 2017, konkluderes det i en kartlegging av delingsøkonomien at den foreløpig er relativt marginalt utviklet i Norge (Alsos, Jesnes & Øistad, 2018). Samtidig pekes det på at delingsøkonomien har potensial i seg til å endre hvordan arbeidslivet organiseres og dermed også de forhold som regulerer dette (NOU 2017:4).

Oppsummering

Oppsummert kan vi si at det norske arbeidslivet er godt fungerende med utstrakt samarbeid mellom arbeidstakere, arbeidsgivere og myndigheter, høy tillit, godt arbeidsmiljø og tilfredse sysselsatte. Økende globalisering og teknologisk endring utfordrer imidlertid denne situasjonen. Sosiale og helsemessige forhold er nært knyttet til hvordan arbeidslivet er organisert. I figur 2 har vi oppsummert de faktorene og sammenhengene (a–h) vi har presentert over og som vi mener er sentrale for folkehelsen i Norge. Selv om faktorene stort sett påvirker hverandre gjensidig, illustrerer pilene hvilken retning vi mener har størst betydning. Det grå feltet representerer samfunnsmessige forhold som har betydning for alle de nevnte faktorene og sammenhengene mellom dem, men som ikke omtales her fordi de ikke direkte handler om arbeidslivet. Det er viktig å understreke at globalisering og teknologiske endringer i seg selv ikke trenger å medføre negative endringer i arbeidsmarkedet som leder til et mer usikkert arbeidsliv og dårligere helse. Likevel ser vi at globalisering og teknologisk utvikling ofte går hånd i hånd med overnasjonale og nasjonale organers reguleringer (eller kanskje helst dereguleringer)

inspirert av nyliberale ideologiske strømninger. Sammen kan denne utviklingen påvirke den delen av det organiserte arbeidslivet som tilsynelatende har hatt en positiv betydning for innbyggernes helse og for landet totalt sett.

Vi har sett hvordan globalisering og teknologisk endring med en liberalisering av arbeidslivet kan både medføre sosiale ulikheter mht. økonomi, arbeidsforhold og arbeidsmiljø (a) og samtidig svekke den norske arbeidslivsmodellen (b) som bygger på sentrale forhandlinger, frontfagsmodellen og en anerkjennelse av at det er en maktulikhet mellom arbeidsgivere og arbeidstakere og at også arbeidstakere gjennom tillitsvalgte derfor skal gis en viktig rolle i ledelsen av norsk arbeidsliv. Både arbeidsgivere og arbeidstakere har tradisjonelt sett seg tjent med å redusere økonomiske ulikheter (Reiersen & Torp, 2020), men med en mulig svekkelse av arbeidslivsmodellen gjennom f.eks. lav organiseringsgrad blant arbeidsgivere og arbeidstakere kan dette føre til økt sosial ulikhet (c). Samtidig vil økt sosial ulikhet pga. globalisering og teknologisk endring svekke arbeidslivsmodellen fordi de svakeste (prekariatet) ikke ser seg tjent med å organisere seg og dermed være del av de sentrale forhandlingene som er så sentralt i den norske arbeidslivsmodellen (d). Høy grad av tillit kjennetegner både norsk arbeidsliv og det norske samfunnet som helhet. Denne tilliten vil mest sannsynlig svekkes som følge av økte sosiale ulikheter og redusert arbeidstakermedvirkning i norsk arbeidsliv (e). Tillit og trygghet er viktige faktorer for god helse, og folkehelsen vil derfor kunne svekkes pga. redusert tillit (f). I tillegg vil økt økonomisk ulikhet og ulikhet mht. arbeidsforhold og arbeidsmiljø (høye krav og lav kontroll/sosial støtte) medføre sosial ulikhet i helse og også ha en direkte og uheldig virkning på arbeidstakeres og befolkningens gjennomsnittlige helse (g). En generell svekkelse av den norske arbeidslivsmodellen vil trolig også ha en slik direkte negativ effekt på helse.



Figur 3.2 Oversikt over hvordan endringer i norsk og internasjonalt arbeidsliv kan påvirke den norske arbeidslivsmodellen og arbeidstakeres og befolkningens helse [oversatt fra Torp & Reiersen (2020)].

Den norske arbeidslivsmodellen har tidligere vist seg å stå sterkt i møtet med internasjonale utfordringer. Norske bedrifter er konkurransedyktige, og norske arbeidstakere er ressurssterke, omstillingsdyktige, har høy kompetanse og trives på jobb. Dette er faktorer som burde gjøre at det norske samfunnet og det norske næringslivet er bedre rustet til å møte framtidens utfordringer enn de aller fleste andre land. Likevel er de utfordringer vi ser i dag, muligens annerledes enn tidligere. Uansett synes det som at behovet for kortsiktige effekter på lokalt plan undergraver et balansert system som fungerer godt på et nasjonalt plan og i et langsiktig perspektiv. Dermed kan man si at systemet på sett og vis trues mer «innenfra» enn «utenfra». For at dette ikke skal skje kreves en overordnet langsiktig politikk med tiltak som ivaretar kjerneelementene i den norske arbeidslivsmodellen og som forebygger sosial ulikhet på alle plan.

Referanser

- Ahonen, E.Q., Fujishiro, K., Cunningham, T. & Flynn, M. (2018). Work as an inclusive part of population health inequities research and prevention. *American Journal of Public Health*, 108(3), 306–311. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304214>
- Alsos, K., Jesnes, K. & Øistad, B. (2018). Når sjefen er en app – delingsøkonomi i et arbeidsperspektiv. *Praktisk Økonomi & Finans*, 34(2), 101–110. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-2871-2018-02-03>
- Arbeids- og sosialdepartementet (2005). *Europaparlaments- og rådsdirektiv 96/71/EF*. <https://www.europalov.no/rettsakt/utsendingsdirektivet/id-4538>
- Arbeids- og sosialdepartementet. (2017). *Høringsnotat om endringer i arbeidsmiljøloven om fast ansettelse, midlertidig ansettelse i og innleie fra bemanningsforetak*. Arbeids- og sosialdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-om-endringer-i-arbeidsmiljolooven/id2563621/>
- Aronsson, G., Bejerot, E. & Härenstam, A. (1999). Healthy work: Ideal and reality among public and private employed academics in Sweden. *Public Personnel Management*, 28(2), 197–215.
- Benach, J., Gimeno, D., Benavides, F.G., Martinez, J.M. & Torne Mdel, M. (2004). Types of employment and health in the European union: changes from 1995 to 2000. *European Journal of Public Health*, 14(3), 314–321. <https://doi.org/10.1093/eurpub/14.3.314>
- Bjørnstad, R. (2015). *Virksomheter av allmenngjøring av tariffavtaler*. Senter for lønnsdannelse.
- Borg, V. & Kristensen, T.S. (2000). Social class and self-rated health: can the gradient be explained by differences in life style or work environment? *Social Science and Medicine*, 51(7), 1019–1030. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00011-3](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00011-3)
- Cremers, J. (2011). *In search of cheap labour in Europe. Working and living conditions of posted workers*. International Books.
- Cummings, K.J. & Kreiss, K. (2008). Contingent workers and contingent health: risks of a modern economy. *JAMA*, 299(4), 448–450. <https://doi.org/10.1001/jama.299.4.448>
- Djuve, A.B. & Grødem, A.S. (2014). *Innvandring og arbeidsmarkedsintegrering i Norden*. Fafo.
- Drobnič, S., Beham, B. & Präg, P. (2010). Good job, good life? Working conditions and quality of life in Europe. *Journal of Social Indicators Research*, 99(2), 205–225. <https://doi.org/10.1007/s11205-010-9586-7>
- Dølvik, J.E., Fløtten, T., Hippe, J.M. & Jordfald, B. (2014). *Den nordiske modellen mot 2030. Et nytt kapittel?* Fafo.
- Eldring, L. & Ørjasæter, E. (2018). *Løsarbeidersamfunnet*. Cappelen Damm Akademisk.
- Elstad, J.I. (2003). Livsstil, arbeidsmiljøbelastninger og helseulikheter blant 55-årige menn. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 123(16), 2289–2291.
- Elstad, L. & Ullmann, B. (2017). *Ulovlig innleie i byggebransjen i hovedstadsområdet våren 2017*. Fellesforbundet, Elektromontørenes Forening, Oslo Bygningsarbeiderforening, Rørleggernes Fagforening, Tømrer- og Byggfagforeningen.

- Eurofound (2016). *Sixth European working conditions survey – Overview report*. Eurofound. https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1634en.pdf
- European Commission (2018). *Directive 96/71/EC of the European Parliament and of the Council of 16 December 1996 concerning the posting of workers in the framework of the provision of services*. European Commission. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=CELEX%3A31996L0071>
- Eurostat (2017). *Taking a look at self-employed in the EU*. Eurostat. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20170906-1>
- Falkum, E., Ingelsrud, M.H. & Nordrik, B. (2016). *Medbestemmelsesbarometeret 2016*. Arbeidsforskningsinstituttet, Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Grünfeld, L., Salvanes, K., Hvide, H., Jensen, T. & Skogstrøm, J.F. (2016). *Selvstendig næringsdrivende i Norge. Hvem er de og hva betyr de for fremtidens arbeidsmarked?* Menon Business Economics. Rapport nr. 14.
- Hagen, K.J. & Guldvik, R.E. (2016). Arbeidslivet remikses. *MAGMA*, (3), 33–39. <https://www.magma.no/arbeidslivet-remikses>
- Hoen, M.F., Markussen, S. & Røed, K. (2018). *Immigration and social mobility (IZA DP No. 11904)*. Institute of Labor Economics.
- Holden, S. (2016). Frontfagsmodellen – fortsatt egnet? I N. Dalseide (Red.), *Fred er dog det beste. Riksmekleren gjennom 100 år* (s. 129–143). Pax forlag.
- Howard, J. (2017). Non-standard work arrangements and worker health and safety. *American Journal of Industrial Medicine*, 60(1), 1–10. <https://doi.org/10.1002/ajim.22669>
- ILO (2016). *Non-standard employment around the world. Understanding challenges, shaping prospects*. International Labour Office. https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_534326/lang-en/index.htm
- Jordfall, B., Svarstad, E. & Nymoen, R. (2021). *Hvem er de lavtlønte?* Fafo. Rapport nr. 29. <https://www.fafo.no/images/pub/2021/20796.pdf>
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life*. Basic Books.
- Kivimäki, M., Vahtera, J., Virtanen, M., Elovainio, M., Pentti, J. & Ferrie, J.E. (2003). Temporary employment and risk of overall and cause-specific mortality. *American Journal of Epidemiology*, 158(7), 663–668. <https://doi.org/10.1093/aje/kwg185>
- Løken, K., Harding, T. & Johnsen, J. (2019, 23. februar). Er innvandring virkelig årsaken? *Dagens Næringsliv*, 32.
- Marmot, M. (2015). *The health gap. The challenge of an unequal world*. Bloomsbury Publishing PLC.
- Marmot, M.G., Rose, G., Shipley, M. & Hamilton, P.J. (1978). Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 32(4), 244–249. <https://doi.org/10.1136/jech.32.4.244>
- Marmot, M.G., Smith, G.D., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., ... Feeney, A. (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet*, 337(8754), 1387–1393. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(91\)93068-k](https://doi.org/10.1016/0140-6736(91)93068-k)

- Mehlum, I.S. (2013). *Betydningen av arbeidsmiljø for sosiale ulikheter i helse*. Statens arbeidsmiljøinstitutt.
- Meld. St. 13 (2018–2019). *Muligheter for alle. Fordeling og sosial bærekraft*. Det kongelige finansdepartement.
- Nergaard, K. (2016). Tilknytningsformer i norsk arbeidsliv. Nullpunktsanalyse. Fafo.
- NOU 2016:1. (2016). *Arbeidstidsutvalget. Regulering av arbeidstid – vern og fleksibilitet*. Arbeids- og sosialdepartementet.
- NOU 2017:4. (2017). *Delingsøkonomien – muligheter og utfordringer*. Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.
- NOU 2021:9. (2021). *Den norske modellen og fremtidens arbeidsliv. Utredning om tilknytningsformer og virksomhetsorganisering*. Arbeids- og sosialdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2021-9/id2862895/?ch=1>
- Reiersen, J. & Torp, S. (2020). The Nordic Income Equality Model in health promotion. *Socialmedicinsk Tidsskrift*, 97(3), 405–416. <https://c.se/index.php/smt/article/view/2237/2123>
- Sandbu, M. (2020). *The economics of belonging. A radical plan to win back the left behind and achieve prosperity for all*. Princeton University Press.
- Schneider, I.K., Konijn, E.A., Righetti, F. & Rusbult, C.E. (2011). A healthy dose of trust: The relationship between interpersonal trust and health. *Personal Relationships*, 18, 668–676.
- Siegrist, J. & Theorell, T. (2006). Socio-economic position and health: The role of work and employment. I J. Siegrist & M. Marmot (Red.), *Social inequalities in health* (s. 73–100). Oxford University Press.
- Standing, G. (2014). *Prekariatet*. Res Publica.
- Stugu, S. (2017). *Du har sparken. Om HR og amerikanisering av norsk arbeidsliv*. Forlaget Manifest.
- Torp, S. & Reiersen, J. (2020). Globalization, work, and health: A Nordic perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 7661. <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/20/7661>
- van der Noordt, M., IJzelenberg, H., Droomers, M. & Proper, K. (2014). Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. *Occupational and Environmental Medicine*, 71(10), 730–736.
- van Rossum, C.T., Shipley, M.J., van de Mheen, H., Grobbee, D.E. & Marmot, M.G. (2000). Employment grade differences in cause specific mortality. A 25 year follow up of civil servants from the first Whitehall study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(3), 178–184. <https://doi.org/10.1136/jech.54.3.178>
- Vancea, M. & Utzet, M. (2017). How unemployment and precarious employment affect the health of young people: A scoping study on social determinants. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45, 73–84.
- Virtanen, M., Kivimäki, M., Joensuu, M., Virtanen, P., Elovainio, M. & Vahtera, J. (2005). Temporary employment and health: a review. *International Journal of Epidemiology*, 34(3), 610–622. <https://doi.org/10.1093/ije/dyi024>
- Waddell, G. & Burton, A. (2006). *Is work good for your health?* TSO.

- Wilkinson, R. & Pickett, K. (2018). *The inner level: How more equal societies reduce stress, restore sanity and improve everyone's well-being*. Allen Lane.
- Wollebæk, D. (2011). Norges sosiale kapital i nordisk og europeisk kontekst. I D. Wollebæk & S.B. Segard (Red.), *Sosial kapital i Norge* (s. 51–78). Cappelen Damm Akademisk.
- Aagestad, C., Bjerkan, A.M. & Gravseth, H.M.U. (2017). *Arbeidsmiljøet i Norge og EU – en sammenligning*. Statens arbeidsmiljøinstitutt. <https://stami.brage.unit.no/stami-xmlui/handle/11250/2466019>

Fosse, E. & Torp, S. (2022). Kan folkehelsearbeidet bidra til en styrking av velferdsstaten? I H. Vike, B. Karlsson & R. Sundet (Red.), *Velferdsstatens transformasjoner* (s. 102–118). Fagbokforlaget.
DOI: <https://doi.org/10.55669/oa200904>

4

Kan folkehelsearbeidet bidra til en styrking av velferdsstaten?

Elisabeth Fosse & Steffen Torp

Innledning

Samfunnet bruker store ressurser på å behandle sykdommer for at folk skal kunne leve gode liv, og vi oppfordres til å forebygge sykdommer gjennom bl.a. å spise sunt og holde oss fysisk aktive. Likevel vet vi at de grunnleggende faktorene som skaper helse, stort sett finnes utenfor helsevesenet og at de er utenfor enkeltindividets kontroll (WHO, 2008). I internasjonal sammenheng er folkehelsen i Norge god, og det er bred enighet om at dette har sammenheng med at vi i Norge har klart å skape gode levekår og små forskjeller mellom fattige og rike (se kapittel 2, Reiersen og Torp). En viktig faktor for å klare dette har vært en stor og velutviklet velferdsstat med universelle støtteordninger, dvs. støtteordninger for alle innbyggere. Norge har som ett av svært få land i verden fått en egen lovgivning om folkehelsearbeid og hvordan dette arbeidet skal organiseres og drives (Helse- og omsorgsde-

partementet, 2012). I dette kapitlet ønsker vi først å skissere hvordan folkehelsearbeidet i Norge har utviklet seg, og hvordan det er knyttet til utvikling og endring av velferdsstaten. Basert på denne gjennomgangen og på resultater fra egen forskning om iverksetting av folkehelselovgevingen stiller vi spørsmål om folkehelsearbeid kan være med på å styrke framtidens velferdsstat, og hvilke betingelser som må være til stede for at dette skal skje.

Folkehelse som del av velferdsstaten

Forbedring av folkehelsen var et sentralt tema allerede på 1920- og 1930-tallet, og i Norge ble folkehelse som et viktig tema drevet fram av sosialistiske leger, med senere helsedirektør Karl Evang i spissen (Nordby, 1989). I folkehelsearbeidet var det fokus på samfunnsforhold som skaper god og dårlig helse, det vi dag kaller helsens determinanter. Helse ble forstått som et resultat av levekår, og ved å bedre folks levekår ville også folkehelsen bli forbedret. Temaer var lønnspolitikk, boligpolitikk og velferdspolitik, og ved å gi arbeidere en lønn å leve av, sunne boliger og velferdsordninger som arbeidsledighetsstønad og pensjon, ville levekår og dermed folkehelsen bli bedre (Slagstad, 2015). Denne forståelsen ble også grunnleggende for oppbyggingen av velferdsstaten etter krigen, og utjevning av sosiale forskjeller og utvikling av et sosialt sikkerhetsnett var de overordnede siktemålene.

Etter hvert som velstanden i befolkningen økte, ble koblingen mellom levekår og helse mindre tydelig. Hovedvekten ble lagt på å bygge ut sykehus, og stadig flere medisinske spesialiteter kom til. Men samtidig endret sykdomsmønsteret i befolkningen seg. Før krigen dominerte sykdommer som blant annet hadde sin årsak i fattigdom, som tuberkulose, mens på 1960 og -70-tallet ble hjerte-karsykdommer og kreft de dominerende folkesykdommene. Dette var sykdommer som ble knyttet til velstand og ikke fattigdom, og årsaken var ofte å finne i levevaner som røyking og kosthold. Det var også sykdommer som hadde et stort forebyggingspotensial; ved at folk sluttet å røyke og endret kostholdet i retning av mer grønnsaker og mindre fett, kunne noen av disse sykdommene forebygges. Sykdommene kunne selvsagt også behandles, men den helsemessige og samfunnsøkonomiske gevinsten lå i potensialet for forebygging. Dermed ble det etter hvert et økt fokus på forebygging, og utover på 1970-tallet dreide folkehelse seg i økende grad om

individuelle tiltak rettet mot å endre folks livsstil for å forebygge sykdom. Vi kan si at det før krigen og i årene etter krigen var en politisering av folkehelsearbeidet, med vekt på de sosiale determinantene, mens det etter hvert ble en avpolitisering, der sykdomsforebygging med fokus på enkeltindividers helseatferd ble prioritert. I de neste kapitlene vil vi vise hvordan folkehelsearbeidet i Norge, gjennom blant annet den nye folkehelseloven, igjen er blitt politisert.

Helsefremmende arbeid: revitalisering av determinantperspektivet

Folkehelsearbeidet, både i Norge og resten av den vestlige verden, hadde fått mindre fokus på strukturelle determinanter, noe som etter hvert møtte kritikk (1970–80-tallet), ikke minst fra land i det globale sør. Det ble pekt på at i et globalt perspektiv fantes det store sosiale helseforskjeller, som bl.a. bunnet i ujevne maktforhold mellom industriland i nord og utviklingsland i sør.

Det helsefremmende arbeid («health promotion») ble løftet fram som en ny strategi for folkehelsearbeidet. Manifestasjonen av det helsefremmende arbeid skjedde på en konferanse i Ottawa, Canada, i 1986. Konferansen ble arrangert etter initiativ fra WHO og satte fokus på de sentrale determinantene for helse. I Ottawa-charteret, som var sluttdokumentet for konferansen, ble det pekt på fem sentrale temaer som var viktige for å oppnå en god befolkningshelse: et bærekraftig miljø, en helsefremmende politikk, gode lokalsamfunn og individuelle ferdigheter. Det femte punktet handler om å reorientere helsetjenesten i en mer helsefremmende retning (WHO, 1986).

Ved at ideologien i helsefremmende arbeid legger vekt på helsens determinanter, inkludert sosial rettferdighet og likhet, har det vært en motbevegelse mot den sosiale og økonomiske utviklingen som har bidratt til å skape økte sosiale forskjeller. Den helsefremmende ideologien har bidratt til å prege diskusjoner om velferdsstatens betydning globalt, men også i Norge. Vi kan si at spørsmål om folkehelse igjen ble politisert gjennom den helsefremmende bevegelsen.

Sosial ulikhet i helse og den sosiale gradienten

Fra 1980-tallet har de sosiale forskjellene økt i store deler av verden, og dette har også påvirket befolkningens helse og fordelingen mellom ulike sosioøkonomiske grupper. Årsakene til denne utviklingen er komplekse, men det pekes på en global liberalisering av økonomi og arbeidsmarked. Sosiale ulikheter er en utfordring for den nordiske og norske velferdsmodellen som henter legitimitet fra at den bygger på prinsipper om likhet og sosial rettferdighet.

Også i Norge har de sosiale forskjellene økt de siste årene. I 2018 oppdaterte Folkehelseinstituttet Folkehelse rapporten fra 2014 og satte særlig fokus på sosial ulikhet i helse (Folkehelseinstituttet, 2018). Tallene viser at:

- Det er store sosiale helseforskjeller i Norge, og særlig ser vi forskjeller mellom utdanningsgruppene
- Kvinner og menn med lengst utdanning lever 5–6 år lenger og har bedre helse enn de som har kortest utdanning
- Forskjellene er økende, spesielt blant kvinner
- Innad i Oslo er forskjellen i forventet levealder inntil 8 år mellom bydelene
- Helseforskjellene i Norge er større enn i mange andre europeiske land

Hvordan man omtaler sosiale ulikheter har stor betydning for hvordan problemet defineres og også hvilke løsninger som foreslås. Lenge ble problemet i Norge omtalt som et fattigdomsproblem, det vil si at det var noen få, særskilt utsatte grupper som levde i fattigdom og som trengte ekstra støtte. De gruppene som vanligvis ble nevnt, var noen innvandrergupper, bostedsløse og enslige forsørgere (mødre) (St.meld. nr. 6 (2002–2003)). Begrepet sosial ulikhet ble i liten grad brukt i Norge før utpå 2000-tallet selv om det innen EU var blitt et økende fokus på dette i løpet av 1990-tallet.

I den nyere forskningen om sosiale ulikheter i helse pekes det på at ulikhetene danner en gradient gjennom befolkningen, der de med høyest utdanning og inntekt har best helse, enten den blir målt etter levealder, sykdomsbyrde eller subjektiv helse. Helsen blir gradvis dårligere jo lengre ned man beveger seg i de sosioøkonomiske gruppene. Dette betyr at den sosiale helsegradienten påvirker alle mennesker, og ikke bare de i de laveste sosioøkonomiske gruppene (Sosial- og helsedirektoratet, 2005; WHO, 2008).

Graham (2004a, 2004b) skiller mellom strategier som retter seg mot hele befolkningen gjennom politikk, og mer enkeltstående tiltak som retter seg mot de fattigste gruppene i befolkningen. Tiltak særlig rettet mot de fattigste kan føre til forbedringer for disse gruppene, men slike tiltak vil ikke endre selve gradienten, det vil si den gradvise forskjellen mellom alle sosiale lag i befolkningen. Det er med andre ord forskjell mellom offentlig politikk som søker å forbedre levekårene for de fattigste, og politikk som retter seg mot hele befolkningen med siktemålet å redusere den sosiale gradienten og de mekanismer som er årsak til denne. Å redusere den sosiale gradienten krever helhetlige strategier som påvirker alle samfunnslag. En målsetting om å utjevne den sosiale gradienten krever med andre ord et fornyet fokus på sosiale helse-determinanter. Dette vil innebære en økt prioritering av velferdsstatens universelle ordninger. Innen folkehelsepolitikken vil dette være mer kontroversiell politikk enn å utvikle tiltak rettet mot såkalt utsatte grupper, fordi det vil kreve en bevissthet om fordelingspolitikk og politikk i mange sektorer av samfunnet, som skattepolitikk, arbeidsmarkedspolitikk og utdanningspolitikk. Det vil med andre ord innebære en politisering av folkehelsearbeidet.

I 2005 nedsatte WHO den såkalte Marmot-kommisjonen, ledet av Michael Marmot, kalt «WHO commission on the social determinants of health». I sluttrapporten «Closing the gap in a generation», som ble levert i 2008, anbefales universelle velferdsordninger, kombinert med ekstra støtte til utsatte grupper («proportionate universalism»). Kommisjonen peker på de nordiske velferdsstater som et ideal for å utjevne sosiale helseforskjeller (WHO, 2008).

Den norske politikken for å utjevne sosiale helseforskjeller

Den norske politikken er blitt påvirket av den internasjonale agendaen når det gjelder å utjevne sosiale helseforskjeller og sette søkelyset på den sosiale gradienten, som førte til et fornyet fokus på velferdsstatens universelle løsninger. Det var først og fremst ansatte i daværende Helse- og sosialdirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet som frontet et fokus på den sosiale gradienten (Fosse & Strand, 2010). De var inspirert av WHO's agenda, og fikk

inn formuleringer om den sosiale gradienten i Folkehelsemeldingen som kom i 2003 (St.meld. nr. 16 (2002–2003)). Som en oppfølging av meldingen fikk direktoratet i oppdrag å lage en handlingsplan rettet mot å utjevne sosiale helseforskjeller, og i januar 2005 kom Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan «Gradientutfordringen» (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Som tittelen antyder innebar handlingsplanen et skifte av fokus, fra utsatte grupper til den sosiale gradienten. Den rødgrønne regjeringen, som kom til makten i 2005, hadde som en av sine målsetninger å redusere sosiale ulikheter, og innholdet i Gradientutfordringen passet som hånd i hanske til regjeringens satsing på området, og temaet ble dermed løftet opp på politisk nivå.

Det er rimelig å hevde at en tilnærming som erkjenner den sosiale gradienten og de sosiale determinantene, bidro til en fornyet politisering av folkehelsepolitikken ved at det ble lagt større vekt på strukturelle velferdstiltak.

Det ble satt i gang et utredningsarbeid med målsetning om å redusere fattigdom og utjevne sosiale helseforskjeller. Utredningsarbeidet resulterte i Stortingsmelding nr. 20 (2006–2007) om å utjevne sosiale helseforskjeller. Den hadde et tydelig fokus på den sosiale gradienten, og slagordet «Rettførdig fordeling er god folkehelsepolitikk» ga retning til politikken. Stortingsmeldingen la opp til en 10-års satsing for å utjevne sosiale helseforskjeller. Blant de politiske tiltakene som ble skissert, var å redusere sosiale forskjeller som bidrar til helseforskjeller bl.a. gjennom rettførdig inntektsfordeling i samfunnet og å avskaffe fattigdom. Stortingsmeldingen bygger på en grunnlagsforståelse om at vi har et lagdelt samfunn, at sosiale forskjeller er skapt av samfunnet og er mulig å gjøre noe med og at samfunnet har et ansvar.

I 2012 fikk Norge en folkehelselov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012), som i stor utstrekning bygger på prinsippene fra Stortingsmelding nr. 20 (2006–2007). En av hovedmålsetningene er å utjevne sosiale helseforskjeller gjennom å jevne ut den sosiale gradienten. I loven skisseres fem grunnprinsipper for folkehelsearbeidet:

1. Helse i alt vi gjør
2. Bærekraftig utvikling
3. Sosial rettførdighet i helse
4. Først-til-først-prinsippet
5. Deltakelse

Realisering av målsetningene i loven skulle skje gjennom en «Helse i alt vi gjør»-tilnærming (WHO, 2013), det vil si et samarbeid mellom alle samfunnets sektorer. I tråd med et determinantperspektiv er det ikke helsetjenestens ansvar å fremme likeverd og god helse, det er et ansvar for alle sektorer, ikke minst politikerne. Det er rimelig å hevde at prinsippene i folkehelseloven innebærer en revitalisering av den sosialdemokratiske velferdsmodellen og en anerkjennelse av betydningen av de sosiale determinantene. Den er også i tråd med ideologien i det helsefremmende arbeidet, og kan dermed også ses som realisering av det helsefremmende arbeidet i Norge.

Den norske folkehelseloven er ambisiøs, og i prinsippet krever den politiske endringer og en videreutvikling av velferdsstatens prinsipper. Internasjonalt er den blitt framhevet som den rette veien å gå for å utjevne sosiale helseforskjeller og særlig den sosiale gradienten (Marmot, 2007). Men loven skal iverksettes i en praktisk virkelighet, og i Norge vil det si at kommunene har fått hovedansvaret for iverksettingen av loven. Hvordan lovens ambisjoner og intensjoner møter den kommunale virkeligheten, vil vi gå nærmere inn på i de neste avsnittene.

Den norske velferdskommunen

I den norske velferdsmodellen spiller kommunene en sentral rolle. Kommunene har ansvar for svært mange av velferdstjenestene, og de fleste har betydning når det gjelder å utjevne sosiale helseforskjeller. I folkehelseloven har kommunal planlegging en sentral plass, og kommunene pålegges å ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen, også sosiale determinanter og hvordan de fordeler seg i befolkningen. Kommunene skal lage et oversiktsdokument, og på grunnlag av dette skal det formuleres kommunal politikk og tiltak. For å kontrollere at kommunene følger opp loven, har statsforvalteren (tidligere kalt fylkesmannen) ansvar for å føre tilsyn med kommuneplanen, bl.a. når det gjelder kommunens ansvar for å utjevne sosiale helseforskjeller.

Kommunene i Norge er delvis et nivå i den nasjonal-lokale styringskjeden, men de har også en selvstendig rolle som politisk enhet. Kommunene finansieres over statsbudsjettet og av egne skatteinntekter. Den statlige finansieringen skjer i hovedsak gjennom rammetilskudd, som gjør at kommunen har stor frihet til å prioritere hva de vil bruke penger til.

Tverrsektorielt samarbeid på ulike nivå

Tverrsektorielt og tverrfaglig samarbeid er et mantra i mye av helse- og sosialpolitikken. Det gjelder både tjenestene og administrasjonen. Når det gjelder tjenestene, er det i økende grad behov for koordinering på tvers, fordi mange av innbyggernes behov vil være avhengig av innsats fra flere kommunale sektorer. Eksempler kan være barn med spesielle behov i skolen eller barnehagen. Disse vil oftest ha behov for koordinerte tjenester både fra skolen og fra helse- og sosialsektoren. Men også på det administrative nivået vil det være behov for samarbeid og samordning. Dette blir også vektlagt i folkehelsepolitikken. «Helse i alt vi gjør»-prinsippet gir seg uttrykk i at det er kommunestyret som har hovedansvaret for folkehelsearbeidet. Ansvar kan ikke delegeres til helsesektoren, som var det vanlige da lov om kommunehelsetjenesten var styrende på dette området. Dette medfører ganske store endringer for kommunene, som tradisjonelt har betraktet folkehelse som først og fremst et ansvar for helsetjenesten. Nå er folkehelse et sektorovergripende ansvar, der alle sektorer skal bidra til å fremme folkehelsen, inkludert å utjevne sosiale helseforskjeller. Hovedprinsippet for organisering av kommuneforvaltningen er fortsatt sektorisering, der områder som helse, sosial, teknisk og kultur er organisert som egne enheter. Imidlertid har mange kommuner etter hvert valgt organisasjonsmodeller der avdelinger har ansvar for bredere temaområder eller befolkningsgrupper, for eksempel en egen oppvekstavdeling. Selv om vi etter hvert kan finne en noe mer temabasert organisering også på regionalt og nasjonalt nivå, er sektorisering i all hovedsak det bærende prinsippet der.

Hvordan iverksetter kommunene folkehelseloven?

Siden 2011 har det vært forsket på kommunenes rolle i iverksettingen av folkehelseloven, med særlig vekt på hvordan de utvikler tverrsektorielt samarbeid for å utjevne sosiale helseforskjeller. I samarbeidsprosjektene SODEMIFA (Addressing the social determinants of health. Multilevel governance of policies aimed at families with children) og EVASAM (Evaluering av samhandlingsreformen: Reformens effekt på kommunen som helsefrem-

mende og sykdomsforebyggende aktør med et spesielt blikk på innvandrerrike kommuner) har Universitetet i Sørøst-Norge, Universitetet i Bergen og NIBR satt søkelys på forvaltningsnivået, og vi har studert hvordan folkehelsearbeidet er blitt iverksatt i kommunene i perioden 2012–2016.¹ Vi inkluderer i tillegg en undersøkelse som er gjort av andre forskere på det samme temaet i 2017 (Helgesen et al., 2017). Det er brukt både kvantitative og kvalitative metoder, med bruk av sentrale registerdata om norske kommuner og spørreskjema til alle kommuner, samt intervju og dokumentstudier i noen kommuner. I presentasjonen under vil vi bygge på noen av funnene og konklusjonene fra disse prosjektene.

Målsetningen med prosjektene har vært å studere hvordan kommunene kan:

- Bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller
- Bidra til å utvikle folkehelse som tverrsektorielt ansvarsområde

I våre prosjekter har utgangspunktet vært spørsmålet om hvordan kommunene møter de nye kravene fra folkehelseloven om at folkehelse skal være et ansvar for alle kommunens sektorer. Folkehelseloven er koordinert med plan- og bygningsloven (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2008), og i forbindelse med rulleringen av kommuneplanen hvert fjerde år skal kommunene lage et oversiktsdokument der de gjør rede for helsetilstanden til befolkningen i kommunen. I dette dokumentet skal de også inkludere helsetilstanden til ulike sosiale grupper og vise hvordan kommunens politikk og tiltak kan bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller. Dette gjelder i alle sektorer, og det gjelder både kommuneplanens arealdel og samfunnsdel. I prinsippet skal altså kommunene ha en forståelse av bl.a. hvordan tilrettelegging av boligområder påvirker den sosiale gradienten. Et eksempel på dette kan være Bergen kommune, som har plassert mange av sine kommunale boliger for vanskeligstilte i ett boligområde, i samme område der det er lokaler med oppholds- og sprøyterom for narkomane. I tillegg ligger boligene på skygge-

1 Vi har valgt å ha referansene som baserer seg på vår forskning i en egen seksjon siden presentasjonen bygger på helheten i de to prosjektene SODEMIFA og EVASAM. Se «Publikasjoner fra prosjektene SODEMIFA og EVASAM» i egen referanseliste.

siden av byen, i et av de mest forurensede områdene. Hvis kommunen skulle følge loven, bør de vurdere hvordan denne opphopingen av negative forhold vil påvirke sosial ulikhet og ev. ta konsekvensene av dette ved for eksempel å bygge kommunale boliger på byens solside der de mer sosioøkonomisk velstående bor. Dette ville også bidra til bedre integrering, fordi det i skoler og barnehager på skyggsiden også er en stor overvekt av barn som ikke har norsk som førstespråk. Tilgang til nettopp pedagogisk gode barnehager er ellers et annet eksempel på mulige tiltak for å utjevne sosiale ulikheter. Det er vist at gode barnehager kan bidra til integrering og språkutvikling, og at barn som har gått i barnehager, har mindre sannsynlighet for senere å droppe ut av skolen enn de som ikke har gått i barnehage (Helsedirektoratet, 2018).

Kommuneplanen er kommunens viktigste styringsinstrument og legger føringer på utvikling av politikk og tiltak. Å inkludere sosial ulikhet som et fokus i planen vil både kunne bidra til en bevisstgjøring og en forpliktelse til å endre situasjonen. I det følgende skal vi presentere noen av de mest sentrale funnene fra vår forskning (SODEMIFA og EVASAM i tidsrommet 2011–2016) på hvordan kommunene møter kravene fra loven om å utvikle tverrsektorielt samarbeid for å utjevne sosiale helseforskjeller.

Folkehelse og kommunale prioriteringer

I årene 2011–2012, det vil si rett før loven ble satt i verk og året etter, hadde de fleste kommunene en ganske snever forståelse av folkehelsearbeidet. De fleste la hovedvekten på individuelle levevaner, og helsesektoren ble betraktet som hovedansvarlig. Dette var også tydelig da vi spurte om utjevning av sosiale helseforskjeller. Helsedirektoratet hadde i denne perioden utarbeidet en veileder for kommunene, og det hadde blitt arrangert flere samlinger for fylkeskommuner og kommuner. På disse samlingene var også den kommunale ledelsen invitert, men det var i størst grad folkehelserådgivere og ansatte i helsesektoren som møtte. På samlingene ble de introdusert for tenkingen om den sosiale gradienten, om Marmot-kommisjonen og de sosiale helse-determinantene. I våre intervjuer i kommunene møtte vi nesten alltid folkehelserådgivere som hadde kunnskap om hva dette handlet om. De andre vi intervjuet, var i stor grad ledere for de kommunale avdelingene, og

deres forståelse var mer i tråd med at det dreide seg om de sosialt utsatte i kommunen, for eksempel «tredje generasjons» sosialklientfamilier. Men her var det også en forskjell mellom store og små kommuner. Større bykommuner hadde en større og tettere erfaring med utsatthet og segregering, og de så oftere problemet i en større sammenheng og mente at boligområder, språk, barnehager, skole og jobb var viktige faktorer for å utjevne forskjeller. Vi stilte også spørsmål til alle om de ville prioritere målrettede eller universelle tiltak. På bakgrunn av at så mange mente at å utjevne sosiale helseforskjeller var fattigdomspolitik, kunne en vente at de mente at målrettede tiltak rettet mot disse gruppene burde prioriteres, men alle mente at både universelle og målrettede tiltak var viktig. Alle mente også at det var viktig med kommunale tjenester til alle: gode barnehager og skoler, muligheter for fysisk utfoldelse for alle, gode boliger og så videre. Kommunene så ikke at folkehelsearbeidet kan bidra spesielt til å utjevne forskjeller, men at de kommunale tjenestene kan det – og bør det. Vår tolkning er at velferdsstatens tjenester har bred oppslutning i kommunene og at de betraktes som et middel til gode levekår for kommunens innbyggere.

Tverrsektorielt samarbeid kan være mange ting og foregå på mange nivåer. Det kan være ad hoc-samarbeid om tjenester for kommunens innbyggere eller mer organisert samarbeid, for eksempel mellom barnehager og helsestasjoner. Fokus for våre forskningsprosjekter var hvordan folkehelseloven ble forankret i kommuneadministrasjonen, blant administrative ledere og politikere, bl.a. gjennom arbeidet med å lage helseoversikter og forankre disse i kommuneplanen. Tidligere forskning viser at det er viktig å forankre tverrsektorielle satsinger i den kommunale ledelsen, bl.a. for å få folkehelse som tema inn i planer og budsjetter (Helgesen & Hofstad, 2014). Dersom et område er forankret i budsjettene, gir det større mulighet til også å oppnå forståelse for at tjenestene må organiseres bedre for å oppnå målsetningen om å utjevne sosiale helseforskjeller. I den tidlige fasen hadde få kommuner organisert folkehelse som et tverrsektorielt område, og det tverrsektorielle samarbeidet var lite utviklet. Det samarbeidet som fantes, var først og fremst samarbeid om tjenester, i f.eks. helse- og sosialsektoren. Men noen kommuner hadde kommet langt og hadde organisert folkehelsearbeidet som et tverrsektorielt ansvar. Vi så at det var forskjell mellom større og mindre kommuner når det gjaldt dette, og at flere mindre kommuner hadde fått det til. Forklaringen på dette var ganske åpenbar; det var mindre avstand,

både fysisk og byråkratisk mellom de ansatte, og det var lettere å snakke sammen. Flere av de mindre kommunene hadde ganske store økonomiske utfordringer og så også en effektiviseringsgevinst i å samarbeide. Samarbeidet var på administrativt nivå, men også om tjenester, og det var særlig samarbeid rundt barn og unge som ble beskrevet som meningsfullt. Helsestasjoner, barnehager og skoler var de mest sentrale samarbeidsaktørene. I de kommunene som var flinkest til å samarbeide, var det også et incitament at de hadde mange innbyggere med sosiale problemer som belastet kommunens budsjetter.

Våre undersøkelser fra 2014, to år etter at folkehelseloven ble innført, viste at flere kommuner hadde opprettet tverrsektorielle arbeidsgrupper, der også planavdelingen og den kommunale ledelsen var med. De fleste kommuner hadde startet arbeidet med å lage oversikter over befolkningens helse, inkludert sosiale forhold som påvirker helsen. En undersøkelse fra 2017 viser at så godt som alle kommuner nå har utarbeidet disse oversiktene (Helgesen et al., 2017).

Konklusjonen fra prosjektene SODEMIFA og EVASAM er at kommunene generelt sett har fått en økt forståelse for betydningen av det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Et stort flertall mener også at kommunene har mulighet til å utjevne sosiale helseforskjeller. Det vi kan konkludere med, er at folkehelsearbeidet, slik det er formulert i loven og iverksatt i kommunene, synes å ha blitt mer institusjonalisert i kommunen, men også mer avpolitisert. Det er lite fokus på sosiale determinanter som skatte- og boligpolitikk. Dette poenget skal vi utdype nærmere i neste avsnitt.

Diskusjon – folkehelsearbeidet som revitalisering av velferdsstaten?

Det overordnede spørsmålet for dette kapittelet var om folkehelseloven kan bidra til å styrke velferdsstaten. Folkehelseloven har et gradientperspektiv og er tydelig på at målet med utjevning av den sosiale gradienten er økt sosial likhet i levekår og helse. I våre prosjekter har vi studert den politisk-administrative forankringen av loven i kommunene, og resultatene viser at kommunene i økende grad har tatt til seg forståelsen i folkehelseloven om å utjevne sosiale forskjeller. Vi har imidlertid ikke studert om kommunene

har endret organiseringen av tjenestene sine. For å oppnå målsetningene om å utjevne sosiale ulikheter i helse, må det også være en bevissthet om dette i organiseringen av tjenestene, på tvers av sektorer.

Sosiale ulikheter (i helse) er i sin karakter et kontroversielt tema. I forskningslitteraturen brukes begrepet «wicked problem» (Hofstad, 2014, 2018). Dette kan vi oversette til innfløkt eller komplekst problem hvor det ikke finnes enkle løsninger. Disse problemene vil også ofte være politiske og ha ulike løsninger avhengig av politiske prioriteringer. Et poeng er også at sosiale ulikheter i helse alltid vil konkurrere med andre politiske temaer. Om vi går tilbake til Grahams (2004a, 2004b) inndeling av strategier, så vi at hun skiller mellom a) strategier for å bedre situasjonen for grupper med lav sosioøkonomisk status og b) politikk for å utjevne den sosiale gradienten. Det siste krever virkemidler som også påvirker skatte- og arbeidsmarkedspolitikken. Det krever prioritering på nasjonalt nivå og er selvsagt mer krevende enn tiltak kommuner rår over i for eksempel barnehager og skoler. Fokus på gradienten vil innebære prioritering av helsens determinanter. Det betyr at sosiale ulikheter vil være et høyst politisert tema.

I folkehelseloven blir det lagt vekt på at folkehelse skal være et ansvar for alle offentlige sektorer og administrative nivåer. I stortingsmeldingen som kom forut for loven (St.meld. nr. 20 (2006–2007)), ble det lagt vekt på at for eksempel skattepolitikk og boligpolitikk er viktig når det gjelder å utjevne sosiale forskjeller. Imidlertid har denne forståelsen fått liten innvirkning på den nasjonale politikken. Folkehelsearbeidet er i økende grad blitt en kommunal reform der det er opp til kommunene å utvikle politikk og tiltak – inkludert å utjevne sosiale helseforskjeller.

En lov er statens viktigste virkemiddel overfor kommunene, og staten kan ha ulike sanksjonsmuligheter overfor kommunene dersom de ikke følger loven. Når det gjelder folkehelseloven, er statsforvalterens tilsyn med kommunene det sterkeste virkemiddelet. Statsforvalteren skal påse at kommunenes planer er i tråd med lovverket. I prinsippet kan altså statsforvalteren ikke godkjenne kommuneplanen om en kommune ikke har på plass planer og forslag til tiltak for å utjevne sosiale helseforskjeller. Imidlertid stilles det ikke krav om hvordan planer og tiltak skal utformes, om de for eksempel skal adressere den sosiale gradienten eller ha fokus på tiltak rettet mot utsatte grupper. Ut over tilsyn fra statsforvalteren har staten ingen sterke virkemidler til å få kommunene til å prioritere arbeidet med å utjevne sosi-

ale helseforskjeller. Dette kan føre til at kommunene prioriterer dette ulikt, og at det kan bli betydelige forskjeller mellom kommunene.

Hva kan vi så konkludere med ut fra dette? Folkehelseloven finnes, og den er bindende. En av hovedmålsetningene i loven er å utjevne den sosiale gradienten. Loven bygger på en forståelse av at strukturelle velferdstiltak er sentrale for å nå dette målet. Ansvar for dette er i hovedsak overlatt til kommunene. Som vi har beskrevet over, har kommunene i økende grad sett viktigheten av å utjevne sosiale forskjeller i sin virksomhet. Kommunene tar i økende grad i bruk FNs bærekraftsmål i sin planlegging (KS, 2022). Dette kan bidra til et økt fokus på betydningen av generelle, strukturelle velferdstiltak. Likevel rår de ikke over viktige virkemidler for å utjevne den sosiale gradienten. For at folkehelsepolitikken skal være en revitalisering av velferdsstaten, forutsetter det at også staten fortsetter å ha trykk på å utjevne sosiale forskjeller i velferd og helse. Delvis ved at statens politikk på andre områder enn helse setter søkelys på de sosiale determinantene for helse. I tillegg må de sette kommunene i stand til å sette i verk en ambisiøs folkehelsepolitikk, blant annet gjennom å tilføre midler til kommunene.

Referanser

- Folkehelseinstituttet (2018). *Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller/>
- Fosse, E. & Strand, M. (2010). Politikk for å redusere sosiale ulikheter i helse i Norge: Fornyet politisering av folkehelse spørsmål. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 13, 14–25.
- Fosse, E. (2009). Norwegian public health policy – revitalisation of the social democratic welfare state? *International Journal of Health Services*, 39(2), 287–300.
- Graham, H. (2004a). Social determinants and their unequal distribution: Clarifying policy understandings. *The Milbank Quarterly*, 82(1), 101–124.
- Graham, H. (2004b). Tackling inequalities in health in England: Remedying Health Disadvantages, narrowing Health Gaps or Reducing Health Gradients? *Journal of Social Policy*, 33(1), 115–131.
- Helgesen, M., Abebe, D. & Schou, A. (2017). *Oppmerksomhet mot barn og unge i folkehelsearbeidet. Nullpunktundersøkelse før Program for folkehelse i kommunene settes i verk*. By- og regionforskningsinstituttet (NIBR).
- Helgesen, M.K. & Hofstad, H. (2014). Determinants in Norwegian local government health promotion – institutional perspectives. *Research in the Sociology of Health Care*, 32, 143–180.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Helsedirektoratet (2018). *Anbefalte tiltak mot sosial ulikhet i helse. Fagrådet for sosial ulikhet i helse*. IS-2749. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/anbefalte-tiltak-mot-sosial-ulikhet-i-helse/Anbefalte%20tiltak%20mot%20sosial%20ulikhet%20i%20helse.pdf/_attachment/inline/61dc43e0-cdc6-43a7-97aa-033087123180:16c32d7c42b3ed5a8fbaf35742e986133a0749/Anbefalte%20tiltak%20mot%20sosial%20ulikhet%20i%20helse.
- Hofstad, H. (2014). Vil folkehelse få et løft av Samhandlingsreformen? *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 17(1), 59–64.
- Hofstad, H. (2018). Folkehelse – et proaktivt grep i pbl 2008, hva er status to år etter? I G.S. Hanssen & N. Aarsæther (Red.), *Plan- og bygningsloven – En lov for vår tid?* (s. 223–242). Universitetsforlaget.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2008). *Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven)*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71>
- KS (2022). *Bærekraftsnettverket*. <https://www.ks.no/fagomrader/barekraftsmalene/barekraftsnettverket/>
- Marmot, M. (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet* 370, 1153–1163.

- Meld. St. 19 (2018–2019). *Gode liv i eit trygt samfunn*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/>
- Nordby, T. (1989). *Karl Evang – En biografi*. Aschehoug.
- Slagstad, R. (2015). *De nasjonale strategier* (3. utg.). Pax.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Gradientutfordringen: Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse*. Sosial- og helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gradientutfordringen/Gradientutfordringen%20handlingsplan%20mot%20sosiale%20ulikheter%20i%20helse.pdf/ / attachment/inline/8ea989b7-b958-477b-8cf4-6835ad07aa2a:88c350934287c7f6f234427989f7baa129f29f04/Gradientutfordringen%20handlingsplan%20mot%20sosiale%20ulikheter%20i%20helse.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gradientutfordringen/Gradientutfordringen%20handlingsplan%20mot%20sosiale%20ulikheter%20i%20helse.pdf/_attachment/inline/8ea989b7-b958-477b-8cf4-6835ad07aa2a:88c350934287c7f6f234427989f7baa129f29f04/Gradientutfordringen%20handlingsplan%20mot%20sosiale%20ulikheter%20i%20helse.pdf)
- St.meld. nr. 20 (2006–2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld. nr. 6 (2002–2003). *Tiltaksplan mot fattigdom*. Helsedepartementet.
- WHO (1986). *Ottawa charter for health promotion. An international conference on health promotion*, November 17–21. WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the commission on social determinants of health*. World Health Organization (WHO).
- WHO (2013). *The Helsinki statement on health in all policies*. World Health Organization (WHO). https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf

Publikasjoner fra prosjektene SODEMIFA og EVASAM:

- Fosse, E. & Helgesen, M.K. (2015). How can local governments level the social gradient in health among families with children? The case of Norway. *International Journal of Child, Youth and Family Studies*, 6(2), 328–346. <https://doi.org/10.18357/ijcyfs.62201513505>
- Fosse, E., Helgesen, M.K., Hagen, S. & Torp, S. (2018). Addressing the social determinants of health at the local level: Opportunities and challenges. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(20_suppl), 47–52. <https://doi.org/10.1177/1403494817743896>
- Hagen, S. (2020). «Helse i alt kommunen gjør? ...»: En undersøkelse av samvariasjoner mellom kommunale faktorer og norske kommuners bruk av folkehelsekoordinator, fokus på levekår og prioritering av fordelingshensyn blant sosioøkonomiske grupper. Doktoravhandling. Universitetet i Bergen. <https://bora.uib.no/bora-xmlui/handle/11250/2719108>
- Hagen, S., Helgesen, M., Torp, S. & Fosse, E. (2015). Health in all policies: A cross-sectional study of the public health coordinators' role in Norwegian municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(6), 597–605. <https://doi.org/10.1177/1403494815585614>
- Hagen, S., Overgard, K.I., Helgesen, M., Fosse, E. & Torp, S. (2018). Health promotion at local level in Norway: The use of public health coordinators and health overviews to promote fair distribution among social groups. *International Journal of Health Policy Management*, 7(9), 807–817. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.22>
- Hagen, S., Overgard, K.I., Helgesen, M.K., Fosse, E. & Torp, S. (2019). Health promotion at local level in Norway – Who, what, when, and how: A response to recent commentaries. *International Journal of Health Policy Management*, 8(4), 253–255. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.01>
- Hagen, S., Torp, S., Helgesen, M. & Fosse, E. (2017). Promoting health by addressing living conditions in Norwegian municipalities. *Health Promotion International*, 32(6), 977–987. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw052>
- Haug, M., Hofstad, H. & Schou, A. (2014). *Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør*. Rapport 2014:21. By- og regionsforskningsinstituttet (NIBR). <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/5922/2014-21.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Helgesen, M.K., Fosse, E. & Hagen, S. (2017). Capacity to reduce inequities in health in Norwegian municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45, 77–82. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1403494817709412>

Briseid, K. (2022). Velferdsstatlig universalisme – en saga blott? I H. Vike, B. Karlsson & R. Sundet (Red.), *Velferdsstatens transformasjoner* (s. 119–141). Fagbokforlaget.
DOI: <https://doi.org/10.55669/oa200905>

5

Velferdsstatlig universalisme – en saga blott?

Kristin Briseid

Innledning

De siste årene har flere antydnet at dyp velferdsstatsendring undergraver den norske tradisjonen for universalisme (Hatland, 2011; Stamsø, 2017; Vike et al., 2016). Det kan virke gåtefullt at et slikt virkelighetsbilde tegnes nå. Den norske velferdsmodellen er fortsatt svært populær, og universalisme fremstilles som forklaring på høyt skattede samfunnsforhold (se bl.a. Briseid, 2019). Når et politisk vedtatt prinsipp står så sterkt i en befolkning, hvorfor svekkes det allikevel i praksis? Hva kjennetegner mønstrene for, og drivkreftene bak, universalismens tilbaketog?

Dette er spørsmålene kapitlet behandler. Utgangspunktet er funn fra et etnografisk forskningsprosjekt om det kommunale psykisk helsefeltets møte med eldre (Briseid, 2017).

Offisielt er dette feltets tjenester universelle. Samtidig rapporterer forskningsslitteraturen (Abelsen et al., 2014, s. 72; Brofoss et al., 2009; Kjølseth,

2006, s. 11; Norsk psykiatrisk forening, 2010, s. 6) om systematiske brudd på kriterier for universalisme her. Misforholdet mellom offisielle forpliktelser og praksis gjør feltet interessant for en analyse av universalismens bevegelser. Feltet er interessant også fordi det har lav status og omfatter bruker-/pasientgrupper som verken er sterkt organisert eller kjent for å stå på barrikadene for egne interesser. Samlet kan slike forhold medføre at systematiske brudd på samfunnsidealene som ellers står sterkt blant folk (som universalisme gjør i Norge), kan få gå upåaktet hen her på en annen måte enn på andre velferdsstatsfelt (preget av høyere status og mer selvhevdende og velorganiserte bruker- og pasientgrupper). Å analysere nettopp eldres posisjon innenfor det kommunale psykisk helsefeltet kan derfor øke forståelsen av drivkreftene bak og mønsteret for generelle velferdsstatlige endringsprosesser som foreløpig er i en tidlig fase, men som innebærer svekkelse av universalismens posisjon. Om den nasjonale ledelsen vil påvirke en slik utvikling i en eller annen retning, er det viktig å forstå tidlig hva som skjer.

Dette er kapittelets struktur: Først beskrives tre trekk ved det aktuelle helsefeltet. Deretter redegjøres det for hvorfor hvert trekk innebærer brudd på universalisme. Så lanseres en teoretisk forståelsesramme for analyse av hvordan bruddene skapes. Her vektlegges velferdsstatens kapasitetsproblem, skandinavisk lokalautonomi samt tro, tillit og trosendring. Bruddene på universalisme forstås som uttrykk for endring. Den teoretiske forståelsesrammen er valgt fordi den muliggjør analyse av drivkreftene bak og mønstrene for samfunnsendring der en befolkning forlater en populær trosforestilling. Neste del presenterer empiri om behandlingen av eldre på psykisk helsefeltet, og diskuterer/fortolker denne i lys av den teoretiske forståelsesrammen.

Universalismen og det kommunale psykisk helsefeltets møte med eldre

Forskningslitteraturen rapporterer om følgende tre trekk ved det kommunale psykisk helsefeltet: 1) Eldres psykiske helsebehov underbehandles, 2) Eldre har dårligere tilgang enn yngre til psykisk helsehjelp, 3) De psykososiale dimensjonene ved kommunal eldreomsorg tones ned (Abelsen et al., 2014, s. 72; Brofoss et al., 2009; Kjølseth, 2006, s. 11; Norsk psykiatrisk forening, 2010, s. 6).

Dette kan omformuleres slik: Dette er et felt med utstrakte brudd på prinsippet om universalisme. Årsaken er at for at en velferdsordning skal kunne kalles universell, må den bære visse kjennetegn som her ikke er oppfylt.

Alle med behov for tjenester skal ha rett på offentlige tjenester (Anttonen, 2012, s. 4–5). Underbehandling av Eldres psykiske helseproblemer betyr at tilstander som gir rett til offentlig helsehjelp, i praksis allikevel ikke gjelder etter en viss alder.

Videre er et kjennetegn ved universelle ordninger at de bidrar til likhet (Anttonen, 2012, s. 7). Ulik tilgang til tjenester avhengig av alder betyr at dette mangler.

Endelig skal alle som trenger tjenester, ha tilgang (Rauch, 2008, s. 268). Prisen og kvaliteten skal få alle å bruke og å foretrekke disse fremfor private alternativer (Rostgaard & Szebehely, 2012, s. 102; Szebehely & Trydegård, 2012, s. 300). Når Eldres helsebehov underbehandles og psykososial omsorg nedtones, er ikke dette oppfylt.

En teoretisk forståelsesramme

Nedenfor beskrives en teoretisk ramme for forståelse av samfunnsendring der trosforestillinger taper terreng trass i sterk folkelig oppslutning om dem. Tre temaer betones: 1) Velferdsstatens kapasitetsproblem, 2) Skandinavisk lokalautonomi, 3) Tro – inkludert tillit og trosendring.

Først: Velferdsstatens kapasitetsproblem. Makt- og demokratiutredningen (Arbeids- og administrasjonsdepartementet, 2003) fastslo allerede i 2003 at et misforhold mellom forpliktelser/ambisjoner og ressurser preget den norske velferdsstaten. I dag er det fortsatt mye uttalt bekymring for om velferdsstaten er økonomisk bærekraftig, blant annet som følge av forventningen om demografiske endringer som vil gi en høyere andel eldre i befolkningen (se bl.a. Ervik & Lindén, 2018).

Sosiologen Dietmar Rauch (2008) poengterer at den skandinaviske tradisjonen for lokalpolitisk autonomi kan true mulighetene for universelle kommunale tjenester når sentralmyndighetene har økonomisk innstramning på agendaen. Lokal autonomi muliggjør at fattige kommuner kan blokkere statens initiativ til universalisme. Lokal autonomi kan dessuten stimulere

staten til ansvarsoverføring av et politikkområde til kommunene, for å la kommunene bygge ned universalismen. Ved å bruke kommunene som syndebukk, kan statens ansvar for universalismens nedbygging skjules (Rauch, 2008, s. 283).

En drivkraft bak svekkelsen av forpliktelsen til universalisme kan altså være at det nasjonale lederskapet søker kostnadsbesparelser gjennom nedbygging av universalisme. Fremfor å formelt vedta nedbyggingen, gjøres kommunene til syndebukker for utviklingen.

En annen innfallsvinkel til forståelse av denne typen samfunnsendring tar utgangspunkt i begrepet tro hos antropologene E.N. Anderson (1996) og Fredrik Barth (1990), og i begrepet tillit hos filosofen Harald Grimen (2009). Begrepet tro hos Anderson (1996) betegner kollektivt delte forestillinger som menneskene i et samfunn knytter følelser til og bygger handlingsmønstre på. «Tro» omfatter forestillinger om sammenhenger i verden, og forestillinger om moralsk rett og galt (Anderson, 1996, s. 161). Tro utvikles gjennom kollektive erfaringer over lang tid; med mellommenneskelig samhandling, og med samhandling med naturen (Anderson, 1996, s. 10). Tro fører ofte til feiling. Men handling basert på tro gir også ofte svært rasjonelle resultater (s. 11). Resultatene er ofte bare annerledes enn de handlende antar selv (s. 9).

Dersom universalismen nedbygges selv om nordmenn flest «tror» på den, kan årsaken være at troens resultater ofte er andre enn de «troende» antar. Norsk velferdsstatstro kan ha vokst frem under velferdsstatens ekspansjon i etterkrigstiden. Dersom folk i tider med innstramming fortsatt handler i tråd med tro utviklet gjennom «ekspansjonserfaring», kan koordinert kollektiv handling svekke universalismen. Dette kan skje selv om de som frembringer resultatet, antar at det er universalisme de skaper.

Grimens (2009) forståelse av begrepet tillit er også interessant. Komparativt sett kjennetegnes det norske samfunnet av solid folkelig tillit til staten, bl.a. som følge av historiske erfaringer med at staten kunne og ville skape universell velferd (Vike et al., 2002). Grimen beskriver tillit som en handlingsmåte der en part tar få forholdsregler for å beskytte seg mot en annen (Grimen, 2009, s. 20). Han poengterer at tillit gjerne idylliseres, men at å gi noen tillit også er å gi vedkommende makt. Makt, fastholder han, kan brukes både til gode og onde formål (Grimen, 2009, s. 22, 53–54).

Nordmenns historisk betingede tillit til staten, og til statens vilje og evne til universalisme, kan forstås som uttrykk på slik «tro» som ifølge Anderson

(1996) har utviklet seg i møte med erfaring. I så fall kan statstillit medføre at nordmenns handlingsmønstre frembringer andre resultater enn de selv overskuer.

Grimens (2009) resonnement om tillit og makt er interessant i lys av Rauchs (2008) allerede siterte poeng (om kommunale syndebukker for statlig styrt nedbygging av universalisme). Det kan gi innsikt i hvordan samfunnsaktører som ønsker universalisme, allikevel istandsettes til «samarbeid» med staten i å nedbygge universalismen.

En siste perspektiv er fra Fredrik Barths essay «Cosmologies in the making» (1990), der ett deltema gjelder trosendring i samfunnene han har studert. Barth viser hvordan rituelle ledere handler i tråd med et mønster når de introduserer nye verdensanskuelser: Lederne overfører forestillinger som allerede er etablert i samfunnet, men de modifiserer dem gradvis. Noen ganger, skriver Barth, kan en kult overtas fra nabogrupeeringsene. Men da er det en forutsetning at det nye introduseres som et tillegg til allerede eksisterende tro – og ikke som et alternativ. Det nye må heller ikke bryte for åpenbart med tabuer i etablert tro (Barth, 1990, s. 54). Barths resonnement kan gi blick for hvordan universalistisk nedbygging kan skje gjennom at lederskapet presenterer nye trosforestillinger på slike måter at de fremstår som tillegg – og ikke alternativer – til etablert, universalistisk tro. Ny velferdsorganisering kan dessuten forventes lansert på slike måter at de ikke altfor åpenbart bryter med tabuer innenfor etablert, universalistisk tro.

Prosjekt og metode

De empiriske bidragene som presenteres i det følgende, stammer fra et etnografisk doktorgradsprosjekt om kommunale helse- og omsorgstjenesters iva-retakelse av eldre med psykiske helseproblemer. Prosjektet var finansiert av Norges forskningsråd, og ble gjennomført av undertegnede i perioden 2012–2017 ved Universitetet i Sørøst-Norge (Briseid, 2017). At det var et etnografisk prosjekt innebar at det gjorde utstrakt bruk av feltarbeid med deltakende observasjon. Viktige deler av feltarbeidet ble gjennomført på arenaer i en mellomstor, norsk lavinntektskommune der kommunale aktører diskuterte tvilsspørsmål i arbeidet. Dette var arenaer i hjemmetjenesten, hos kommunens team for psykisk helse, ved tjenestekontoret og på politiske møter.

Datagrunnlaget besto, i tillegg til feltnotatene, også av statlige policydokumenter (inkludert lover med forarbeider og forskrifter) og intervjuer med representanter for statlige myndigheter (Helsedirektoratet og seks norske statsforvalterembeter).

En fordel ved denne tilnærmingen er at den fanger opp det samspillet mellom kommune og stat som den skandinaviske universalismen hviler på. En fordel ved deltakende observasjon der tvilsspørsmål diskuteres, er at dette muliggjør blick for endringsmønstre: Grensene for det som ble oppfattet som akseptabel praksis, beveget seg tilsynelatende mens observasjonen skjedde. En ulempe kan være at tilnærmingen gir mindre rom for dybdeforståelse av handlingsmønstrene på den enkelte arena.

Nedenfor følger en lengre redegjørelse for funn fra dette forskningsprosjektet som kan synliggjøre et mønster for velferdsstatlig endring der universalismen svekkes.

Hvordan svekkes universalismen i praksis?

Tre trekk ved det kommunale psykisk helsefeltets møte med eldre indikerer brudd på forpliktelsen til universalisme. Nedenfor illustreres hvert trekk med utdrag fra feltnotater som i særlig grad belyser dette. Parallelt brukes ulike deler av den teoretiske forståelsesrammen til å vise hvordan empirien synliggjør mønstre i og drivkrefter bak velferdsstatsendring der universalismen bygges ned.

Psykiske helseproblemer underbehandles

Som del av forarbeidet til min studie av organiseringen av det kommunale psykisk helsefeltet, gjennomførte jeg sammen med to kolleger 16 individuelle intervjuer med eldre som levde med psykiske helseproblemer. En kvinne i slutten av 60-årene som mottok tjenester fra hjemmetjenesten, beskrev seg selv som suicidal. Om kontakten med hjemmetjenesten sa hun:

Jeg har mange ønsker jeg ikke har kommet fram med. For det virker som at de aldri har tid. De har det travelt. Og min mening er

*at når det gjelder noe så alvorlig som personer som er suicidale ...
Du må bruke tid – for å kunne forstå at «det er noe her, det er
noe nå».*

Sitatet beskriver en tilstand (suicidalitet) som ut fra etablerte helsefaglige standarder er alvorlig. Den skal avdekkes og utløse handling fra helsevesenet. Sitatet vitner om at dette ikke skjer. Slik sett kan det illustrere et mer allment fenomen ved feltet og et brudd med universalisme – nemlig underbehandling av Eldres psykiske helseproblemer.

Vi hører også om mønsteret som frembringer underbehandlingen – og dermed bruddet på universalismen. Dette er ikke et mønster der en skriftlig søknad er besvart med et offisielt avslag under henvisning til «for høy alder». Det er et mønster der organisering av tjenester vanskeliggjør informasjonsformidling til de ansvarlige for beslutninger om og utøvelse av helsehjelp. Mer spesifikt: Organiseringen skaper travelhet som hindrer ansatte i å fange opp, forfølge og handle adekvat på signaler om alvorlige psykiske helsetilstander.

Utdraget illustrerer ikke tilsiktede brudd med forpliktelsen til universalisme. En mulig tolkning av at bruddet skjer tilsynelatende utilsiktet, kan være at avslag under eksplisitt henvisning til alder ville ha innebåret et åpenbart brudd med et tabu i norsk, universalistisk tro. Slik sett kan utdraget illustrere den dynamikken som Barth (1990) beskriver for endring av tros-systemer: Når en ny kult introduseres, skjer det gjerne slik at man unngår åpenbare brudd med tabuer i etablert tro.

En supplerende forklaring på underbehandling som følger av «travelhetsorganisering», er velferdsstatens kapasitetsproblem (Arbeids- og administrasjonsdepartementet, 2003). Nedenfor er et feltnotatutdrag fra et kommunestyremøte som indirekte tematiserer kapasitetsproblemet. Her forteller kommunens helse- og omsorgssjef lokalpolitikkerne om utgiftsnivået i helse- og omsorgssektoren. Sitatet illustrerer en underliggende tankegang i kommunens manøvrering i møte med kapasitetsproblemet:

I fjor, da jeg var på møter i formannskapets ledergruppe ... Det var et veldig negativt fokus på helse- og omsorgssektoren da, som følge av overforbruk. Og sånn har det alltid vært. Men i år har vi anstrengt oss hardt for å forsøke å definere hvilke av innbyggernes behov som

utløser rettigheter. For vi kan ikke si «nei» til noen hvis et behov utløser en rettighet. Hvis vi prøver å si nei da, så vil bare noen andre få oss til å gi den tjenesten uansett.

Utsagnet synliggjør en mulig forklaring på travelhetsorganisering som hindrer oppdagelse av alvorlige helsetilstander: Helse- og omsorgssektoren er økonomisk presset. Velferdsstatens kapasitetsproblem skaper en oppfatning av at tjenestene må organiseres slik at a) kostnader ikke overstiger det kommunen kan dekke, samtidig som b) organiseringen unngår å skape inntrykk i omgivelsene av at lovpålagte, universalistiske forpliktelser brytes.

En implikasjon av mønsteret er at travle eldreomsorgstjenester kan være rasjonelle. Når f.eks. suicidalitet offisielt ikke oppdages av de ansatte, synliggjøres det heller ikke at en rettighet foreligger. Kommunen sparer penger (på kort sikt) uten at universalismebruddene som produseres, virker til-siktede.

Helse- og omsorgssjefens utsagn illustrerer dessuten den koordinerende kraften i begrepet «rettigheter». Synet på rettigheter i samfunnet preger tilsynelatende sterkt hvilke kommunale tjenesteorganiseringsformer som velges under kapasitetsproblemer. Dette gir assosiasjoner til Andersons (1996) perspektiv på tro. Det norske samfunnets tro på universalisme, og dermed på rettigheter, koordinerer ulike aktørers handlinger. Utsagnet vitner om at slik tro har store følger for praksis. Behov forstått som «rettighetsbeskyttede» dekkes av det offentlige – uansett økonomi.

Endelig anskueliggjør sitatet hva som skal til for at behov ses, oppfattes og behandles av det kommunale lederskapet som rettighetsbeskyttede: «Noen» oppfattes villig og kapabel til maktbruk for å få kommunen til å gi tjenestene. Hvem er «noen»? Staten, representert ved fylkesmennene, er en nærliggende kandidat. En forklaring på at staten ved fylkesmennene får denne posisjonen, kan være at det norske samfunnet preges av sterk statstillit, inkludert tillit til statens evne og vilje til universalisme. Kommunal tilpasning til statlige signaler om hva staten krever av en praksis som skal kunne regnes som universell, hjelper kommunen å bevare et rykte som «lovlydige» universalisme-forvaltere.

Når travle hjemmetjenester hindrer avdekking av suicidalitet, kan det indirekte skyldes dårlig kontroll fra fylkesmennene av slike lovbrudd. Kontrollarbeidet kan f.eks. være utformet ut fra tankegangen om individuelle

borgeres ansvar for å fremme rettskrav ved bestemte fremgangsmåter som er dårlig tilpasset denne gruppa eldre i møte med travle hjemmetjenester. Utsagnet under stammer fra en ansatt hos statsforvalteren med kontrollansvar for universalistiske forpliktelser i kommunale hjemmetjenester. Det viser betydningen av vedtak, altså skriftlige beslutninger om individers rettigheter:

Vedtakene forteller brukerne eller pasientene om hvilke tjenester de skal ha. Det å ha et vedtak betyr at de kan klage, og at saken deres kan vurderes på nytt. Dessuten, uten vedtaket ville kommunene hatt større muligheter til å gjøre som de ville med tanke på hvor mange folk de ansatte, osv. (...). Vedtak er viktig.

Utsagnet viser en oppfatning av vedtak som verktøy for universalisme. Denne oppfatningen springer i sin tur trolig ut fra en underliggende tenkning der verbalt språk og skriftlighet vektlegges. Når kommunen «treffes» gjennom statens kontrollarbeid av denne underliggende tenkningen, blir resultatet kommunal ansvarsfraskrivelse for behov som ikke kommuniseres verbalt (bl.a. som følge av travle ansatte). Universalistisk tro på statlig nivå medfører indirekte kommunale universalismebrudd på psykisk helsefeltet. Her kan vi m.a.o. se spor av et slikt mønster som Anderson (1996) beskriver, der tro koordinerer handlinger slik at resultatene blir rasjonelle, men allikevel annerledes enn de «handlende» antar. Sitatet under er fra en annen ansatt i statsforvalterembetet. Også det vitner om et mønster for undergraving av universalisme i velferdsstatens møte med de mest utsatte:

Vi mottar haugevis av klagesaker, vi behandler alle – og hvis en sak er alvorlig nok, så bestemmer vi oss for å gjennomføre et tilsyn. Vi vurderer hvordan alle enkeltsakene vi får inn, forholder seg til lovgivning, og til faglige standarder. Men ... Hvis situasjonen er at folk generelt klager på kreftbehandling, men at eldre med psykiske helseproblemer og deres pårørende generelt ikke klager så mye, så ... Vi styres av dem som klager, det er de som bestemmer hvor vi skal ha fokuset vårt. Eldre med psykiske problemer klager ikke så ofte, og det betyr at psykisk helse blant eldre blir et veldig lite tema her.

Statsforvalternes kontrollarbeid kan påvirke kommunale manøvreringsmåter i møte med kapasitetsproblemet på måter som favoriserer verbale, «klageføre» innbyggere. Dette kan tolkes som uttrykk for at forestillinger som ellers preger samfunnet, har «hektet seg» på universalistisk tro om rettighetenes betydning. Forestillinger om opplyste, kompetente pasienter med kapasitet til skriftliggjorte krav om rettighetsbeskyttet hjelp, hektes på forestillinger om rettigheter som verktøy for sikring av sårbares velferdsbehov. Bakgrunnen for at universalistisk tro virker slik, kan være velferdsstatens kapasitetsproblem. Det mangler penger til å oppfylle alle offentlige velferdsforpliktelser.

Alle empiriske utdrag så langt har et fellestrekk: Universalismebrudd fremstår utilsiktede og lite planmessige. Tilsynelatende er brudd tilfeldige resultater av andre sider ved velferdsorganiseringen. Selv om de følger av koordinert menneskelig samhandling, har ingen enkeltaktør noen intensjon om å forårsake dem. Under følger to sitater som indikerer litt mindre tilfeldige brudd enn hva man ved første øyekast kan få inntrykk av. Sitatene anskueliggjør en «kynisk» dynamikk der statlige myndigheter bruker kommunen som syndebukk for nedbygging av universalismen, jf. Rauchs (2008) perspektiv. Det første sitatet er fra en ansatt ved kommunens tjenestekontor. Vedkommende ble spurt om det var tilfeldig at kommunen ikke informerte nye hjemmetjenestebrukere om retten til å søke om hjelp i form av samtaler. Vedkommende svarte:

Nei, det er ikke tilfeldig. De kan ikke si det, for det ville ha vært en bombe!

Tilbakeholdelse av informasjon om brukernes rettigheter ble altså oppfattet som en legitim vei til kommunal kostnadsbesparelse.

Utsagnet under, fra en ansatt hos statsforvalteren med kontrollansvar for verdighetsgarantiforskriften (som hjemler en rett for hjemmetjenestens brukere til samtaler om eksistensielle behov), synes å bekrefte at også staten/tilsynsmyndighetene godtar dette kommunale mønsteret som en vei til kostnadsbesparelser under kapasitetsproblemer:

Hvis man i kommunen mangler det grunnleggende, slik som muligheten til å hjelpe brukerne med mat og personlig hygiene, og vi da

begynner å snakke til dem om hvorvidt de tilbyr folk samtaler om eksistensielle spørsmål ... De ville bare si: «Dere befinner dere på en annen planet!» Det ville undergrave mulighetene våre til å gjøre jobben vår.

Sitatet forteller om en drivkraft bak statlig unnfalighet med tanke på kontroll av kommunens etterlevelse av universalistiske forpliktelser i henhold til verdighetsgarantiforskriften. Drivkraften er ønsket om å bevare en tillitsfull stat-kommune-relasjon. Gjennom kjøpslåing om visse forpliktelser, som staten halvt tilsiktet ser gjennom fingrene med, sikres staten en mer generell mulighet til å opptre som universalismens forsvarer. Universalistisk tro, uttrykt som tillit til statens rolle som universalismens forsvarer, nærer handlingsmønstre som indirekte gir kommunale universalismebrudd. Igjen ser vi tegn til dynamikken beskrevet av Anderson (1996), der tro koordinerer handling slik at resultatene blir annerledes enn de handlende antar. Sitatet nedenfor antyder at handling næret av slik tro sameksisterer med handling drevet av en noe annen logikk. Den ansatte i statsforvalterembetet som uttaler seg, har kontrollansvar for universalistiske forpliktelser i kommunale helse- og omsorgstjenester:

Noen av kommunene i fylket vårt er «ROBEK-kommuner»¹. Lederne våre her hos Statsforvalteren har sagt til oss at de vil vi skal informere dem om det hvis vi vurderer å sette i gang tilsyn som kan komme til ha store økonomiske konsekvenser for ROBEK-kommunene ... Jeg kan ikke huske at vi noensinne har diskutert om vi skulle sette i gang slike tilsyn. Jeg kan heller ikke huske at vi noensinne har foreslått noe slikt for lederne våre, og at vi da har fått beskjed av dem at vi ikke fikk lov ... Det er vel mer sånn at vi hele tiden er klar over de økonomiske aspektene (...). Men vi trenger ikke å informere lederne om hvordan vi behandler enkeltsakene fra ROBEK-kommunene. Vi lar ikke hensynet til kommuneøkonomien

1 ROBEK betegner «Register om betinget godkjenning og kontroll», for kommuner og fylkeskommuner som er i økonomisk ubalanse eller som ikke har vedtatt økonomiplanen, årsbudsjettet eller årsregnskapet innenfor de fristene som gjelder (www.regjeringen.no).

påvirke behandlingen vår av enkeltsakene. Det eneste vi må være forsiktede med, er å kreve av ROBEK-kommunene at de forandrer en hel praksis på måter som kan medføre store kostnader. (...) Det er ikke det at vi oppmuntrer ROBEK-kommunene til å bryte loven. Men vi ville nok for eksempel ikke ha satt i gang et tilsyn nå i noen av ROBEK-kommunene der vi fokuserte på om disse kommunene tilbød folk samtaler om eksistensielle spørsmål.

Redegjørelsen antyder et mer «kynisk» bilde. Det er mer tilsiktet enn det ved første øyekast fremstår når kommunens manglende ivaretagelse av eldre behov for samtaler om f.eks. suicidalitet unnslipper statens kontroll. Også dette kan betraktes som uttrykk for universalistisk nedbygging. Den skjer i henhold til et mønster der tradisjonell, norsk tro på universalisme ikke utfordres for tydelig. Grensen for legitim praksis flyttes, men kun slik at endringen ikke bryter for åpenbart med allerede eksisterende trosforestillinger. Andre funn fra feltarbeidet mitt indikerte at om det kom en enkeltsak på Statsforvalterens bord der en søknad om en rettighetsbeskyttet tjeneste ble avslått, så ville Statsforvalteren ha sørget for at loven ble oppfylt i den aktuelle enkeltsaken. Endringsmønsteret samsvarer med Fredrik Barths (1990) beskrivelser av hvordan ny tro gjerne introduseres slik at man unngår brudd med tabuer i foreliggende tro.

Oppsummert: Underbehandling av Eldres psykiske helseproblemer skyldes dels velferdsstatens kapasitetsproblem, som kommunene søker å håndtere uten å utfordre eksisterende universalistiske trosforestillinger for tydelig. Paradoksalt nok spiller tro på universalisme – inkludert tillit til staten – en rolle i å koordinere menneskers handlinger slik at bruddene skjer. I tillegg ser det ut til å foreligge en dynamikk der kommunen brukes som syndebukk for en statlig iverksatt og økonomisk motivert nedbygging av universalisme.

Eldre har dårligere tilgang enn yngre på psykisk helsehjelp

Den andre typen brudd på forpliktelsen til universalisme jeg tar for meg, er at eldre har dårligere tilgang enn yngre til psykisk helsehjelp. Felthistoriene som siteres nedenfor, illustrerer hvordan slike brudd skjer. Den første histo-

rien er fra et samarbeidsmøte på kommunens korttidssykehjem «Solåsen»². Den andre gjelder en telefonsamtale mellom en ansatt ved team for psykisk helse og en ansatt ved Solåsen. Det er forholdet mellom de to historiene som er sentralt for å belyse bevegelsene i universalismen. Først: Historien fra sykehjemmet:

Seks kvinner og en mann sitter rundt et bord i et møterom i kommunens korttidssykehjem, Solåsen. Alle unntatt en, nemlig Sigrid, er ansatt på Solåsen. Sigrid er sykepleier og jobber i kommunens team for psykisk helse.

Sykehjemmets leder Jorun åpner møtet og forklarer at det finner sted som følge av en beslutning fra ledelsen i kommunens helse- og omsorgssektor. Fra nå av skal det være jevnlig møter mellom ansatte på sykehjemmet og kommunens team for psykisk helse.

Sykehjemslederen foreslår at Sigrid forteller litt om teamet for psykisk helse til de ansatte på Solåsen. – For vi vet nesten ingen ting om dere eller om hva dere kan tilby, forklarer hun. Sigrid bruker et par minutter på å snakke om de tjenestene som tilbys av team for psykisk helse. Hun nevner støttesamtaler og kurs for depresjons- og angstmestring, støttekontaktordning og boveiledning. Hun sier at alle over 18 år kan søke om teamets tjenester ved hjelp av et felles søknadsskjema. Katrine, som jobber på sykehjemmet, sier, – Ja, det skjemaet har vi her.

– Tar dere imot eldre også? spør Jorun. – Ja, det gjør vi, svarer Sigrid, og legger til: – Men eldre er en ikke prioritert gruppe. Katrine spør: – Hva mener du med «eldre», da? Mener du «over 65 år»? Sigrid svarer: – Nei, det er ikke så strengt. Vi har våre prioriteringskriterier. Men hvis du er over 80 år og er suicidal, så sier vi ikke at du ikke får komme til oss fordi du er for gammel.

– Å, sier Jorun vantro. – Men er det nytt? Vi har alltid hørt at team for psykisk helse ikke tar imot eldre. Sigrid sier at dette ikke stemmer. Teamet tar imot eldre.

2 Dette er ikke det reelle navnet på sykehjemmet.

Historien illustrerer informasjons-/kunnskapsmangel hos aktører i pleie- og omsorgstjenesten, noe som indirekte kan ha gitt brudd på universalisme: Sykehjemsansatte treffer ofte eldre med psykiske plager, men har tilsynelatende ikke vært informert om henvisningsmulighetene til team for psykisk helse. Feilinformasjon og informasjonsmangel blant eldreomsorgens ansatte kan ha forårsaket det resultatet forskningslitteraturen beskriver der eldre har dårligere tilgang enn yngre til psykisk helsehjelp. Feltarbeidet mitt avdekket at flere mente at også hjemmetjenesten og fastlegene trodde at teamet for psykisk helse ikke tok inn eldre, og at de derfor henviste få eldre dit. Dialogen sitert ovenfor synes å indikere at dette bruddet på universalisme skyldes misforståelser. Dette er ikke intendert eller planlagt: Team for psykisk helse tar jo imot eldre!

Historien vitner allikevel om et åpent brudd med den kommunale forpliktelsen til universalisme. Universalisme krever likebehandling av like helsetilstander uansett alder. Her beskrives en viss aldersbasert forskjellsbehandling – av prioriteringshensyn. Praksisen som beskrives kan forstås som uttrykk for glidning preget av den dynamikken for trosendring som er beskrevet av Fredrik Barth (1990): Nye trosforestillinger kan introduseres – dersom de ikke bryter for åpenbart med sentrale tabuer i et eksisterende trossystem. Norsk, universalistisk tro kan for eksempel innebære et tabu mot bevisst å utestenge mennesker man vet har en livstruende helsetilstand (som suicidalitet) fra offentlige helsetjenester. Siden team for psykisk helse kan forsikre om at et slikt tabu ikke brytes, fremstår det som mer akseptabelt å bryte universalismens likebehandlingskrav.

Hendelsesforløpet videre avdekker imidlertid nyanser også i det bildet som innebærer at universalistiske brudd skyldes misforståelser og informasjonsmangel:

Senere sitter jeg i lokalene til team for psykisk helse, på Annas kontor. Vi snakker om teamets arbeid i møte med Eldres psykiske helse. Anna får en telefon og tar den. Ut fra svarene hennes gjetter jeg at hun snakker med noen som ringer for å undersøke mulighetene for psykisk helsehjelp til en bruker.

Anna sier til den som ringer: – Selvfølgelig kan hun søke. Hun vil bli kartlagt som alle andre og vil få et vedtak. Men det er lite sannsynlig at hun vil få hjelp fra oss. Anna sier dette i en ganske

formell tone, med et lukket ansiktsuttrykk. Så lyser ansiktet hennes opp. Hun smiler og stemmen blir varm idet hun legger til: – Men det vi kan gjøre, er å tilby veiledning til ansatte i hjemmetjenesten!

Idet hun legger på, henvender hun seg til meg og sier: – Der ser du hvordan ting fungerer i praksis! Det var fra Solåsen sykehjem. De ringte om en eldre kvinne som skulle skrives ut. De sa at hun gråt så mye fordi hun var deprimert, og så ønsket de å vite om teamet for psykisk helse kunne hjelpe henne når hun kom hjem. Men det at hun gråter, betyr ikke nødvendigvis at hun er deprimert. Jeg tror at hjemmetjenesten kan gjøre en like god jobb med henne som vi kan.

Her ser vi uformelle signaler fra teamet til omgivelsene som kan antas å påvirke universalismen i kommunale tjenester. Jeg kjenner ikke sykehjemmets respons på signalet om at den eldre kvinnen sannsynligvis ikke ville få hjelp. Men det er nærliggende å tro at Solåsens representant avstod fra å bistå kvinnen i å søke teamets hjelp. Dette fremstod også som teamets intenderte hensikt. Dermed kan også dette utdraget eksemplifisere glidning. Det kan vise én bit av et større bilde der forpliktelsen til universalisme svekkes. Vi ser også her hvordan uformelle signaler som kan virke slik, flettes sammen med forsikringer om at signalene og virkningene av dem egentlig ikke utfordrer troen på universalisme: Det vektlegges at alle fortsatt inkluderes («Hun vil bli kartlagt som alle andre») og at rettighetene fortsatt respekteres («Hun vil få et vedtak»). En konsekvens av innpakningen kan bli at mottakeren oppfatter signalene og virkningene som rimelige og akseptable. Den sammenflettingen av universalistisk og annen tro som illustreres i historien, anskueliggjør Andersons (1996) poeng om hvordan tro ofte gir andre resultater enn de handlende antar. Den anskueliggjør også Barths (1990) poeng om betydningen av at vellykket introduksjon av trosendring krever unngåelse av det å utfordre sentrale tabuer i eksisterende tro.

Sitatene under stammer fra to representanter for staten ved fylkesmenene. Begge formidler erfaringer om at staten, gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse, har tilrettelagt for den praksis som i historiene ovenfor kan fremstå som lokal. Det første sitatet gjelder tankegangen bak Opptrap-

pingsplanen, og om intern uenighet på statlig nivå i tidlige faser om det å skulle skille ut grupper for særlig prioritering:

De i departementet som tilhørte det jeg kaller «pleie- og omsorgsgjengen», kunne ikke forstå grunnen til at det var behov for sykepleiere med særskilt kompetanse på psykisk helse i kommunene. De mente at de sykepleierne som alt jobba der, kunne håndtere psykisk helse som del av det vanlige arbeidet sitt. De beskyldte oss (de i departementet med ansvar for psykisk helse) for å ville lage særomsorg. Og særomsorg var jo det store, stygge ordet på den tida, vet du ... Men jeg sa til dem: Nei, dette handler ikke om å lage særomsorg. Det handler om at også folk med psykiske helseproblemer skal få adekvat og faglig kompetent hjelp!

Tegnene til «Opptappingsplan-motstand» som beskrives her, kan synliggjøre et universalistisk trossystems forsøk på å beskytte seg mot beslutninger som truer universalismen. Samtidig synes sitatet å vise hvordan Opptappingsplan-beslutningen om særskilt satsing på én gruppe, med én type helseproblemer, stammet fra målet om å reparere et «hull» i noe man kanskje antok var en ellers intakt universalisme. Dersom vi ser beslutningen som første ledd i en utvikling som senere ga svekket universalisme i praksis, er det muligens nok et eksempel på Barths (1990) poeng: Ny tro introduseres gjerne innenfor rammen av den allerede eksisterende, og formuleres som et tillegg til den eksisterende.

Sitatet under er imidlertid fra en ansatt ved et statsforvalterembete med ansvar for Opptappingsplanen for psykisk helse. Det vitner om at også andre hensyn lå bak statlige myndigheters opptreden overfor kommunene:

Vi hadde begrensede midler. Vi kunne ikke spre det utover til mange mennesker. Vi måtte bruke det der behovet var størst.

Sitatet viser at beslutningen om satsing på enkelte grupper fremfor andre innenfor psykisk helsefeltet også var økonomisk begrunnet fra statens side. Dette vitner om at Rauchs (2008) perspektiv – om statlig nedbygging av universalisme som løsning på kapasitetsproblemer – også kan bidra til forklaring av hendelsesforløpet. Sitatet nedenfor, fra en ansatt i statsforval-

terembete med ansvar for Opptrappingsplanen, forteller om ett aspekt ved statlige myndigheters fremgangsmåte i prosessen som har svekket universalismen på det kommunale psykisk helsefeltet:

Kronikerne var de første som fikk hjelp. Det var virkelig nødvendig, og de har det mye bedre i dag på grunn av politikken som ble ført i forbindelse med Opptrappingsplanen. Men så ble denne måten å tenke på brukt om andre grupper også: Små barn, unge og de som var i jobb, ble målgrupper.

Igjen aner vi et eksempel på Barths (1990) poeng om at gradvis endring i trossystemer er mulige så lenge det nye introduseres innenfor rammen av det gamle. Sitatet illustrerer også hans poeng om at ny tro bør introduseres uten for åpenbart å utfordre sentrale tabuer i gammel tro. Slik muliggjøres en gradvis tøying av grenser for hva som oppfattes legitimt. Sitatet under, fra den samme ansatte i statsforvalterembete med ansvar for Opptrappingsplanen, vitner om en dynamikk som kan ha vært sammenvevd med slike glidninger i universalistisk tro:

Kommunene var nødt til å handle som de gjorde som følge av de øremerkede tilskuddene. Statsforvalterne kontrollerte nitid om de brukte tilskuddene slik staten sa de skulle. Jeg reiste rundt og prekte om hvordan tilskuddene skulle brukes. Og det jeg sa, var at pengene skulle brukes på barn, ungdommer, rusavhengige og på forebygging. Det var ikke rart at de ikke prioriterte eldre.

En dynamikk for trosendring kan ha vært sammenvevd med en dynamikk av den typen Rauch (2008) beskriver, der staten søker «løsning» av kapasitetsproblemer gjennom ansvarsoverføring til kommunene for et velferdsfelt. Kommunene utfører jobben med å avvikle eller svekke universalismen på feltet. Bruddene på universalisme som så følger, fremstår som kommunens ansvar.

De psykososiale aspektene ved kommunal eldreomsorg tones ned

Den tredje og siste typen brudd på universalisme som behandles her, gjelder nedtoning av psykososiale aspekter ved kommunal eldreomsorg. Nedenfor følger to betegnende utdrag om denne typen velferdsstatsendring. Begge er fra hjemmetjenesten:

Turid forteller at den neste hun skal besøke i dag, er en eldre kvinne som bor alene, og som har et sår på leggen. – Hun kan være i litt dårlig humør, sier Turid før hun går ut av bilen, ringer på døra og låser oss inn. Da vi kommer inn i stua, ser jeg en kvinne som ligger på sofaen. Turid ber henne om å sette seg opp slik at hun kan smøre inn beinet hennes og ta på støttestrømper. Kvinnen forteller at hun trenger å gå til legen dagen etter. – Da må du ta taxi, sier Turid. – Hjemmetjenesten har ikke ressurser til å dra sammen med deg. – Nei, svarer kvinnen. – Hjemmetjenesten ... Det eneste dere gjør, er å dele ut piller. Dette ytrer hun i et tonefall av bitterhet eller til og med sinne. Da vi er på vei ut, henvender kvinnen seg til meg. – Jeg har jammen hatt nok byrder i det siste, sier hun. Jeg spør hvor lenge. – Siden i vinter, svarer hun. Så drar vi fra henne. Ute i bilen igjen forklarer Turid meg at hun nettopp mistet mannen og datteren sin.

I sitatet over signaliseres tilsynelatende et behov for psykisk helse relatert hjelp av en eller annen art, og et ønske om at hjemmetjenesten skulle ha fanget og fulgt det opp. At hjemmetjenesten ikke gjør dette, kan ses som et brudd på universalistiske forpliktelser: For eksempel på kvalitetsforskriftens § 3 om rett til hjelp med sosiale behov (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003), eller med verdighetsgarantien § 3 (Verdighetsgarantien, 2011), om rett til samtaler om eksistensielle spørsmål. I tråd med Barths (1990) perspektiv ser vi at også dette bruddet med forpliktelsen til universalisme arter seg på slike måter at eksisterende tro ikke blir tråkket på altfor åpenbart. Bruddet skjer f.eks. ikke gjennom utforming, innsending av og så avslag på en formell søknad. Det skjer gjennom uformell, muntlig avvisning. Av hjemmetjenestens begrunnelse for avvisningen forstår man at forklaringen er kapasitetsproblemer. Et blikk på hjemmetjenestens arbeidslister be-

krefter at dette enkelttilfellet representerer hovedregelen: Psykososiale behov ligger utenfor hva de ansatte forutsettes å bruke tid på.

Uttalelsen under, fra Cecilie, ansatt i hjemmetjenesten, vitner om at slike brudd på universalisme representerer endring:

Her i hjemmetjenesten pleide vi før å tilby en tjeneste som het «tilsyn». Men den forrige helse- og omsorgssjefen avskaffet det, fordi hun ville spare penger. Så hun sa at vi bare fikk lov til å utføre den typen oppgaver som ble definert som absolutt nødvendig helsehjelp: Bare de oppgavene som, hvis de ikke ble gjort, ville føre til en situasjon der ting ikke ... ble så bra for brukeren. Lederen mente at tilsyn ikke var nødvendig helsehjelp. Hun sa at hvis folk følte seg utrygge eller engstelige, så måtte de skaffe seg trygghetsalarm.

Her ser vi hvordan målet om løsning av kapasitetsproblemer ligger bak når forpliktelsen til universalisme brytes på et område der den tidligere ble oppfylt. Igjen aner vi dessuten hvordan spor av at tro (jf. Anderson, 1996), og en dynamikk for trosendring (jf. Barth, 1990), preger endringsmønsteret. Ny praksis innpakkes i en språkdrakt der den fremstår legitim siden det som utdefineres, virker unødvendig, som noe som egentlig ikke er helsehjelp. Dermed fremstår det «utdefinerte» heller ikke som omfattet av universalistiske forpliktelser og rettigheter.

Jeg har tidligere vist hvordan kapasitetsproblemer gir dårlig statlig kontroll av visse universalistiske forpliktelser, som i sin tur åpner for kommunal nedprioritering av forpliktelsene. Når det er nettopp på dette feltet kapasitetsproblemer løses gjennom universalistisk nedbygging, så kan det ses som et naturlig resultat av statlig styring. Sitatet over tilsier allikevel at ansvaret/skylden tilskrives en kommunal aktør, nemlig en tidligere helse- og omsorgssjef. At kommunale aktører bærer ansvaret for statlig styrt avvikling av universalisme, samsvarer med Rauchs (2008) poeng om følgene for den kommunale universalismen av den skandinaviske tradisjonen for lokal autonomi.

Det videre forløpet i samtalen med Cecilie i hjemmetjenesten belyser hvordan ansvarsforhold tilsløres:

Jeg spør hvordan de ansatte reagerte på restriksjonene. – Å, det var sterke reaksjoner da, sier Cecilie. Hun forklarer at tilsyn er tillatt

igjen nå. Jeg spør om dette har ført til at ansatte i hjemmetjenesten har tatt tilbake sitt gamle engasjement for tilsyn. Hun sier: – Nei. Det har på en måte ... blitt en del av oss nå: At tilsyn er noe vi ikke skal gjøre. Jeg spør hva hun synes om det. – Jeg har blitt enig i det nå. Vi bør bruke tida vår på ting som er viktigere enn tilsyn, svarer hun.

Dette aller siste utdraget fra mitt datamateriale synliggjør den politiske betydningen av en psykologisk mekanisme som kognitiv dissonans, når den veves sammen med tro i betydningen statstillit, og med syndebukkprosesser av den typen Rauch (2008) har beskrevet. En tilbøyelighet blant nordmenn til tillitsfull opptreden i møte med signaler «ovenfra» kan – i tråd med Grimens (2009) perspektiv om tillit – fort utnyttes i en syndebukkprosess. Tillitsfull kommunal opptreden i møte med signaler ovenfra vanskeliggjør den typen «løsning» på kognitiv dissonans som innebærer å handle i motstand – for å gjenopprette samsvar mellom egne verdier og praksis. Den løsningen på kognitiv dissonans som gjenstår, innebærer å endre egne verdier slik at de samsvarer med handlingen man utfører. Om mange nok enkeltmennesker og fellesskap gjennomgår slike prosesser over tid, kan resultatet på lengre sikt bli at universalismen vil bli husket som en saga blott: Som en historie, bare, om noe som en gang kanskje var.

Avslutning

Norge befinner seg ved et historisk veiskille der universalismen er under press eller avvikling. Universalisme antas å ha mange positive samfunnsmessige ringvirkninger. Det er viktig at beslutningstakere med ønske om å påvirke universalismens videre utvikling, forstår utviklingen, drivkreftene bak den og mønsteret som kjennetegner den.

Dette kapitlet har synliggjort en endringsprosess fra ett velferdsstatsfelt. Det har gjort bruk av et knippe teoretiske perspektiver for å søke forståelse av både drivkreftene bak og mønsteret i endringen. Kan hende vil analyser av andre velferdsstatsfelt synliggjøre andre mønstre og drivkrefter. Men som utdragene fra dette kapitlet viser, kommer man trolig ikke til bunns i hva som nå foregår kun ved å fokusere på lovverk og offisielle

nasjonale dokumenter. Endring skjer i praksis, på subtile og uformelle måter, lenge før den blir offisielt synlig.

Universalismebruddene på psykisk helsefeltet skjer på måter preget av folkelig tro på universalisme, inkludert tro i betydningen tillit til statens rolle som universalismens forsvarer. Drivkraften bak er de nasjonale myndighetenes søken etter en type «løsning» på kapasitetsproblemer som unngår å utfordre denne folkelige troen for åpenbart, men som heller ikke krever at man vedtar økte inntekter (dvs. mer skatt). Fremfor å velge nasjonale «løsninger» på kapasitetsproblemet som enten betyr reduserte ambisjoner eller økte inntekter, delegerer staten ansvar til kommunene for psykisk helsefeltet. Staten har styrt og styrer kommunene på måter som gjør at avvikling av universalismen på dette feltet var og er å forvente.

En bærebjelke for det norske samfunnet tillates å råtne uten at det noen sinne er blitt offisielt vedtatt. Psykisk helse og eldreomsorg er lavstatusfelt. Det er ikke så overraskende at forråtningen kommer først til syne her. Om dette mønsteret sprer seg, vil vi om noen år kanskje svare et ubetinget ja på spørsmålet fra overskriften i dette kapitlet: Ja, den velferdsstatlige universalismen er en saga blott. Den er en historie, bare, om noe som en gang var. Fremtidige forskningsprosjekter bør undersøke om det mønsteret gjør seg gjeldende også på andre velferdsstatsfelt, og/eller om den norske velferdsstatens forpliktelse til universalisme praktiseres annerledes der.

Referanser

- Abelsen, B., Gaski, M., Nødland, S.I. & Stephansen, A. (2014). *Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*. Rapport Iris 2014/382. <http://doi.org/10.13140/RG.2.1.1445.8726>
- Anderson, E.N. (1996). *Ecologies of the heart: Emotion, belief, and the environment*. Oxford University Press on Demand.
- Anttonen, A. (2012). *Welfare state, universalism and diversity*. Edward Elgar Publishing.
- Arbeids- og administrasjonsdepartementet (2003). *Makt og demokrati*. Sluttrapport fra Makt- og demokratiutredningen. Statens forvaltningstjeneste. Informasjonsforvaltning.
- Barth, F. (1990). *Cosmologies in the making: A generative approach to cultural variation in inner New Guinea*. Cambridge University Press.
- Briseid, K.M. (2017). *On the old and the new: An ethnographic study of older people's mental health services in a changing welfare state*. Høgskolen i Sørøst-Norge.
- Briseid, K. (2019). Personorientering i en norsk velferdsstatskontekst. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, 5(1), 1–17. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-01-09>
- Brofoss, K.E. & Larsen, F. i samarbeid med styringsgruppen (2009). *Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001–2009): Sluttrapport – Syntese og analyse av evalueringens delprosjekter*. Forskningsrådet, Divisjon for vitenskap.
- Ervik, R. & Lindén, T.S. (2018). Pensjonssystemets bærekraft i Norge og Storbritannia. *Norsk Sosiologisk Tidsskrift*, 2(01), 8–25.
- Grimen, H. (2009). *Hva er tillit* (Vol. 30). Universitetsforlaget.
- Hatland, A. (2011). *Veivalg i velferdspolitikken*. Fagbokforlaget.
- Kjølseth, I. (2006). *Eldre med selvmordsrisiko: behandling og oppfølging*. *Suicidologi*, 11(3). <https://doi.org/10.5617/suicidologi.1735>
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.* FOR-2003-06-27-792. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Norsk psykiatrisk forening (2010). *Plandokument for norsk alderspsykiatri 2011–2020*. Norsk psykiatrisk forening.
- Rauch, D. (2008). Central versus local service regulation: Accounting for diverging old-age care developments in Sweden and Denmark, 1980–2000. *Social Policy & Administration*, 42(3), 267–287.
- Rostgaard, T. & Szebehely, M. (2012). Changing policies, changing patterns of care: Danish and Swedish home care at the crossroads. *European Journal of Ageing*, 9(2), 101–109.
- Stamsø, M.A. (2017). *Velferdsstaten i endring: Om norsk helse- og sosialpolitikk* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.

- Szebehely, M. & Trydegård, G.-B. (2012). Home care for older people in Sweden: A universal model in transition. *Health & Social Care in the Community*, 20(3), 300–309. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2011.01046.x>
- Verdighetsgarantien (2011). *Forskrift om en verdig eldreomsorg*. FOR-2010-11-12-1426. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Vike, H., Brinchmann, A., Haukelien, H., Kroken, R. & Bakken, R. (2002). *Maktens samvittighet: Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Gyldendal Akademisk.
- Vike, H., Debesay, J. & Haukelien, H. (2016). *Tilbakeblikk på velferdsstaten: Politikk, styring og tjenester*. Gyldendal Akademisk.

Karlsson, B., Klevan, T. & Borg, M. (2022).
Recovery i psykisk helsefeltet – et eksempel
på neoliberalistisk forvandling i den norske
velferdsstaten? I H. Vike, B. Karlsson & R. Sundet
(Red.), *Velferdsstatens transformasjoner*
(s. 142–164). Fagbokforlaget.
DOI: <https://doi.org/10.55669/oa200906>

6

Recovery i psykisk helsefeltet

Et eksempel på neoliberalistisk forvandling i den norske velferdsstaten?

Bengt Karlsson, Trude Klevan & Marit Borg

Innledning

FNs spesialrapportør (Human Rights Council, 2020) slår fast at det er ingen helse uten psykisk helse. Rapportøren viser til at helsebegrepet må utvides fordi sosiale determinanter som fattigdom, økonomiske forskjeller og manglende menneskerettigheter har avgjørende betydning for menneskers psykiske og fysiske helse. I arbeidet med psykisk helse fremholder rapportøren at den medisinske modellen er utdatert og peker på recovery som en helt nødvendig tilnærming i psykisk helsearbeid. De siste 15 årene har recovery fått en sentral plass i utviklingen av norske helse- og velferdstjenester (Karlsson & Borg, 2021). Recovery startet i kampen for allmenne borger- og

menneskerettigheter. I dette perspektivet vektlegges selvbestemmelse, valgmuligheter og et selvstendig liv. Vi synes å se en tendens til at recovery i stadig økende grad innpasses i individualistiske krav om normalisering og tilpasning. I dette kapitlet diskuterer vi hvordan neoliberalistiske strømninger i den norske velferdsstaten styrer og former utvikling av praksiser i psykisk helsefeltet og fremelsker praksiser som kan standardiseres og telles. Vi tenker at recovery i psykisk helsefeltet står i fare for å bevege seg fra et kollektivt opprør til krav om en individualistisk standardisering. Recovery har et mangfoldig innhold og definisjoner som varierer fra hvem som spør og svarer, i hvilke kontekster dette gjøres i, og hva formålet er (Karlssoon & Borg, 2017). Vi kommer tilbake til dette.

Reformer i psykisk helsefeltet, som en del av velferdsstatens endringer, har forandret de grunnleggende mulighetsbetingelsene for feltets utvikling og fastsatt nye rammer for aktørenes deltakelse. Siden 1998 og frem til i dag har det pågått omfattende reformer i psykisk helsefeltet i Norge (Opptrappingsplanen for psykisk helse, rusreformene, NAV-reformen, Samhandlingsreformen og «Sammen om mestring» er eksempler på reformer i feltet). Gjennom disse reformene er forskjellige styringslogikker satt i og på spill og uttrykker seg gjennom kontroll og styring av makt og kunnskap, disiplinering og selvdisiplinering. De ulike styringslogikker og den økende byråkratisering resulterer i krav om løpende endringer som igjen fastlegger væremåter som skal endre fagpersoners og brukeres ulike roller og identiteter. På den ene siden skal væremåter og praksiser standardiseres, dokumenteres og håndteres på nye måter. På den andre siden involveres de ulike parter i større grad i styringen, og slik sett får de avgjørende innflytelse på styringens suksess. Innen psykisk helsefeltet måles og defineres gjerne bedring i form av symptomreduksjon og arbeidsdeltakelse. Ansvar for å lykkes – eller ikke lykkes med dette – legges i stor grad på individnivå. Det handler om å være en motiverende behandler og om å være en endringsmotivert og autonom bruker. Som vi vil vise videre i dette kapitlet gir disse styringslogikkene lite rom for utvikling av recoveryorienterte praksiser.

Recovery – fra kollektivt opprør til faglig standardisering?

Litteraturen deler ofte recovery inn i tre ulike forståelser: klinisk recovery, personlig recovery og sosial recovery. Kort beskrevet reflekterer klinisk recovery resultatorientering utviklet av behandlings- og rehabiliteringsmiljøer med fokus på objektive resultatmål og behandlingseffekter. Dette passer på mange måter inn i dagens byråkratiske styringsregime med vektlegging av målbare resultater. Personlig recovery forstås som subjektive erfaringer og prosesser og er særlig vektlagt i brukermiljøer med betoning av en personlig innsats, mot, valgmuligheter, tålmodighet og kraft. Sosial recovery innebærer en sosial prosess og legger vekt på samfunnsforhold og sosiale betingelser. Personens hverdagsliv og lokalmiljø, fellesskap, samspill og samarbeid med andre og levekår vies stor oppmerksomhet. Det handler om å ta kontrollen tilbake, finne mening og leve det livet personen ønsker og kan (Karlsson & Borg, 2021; Topor, Bøe & Larsen, 2022).

I Norge introduseres og utvikles recoverymodeller med høyst ulike forståelser, perspektiver og praksiser. I mange sammenhenger brukes begrepet recovery eller at tjenestene arbeider recoveryorientert uten at det sies noe om hva det faktisk innebærer, og hva som er forskjellig fra tidligere praksiser. Recovery kan slik sett ligne på hvilket som helst verdigrunnlag, behandlingsfilosofi eller arbeidsmodell. Recovery startet som, og var forankret i, aktivisme og opprør – et opprør mot undertrykkelse og marginalisering av personer som erfarte psykisk helsevansker. Det kollektive opprøret var inspirert av den amerikanske borgerrettskampen fra begynnelsen av 1960-tallet som fremholdt kravet om at *alle* mennesker var og er like verdige. Ut av borgerrettsbevegelsen vokste det en protestbevegelse der folk forlangte forbedringer av asylene og behandlingen av mennesker med psykiske helsevansker gjennom krav om likeverdige rettigheter og muligheter til alle. Begrepet citizenship, eller medborgerskap, er således nært knyttet til recovery. Frihet er grunnleggende for menneskeverdet. Et aspekt ved makt og undertrykkelse er at det skaper motkrefter og motmakt. Folk får mot til å reise seg, si ifra og gjøre opprør mot maktregimer og uverdighet. Nettopp slike erfaringer og situasjoner frembrakte recovery som kunnskapsområde og praksisformer. Brukeraktivisten Judi Chamberlain (1990) var en sentral talskvinne for rettigheter til mennesker med psykiske problemer og knyttet til røttene

til recovery. Frarøvelse av allmenne, sivile rettigheter og menneskerettigheter ble et viktig utgangspunkt for hennes aktivisme. Sammen med andre tok Chamberlain initiativ til organisasjonen The Psychiatric Survivor Movement i USA på 1970-tallet. Recoverybevegelsene i USA vokste fram gjennom denne aktivismen. Aktivistene fremholdt at recovery er alt som personen gjør for seg selv, og sammen med andre. Det handler om å holde fast i håp og tro på mulighetene, og å stille krav om at ens rettigheter ivaretas og oppfylles. Fokus var på menneskerettigheter og motarbeidelse av stigma, marginalisering og undertrykkelse. Slik bygger recovery på systematisert erfaringsbasert kunnskap der kontroll over eget liv, åpenhet for hva som hjelper og ikke, og det å ha valgmuligheter og rettigheter som innbygger fremheves (Karlsson & Borg, 2017).

Vi har overfor sett på opprøret mot menneskerettighetsbrudd. Et annet forhold er opprør mot det dominerende individualistiske og akontekstuelle psykiatriske paradigmat. Siden 1850-tallet har brukerorganisasjoner påpekt store begrensninger ved en snever psykiatrisk forståelse av menneskelige problemer med avvisning av personenes egne erfaringer. De historiske røttene fra 1960-tallet relatert til recovery, problematiserer det dominerende psykiatriske paradigmat. De psykiatriske sykehusene hadde svært begrensede resultater av sine innsatser gjennom flere tiår. Ideen om å isolere pasientene i sykehusavdelinger, atskilt fra sin hverdagskontekst, har i liten grad løst personers smerter, lidelser og livsproblemer. Deinstitutionaliseringen, med start på 1950-tallet, hadde som bakgrunn at innleggelse på sykehusene kunne påføre mer skade enn hjelp. Innleggelse førte med seg isolasjon fra familie og lokalmiljø, skam og stigma, avmakt, håpløshet og hjelpeløshet (Davidson et al., 2011). Sentrale forskere som Ervin Goffman, Franco Basaglia og Michel Foucault har på ulike vis dokumentert maktrelasjoner og dehumaniserende praksiser innen psykiske helsetjenester. Fellesområder er deres beskrivelser av umenneskelige og krenkende sider ved praksiser som skal være til hjelp, deres tydeliggjøring av farene ved pasientrollen og understreking av at personlig endring og utvikling har de beste vilkår i et samspill mellom personen og respektfulle omgivelser. Ingen skal defineres som *for* «psykisk lidende» til å kunne leve et selvstendig, verdig og meningsfullt liv i sitt lokalmiljø (Davidson, 2006).

Innenfor en recoveryorientert forståelse fremholdes en grunnleggende holdning om at vi er alle en del av den samme menneskeheten. Det inne-

bærer at alle har de samme rettigheter, ressurser, kompetanser og vekstpotensialer. Recovery betyr ikke nødvendigvis en «retur til fullverdig helse». Snarere utgjør det en aksept for at psykiske helseproblemer kan tåles og leves med. Det er mange måter å leve et liv på. De som erfarer psykisk helsevansker, trenger sosial støtte for å gjenoppbygge sine liv på meningsfulle og selvbestemmende måter. Slik kan de delta, bidra og oppleve seg som likeverdige borgere i samfunnet.

I 2019 er det som ofte betegnes som «recoverymodellen», blitt et dominerende paradigme i mange norske psykisk helsetjenester. Recovery står i fare for å bli kolonialisert og forvrengt av helsepolitiske beslutningstakere og «eksperter» på feltet. Helsedirektoratet skriver i «Veilederen for lokalbaserede psykisk helse- og rusarbeid»:

Recovery er et faglig perspektiv som tar utgangspunkt i at bedring er en sosial og personlig prosess, hvor målet er at den enkelte kan leve et meningsfullt liv til tross for de begrensningene problemet kan forårsake. Myniggjøring og gjenvinning av kontroll over eget liv er sentrale elementer i bedringsprosessen. I nordiske studier er recovery belyst med fokus på samfunnsforhold, levekår og sosiale prosesser. Hjemmet, arbeid og aktivitet, utdanning, penger, sosiale arenaer, lokalmiljøet, venner og familie er tillagt stor betydning for bedringsprosessen. «Å komme seg» eller recovery foregår på hverdagslivets ulike arenaer og er uavhengig av varierende behandlingssideologier. Recoveryperspektivet legger til grunn at tjenesteutøveren anser brukeren som ekspert på seg selv og formidler tro på at han eller hun kan utvikle seg og få et bedre liv (Helsedirektoratet, 2014, s. 31–32).

Recovery plasseres her som utelukkende et faglig begrep og domineres slik av helsepolitiske føringer og faglige standarder og modeller. Mange norske kommuner beskriver at det er fattet beslutning på overordnet hold om at de skal innføre en «recoveryorientering» av sine tjenester innen psykisk helse og rus. Dette er vel og bra, men når recovery skal innføres eller implementeres, tenker vi at man fort kan komme på kollisjonskurs med de verdier og føringer som ligger i røttene til recovery. Hva er igjen av det kollektive opprøret og fokuset på menneske- og borgerrettigheter fra recoverybevegelsen?

Recovery i den norske velferdsstaten

Den norske velferdsstaten har røtter i europeisk tradisjon gjennom et radikalt brudd med fattiglovgivningen. I utviklingen av velferdssamfunnet i Norge var fellesskapet og offentlig ansvar viktige forutsetninger. Sentrale mål var å redusere økonomiske og sosiale forskjeller og bidra til sosial integrering og stabilitet. Kjernen i den skandinaviske velferdsmodellen er det offentlige ansvar for inntektssikring, helse og omsorg (Karlsson & Borg, 2013). Velferdsstaten inneholder ulike elementer av omfordeling – fra rike til fattige, fra friske til syke, fra arbeidsføre til arbeidsledige, fra yrkesaktive til pensjonister og barn. Folketrygden betraktes som selve hjørnesteinen i velferdsstaten. Tanken er at når vi har en stat som gir innbyggerne økonomisk trygghet, vil det være lettere å sikre stabilitet. Videre kan det bidra til å skape økonomisk vekst og til nødvendige omstillinger i samfunnet. Et annet sentralt forhold er at det skal lønne seg å jobbe. Mange av dagens velferdsordninger får man del i gjennom arbeidslivet. Den norske velferdsstaten er imidlertid under press. Det er bekymringer knyttet til kostnadene ved å opprettholde dagens velferdsordninger (Ekeland, 2021). En sentral utfordring er at større grupper opplever mer marginalisering og sosial ekskludering enn tidligere. Et mer komplekst samfunn, globalisering, endringer i familiestrukturen, økende grad av langtidsledighet, økonomisk og sosial ulikhet og fatigdom stiller nye krav til velferdsstaten. Det er også knyttet bekymringer til sterkere individualisme i det norske samfunn og nedbygging av fellesskaps-samlende tradisjoner og institusjoner (Karlsson & Borg, 2021). Dette skaper grobunn for segregering og større ulikhet. I de senere år er ulike problemstillinger knyttet til neoliberales ideer og tradisjoner realisert som New Public Management (NPM), blitt reist. Det pekes på at velferdsmodellen gradvis blir demontert ved at samfunnsutviklingen baserer seg på andre verdier og mål. Vi er i ferd med å gå fra en velferdsstat til en konkurransestat. Verdiene i velferdsstaten som solidaritet, fellesskap, demokrati, rettferdighet og omfordeling trues. Gjennom NPM blir fokus rettet mot effektmål, økonomisk gevinst, strømlinjeforming og sentralisering. Markedsorientering legges til grunn, og det offentlige skal styres etter den private sektorens prinsipper. Gjennom mekanismer som utskilling, oppsplittelse og konkurranseutsetting byråkratiseres og markedsrettes det offentlige stadig mer (Karlsson & Borg, 2013). Samtidig er det innenfor disse rammene recovery skal utvikles.

Forståelser av recovery innen psykisk helsefeltet og recoveryorientering av tjenester er tett forbundet med velferdsstatens utvikling og utfordringer. En økende tendens til individualisering av hvordan psykisk helseutfordringer forstås og søkes løst, kan i mange sammenhenger kobles sammen med kliniske og individualistiske forståelser av recovery. Relatert til de opprinnelige røttene til recovery, vil vi hevde at recoveryorientering av tjenester bør handle om å fokusere på rettigheter og utfordringer knyttet til levekår og de sosiale kontekster mennesker inngår i. Det er også nødvendig å rette fokus på de kontekster fagfolk jobber innenfor og hvilke muligheter og begrensninger disse gir for å kunne jobbe recoveryorientert. Fagpersoner arbeider i dag ofte innenfor motsetningsfulle diskurser. De skal støtte personens valg og samtidig følge rigide behandlingsmanualer. De skal utvikle trygge relasjoner og samtidig telle antallet konsultasjoner og sikre effektiv tidsbruk. De skal være personorienterte og samtidig arbeide evidensbasert (Ekeland, 2021).

Til tross for velferdsstatens mål og intensjoner om omfordeling av ressurser og ivaretagelse av alle borgere, har det til enhver tid vært definert verdige og uverdige klientgrupper. Det har vært de det var synd på og de som burde ta seg sammen. Det har vært de som har passet inn i systemenes retningslinjer, paragrafer og skjønnsmessige vurderinger, og de som faller mellom alle stoler eller rett og slett ikke defineres som «verdige trengende». De man kan forstå og de som er helt uforståelige. Personer med psykiske helsevansker kan lett falle mellom velferdsstatens ulike stoler og ikke få den hjelp de trenger. Velferdsstaten representerer samtidig en grunnleggende trygghet. Et problem for folk er fortsatt å få tilgang til rask, lett tilgjengelig og samordnet hjelp. Psykiske helseproblemer virker inn på en hel familie, og ofte er det flere involvert, som venner og kollegaer. Det er ulike mennesker som blir rammet både følelsesmessig og praktisk. Mye av det forutsigbare i hverdagslivet kan ramle sammen, og det er behov for å møte denne situasjonen på en måte som kan støtte og styrke familien og nettverket. Dette forutsetter lydhørhet og anerkjennelse for personens egne og andres forståelser og strategier, og åpenhet om hva som hjelper og ikke minst vektlegging av levekår og sosiale og kulturelle forhold (Karlsson & Borg, 2013).

Ideologisk og kunnskapsmessig effektivitet, standardisering og styring i psykisk helsefeltet

Pasienten først! Pasientens helsetjeneste! Se meg! Intet om oss uten oss. Dette er noen av slagordene i de senere års helse- og velferdspolitiske reformer. Slagordene skulle bidra til å styrke brukermedvirkningen og støtte personen i hans eller hennes livssituasjon. Samtidig har vi opplevd en økende strømlinjeforming og ensretting av tjenestene formet av New Public Management (Mørch Jensen, Borg & Karlsson, 2021). Innen psykisk helsefeltet startet reformene med Stortingsmelding nr. 25 (1998) «Åpenhet og helhet» (Sosial- og helsedepartementet, 1998). I 1998 kom «Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006» (Sosial- og helsedepartementet, 1998). Det politiske og faglige grunnlaget i de to dokumentene er videreført i andre helsepolitiske dokumenter som «Fra bruker til borger», Rusreformene, NAV-reformen, Samhandlingsreformen, «Sammen om mestring» samt Folkehelsemeldingen og Primærhelsemeldingen.

Nødvendigheten av et utvidet perspektiv på psykisk helse er beskrevet i sentrale internasjonale helsepolitiske dokumenter de senere årene og løftes frem i rapporten ført i pennen av FNs spesialrapportør (Human Rights Council, 2020), som vi refererte til i kapittelets innledning. Rapporten konkluderer som nevnt med at det ikke finnes forskningsmessig belegg for den biomedisinske modellens dominans innen psykisk helse. Fremfor en fortsatt satsing på denne modellen anføres det at psykisk helseutfordringer må forstås, forebygges og løses sosialt. Videre løftes betydningen av å fokusere på rettigheter til personer som erfarer psykisk uhelse frem. Spesialrapportøren er svært klar i sine uttalelser og påpeker betydningen av å innføre et sosialt paradigme:

The crisis in mental health should be managed not as a crisis of individual conditions, but as a crisis of social obstacles which hinders individual rights. Mental health policies should address the «power imbalance» rather than «chemical imbalance» (Human Rights Council, 2020, s. 19).

Parallelt med reformene og endringene i forståelsen av og arbeidet med psykisk helse er det samme feltet blitt utsatt for reformer basert i ideologisk og kunnskapsmessig effektivisering, standardisering og byråkratisering.

Disse reformene begrunnes i New Public Management (NPM) og begreper som evidensbasert kunnskap og tilsvarende metoder (Ekeland, 2014). Samlet fremstår dette som både forståelser og praksiser av ideologisk og kunnskapsmessig effektivitet og standardisering. Det kommer til uttrykk i psykisk helsefeltet gjennom en tanke om at alt og alle kan måles med fokus på det kvantitative, samt en instruktiv og reduksjonistisk oppfatning av hva som er recovery, omsorg og behandling. Det som teller, er det som kan telles, og det individuelle og spesifikke marginaliseres i alt hjelpearbeid (Martinsen, 2005). Innføringen av NPM har tydeliggjort og realisert markedsliberalistiske idealer. Behandling og samarbeid omtales som produksjon. Fokus er på antallet konsultasjoner, økonomisk inntjening, gjennomstrømming av brukere, reduksjon av ventelister, budsjettkontroll og innsparinger. Det politiske kunnskapsregimet i NPM knyttes til økt effektivitet, til «eksperten vet best», og måling av resultater blir kopiert til psykisk helsefeltet. Dette skjer uten kritisk refleksjon i relasjon til det reformatoriske faglige innholdet som samtidig skal utvikles. Det diskuteres ikke at de strukturelle omveltningene som foregår gjennom NPM, kan medføre grunnleggende endringer av rammebetingelsene for realiseringen av faglig nytenkning og kunnskap. Videre problematiseres det heller ikke at disse reformene representerer barrierer og setter stopp for de humanistiske reformer som myndighetene samtidig skal gjennomføre. Med NPM er markedets logikk og markedet som modell innført. De grunnleggende prinsippene hentes fra en markedsliberalistisk ideologi knyttet til offentlig sektor gjennom NPM (Ekeland, 2011). Sentrale styringsprinsipper er reduksjon av de offentlige bevilgningene til velferd og helse til fordel for økte krav til effektivisering og sterkere, sentralisert økonomistyring. NPM representerer også et kunnskapsregime der økonomisk terminologi og begreper anvendes på utøvelsen av helsehjelp: produksjon – kvalitet – standardisering – tidsbruk. Modellene med «bestiller–utfører» og «pakkeforløp» kan eksemplifisere dette kunnskapsregimet (Ekeland, 2004, 2014). NPM fokuserer på styring og kontroll som de mest sentrale komponentene når det gjelder økonomi, produksjon og tidsbruk.

Styring og kontroll rammer også inn det *faglige* kunnskapsgrunnlaget. Behandlingsveiledere og nasjonale retningslinjer er oftest basert i én form for evidensbasert kunnskap som er utviklet gjennom randomiserte, kontrollerte studier. Effektiviteten viser seg ved at det i tjenestene gjøres en rask utredning og diagnostisering og deretter en foreskrevet behandling.

Dette kunnskapssynet forsterker også ekspertveldet i ledelses- og fagfunksjoner. Det underminerer betydningen av det genuine møtet og betydningen av tid, faglig skjønn og relasjonelt samarbeid om og med psykisk helse (Joranger, 2009). Styringslogikken og begrepene om produksjonsteknologi i NPM har gitt økt krav om klinisk dokumentasjon av behandlingseffektive og kostnadseffektive behandlingsmetoder (Ekeland, 2004). NPM har innenfor psykisk helse bidratt til et vitensregime som økonomiserer behandling og standardiserer klinisk praksis. Fokus er på kvantitet – hvor mange konsultasjoner har dere per dag? Ikke på kvaliteten i møtene. Slik griper den økonomiske styringsmodellen direkte inn i kliniske praksiser og i fagpersoners faglige autonomi. Den utfordrer hvorvidt fagpersonen er å anse som en ansvarlig og myndig aktør, og brukeren som et deltakende og fritt subjekt. Ekeland (2004) hevder at denne autonome innrammingen mellom fagperson og borger prinsipielt må være til stede. Bryter denne autonomien sammen, bryter også den kliniske logikken sammen. Skal en borger ha tillit til en fagperson, må borgeren oppleve at fagpersonen er der for brukeren og ikke er bundet på hender og føtter av andre(s) interesser. Det er kjernen i samarbeidsrelasjonen – fagpersonens autonomi er en forutsetning for borgerens autonomi. Denne autonomien er også, slik vi forstår det, et helt avgjørende premiss i recoveryorientert samarbeid mellom bruker og fagperson. Recovery «er» ikke, men blir til gjennom dette samarbeidet. Da må samarbeidet også ha nødvendig rom til å utfolde seg.

Kunnskapsregimet i NPM fremstår som en udelelig enhet mellom økonomiserte fag og faglig økonomi, som gir opphavet til en modellmakt. Med Foucault (1972) kan dette omtales som en statlig styringskunst der makt og kunnskap er vevd sammen for å styre menneskers liv slik at én sannhet blir mer sann enn alle andre – den rette lære – og samtidig evner å marginalisere andre sannheter. Marginaliseringen innebærer at de som besitter makten – fornuftseierne – også bestemmer hvem som skal få anledning til å snakke, når og på hvilke premisser og med hvilke talemåter (Heede, 1992). Den medisinske modellmakten som styrer psykisk helsefeltet i Norge, er basert på et diagnosesystem som er utviklet innenfor subdisiplinen psykiatri. Her har man et språk som ser på psykiske vansker som sykdom (psykisk syke), og behandlingsmodellen er at eksperten (fagpersonen) skal gjøre den syke frisk. Det innebærer en objektivisering av den andre, samtidig som det styrker den asymmetriske relasjonen; eksperten blir enda mer ekspert. Fokuset blir på

ekspertens forklaringer og behandlingsmetoder og ikke på personens subjektive kunnskap om lidelsen, hva som hjelper og hvordan. Den medisinske modellmakten marginaliserer både den subjektive erfaringen og det faglige skjønnet – sannheten ligger i diagnosens objektive beskrivelser og foreskriving av en instruktiv behandling (Ekeland, 2004). I recovery er et meningsfullt liv i fokus – ikke diagnoser og symptomer. Fellesskap, rettigheter og autonomi kan ha ringe kår innenfor den psykiatriske modellen.

I utviklingen av recoveryorienterte praksiser kan noen sentrale kjennetegn representere klare utfordringer for helsebyråkratiets strømlinjeformede prosesser og prosedyrer. Forskning viser at recoveryorientert praksisutvikling bør starte lokalt i et bredt fellesskap der brukere, pårørende, frivillige, ledere, fagpersoner og andre interesserte deltar (Karlsson & Borg, 2017). De diskuterer først: «Hvordan forstår vi recovery her i Skien, i Trysil eller i bydel Gamle Oslo?». Deretter diskuterer gruppen: «Hva er på plass faglig sett og organisasjonsmessig hos oss? Hva begynner vi med? Hva skal vi gjøre mer av? Hva skal vi gjøre mindre av? Hva skal vi slutte med?». Fire områder går igjen både i litteratur og praksisutvikling. Det er: 1) Fremme medborgerskap gjennom å gi støtte til å oppleve et meningsfullt liv i lokalmiljø og ha fokus på rettigheter, sosial inklusjon og lokal- og samfunnsutvikling. 2) Støtte til personens egne recoverymål gjennom lydhørhet og lojalitet til personens ønsker og planer for sitt liv. Det legges vekt på å støtte valgmuligheter, se personens små skritt mot endring, ha mot og tåle uro. 3) Ha fokus på samarbeidsrelasjoner mellom bruker, familie og nettverk og fagpersoner. Anerkjennelse og likeverd er sentrale begreper. 4) Organisasjonsmessig lojalitet. Ledelsen må være med i praksis og støtte fagpersoner i deres endringsarbeid, bidra til kulturendringer og være oppmerksomme på systembarrierer. Recoveryorienterte praksiser innebærer nye resultatmål, nye rutiner, nye samarbeidsformer og nye dokumentasjonssystemer (Karlsson & Borg, 2017).

Refleksiv styring

Ekeland (2014) viser til begrepet refleksiv styring, som søker å fange karakteristiske kjennetegn ved de nyliberale styringslogikkene innen psykisk helsefeltet. En sentral karakteristikk ved refleksiv styring er en styring av styringen gjennom indirekte teknikker preget av overvåking, dokumentasjon og kon-

troll. Teknikkene for styringen er utformet slik at de kan trenge inn i den lukkede og bedrevitende ekspertisen som har vokst frem i velferdsstaten. Et sentralt siktemål er å disiplinere profesjonene ved å gjøre praksiser forutsigbare og åpne, og øke den demokratiske kontrollen og styringen med de ulike aktivitetene som utføres av ulike tjenester og faggrupper. På denne måten skal tillit til tjenestene gjenreises. I den grunnleggende intensjonen om kontroll, styring og overvåking reises det imidlertid samtidig en innbyrdes mistillit til fagfolk, profesjoner og tjenester (Ekeland, 2014). Denne formen for kontroll og overvåking rammer også brukere og pårørende, som blir disiplinert inn i standardroller og forventning om tilpasning og lydighet.

Højlund (2003) viser hvordan nyliberalistisk kontroll og refleksiv styring representerer den samfunnsmessige konteksten, som samtidig bidrar til å etterspørre kvalitet og kvalitetssikring i alle deler av helsesektoren. Sammenkoblet med sikring av kvalitet i tjenester og hos utøvere kommer kravene om dokumentasjon og evaluering av ulike tiltak. Som tidligere vist er dette begrunnet i begrepene om evidensbasert kunnskap med vekt på evidensbasert praksis (EBP). Ekeland (2014) beskriver hvordan den styringslogikken er legitimert gjennom en kopiering av markedsøkonomiske prinsipper som gjør klinisk (sam)arbeid om til produksjon. Kliniske data blir også styrings- og produksjonsdata og gjør fagpersonen til en økonomisk aktør – ikke bare en faglig aktør. Højlund (2003) fremholder at kvalitetssikring som styringslogikk gjør at det ikke lenger er tilstrekkelig å ha rutiner for kvalitet på tjeneste- og fagpersonnivå. Det skal samtidig dokumenteres at fagpersonen gjør slik det er foreskrevet, slik at vedkommende kan evalueres og kontrolleres. Fagpersonen har ansvar for å dokumentere at det vedkommende har gjort, er i tråd med foreskrevne, evidensbaserte og standardiserte metoder og tiltak, og dermed kan etterprøves. Ekeland (2014) beskriver dette som at brukerens tillit skal økes gjennom mistillit til fagpersonen. I kliniske praksiser har psykisk helsemyndighetene bidratt til å utvikle ulike strategier og teknologier for å kontrollere, styre og overvåke de samme praksisene gjennom bruk av faglige veiledere og retningslinjer for psykisk helsearbeid. Det tydeliggjør at helsebyråkrati i psykisk helsefeltet preges av *ett* dominant kunnskapssyn.

Michel Foucault hadde gjennom sitt forfatterskap et skarpt blikk på hva som kjennetegner maktutøvelse i det moderate liberale samfunn (Joranger, 2009). Foucault fremholdt at maktformene ikke primært var etnisk, sosial eller religiøs undertrykkelse og dominans. Hans poeng var at liberale makt-

former var skapende i den betydning at de søker å fremelske, dyrke og stimulere bestemte evner hos borgerne. De er også skapende gjennom at de gjør individer til, og får individer selv til å gjøre seg til, bestemte individer. Foucault hevder at den moderne stat samtidig er både individualiserende og totaliserende (Foucault, 1983). Staten er individualiserende når den fokuserer på enkeltindividets personlighet eller psykiske helse. Den er totaliserende når den gjør alle borgere til gjenstand for obligatorisk utdanning og nasjonale folkehelseprogrammer eller deler borgerne i overgrepene kategorier som «arbeidsløse» eller «psykisk syke». Foucault fremholder at den moderne stat er basert på en subtil kombinasjon av totaliserende prosedyrer og individualiserende teknikker (Foucault, 1982).

Begrepe governmentality og managementality tydeliggjør det helsetjenestebyråkrati som preger dagens psykiske helsetjenester. Dette byråkratiet begrenser mulighetene til en reell utvikling av recoveryorienterte praksiser. Foucaults begrep om governmentality representerer et forsøk på å analysere «dividing practices» som skjer gjennom statens styring av sine borgere og ledere til både å oppdele individer og skape oppdelinger i individet (Foucault, 1983). Det er fokus på de konkrete praksisene som finner sted i statens styring av borgerne i form av sine teknologier, sine diskurser og sine praksiser. Begrepet governmentality forsøker å fange de kunnskapsformer som den moderne stat baserer seg på, og de praktiske instrumenter, institusjoner og teknologier som følger av dette. Foucault benytter governmentality som en kategori som muliggjør ulike empiriske beskrivelser av ulike praksiser som utforskes. Sammenfattet kan begrepet governmentality begrunnes i Foucaults skarpe, analytiske blikk for hva som karakteriserer maktutøvelse og maktpraksiser i moderne markedsliberalistisk styringskunst. Sentreringpunkter er makt som skapende ved at individer modellerer seg selv til bestemte subjekter. Dette selvforholdet gjøres slik til gjenstand for en bearbeidende form for totaliserende styring gjennom det Foucault (2000) omtaler som pastoral ledelse. Denne ledelsesformen krever at alle sier sannheten om hvem de er og hva de rommer. Utsagnene binder personen fast til ordene som sanne. Slik skapes den individualiserende makt, hevder Foucault. Dermed oppstår det en makt som vil korrigere og forbedre det menneskelige materialet basert i beskrivelser og registreringer av avvikelser. Det handler om å bevege borgeren i retning av en norm, en standard for normalitet som er definert av moderne human- og sosialvitenskaper. Foucault viser at

moderne styring hviler på kunnskap som er vitenskapelig basert. Slik skapes det en symbiose mellom styring og vitenskap i en gjensidig betinget relasjon. I maktutøvelsen brukes vitenskapelig kunnskap som legitimerende begrunnelser for innsettelse av kunnskap om borgerne. Den vitenskapelige kunnskapen er oftest produsert og etablert i tette forbindelser med maktpraksiser knyttet til styring, forvaltning og kontroll av mennesker. Slik etableres det et dialektisk forhold mellom makt og kunnskap, og kunnskap og makt.

Managementalitet ble introdusert av den norske sosialantropologen Tian Sørhaug (2004). Begrepet er inspirert av Foucaults begrep om governmentalitet. Sørhaug viser hvordan nyliberal styring er den mest effektive styringsformen som utvikler en indirekte styring i spennet mellom statens og innbyggernes interesser. Sørhaug, med Foucault ved sin side, fremholder at det viktigste anliggendet gjennom governmentalitet er å vende oppmerksomheten bort fra styring til styring av styring. Det innebærer å vende fokuset vekk fra maktens åpenbare uttrykk mot hvordan makten tilrettelegger for seg selv. Sørhaug (2004) fremholder:

Kunnskap er makt over makt som gjennom språk og praksis etablerer de objekter som skal styres og kontrolleres – og hvordan de skal styres og kontrolleres. Dette språket og denne praksisen installeres i institusjoner, virksomheter og subjekter. Governmentalitet er derfor et regime der makten kan komme fra alle steder, inkludert inne i hver enkelt av oss (s. 86).

Når vi som innbyggere opplever motstridende signaler både forstått som språk og praksiser, forsøker vi å løse dette motsetningsforholdet ved å forene dem. Sørhaug peker på at styringen av innbyggerne finner sitt uttrykk først og fremst gjennom dem og ikke på tvers av dem. Han viser hvordan vår tids politikere i hovedsak har delegert – eller fraskrevet seg – ansvaret til ulike administrative nivåer, profesjonelle og fagpersoner. En ledelses fremste oppgave er å sørge for styringen av styring. Slik blir den enkelte administrator, profesjonelle eller fagperson direkte ansvarliggjort for både resultater og konsekvenser av resultater (også mangelfulle). Det skjer samtidig med at det offentlige og moralske ordskiftet om en slik utvikling vanskeliggjøres, og delvis forstummes.

Sørhaug fremholder at hans bruk av managementalitet innebærer et ordspill med Foucaults begrep governmentalitet der betydningen av manage-

mentalitet har som formål å undersøke hvordan kunnskapsdannelse blir en måte makt tilrettelegger for makt på i ulike organisasjoner og bedrifter. Mens governmentaltiteten forvalter forvaltningen av borgerne som en befolkning, styrer managementaltiteten styringen av et møte, et forhold mellom arbeid og kapital eller mellom en leder og en ansatt. En virksomhet innen psykiske helsetjenester organiseres i spesialiserte og hierarkiske avdelinger med en klarere definert orden og retning enn en stat. Managementaltitet kobler sammen tid og rom ved sin historieløshet og systematiske evne til å glemme sin historie. Governmentaltitet definerer og legitimerer seg gjennom sin historie. Derfor er fremtiden, og ikke fortiden, det som begrunner enhver bedrifts eksistens med rasjonale om at tid er viktigere enn rom. Sørhaug skriver: «Med en betydelig overdrivelse: Staten handler for å eksistere, mens bedrifter eksisterer for å handle» (s. 97).

Det nye helsebyråkratiet og styringskunst

Sosiologen Max Weber (2000) var opptatt av byråkrati og makt som sosiale fenomener. Han skisserte på 1920-tallet idealtypiske trekk ved et byråkrati, som kan relateres til dagens helsebyråkrati, der styrings- og maktforhold i beskjedne grad problematiseres. I Webers (2000) byråkratimodell har forvaltningen faste og entydige over- og underordningsforhold og er bygd opp som et hierarki. Autoritet og makt styres nedover fra toppen i en kommandokjede. Lojaliteter, plikter og rettigheter knyttes til abstrakte regler og prinsipper som gjør byråkratiet egnet til å sette verdier som likebehandling og rettssikkerhet høyt. Referansen til Weber gjør vi for å fremholde at det vi omtaler som «nyliberalistisk forvandling», også skaper rigiditet, maktovergrep og forskjellsbehandling. Vi vil hevde med Weber at det i minst like stor grad er den nyliberalistiske forvandlingen som skaper et sterkt fagdominert byråkrati.

Byråkratiidealer som likebehandling og rettssikkerhet er gjenkjennbare i dagens markedsliberalistiske styring og kontroll av psykisk helsetjenester. Det er flere elementer ved Webers byråkratiforståelse som er relevante i dette kapitlet. Først ved at beslutninger innenfor et byråkrati utføres av saksbehandlere. For det andre ved at deres beslutningsmyndighet er begrenset av et sett av lover og regler. Saksbehandleren står ansvarlig for å følge regelverket

i sine beslutninger overfor sine ledere. Målet er å sikre likhet i behandlingen av saker og personer som byråkratiet retter seg mot. Samtidig opprettholdes utvidet kontroll fra ledelsens side over detaljene i det som innebærer lik behandling. Jurister har slik fått en sentral plass i helseforetaksbyråkratiene gjennom de vurderinger og beslutninger som knyttes til de praksisformer byråkratiet fremholder. For det tredje har byråkratiet sitt unike begrepsapparat. Vi møter ikke-kliniske begreper som er styrende for hvordan klinisk praksis skal utføres, og hvordan borgere og praksis omtales, eksempelvis i begreper som gjennomstrømming, pasientflyt og pakkeforløp. For det fjerde utvikles det retningslinjer for hvordan tjenestene skal utøves, og hvem som skal gjøre hva. Det utvikles nasjonale veiledere og retningslinjer for behandling av ulike lidelser med klare pålegg samt juridiske konsekvenser for den enkelte behandler hvis disse veilederne ikke følges. Et femte område er begrepet «spesialist», med påfølgende konsekvenser for hvordan profesjonsrelasjoner i det tverrfaglige feltet psykisk helse skal forstås og organiseres (Mørch Jensen, Borg & Karlsson, 2021).

Slik styres og kontrolleres praksiser av helselover, andre juridiske forordninger, faglige veiledere og retningslinjer som ensretter hvordan det skal arbeides klinisk. Måten den forskningsbaserte kunnskapen knyttes til den kliniske hverdagen til borgere og helsearbeidere på, blir styrende for relasjonsbygging, samarbeid, endringsarbeid og problemløsninger. Innenfor slike rammer kan psykisk helsetjenester fremstå som formalistiske, vanskelig å nå fram til og ikke rettet mot enkeltmenneskets ønsker og behov. Dette er et paradoks siden de samme myndighetenes intensjon er at det skal være et brukerorientert helsevesen gjennom tilgjengelighet, nærhet og skreddersydde tilbud (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Det samme gjelder intensjonene om at borgerne skal være med og forme alle deler av helsetjenestene. Byråkratiets fremvekst innebærer ikke nødvendigvis god, virksom og hjelpsom hjelp. Det motarbeider heller muligheter for recoveryorienterte praksiser og står i motsetning til de sentrale prinsipper og verdier som recovery bygger på. Mye god og fleksibel hjelp ofres til fordel for et oversiktlig og velorganisert byråkrati.

De siste 15 års utvikling innenfor psykisk helsefeltet har tydeliggjort det gjensidige forholdet mellom makt og kunnskap. Moderne økonomiske og evidensbaserte praksiser passer som hånd i hanske og muliggjør en iscenesettelse der kunnskap ikke bare gir makt, men også *rett* – en rett som gir

muligheter for rangering av kunnskap og profesjoner, og en marginalisering av andre kunnskapsformer og faglig autonomi. Foucault (1967, 1972, 1973) undersøkte hvordan makt som praksiser, som begreper og teknikker både er synlige og usynlige. Foucault viser hvordan kunnskap gir makt, og hvordan makt gir kunnskap – makt og kunnskap er vevd inn i hverandre. Slik blir kunnskap ikke bare frigjørende – men også objektgjørende. Maktdynamikken knyttes til formidling, innsetting og utvinning av viten. Følgelig må kunnskap som praksis(er) undersøkes konkret.

Den evidensbaserte profesjonsutøvelse som begrep og forståelser viser seg gjennom en fremvekst av behavioristiske og kognitive perspektiver innen psykisk helsefeltet, kombinert med krav om ansvarlighet og det å stå til rette for sin praksis (Ekeland, 2014; Waldegrave, 2003). Dagens dominerende ideal for psykisk helseverns kunnskaps- og praksisformer er basert i randomiserte, kontrollerte studier (RCT) som fremstilles som gullstandarden. Idealet angir hva som anses for å være gode, rette og akseptable praksiser. Mantraet om evidensbasert kunnskap reiser spørsmål om hva som er forskningsbasert kunnskap, hva er relevant kunnskap, hvordan kan ulike kunnskapsperspektiver gis legitimitet i kliniske praksiser, og hvor befinner definisjonsmakten seg. Den teoretiske kunnskapen, forstått som den forskningsbaserte eller vitenskapelige kunnskapen, har forrang og tidvis monopol på hva som omtales som gyldig kunnskap. Vitenskapelig kunnskap omtales som evidensbasert kunnskap. Ekeland (2011, 2021) beskriver dette som det evidensbaserte evangelium. Det evangeliske består i en forkynnelse av at vitenskapelig kunnskap også er *sann* kunnskap. Utsagn som «Forskning viser at ...» eller «Denne kunnskapen er evidensbasert ...» viser til at når kunnskap er basert i forsknings- eller evidensbasert metodologi, er den sann, og; mer gyldig enn andre former for kunnskap, som praktisk eller erfaringsbasert. Slik underminerer NPM, og et smalt evidensbegrep, alle gode politiske intensjoner og målsettinger om personifisering, brukermedvirkning og økt medbestemmelse i psykisk helsearbeid (Ekeland, 2011, 2014). Det blir et tydelig motsetningsforhold mellom politiske intensjoner om å løfte frem erfaringsbasert kunnskap og å utvikle recoveryorienterte praksiser og måtene de samme tjenester blir målt og evaluert på. Det som teller, blir fort til det som kan telles.

Diskusjon – er det håp i hengende snøre?

Vi har i forrige del pekt på det vi anser som sentrale styringsmekanismer når det gjelder utvikling av kunnskapsforståelse og praksiser psykisk helsetjenester i den moderne velferdsstaten. Vi synes å se et tydelig paradoks mellom disse mekanismene og de humanistiske og sosiale idealer som ofte preger retningslinjer og politiske intensjoner for utvikling av tjenestene. Recovery er et dominerende begrep når det gjelder å utvikle psykisk helsetjenestene i den vestlige verden. Fra sine opprørske røtter på 1960-tallet er recovery nå blitt «mainstream» og omfavnes entusiastisk av fagfolk, forskere, byråkrater og brukerorganisasjoner. Dette til tross for at røttene til recovery var fylt av opprør og kamp mot de eksisterende forståelser og tjenester til personer som erfarer psykisk uhelse. Det var et opprør mot undertrykking, brudd på rettigheter, tvang, stigmatisering og sosial eksklusjon. Opprøret var ikke minst rettet mot den biomedisinske og psykiatriske forståelsen av psykisk uhelse og om samarbeidet mellom fagperson og borgeren. Dette er en påminning om at recovery handler om mye mer enn endring av tjenester. Det handler om levekår, samfunnsforhold, rett til arbeid og et hjem, vennskap og fellesskap. Vi mener å se at recovery blir internalisert og kolonialisert inn i dagens biomedisinske og psykiatriske forståelser av psykisk helse. Det viser seg oftest gjennom klinisk recovery med opprettholdelse av fokus på symptomreduksjon og behandlingsresultater, og vektlegging av personlig recovery med individualistisk fokus og en a-kontekstuell tilnærming. En slik tilnærming til recovery gjør at recovery lettere kan måles og veies; det blir en lineær prosess. Recovery fremstår i mange sammenhenger som en intrapsykisk prosess hvor individet selv er ansvarlig for både lidelse og bedring. Vi vil hevde at recovery i den vestlige verden er blitt fratatt sitt radikale innhold ved at sosiale, økonomiske og relasjonelle forhold omskrives til et normaliserende og individualiserende blikk tilpasset både tidsånden og den psykiatriske forståelsen og praksisen. Slik utvikles recoveryorienterte praksiser gjennom en vestlig forståelse av individet og «det gode liv»: Det er en egosentrisk forbruker og en som er uavhengig, selvbestemmende og selvforsørgende.

I planlegging av tjenesteutvikling innen recovery er implementering et begrep som går igjen. La oss dvele litt ved dette begrepet. Implementering beskrives gjerne som en metode for å innføre forskningsbasert og annen kunnskapsbasert praksis i kliniske praksiser. Målet er å bedre kvaliteten og

effektiviteten av tjenestetilbudet. Fixsen og kollegaer (2009) har i sitt arbeid knyttet til praksisendringer i sosialt arbeid identifisert noen forhold som er viktige å ta hensyn til ved implementering av ulike kunnskapsformer. Disse inkluderer forhold knyttet til organisasjonen (systemrettet arbeid, administrativ tilrettelegging, datastøttende beslutningssystemer), kompetanse (hvordan rekruttering, opplæring og veiledning gjennomføres) og tilrettelegging for metoden på de ulike ledelsesnivåene. I tillegg til å utvikle en aktiv strategi på disse områdene er det viktig å kunne styre implementeringen ved å overvåke om metoden utøves etter forutsetningene og hvilke resultater pasientene oppnår. Implementering må ifølge forfatterne forstås som en planlagt og målrettet systematisk prosess som tar hensyn til disse faktorene.

Vi kjenner oss usikre på om en implementeringsstrategi passer inn når det gjelder recoveryorientering av to grunner. For det første viser erfaringer fra England, USA og norske kommuner som utvikler recoverypraksiser, at dette er en åpen prosess som må gis mulighet til å utvikles som nettopp det (Karlsson & Borg, 2017). Den må forankres i den lokale kultur og kontekst og hos de lokale brukere, pårørende, fagpersoner, ledere, frivillige og andre. Noen fellesprinsipper går igjen. Dette handler om muligheter for valg, selvbestemmelse, deltakelse, håp og mening. Det kommer stadig nye perspektiver og prinsipper til, som opplevelse av at noen bryr seg om deg, at noen har bruk for deg og opplevelse av glede og moro. Recovery handler om folks liv og folks valg og lar seg vanskelig manualisere, standardisere og «programmere» gjennom implementering. For det andre er det slik at implementering skjer ovenfra og ned. Altså at noen, det vil si ledere, byråkrater eller forskere, bestemmer at en arbeidsmåte er så god at alle må arbeide etter den. Det åpnes ikke for valg, og profesjonelles og brukeres autonomi settes da på og i spill. Vi tror ikke noen vil forandres mot sin vilje. Når det blir forsøkt, så øker motstanden mot implementeringen ytterligere. Folk vil selv velge og bestemme – det er en demokratisk rettighet som ikke kan tilsidesettes. Det finnes en rekke gode ideer og arbeidsmåter som er blitt ødelagt, neglisjert og nektet tatt i bruk fordi fagpersoner ikke har vært med på å beslutte at de både er gode og skal igangsettes. Samtidig viser forskning om og med implementering at man kan skape endrede og bedre praksis. Utfordringene er hvor lenge det varer og hvor mange som gjennomfører det. Ofte er implementering knyttet til avgrensede prosjekter med ekstra økonomiske midler og ansatte. Når prosjektet er avsluttet, lyset er slått av og teppet er trukket

for, ender de fleste av oss med å gjøre det vi alltid har gjort (Karlsson & Borg, 2017). På denne bakgrunn tenker vi at begrepet utvikling kan gi mer mening. Altså at arbeidet med recovery i tjenestene ses på som utvikling. Det starter et sted med alle som må være med. Det kontekstualiseres, evalueres og endres om det er ønskelig i et demokratisk og likeverdig samarbeid med de som deltar.

Forhold knyttet til de konkrete måter å komme i gang på og arbeide for systematikk og å holde fast i en ønsket utvikling må selvsagt diskuteres og avklares. Vi tenker det er viktig å påpeke de ulike motsetninger brukere og fagpersoner står oppe i overfor administrativ og politisk ledelse. Motsetninger så vel som det som ligger til rette for recovery må klargjøres. Her kan brukere, pårørende, fagpersoner, forskere og utdanningsmiljøer og andre gå sammen. Det finnes flere gode norske eksempler på hvordan dette kan gjøres (se Karlsson & Borg, 2017). Fagmiljøer som har arbeidet med recovery-orientering, peker på to forhold som er sentrale for å utvikle ideene i daglige praksiser (Perkins & Repper, 2003). Det ene er å gi fag- og brukermiljøene myndighet til å endre praksisene. Det andre er å gi fagpersoner og brukere muligheter til å utvikle nye samarbeidsformer for å fremme recovery og recoveryorienterte omgivelser. Kreativiteten til slike samarbeidsteam kan ofte bli hindret av konkurrerende føringer og krav som ikke lar seg forene med recovery. Tilsvarende er brukeres ressurser og potensialer ofte underfokusert og undervurdert. De blir sjelden spurt hva de vil fagpersoner skal gjøre eller hva slags hjelp de faktisk ønsker seg. De er sjelden regnet med som å ha en direkte rolle i hvordan tjenesten utføres. Ved å bringe sammen ulike kompetanser og personer gis det større muligheter for kreativitet og løsninger, er de nevnte forfatteres erfaringer. Dette fremmer partnerskap mellom fagpersoner og de som er tenkt å få hjelp og støtte i tjenestene. Det handler kort og godt om å etablere en erfaringsbasert kunnskapspool med et mangfold av ekspertiser og kunnskaper.

Understrekingen av fellesskapsløsninger, solidaritet og det kollektive bidrar også til å gi rom for den kritikk som rettes mot individualismen i deler av recoverytenkningen (Karlsson & Borg, 2013; Price-Robertson et al., 2017). Denne kritikken handler om problemstillinger knyttet til at recovery er blitt «mainstream» og omfavnes av fagfolk og ledere og myndigheter. Hva blir det da? Det som er det opprinnelige opprøret, den sosiale uretten og marginaliseringen er kommet i bakgrunnen. Videre rettes kritikken mot et

syn på mennesket som uavhengig, selvbestemmende og alene ansvarlig for livet sitt og situasjonen individet er i. Denne individualiseringen er et kulturelt ideal i vår vestlige verden og i den norske velferdsstaten. Den står i motsetningen til kulturer med mer kollektive forståelser av både mennesket og hva som skal til for å hjelpe. I mye av recoverylitteraturen mangler fokus på sosiale faktorer som vi vet har stor betydning for psykisk helse. Det er derfor svært problematisk at recovery i økende grad blir manualisert, instrumentalisert, standardisert og tilpasset vårt helsebyråkrati hvor opprøret mot sosial undertrykkelse, marginalisering og eksklusjon tildekkes og neglisjeres som kunnskapsbase (Karlsson & Borg, 2017).

Referanser

- Chamberlain, J. (1990). The Ex-Patients' Movement: Where We've Been and Where We're Going. *The Journal of Mind and Behavior*, 11(3/4), 323–336.
- Davidson, L. (2006). What happened to civil rights? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(1), 11.
- Davidson, L., Rakfeldt, J. & Strauss, J. (2011). *The roots of the recovery movement in psychiatry: Lessons learned*. John Wiley & Sons.
- Ekeland, T.-J. (2004). *Autonomi og evidensbasert praksis* (Arbeidsnotat 6/2004). Høgskolen i Oslo. Senter for profesjonsstudier.
- Ekeland, T.-J. (2011). *Ny kunnskap – ny praksis: Et nytt psykisk helsevern* (Erfaringskompetanse.no 2011:1). Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- Ekeland, T.-J. (2014). Frå objekt til subjekt – og tilbake? Om tilhøvet mellom kunnskap, praksis og styring. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(03), 211–220.
- Ekeland, T.-J. (2021). *Psykisk helsevern – en kunnskapsplattform*. Erfaringskompetanse.no 2021:1.
- Fixsen, D.L., Blase, K.A., Naoom, S.F. & Wallace, F. (2009). Core implementation components. *Research on social work practice*, 19(5), 531–540.
- Foucault, M. (1967). *Madness and civilisation: A history of insanity in the age of reason*. Tavistock.
- Foucault, M. (1972). *The Archaeology of knowledge*. Tavistock.
- Foucault, M. (1973). *The birth of the clinic: An archaeology of medical perception*. Tavistock.
- Foucault, M. (1983). The subject and power. I H. Dreyfus, & P. Rabinow (red.), *Michel Foucault: Beyond structuralism and hermeneutics* (2. utg.) (s. 208–226). Chicago, IL: University of Chicago.
- Foucault, M. (2000). *Ethics. Subjectivity and Truth*. Penguin Books.
- Heede, D. (1992). *Det tomme menneske*. Museum Tusulanum Press.
- Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. Veileder IS-2076*. Helsedirektoratet.
- Human Rights Council (2020). *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*. United Nations.
- Højlund, H. (2003). Velfærdsforskydninger. I L.T. Larsen & C. Borch (Red.), *Perspektiv, magt og styring: Luhmann og Foucault til diskussion* (s. 267–296). Hans Reitzels Forlag.
- Joranger, L. (2009). Moderne forvaltningsidealer og psykiatrimakt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46(12), 1186–1190.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid: Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Gyldendal Akademisk.

- Karlsson, B. & Borg, M. (2017). *Recovery: Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Gyldendal Akademisk.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2021). Recovery + Åben dialog = Relational Recovery? I J. Oute & K. Jørgensen (Red.), *Recoveryorienterede praksisser – i velfærdsinstitutioner og civilsamfund* (s. 111–127). Samfundslitteratur.
- Martinsen, K. (2005). Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring I K. Martinsen (Red.), *Samtalen, skjønnnet og evidensen* (s. 135–167). Akribe.
- Mørch Jensen, P., Borg, M. & Karlsson, B. (2021). Recovery i den nordiske velfærdsstat – accept, tilpasning eller oprør? I *Recovery-orienterede praksisser – i velfærdsinstitutioner og civilsamfund*. (s. 43–61). Samfundslitteratur.
- Perkins, R. & Repper, J. (2003). *Social Inclusion and Recovery: A Model for Mental Health Practice*. Baillière Tindall.
- Price-Robertson, R., Obradovic, A. & Morgan, B. (2017). Relational recovery: beyond individualism in the recovery approach. *Advances in Mental Health*, 15(2), 108–120.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene* (Veileder IS – 1405). Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedepartementet. (1998). *Åpenhet og helhet – Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* (St. Meld. nr. 25 (1996–1997)). Sosial- og helsedepartementet.
- Sørhaug, T. (2004). *Managementalit og autoritetens forvandling: Ledelse i en kunnskapsøkonomi*. Fagbokforlaget.
- Topor, A., Bøe, T.D. & Larsen, I.B. (2022). The Lost Social Context of Recovery Psychiatrization of a Socil Process. *Frontiers in Sociology*, 7, 1–14. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2022.832201>
- Waldegrave, C. (2003). *Just Therapy – a journey: A collection of papers from the Just Therapy Team, New Zealand*. Dulwich Centre Publications.
- Weber, M. (2000). *Makt og byråkrati: essays om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier*. Gyldendal.

Hem, H.E. (2022). Likhet møter identitetspolitikk I H. Vike, B. Karlsson & R. Sundet (Red.), *Velferdsstatens transformasjoner* (s. 165–194). Fagbokforlaget.
DOI: <https://doi.org/10.55669/oa200907>

7

Likhet møter identitetspolitikk

Hans Einar Hem

Innledning

Grunnpremisset for denne antologien er at vi i Norge har en av verdens beste velferdsstater. At den oppleves som spesielt god og vellykket, er ikke bare bidragsyternes mening, det er først og fremst reflektert i den sterke oppslutningen og politiske støtten i befolkningen. Alle partier på Stortinget støtter i hovedsak velferdsordningene. Det er noe ulikt syn på organisering og omfang, og på om tjenestene kan leveres av private aktører. Men det store bildet er at det er stor enighet, og at folk har stor tillit til velferdsstaten.

Den norske velferdsstaten er sett på som en del av «den nordiske modellen». Selv om vi liker å tenke på oss selv som helt spesielle, «annerledeslandet», best på levekår, folkehelse¹ og ski, så ligner vi veldig på våre nordiske naboer. Den danske sosiologen Gøsta Esping-Andersen (1990) typologise-

1 Se kap. 2 i denne boken om folkehelsepolitikken. Jeg bruker også eksempel fra folkehelsepolitikk mot slutten av dette kapitlet.

rer velferdsstatene i tre typer; den kontinentale, den angelsaksiske – og den nordiske. Jeg skal komme tilbake til hva han mener med det nedenfor. Den japansk-amerikanske statsviteren Francis Fukuyama lar Danmark representere det nordiske politiske systemet når han holder det fram som idealmodell og det mest vellykkede i verdenshistorien, intet mindre (Fukuyama, 2012, 2014). Men han kunne like godt brukt det norske.

Den norske velferdsstaten er i forandring – ja, under transformasjon, hevder vi i denne boka. Redaktørene diskuterer noen aspekter ved disse forandringene i innledningskapittelet. En svært utbredt bekymring er den demografiske; en stadig større del av befolkningen blir eldre og skal ha pensjon, men også flere blir eldre-eldre med behov for pleie og omsorg. Dagens ordninger er ikke «bærekraftige». Redaktørene går i rette med denne påstanden. En annen bekymring er kommunenes kapasitet til å levere velferdstjenestene de er pålagt.

Redaktørene stiller i innledningen av boka tre spørsmål; (1) hvordan og hvorfor oppsto den norske velferdsstaten? (2) hvordan endres den i dag? og (3) hvordan kan grunnleggende trekk og verdier i denne statsordningen bevares?

I dette kapittelet vil jeg særlig se nærmere på det første spørsmålet. Hvilke sosiale, kulturelle, politiske og økonomiske krefter og trender førte fram til den norske velferdsstaten slik den tok form etter krigen? Jeg vil argumentere for at historien må knyttes tett til Arbeiderpartiets utvikling og styring. Jeg vil videre se på hvordan identitetspolitikk har utfordret opplevelsen av likhet som ligger under utviklingen av velferdsstaten, hvordan denne utfordringen har ført til en målforskyvning i Arbeiderpartiet, og at det ikke er lett å se løsninger som kan bevare denne opplevelsen av likhet, jf. redaktørenes spørsmål 3. Jeg skal bruke innvandring og folkehelse som eksempler.

Velferdsstaten

Den norske velferdsstaten er for alle, uansett bakgrunn, den er universell og alle kan bruke ordningene uten skam. Også middelklassen trenger studielån og sykepenger av og til. Og det er helt greit. Vi hengir oss til staten helt fra svangerskapskontrollen til morgenstellet på sykehjemmet. Velferdssta-

ten sikrer opplevelsen av «å være fri, og samtidig trygg», siterer redaktørene en svensk historiker (Stråth, 2017) i sin innledning. Andre velferdsstater har former for medlemskap, som i helseforsikringer, og tjenester og goder er behovsprøvd. Det er også noen slike virkemidler i den norske velferden. Det er økonomisk støtte og bostøtte til de som trenger det spesielt. Det er egenandeler for noen helsetjenester. Men hovedmønsteret er at inntekts-sikring, helsetjenester og utdanning er for alle, på like vilkår. Hvorfor ble det sånn?

Min tese er at det hovedsakelig kom av at Arbeiderpartiet og LO i 1935 gikk med på et stort *klassekompromiss* da de inngikk avtale med arbeidsgiverne om reguleringen av arbeidslivet gjennom Hovedavtalen. Det skal jeg prøve å begrunne gjennom å se på arbeiderbevegelsens historiske utvikling i Norge og Norden.

Først skal jeg ta utgangspunkt i denne bokens innledning og noen elementer i Halvard Vikes analyse av den norske velferdsstaten. Vike er spesielt opptatt av likhet, og egalitarismen som ligger bak. Han har skrevet om dette i mer enn 25 år, i en rekke bøker og artikler. Jeg følger ham langt på vei, men vil her diskutere hans tilnærming opp mot en større vekt på klasse og ulikhet, og politisk strategi knyttet til klasse. I begge tilfeller blir resultatet blir det samme; *en sterk opplevelse av likhet i velferdsstaten*.

Deretter vil jeg med utgangspunkt i Francis Fukuyamas bok *Identity* (Fukuyama, 2018a) diskutere identitetspolitikken problematiske plass i velferdsstaten med eksempler fra innvandring og folkehelse.

Min analyse på dette grunnlaget er at *identitetspolitikk har skapt, og vil i framtiden skape store utfordringer, for ikke å si problemer, for den norske universelle velferdsstaten*.

Vikes analyse av den norske velferdsstaten

Halvard Vike har helt siden han arbeidet med doktorgraden på begynnelsen av 90-tallet (Vike, 1996) analysert den norske velferdsstaten fra et antropologisk og historisk ståsted (Bendixsen et al., 2017; Vike, 2004, 2013, 2015, 2018; Vike et al., 2002). Han kombinerer perspektiver på en måte jeg ikke har sett andre gjøre, og får med det en etter mitt syn alternativ og interessant forstå-

else av fenomenet sammenlignet med f.eks. hva statsvitere, sosiologer eller samfunnsøkonomer vanligvis får til.²

Slik jeg leser ham er hans viktigste begrepslige innfallsvinkel *egalitarisme*; likheten i det norske samfunnet, som er fundamentet for at velferden er lik for alle, at det er en *universell* velferdsstat. Den sosiale likheten og den kulturelle egalitarismen har gitt nordmenn en tillit til staten som institusjon som er ganske unik³, og en paradoksal kombinasjon av individuell autonomi og statsavhengighet. Vike legger vekt på at velferdsstaten har gitt norske borgere en positiv frihet gjennom tryggheten i inntektssikring, frie helsetjenester og fri utdanning for alle, på lik linje.

Vike trekker på Stein Rokkans tese om det norske tokenalsystemet (Rokkan, 1966), men på en original måte. Rokkan så på hvordan organisasjoner påvirket nasjonal politikk gjennom å delta i komiteer som utarbeidet forslag til lover og reformer. Komiteene var arenaer for diskusjon og kompromiss, og førte til at når regjeringen fremmet en proposisjon for Stortinget, var allerede interessemotsetninger og konflikter bearbejdet og kompromisser utmeislet der det var nødvendig. Rokkan formulerte tokenalsystemet i én setning: «Votes count, but resources decide» (Rokkan, 1966). Stemmene bak de politiske partiene telte i Stortinget, men ressursene til organisasjonene i form av medlemmer og økonomi var bestemmende. Norge var i oppbyggingen av velferdsstaten, fra 1945 til begynnelsen av 1990-tallet, et konsensusorientert demokrati. Det var sett på som en styrke at organisasjonene hadde stor innflytelse, det gjorde at folk hadde flere påvirkningsmuligheter på politikken. På 1960-tallet hadde Norge ca. 3 millioner innbyggere, men 10 millioner organisasjonsmedlemmer.

Vike snur imidlertid fokus fra det nasjonale politiske systemet, som var Rokkans og senere statsviteres perspektiv, til det lokale organisasjonslivet. Organisasjonene i det Rokkan kalte den korporative kanalen, var jo bygd opp

-
- 2 Jon Reiersen og Steffen Torp diskuterer i kapittel 2 velferdsstaten med utgangspunkt i en samfunnsøkonomisk tilnærming til likhet, gjennom lønnslikhet basert på sentrale forhandlinger og frontfagsmodellen. Samfunnsøkonomitilnærmingen greier ikke å gå like dyp i underliggende årsaker, slik Vike etter min oppfatning får til.
- 3 Det vil si, den er ganske lik situasjonen i de andre nordiske landene, og vi veksler ofte mellom «den nordiske», «den skandinaviske» og «den norske» velferdsstaten, og mener stort sett det samme. Jeg holder meg til «den norske» siden jeg vil se på den norske historien spesifikt. Men det var en ganske parallell historie i Danmark og Sverige, om enn ikke akkurat på samme tid. Finland har en annen nasjonal vei til velferdsstaten. I forhold til andre land, både europeiske og andre, er den norske tiliten til staten ganske unik.

av lokale lag og foreninger. De nasjonale var paraplysammenslutninger. Det var medlemsmassen og grasrotaktiviteten som ga politiske ressurser og slagkraft på nasjonalt nivå. Vike diskuterer hvordan denne maktspredningsmekanismen fungerte lokalt gjennom å undersøke det Rokkan kalte kryssende konfliktlinjer.

«Velferdsstaten» er egentlig og først og fremst velferdskommuner (se kapittel 1). Pleie- og omsorgstjenester, primærhelsetjenester og grunnskoleutdanning organiseres og ytes av kommunen. Innbyggerne vil sjelden finne et politisk parti eller en organisasjon som helt og fullt vil representere deres verdier og standpunkter. Derfor var de fleste med i flere organisasjoner. Der måtte de samarbeide med folk som ikke delte alle deres preferanser. Organisasjonene og partiene ble arenaer for lokal deliberasjon og enighetsdannelse.

I artikkelen «Likhetens natur» beskriver Vike (2015) hvordan disse mikrososiologiske relasjonene og lokale politiske prosessene ble veldig *formelt* organisert. Misjonsforeninger og idrettslag, bondekvinnelag og sanitetslag, historielag og turlag, fagforeninger og politiske partier; alle hadde valgte styrer med lederroller og årsmøter, med kontingent og regnskap, med årsmelding og valgt representasjon til de regionale og nasjonale sammenslutningene. De som tilhørte forskjellige næringsorganisasjoner, som fagforeninger, yrkeslaug, bondelag og handelsstandsforeninger, møtte hverandre i idrettslaget, menighetsrådet og 17. mai-komiteen. Der hadde de felles interesser og måtte lage allianser. Det var et nettverk av relasjoner som representerte *kryssende konfliktlinjer*.

I samhandlingen i disse lokale nettverkene ble *klasse* underkommunisert. Sosiale forskjeller var jo ikke relevante i mange av aktivitetene i organisasjonene, og skulle en fremme en enkeltsak, måtte en inngå allianser med de som hadde felles interesse i enkeltsaken. Da var det hensiktsmessig å nedtone sosiale forskjeller. I andre sammenhenger var selvsagt forskjeller relevant, som mellom fagorganiserte og arbeidsgivere, mellom lærer og foreldre, mellom pasient og sykepleier. Det var også ulik fordeling av makt og ressurser. Men nettverket av roller og relasjoner den enkelte hadde mellom arbeidsplass, organisasjons- og partimedlemskap, familie, nabolag og deltakelse i lokale, offentlige anledninger som 17. mai, gjorde at lokalbefolkningen var tett horisontalt sammenvevd på tvers av sosiale skillelinjer.

Det var John Barnes som først påpekte dette empirisk i sin studie av Bremnes på begynnelsen av 50-tallet (Barnes, 1954). Han var den første som

lanserte begrepet *sosialt nettverk* i samfunnsvitenskap. Men Barnes viser at dette er sammensatt; på noen arenaer gjelder ulikhet, på andre gjelder likhet. Men folka er de samme. Vike mener disse sosiale samhandlingsmekanismene dannet grunnlag for en sterk egalitarisme i Norge. Vike peker i tillegg på at skillet mellom staten/kommunen; «det offentlige», og organisasjonene og de sosiale nettverkene; «det sivile samfunn», er lite relevant i den norske konteksten. Velferdsgoder og tjenester er i svært mange tilfeller blitt satt i gang av frivillige i en organisasjon, for så over tid å bli overtatt av staten eller kommunen. Begrepet non-governmental organisations har liten mening i Norge.

Denne sammenvevingen har også en annen latent funksjon. Den hindrer for sterk maktkonsentrasjon f.eks. hos tjenesteytere. I profesjonaliseringen av sosialtjenester på 1970- og 80-tallet dannet de profesjonelle allianse med tjenestemottakerne mot politiske og administrative ledersjikt. Tjenester som først var etablert, ble vanskelige å ta vekk. Om ikke tjenestemottakerne selv kunne fremme sin sak, gjorde de profesjonelle hjelperne det. Profesjonaliseringen hadde også en likhetsstyrkende virkning ved at tjenestene ble gitt som en rettighet av folk som hadde betalt for å yte den. Det var ikke noe villedighet i dette. Dette virket på hvordan velferdsstaten ble institusjonalisert og ga en offentlig tjenestesektor som på mange måter var styrt like mye nedenfra som ovenfra.

Arbeiderpartistaten og Høyrestaten

Rune Slagstad lager i sin historiebok *De nasjonale strategier* fire perioder fra Norge ble en egen stat (riktignok i union med Sverige) i 1814 og fram til 1990-tallet (Slagstad, 1998). Det var først *Embetsmannsstaten*, så *Venstrestaten*, fra 1945 *Arbeiderpartistaten* og så fra 1980-tallet løste det seg opp i *Skiftende fronter*. Slagstad bruker de sentrale aktørene i utformingen av norsk politikk som linse for å forstå utviklingen i Norge. Det kan ved første øyekast gi et bilde av mer plan og strategi enn det det egentlig var, men han får fram intensjonene bak mye av politikken.

Arbeiderpartistaten i Slagstads periodisering er perioden da velferdsstaten ble bygd. Bak lå riktignok mye plan og strategi fra Arbeiderpartiets strategier. Det betydde ikke at alt ble som de planla. Slagstad skrev på midten

av 90-tallet, da nye politiske strømninger gjorde seg gjeldende; ny-liberalismen og New Public Management, privatisering av offentlige tjenester og bestiller–utfører-modeller. Vi kunne også kalle det *Høyrestaten* fordi Willoch-regjeringen på begynnelsen av 1980-tallet var de første som fanget opp disse strømningene. Men det var trender som Arbeiderpartiet også tok opp i seg og brukte i sin politikk når de hadde regjeringsmakten på 90-tallet inspirert av Tony Blairs New Labour.

I bokens innledningskapittel peker redaktørene på viktige utfordringer til velferdsstaten som skriver seg fra det vi med en samlebetegnelse kan kalle *nyliberalismen*. Det gjelder særlig privatisering av tjenesteyting og nye kontrollsystemer, tilsynssamfunnet som det også ble kalt (Power, 1997). Dette representerer langt større utfordringer enn identitetspolitikken, som jeg diskuterer i dette kapitlet. Jeg mener likevel at å sette likheten opp mot identitetspolitikken avdekker viktige sider ved hvordan velferdsstaten har utviklet seg, og hvor den går hen – jf. redaktørenes problemstillinger for boken (se Innledning).

Velferdsstaten som historisk prosjekt

Oppbyggingen av den norske velferdsstaten startet for alvor i 1945. Men inspirasjon og grunnlag ble lagt før krigen. Den organiserte arbeiderklassen hadde to mål; velferd og levelige arbeidsvilkår. Målet med velferden var å sikre arbeiderklassen økonomisk når en ikke kunne arbeide, og sikre tilgang til helsetjenester og utdanning.

I Skandinavia ble arbeiderbevegelsen først organisert i Danmark. Allerede i 1871 ble partiet Sosialdemokratiet stiftet. I 1899 inngikk arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjonene «Septemberforliget», som sikret arbeiderne rett til å organisere seg, mot at de anerkjente arbeidsgivernes rett til å lede og organisere arbeidet. Sosialdemokratiet fikk statsministeren og regjeringsmakten sammen med Radikale Venstre fra 1929, og i 1933 fikk danskenes landsfader Thorvald Stauning til et politisk forlik med lovreformer som ses som oppstarten til den danske velferdsstaten.

I 1889 ble Sveriges socialdemokratiska arbetarparti (SAP) stiftet med sterk støtte av fagforeninger, som igjen støttet etableringen av en nasjonal fagorganisasjon, LO, i 1898. Svenskenes landsfader, Per Albin Hansson, var

nok den som først og tydeligst formulerte visjonen om en velferdsstat i sin pamflett om «Folkhemmet». Han skrev: «Det goda hemmet känner icke till några privilegierade eller tillbakasatta, inga kelgrisar och inga styvbarn.»

I 1932 etablerte Hansson regjering med støtte av det svenske bondepartiet. I 1936 fikk SAP flertall i Riksdagen. Men Hansson valgte likevel å beholde koalisjonen med bondepartiet. Han sa:

Jag för min del, lika lite mitt parti, vil proklamera oförsonlig motsättningspolitik. Jag tror tvärt om att jag säkrast kommer till målet – det klasslösa samhället – om jag utnyttjar alla de möjligheter till samarbete som erbjuder sig mitt uppe i motsättningarna. Därför kan för mig en politik, som syftar till en socialistisk ordning vara samförståndspolitik.⁴

Sverige kom først i gang med å bygge velferdsstaten, eller «folkhemmet» som de kalte det. Som nøytralt land under krigen, med gode nasjonale inntekter, kunne de fortsette å bygge velferd mens Danmark og Norge var okkupert. Mange norske medlemmer av LO og Arbeiderpartiet var flyktninger i Sverige under krigen, og Sverige ble nok det viktigste forbildet da arbeidet startet igjen i Norge i 1945.

Den norske arbeiderbevegelsen organiserte seg på samme måte som i Danmark og Sverige, først politisk med Arbeiderpartiet i 1887, og deretter Landsorganisasjonen i 1899. Partiet fikk sin første representant på Stortinget i 1903.

Det kan synes rart for oss i dag, i lys av våre historiske erfaringer, men i 1918 så det for den norske arbeiderklassen ut som det kunne være en god idé å lage revolusjon. Arbeiderklassens politiske styrke hadde fram til da vært beskjeden. Norge ble styrt av Venstre og Høyre, vekselvis, og det var ikke store muligheter for regjeringsmakt. På Arbeiderpartiets landsmøte i 1918 fikk venstrefløyen flertall, og åpnet for revolusjon som politisk strategi, inspirert av den russiske revolusjonen året før. De meldte også partiet inn i Komintern, den internasjonale kommunistiske bevegelsen. Det var først i 1923 at sentrum–høyrefløyen tok tilbake makten, og den kommunistiske venstrefløyen brøt ut og dannet Norges kommunistiske parti.

4 Begge sitatene er hentet fra oppslaget «Socialdemokraterna (Sverige)» i sv.rilpedia.org.

Det er viktig å ha dette som bakgrunn for å forstå den videre utviklingen. Visjonen om et sosialistisk, og etter hvert et kommunistisk samfunn, var sterk og levende. Og de som ville lede arbeiderklassen politisk, måtte forholde seg til den. De hadde nok ingen ferdig alternativ visjon om velferdsstaten, men grunnideen om å sikre inntekt, helse og utdanning, den var der.

En del historikere har tilskrevet regjeringsskiftet i 1928 og kong Haakon VII mye av æren for Arbeiderpartiet og LOs helhjertede linjeskifte. Da hadde Arbeiderpartiet vokst – parallelt med at arbeiderklassen vokste i antall – og mer enn doblet representasjonen på Stortinget ved valget i 1927, og ble da det største partiet. Men det var utenkelig for Venstre og Høyre at Arbeiderpartiet skulle regjere. De greide imidlertid ikke selv å danne noe flertall. Da skal kong Haakon ha foreslått å spørre Arbeiderpartiet. Det var visst ikke sant at han faktisk gjorde det, men historien har tjent kongehuset godt. Arbeiderpartiet fikk i hvert fall danne regjering. Den satt bare i to uker, til Stortinget stemte ned regjeringserklæringen, men da så det ikke lenger så umulig ut å få politisk makt gjennom det parlamentariske systemet.

Årene fra 1929 og inn på 30-tallet var harde, konfliktene ble skarpere, og politisk styring ble vanskeligere. Arbeiderpartiet og fagbevegelsen valgte da et *klassekompromiss*. I 1935 ble Hovedavtalen mellom fagbevegelsen og arbeidsgiverne, og Landbruksavtalen mellom bondeorganisasjonene og staten etablert. Etter valget i 1935 støttet Bondepartiet i Stortinget at Arbeiderpartiet dannet regjering, og Arbeiderpartiet beholdt regjeringsmakten i 30 år (avbrutt av krigen). Med støtte fra Bondepartiet og Venstre, og etter hvert med bred politisk oppslutning, bygde de velferdsstaten.

Poenget med å ta denne historien litt i detalj er å vise at dette må ha kostet arbeiderbevegelsen en god del. Visjonen om en proletær revolusjon, der arbeiderklassen ville styre hele butikken på egne premisser, var veldig sterk etter den russiske revolusjon i 1917, den finske i 1918 og første verdenskrig. Med krakket på børsene i 1929 ble det igjen massearbeidsledighet og vanskelige tider. Det var også mange små sparebanker i Norge som gikk konkurs, og mange bønder og småbrukere tapte på det. Det var ikke egentlig veldig gode grunner til å stole på at kapitalismen ville være den beste løsningen. Allikevel gikk fagbevegelsen og Arbeiderpartiet, sammen med bondeorganisasjonene, inn i et samarbeid med arbeidsgiverne og staten, og la grunnlaget for *treparts-samarbeidet* og den norske modellen, ganske parallelt til utviklingen i Danmark og Sverige. Det var et gigantisk kompromiss, et *klassekompromiss*.

En klasse; som arbeiderklassen, middelklassen og overklassen, er kategorier vi deler samfunnet inn i. Men arbeiderklassen og bondeklassen, er – eller *var* – også kollektiver, sosiale fellesskap. Middelklassen var det ikke i samme grad. Å stå sammen, tenke solidarisk, ikke først på seg selv, det var det som gjaldt for arbeiderklassen. Dette fellesskapet ble etter hvert overført til staten. Velferdsstaten sikret arbeidsfolks livsvilkår selv om de mistet jobben, selv når de ble gamle og syke. Den sikret dem deres *rett*. De skulle ikke stå «med lua i handa», som gamle arbeiderpartifolk pleide å si, de skulle ha fulle rettigheter.

Velferdsstatstyper

Gøsta Esping-Andersen (1990) beskriver, som nevnt, tre hovedtyper av velferdsstater i Europa/Nord-Amerika. Det er den kontinentale, den angelsaksiske og den nordiske. Hovedforskjellene ligger i finansiering av systemet, og kriterier for tildeling av goder og tjenester. Den kontinentale og den angelsaksiske er organisert og finansiert gjennom medlemskap i forsikringskasser. Den nordiske går over statsbudsjettet og er skattefinansiert. Derfor er ytelsene for alle, den er universell. Esping-Andersen diskuterer også grundig de politiske forutsetningene for å kunne få til en velferdsstat. Det er først og fremst arbeiderklassen som har fremmet denne ideen, gjennom sosialdemokratisk ideologi og politisk program. Men, påpeker Esping-Andersen, arbeiderklassen kunne demografisk sett aldri bli store nok til å få rent flertall og fullt gjennomslag. De måtte derfor alltid inngå allianser for å få det til.

Det norske klassekompromisset og likheten

Arbeiderpartiet overtok regjeringsmakten i 1935 gjennom det som kalles «kriseforliket». Dette kriseforliket, hovedoverenskomsten og jordbruksavtalen fra samme år, var det store *klassekompromisset*. Men fram mot 1935 hadde det vært en kulturell *klassemensmelting*, eller enda bedre; en *klassekonfluens*. To demografiske «elver» hadde rent sammen i første del av 1900-tallet. Og *demografi* er nøkkelbegrepet her.

I 1814 begynte, av en eller annen grunn, fødtstallene i Norge å stige bratt, og befolkningsveksten begynte å skyte fart (Søbye & Statistisk sentralbyrå, 2014).⁵ Fra en befolkning på omtrent en million i 1814 hadde den passert to millioner ved århundreskiftet og var nesten tre millioner i 1935. Dette skjedde på tross av en enorm utvandring til USA fra 1860 til 1930. Byene vokste, og industrialisering og bedre leveforhold førte til vekst i byarbeiderklassen. Etter alle revolusjonene rundt i Europa midt på 1800-tallet vokste klassebevisstheten blant arbeiderne. Men klassebevisstheten var også sterk hos byborgerskapet. De utgjorde en mellomklasse mellom det rike borgerskapet og restene av adelskap, og arbeiderklassen. De kjempet for politisk innflytelse og fikk i 1884 igjennom parlamentarisme. Arbeiderklassen fulgte på med egen politisk organisering og krav om allmenn stemmerett.

Men folk flest bodde på landet, de aller fleste knyttet til jordbruket og fisket. Både jordbruk og fiske gjennomgikk stor teknologisk utvikling; produktiviteten økte, mens behovet for arbeidskraft ble mindre.

Vi refererer ofte til at Norge i svært liten grad hadde adel, at norske bønder var frie og selvbevisste. Det er politisk og kulturelt mye riktig i det. Det var ganske mange bønder i Eidsvollsforsamlingen i 1814. De sa visst ikke så mye. Anders Johansen finner ikke mange innlegg når han skriver om politisk retorikk i Norge siden 1814 i boken *Komme til orde* (2019). Men de var med fra starten, ble politisk organisert og i 1837 fikk de sin egen hjemmebane i kommunestyrene.⁶

Men da folketallet på bygdene begynte å vokse raskere utover på 1800-tallet, var det ikke lenger arbeid og livsgrunnlag for alle. Da min farmor vokste opp rundt forrige århundreskiftet på Vestfoldkysten, var de åtte søsken som vokste opp av ti. De hadde et småbruk, men bare én kunne overta. I Norge har vi siden vikingtiden hatt den særnorske ordningen med odel. Det var for at ikke gårder skulle deles opp til de ikke lenger kunne fø en familie. Fram til slutten av 1800-tallet levde folk av gårdens produkter i en naturalhusholdning. Mange gårder mange steder i landet, også i Vestfold, var for små selv for én familie når ungflokkene ble større. Da måtte de ha ei attåt-

5 Espen Søbyes historiske analyse av befolkningsutviklingen greier ikke å forklare hvorfor befolkningsveksten startet akkurat rundt 1814.

6 Formannskapslovene av 1837 opprettet kommunene som politisk nivå.

næring. Min oldefar fisket. Andre var skogs- eller landarbeidere, noen drev med litt håndverk, min farfar var smed på si.

Poenget for farmor og hennes søsken var at så fort de hadde stått til konfirmasjon, måtte de greie seg selv. Under det som kalles «det store hamskiftet» i jordbruket⁷, fra 1880-tallet og framover, sank etterspørselen etter landarbeidere dramatisk. Da var for de fleste den beste muligheten å flytte til byen og finne arbeid der. For jentene var det tjeneste i borgerskapets hushold, for guttene var det etter hvert industriarbeid. På Vestfoldkysten var det et godt alternativ å dra til sjøs, på frakteskuter eller på hvalfangst.

Denne store gruppen som kom fra landet, var ikke selveiende bønder, de var født inn i en underklasse som måtte selge sin arbeidskraft for å leve, de fant fort ut hvilken samfunnsklasse de hørte til. Når Esping-Andersen sier at arbeiderklassen aldri kunne oppnå rent flertall i det politiske systemet, og dermed makt til å bygge sin egen velferd, men måtte samarbeide over klassegrensen på en eller annen måte, så ser han for seg at arbeiderklassens parti måtte finne et annet parti å samarbeide med, og bøndernes partier var gjerne de letteste å få med. De sto ikke i en konfliktrelasjon til arbeiderne slik borgerskapet og arbeidsgiverne gjorde. Esping-Andersen har i prinsippet rett. Men i Norge samlet både arbeiderklassen i byene, landarbeiderklassen på bygdene, og småbrukerne som gjerne måtte kombinere jordbruket med attåttnæring, seg i Arbeiderpartiet. *Arbeiderpartiet ble et kulturelt klassekompromiss i seg selv*. Da de siste forutsetningene falt på plass; først allmenn stemmerett, og så den sosialdemokratiske og parlamentariske strategien, ble Arbeiderpartiet det største partiet på Stortinget allerede i 1929, og etter krigen hadde de rent flertall helt til 1961.

Arbeiderpartiet ble en politisk overbygning over en underklasse som hadde flere ulike opphav, og flere ulike kulturelle identiteter og økonomiske tilpasninger. I Norge samlet det store klassekompromisset og de mange kryssende konfliktlinjene seg i ett parti, så Rune Slagstads begrep «Arbeiderpartistaten» passer veldig bra.⁸

7 Det store hamskiftet var mekaniseringen av jordbruket, der maskiner gjorde arbeid som før hadde vært manuelt og krevd mange hender.

8 Jeg må takke Nils Aarsæther ved Universitetet i Tromsø som først gjorde meg oppmerksom på dette under en samtale vi hadde om norsk populisme.

Arbeiderpartistaten

Fra valget i 1945 hadde Arbeiderpartiet rent flertall på Stortinget og styrte etter det som etter hvert ble kalt «den hønsvaldske parlamentarismen» etter Nils Hønsvald, som var parlamentarisk leder for Arbeiderpartiet en periode og som sa rett ut at ingen representanter for Arbeiderpartiet ville stemme mot sitt eget parti i Stortinget, og at forslag fra regjeringen følgelig automatisk ville få flertall.

Fram til 1965 hadde Arbeiderpartiet stort handlingsrom i politikken og kunne iverksette sin politikk – innenfor de rammene økonomien tillot. De bygde velferdsstaten som en «stor» stat, en stat som omfattet de fleste livsområder. Men selv med rent flertall og hønsvaldsk parlamentarisme var det langt fra et autoritært system. Trepertssamarbeidet mellom arbeidsgivere, fagorganiserte og staten, og jordbruksavtalen mellom bondeorganisasjonene⁹ og staten, ga de viktigste partene i økonomien tilgang til beslutningsarenaene og innflytelse. I tillegg utviklet sivilsamfunnet seg veldig, og ikke bare økonomiske interesseorganisasjoner, men også de sosiale og kulturelle, fikk delta i den korporative kanalen.

Egalitarisme på norsk

Målet mitt med dette kapittelet er å utfordre forestillingen om den norske likheten, og sette opplevelsen av klasse opp mot opplevelsen av det egalitære. Som sagt følger jeg Vike veldig langt i hans beskrivelser og analyser av velferdsstaten. Vikes beskrivelse av egalitarisme, likhetsideologien, og opplevelsen og kommuniseringen av likhet, er etter mitt syn på mange måter riktig. Men den må fylles ut med det politiske bildet der politisk mobilisering skjedde på grunnlag av klasse, og der Arbeiderpartiet bevisst og målrettet bygde en velferd med *verdighet* som kommuniserte at vi alle har samme verd. Ingen skulle måtte «stå med lua i handa», som gamle arbeiderpartifolk pleide å si. Det kunne partiet bl.a. fordi Norge var et relativt kulturelt

9 Bøndene var organisert i Bondelaget som var tett knytta til Bondepartiet (Senterpartiet fra 1958), mens Norges bonde- og småbrukarlag hadde tett tilknytning til Arbeiderpartiet.

homogent samfunn sammenlignet med mange andre. Vi var 95 % luthersk kristne statskirkemedlemmer selv om det var spenninger mellom høykirkelige prester og lavkirkelige lekmannsorganisasjoner. Vi kunne strides om, men også kombinere bokmål, riksmål og nynorsk; vanlige folk snakka dialekt uansett. Og vi hadde en mengde organisasjoner der folk møtte hverandre og lærte å samarbeide på tvers av kryssende konfliktlinjer. Vike kaller dette «en-norm-samfunnet» (Vike, 2015). Alle var med, alle var likeverdige – og alle skulle arbeide. *Arbeidslinja*, med arbeid for alle, var Arbeiderpartiets mål helt siden 1935, og den sterkeste normen i en-norm-samfunnet. Men det var også dugnad og frivillighet i organisasjonssamfunnet, der vi, som Vike viser, organiserte oss til likhet.

Der denne likheten ikke slo inn, var i stemmegivingen; folk stemte ut fra økonomisk klasse slik de gjorde i det fleste europeiske land. Det ga arbeiderpartiene i Norge, Sverige, Danmark, Storbritannia og Nederland en politisk styrke og innflytelse som de brukte til å utvikle sterke velferdsstater.

Likhetskulturen møter identitetspolitikken

Mitt argument i dette kapittelet er at jeg tror identitetspolitikken kan representere en utfordring for den norske velferdsstaten som ikke er helt lett å løse, kanskje ikke mulig engang. Resonnementet mitt er som følger: Gjennom oppbyggingen av en stor velferdsstat som sikret alle goder og tjenester i alle livsfaser og nesten alle livsforhold, kunne klasseforskjeller tones ned. Velferdsstaten var også en del av oppbyggingen av landet etter krigen og kom parallelt med en veldig økning i levestandard som alle opplevde. Det var fortsatt klasseforskjeller og økonomiske forskjeller, men det var mulig å bygge en egen verdighet for alle. Det var en *inkluderende anerkjennelse*.

Fra 1980-tallet og fram til i dag har imidlertid klassemønsteret endret seg. Ved hjelp av Statens lånekasse for utdanning fikk alle mulighet til høyere utdanning, og vi fikk en masseutdanning som hevet store grupper opp fra arbeiderklassen til profesjonsutdannet middelklasse av lærere, helse- og sosialarbeidere, funksjonærer, ingeniører og akademikere, både i privat næringsliv og i det offentlige. For å fange opp denne nye klassen skiftet Arbeiderpartiet strategi. Denne nye klassen, eller mer *samfunnssjiktet*, for de

opplevde seg i mye mindre grad som en sosial klasse, begynte å holde seg med andre idealer enn det gamle likhetsidealet.

Det var for så vidt ikke noe nytt. Slagordet fra den franske revolusjon beskriver egentlig ganske godt verdiene; *frihet, likhet* og *brorskap*. I den franske revolusjon, som egentlig var flere parallelle revolusjoner, kjempet borgerskapet for *frihet*; yringsfrihet og politisk frihet, mens underklassen av lærlinger, arbeidere og fattige studenter kjempet for *likhet*, begge kjempet for solidaritet og fellesskap.

Den nye middelklassen som vokste fram på 80-tallet, ikke bare i Norge og Norden, men i de fleste vestlige land, dyrket *individualitet* og frihet til å realisere seg selv, sitt *selv*. En-norm-samfunnet var blitt et fler-norm-samfunn. Vi kunne ikke bare arve våre foreldres identitet, vi måtte finne vår egen.¹⁰

Størst av de første identitetsbevegelsene i Norge var kvinnebevegelsen som krevde likestilling og likeverdighet. På 1970- og 80-tallet mobiliserte kvinnebevegelsen politisk, samtidig som velferdskommunene trengte arbeidskraft, særlig i helse-, sosial- og omsorgssektoren, noe som passet for kvinner ut fra rådende kulturelle normer. Men også resten den nasjonale økonomien vokste og trengte arbeidskraft, og kvinnene svarte opp. De kom imidlertid ikke uten krav; politiske, økonomiske og velferdsmessige. Dette var bare middels populært i fagbevegelsen, og det var ikke helt uten grunn. *Likhetspolitikken* som arbeiderbevegelsen hadde kjempet fram på en internasjonalt sett usedvanlig vellykket måte i Norge, møtte her *identitetspolitikken*. Likhetspolitikken hadde gitt en opplevelse av likhet, men noen var opplagt likere enn andre. Kvinner var undertrykt, og skulle de oppnå likhet og likeverd, måtte de få særbehandling som kunne kompensere.

Jeg vil nå først se nærmere på det psykologiske og idéhistoriske grunnlaget for identitetspolitikken som Francis Fukuyama beskriver i boken *Identity*. Målet er å forstå hvordan identitetspolitikken virker på velferdsstatens

10 Det er skrevet mange sosiologiske samtidsdiagnoser om individualiseringen og identitetssøkingen på slutten av 1900-tallet. Min favoritt er Anthony Giddens' tre bind om moderniteten, som Giddens kalte sen-moderniteten. Giddens, A. (1994a). *Intimitetens forandring: seksualitet, kærlighet og erotik i det moderne samfund*. Reitzel; Giddens, A. (1994b). *Modernitetens konsekvenser*. Hans Reitzels Forlag; Giddens, A. & Schultz Jørgensen, S. (1996). *Modernitet og selvidentitet: selvet og samfundet under sen-moderniteten*. Hans Reitzels Forlag.

ideologiske og politiske grunnlag, hvordan det har virket på den parlamentariske politikken, og hvordan den kan vanskeliggjøre integrering av innvandrere og flyktninger i Norge.

Francis Fukuyama: *Identity. The demand for dignity and the politics of resentment*

I boken *Identity* (Fukuyama, 2018b) undersøker Francis Fukuyama identitetsbegrepet og betydningen det har for politikken. Hans utgangspunkt for å skrive boken var flertallet for brexit i Storbritannia ved folkeavstemningen i juni 2016 og Trumps valgseier i presidentvalget i USA i november samme år. Han nevner ikke de europeiske sosialdemokratiske partienes nedtur gjennom hele 2010-tallet. Men jeg tror han ville ha gjort det hvis han hadde tatt et mer eksplisitt europeisk perspektiv. Jeg mener det må anses som et nært beslektet fenomen.

Fukuyama starter boken med å skissere to perspektiver på historisk-politisk utvikling. Det ene er det marxistiske; kampen mellom klassene om materielle goder. Det andre er kampen for egen identitet. Boken handler om dette andre perspektivet, om hva identitet og identitetspolitikk er.

Ideen om at alle har like rettigheter hadde vokst fram ca. 150 år tidligere. Vi pleier å sette starten på *moderniteten* til slutten på 1700-tallet, med den franske revolusjon. Ideen hadde jo først blitt formulert i den amerikanske uavhengighetserklæringen i 1776, men det var med den franske revolusjon, og gjennom flere grunnlovsrevisjoner i løpet av revolusjonen, at den ble tydeligst formulert og forsøkt satt ut i praksis. Så videreutviklet Hegel tanken filosofisk.

Fukuyama viser til Hegel i sin innledning i *Identity*:

According to Hegel, human history was driven by a struggle for recognition. He argued that the only rational solution to the desire for recognition was universal recognition, in which the dignity of every human being was recognized (Fukuyama, 2018, s. xv–xvi).

Det er dette den norske arbeider- og bondebevegelse bygde på da de på 1930-tallet gjorde det store klassekompromisset med borgerskapsklassen og staten. Det var ikke for å ta over all makt, men for å sikre sin egen klasses anerkjennelse av likeverd. Fukuyama fortsetter:

Universal recognition has been challenged ever since by other partial forms of recognition based on nation, religion, sect, race, ethnicity, or gender, or by individuals wanting to be recognized as superior (Fukuyama, 2018, s. xvi).

Fukuyama stadfester så hva som motiverer ham til å skrive denne boken:

The rise of identity politics in modern liberal democracies is one of the chief threats that they face, and unless we can work our way back to more universal understandings of human dignity, we will doom ourselves to continuing conflict (Fukuyama, 2018, s. xvi).

Fukuyamas fokus er amerikansk identitetspolitikk. Men jeg mener det også kan hjelpe oss til å forstå noen av den norske velferdsstatens utfordringer. Velferdsstaten bygger på klasser, der alle er anerkjent som likeverdige deler av et kollektiv, mens identitetspolitikk bygger på anerkjennelse av det å være annerledes, av at noen er spesielle, og derfor må ha spesielle rettigheter. Det fungerer ikke så godt for velferdsstaten, verken den norske eller andre.

Identitet vs. anerkjennelse

Fukuyama går en grundig omvei for å klargjøre hva identitet er. Omveien starter hos de gamle grekere og starten på politisk filosofi, hos Sokrates slik Platon gir ham stemme i *Staten* (Platon, 386 fvt.). Der diskuterer de *sjelen*. Sjelen er den vi er, kjernen i vårt *selv*. Den er formet av vårt indres møte med det ytre, med samfunnet og dets krav og normer. Vårt indre, sjelen, består for det første av våre indre følelser; våre lyster og drifter, våre ønsker og behov. For det andre består den av våre tanker og kalkulasjoner, våre vurderinger og valg. Men, spør Sokrates sine unge athenske venner, har sjelen også en *tredje* del? Ja, svarer Sokrates selv, han har en tendens til det. I sje-

len bor også vårt behov for *anerkjennelse*, vår ære og vår skam, vårt potensial for selvforakt, men også for selvrespekt. Det er vår «thymos», vår «spirit», vår *verdighet*. Thymos er uavhengig både av rasjonelle tanker og emosjonelle følelser. Sokrates bruker krigeren som eksempel. Hva kan han oppnå med å dø i kamp? Ære og anerkjennelse, ikke ved å dø, men ved å være *villig* til å dø for landet. Det gir ham anerkjennelse fra sine landsmenn.

Den neste Fukuyama treffer på sin omvei, levde nesten 2000 år etter Sokrates; Martin Luther. Reformasjonen er jo starten på en ny tid. Kirken skal ikke kjøpe og selge og skalte og valte med sjelene våre. Vi står selv ansvarlige overfor Gud. Men vi har et dårlig utgangspunkt, mener Luther; vi er født syndere. Vårt indre er helt fra starten dømt av syndefallet. Men viktig for vår diskusjon; her *er* et individuelt indre.

Så kommer Rousseau et par hundre år etter Luther. Han overtar forestillingen om det individuelle indre, men han har et helt annet syn på sjelen. Det er nettopp det indre som er det virkelige jeg, det autentiske. Samfunnets (og kirkens) krav og normer er nedbrytende for vår autentiske sjel. Så vår jobb er å stå imot og «finne oss sjæl».

Fukuyama gjør elegante koblinger fra den ene filosofen til den andre, fra Rousseau til Kant til Hegel, fra verdighet til demokrati. Alle har thymos, men den kommer i to typer. *Isothymia* er *verdighet fordi vi er like gode som alle andre*. Den andre typen, *megalothymia*, er *verdighet som kommer av at en ser seg selv som bedre enn andre*. Den første krever anerkjennelse fordi vi er like gode, den andre krever anerkjennelse fordi jeg er mer verd enn deg.

De sosialdemokratiske partienes krise

Fukuyama henter ideen om at kampen for anerkjennelse driver historien fra Hegel. Han ser Hegels filosofi som grunnlaget for det liberale demokratiet. Marx bygde jo også mye av sitt historiesyn på Hegel, men han satte materielle interesser som grunnmuren for sin politiske filosofi. Sosialdemokratiet tok ikke over hele historiesynet fra Marx, men de kjøpte den politiske filosofien om at materielle og økonomiske interesser styrer politikken. Vi stemmer på partier som fremmer våre økonomiske interesser uansett hvilken klasse vi tilhører. Og sånn har det stort sett fungert i praksis også – inntil det nå ikke gjør det lenger. Det er jo det de sosialdemokratiske partiene i Europa ikke

kan finne ut av; hvorfor stemmer ikke arbeiderklassen på de som fremmer deres interesser?

Fukuyama hopper altså tilbake til Hegel og hans bud på at *kampen om anerkjennelse* styrer politikken. Og, slik Fukuyama forstår Hegel, må anerkjennelse være universell, dvs. anerkjenne alle på lik linje for at dette skal fungere og danne grunnlaget for et demokrati. Det er tanken i Menneskerettighetserklæringen. Og det er prinsippet i den norske velferdsstaten. Alle har rettigheter på lik linje. Alle har ikke like rettigheter, men rettighetene fordeles etter hva den enkelte trenger, ikke etter *hvem* han eller hun er. Dette skiller den norske og de nordiske velferdsstatene fra de andre typene, slik Esping-Andersen (1990) har beskrevet dem. Vår velferdsstat er *universell*. Hvordan gikk det til?

Norges «revolusjon»

Historien er jo et resultat av planer og strategier og tilfeldige hendelser, rørt sammen i samfunnsdannende prosesser. Noen ganger kommer de i veldig fortettet form, noen ganger strekker de seg ut. En slik fortettet prosess opplevde Norge i 1814, ved selvstendighet, ved å hente hjem ideen om universell anerkjennelse og nedfelle den i Grunnloven, og ved å dra i gang et nasjonsbyggingsprosjekt. Det som skjedde på Eidsvoll noen vårmåneder i 1814, var egentlig fullt på høyde med det utall av revolusjoner som flammert opp i by etter by og land etter land i Europa fra slutten av 1700-tallet og gjennom hele 1800-tallet. Det handlet om grunnlover, konstitusjoner. Det vil si, den *ene* typen revolusjon handlet om det; den *politiske*. Men det var også *sosiale* revolusjoner; underklassens krav om mat og levelige kår. Eidsvoll handlet om det politiske, om politisk frihet og liberale rettigheter. Det var elitens grunnlov; Christie og Falsen og Wedel Jarlsberg og Wergeland senior. Men, det var som nevnt ovenfor, et stort *men*; på de bakerste benkene satt bøndene. De skal ikke ha sagt stort, og da kan vi jo heller ikke vite hvor mye de forsto, men de *var* der. Dette var også deres grunnlov. Deretter kom de på Stortinget. Og der var de med på å vedta Formannskapslovene i 1837, og med dem skapte de sin egen politiske arena; kommunen.

Anders Johansen har beskrevet hvordan de lavere klassene, først bøndene og deretter arbeiderne, i det norske samfunnet sakte, men sikkert *kom*

til orde i det politiske ordskiftet gjennom 1800-tallet (Johansen, 2019). Bondeklassen kom også godt ut av nasjonalromantikken som drev nasjonsbyggingen. Den *autentiske* nordmann var bonde i bunad blant fjord og fjell.

Den norske isothymia

Ovenfor har jeg, basert på Vikes utlegninger, beskrevet hvordan formell organisering og likhet, *egalitarisme*, preget framveksten av velferdsstaten. Men under likhetsideologien og lokalsamfunnets gjennomorganisering lå det Fukuyama beskriver som *thymos*, sjelens verdighet. I det norske samfunnet var det *isothymia*; verdighet gjennom likhet, som gjaldt. Selv om christiene og falsenene hadde formulert Grunnloven, og schweigaardene og stangene senere dominerte statlig styring på 1800-tallet, hadde både bønder og arbeidere kommet grundig *til orde* da vi gikk inn i det tjuende århundret, og enda mer da de satte seg til forhandlingsbordet og formulerte klassekompromisset i Hovedavtalen og i Landbruksavtalen og tok over styringen av landet i 1935. Landarbeiderklassen og byarbeiderklassen ble i Arbeiderpartiet samlet til en selvbevisst politisk kraft – *by og land hand i hand* – der alle var likeverdige og ingen trengte å stå med lua i handa.

Anerkjennelsens sosialitet

Den tyske filosofen og sosialteoretikeren Axel Honneth har beskrevet *anerkjennelse* i flere bøker. Det er særlig verd å nevne en studie av *tingliggjøring og anerkjennelse*¹¹ (Honneth & Holmes, 2019). Her diskuterer Honneth særlig

11 Utgitt på engelsk i 2008, på norsk i 2019; *Tingliggjøring og anerkjennelse*. Det er bokutgaven av Tanner-forelesningene som Honneth holdt på Berkeley i 2005. Honneth er professor i Frankfurt og tredje generasjon av det vi kaller «Frankfurterskolen i kritisk teori». Han startet med å skissere et menneskesyn knyttet til behovet for anerkjennelse sammen med Hans Joas i boken *Social Action and Human Nature* i 1988. Så fulgte han opp med *Kampen om anerkjennelse* i 1992, på norsk i 2008. (Honneth, A. & Holm-Hansen, L., 2008). *Kamp om anerkjennelse: om de sosiale konfliktenes moralske grammatikk*. Pax. Tanner-forelesningene var en utdyping, og han har siden fulgt opp med flere arbeider.

Honneth er en av Europas ledende sosialteoretikere i dag, og jeg vet ikke hvorfor ikke Fukuyama refererer til ham. Det ser for meg ut som de ser ganske likt på anerkjennelse.

med nymarxistisk teori om tingliggjøring. Jeg skal ikke gå gjennom hele hans vandring som – i likhet med Fukuyama – går grundig innom Hegel. Men Honneth fortsetter til amerikanske pragmatister¹² som Dewey og Mead, og deres grunntese om at *vi mennesker av natur er sosiale*. Uten andre mennesker ville vi ikke kunne danne oss noe bilde av verken oss selv, dvs. danne et psykologisk *selv*, eller et bilde av andre og verden for øvrig. Habermas legger dette til grunn for sin kommunikasjonsteori (Habermas, 1997). Honneth, som er Habermas' etterfølger i Frankfurt, legger i tillegg til at det sosiale også forutsetter anerkjennelse. Det holder ikke bare å forholde seg til andre, vi må også *anerkjennes* av den andre. Denne anerkjennelsen går ut over psykologiske behov. Den utgjør et universelt element i det å være menneske, og når den trues, blir den en viktig faktor i politisk motstand. Politisk motstand tar form av kamp for anerkjennelse.

Det er tingliggjøringen vi opplever når arbeidet vårt blir en vare, slik Marx så det. Honneth følger nymarxistene i å ta dette videre. Tingliggjøringen blir en vane, vi tar den etter hvert for gitt, og behandler både oss selv og andre som ting i mange sammenhenger. Det truer helt fundamentalt det sosiale. Den sosiale samhandlingen er forutsetningen for at vi forstår hverandre, og i ytterste konsekvens forstår oss selv og vår egen eksistens.

Det er skikkelig grunnleggende greier. Det er poenget mitt med å trekke det fram. Både for Honneth og Fukuyama går dette til fundamentet av det å være menneske. Det er verd å undersøke dette nærmere både teoretisk og empirisk når vi arbeider med velferdsstaten.

Fra anerkjennelse av likhet til anerkjennelse av identitet

Poenget mitt i dette kapitlet er imidlertid enklere og følger Fukuyamas utledning av den grunnleggende innsikten om anerkjennelse. De liberale og sosialdemokratiske bevegelsene i de vesteuropeiske og nordamerikanske landene har fremmet anerkjennelse av *minoriteter* i større og større grad de

12 «Pragmatister» er følgere av Charles Sanders Peirces «pragmatisme», en filosofi om tegn. Han oppfant selv begrepene for å skille dem fra hverdagsspråkets «pragmatikere» og «pragmatisme».

siste 50–60 årene. Borgerrettighetene for svarte i USA, kvinners rettigheter, seksuelle minoriteters rettigheter, og de siste tiårene innvandreres rettigheter, er de viktigste eksemplene. For å fremme deres rettigheter ble det i mange tilfeller nødvendig med positiv diskriminering. Det var selvsagt veldig gode grunner til det, men det gikk jo også ut over noen i majoriteten. Så lenge levestandarden økte og livet ble bedre også for de som tilhørte majoriteten i arbeiderklassen, fungerte dette politisk. De sosialdemokratiske partiene beholdt oppslutningen sin i arbeiderklassen fordi de sto for en økonomisk omfordeling. Da den globale kapitalismen virkelig tok av på 1990-tallet, ble dette imidlertid vanskeligere og vanskeligere. Arbeiderklassen i USAs rustbelte mistet jobbene sine til Mexico og Kina. I England skjedde det noe lignende, og de jobbene som ble igjen, tok østeuropeiske arbeidsmigranter. EUs frie flyt av arbeidskraft er jo tingliggjøring i en forstand ikke engang Marx kunne forestille seg. De liberale og sosialdemokratene så imidlertid seg godt tjent med den økonomiske utviklingen med høy vekst, og mer til alle likevel. Det de overså, var at utviklingen ble opplevd som tap av anerkjennelse av majoritetens arbeiderklasse. Ingen så det da Cameron lyste ut folkeavstemningen om brexit i Storbritannia. Trump så det imidlertid i USA, spilte på misnøyen og vant presidentvalget i 2016 mot alle odds.

De siste 10–12 årene har de sosialdemokratiske partiene i en rekke europeiske land tapt oppslutning, mens nasjonalistiske og innvandringskritiske partier har vokst. I Frankrike var sosialistene – som er sosialdemokrater – og resten av venstresiden sjanseløse ved siste presidentvalg, mens Marine Le Pens Nasjonal Front har vokst seg sterk. I Nederland har Geert Wilders hatt stor oppslutning om sitt innvandringskritiske program, han har den tredje største gruppen i parlamentet, og han har ikke engang en ordentlig partiorganisasjon. Sverigedemokratene i Sverige, Sannfinnene i Finland, Dansk Folkeparti i Danmark og Fremskrittspartiet i Norge har alle de samme trekkene. Sosialdemokratiske arbeiderpartier har samtidig tapt oppslutning. Arbeiderpartiet har tapt en tredjedel av sin oppslutning siden valget i 1997 da Jagland ikke fikk 36,9 % og gikk av. De nederlandske og franske sosialdemokratene har det gått langt verre med.

Fra klasse til statsfeminisme

Arbeiderklassen endret seg i takt med at det norske samfunnet endret seg, og på 1980-tallet var situasjonen ganske forandret. Det var færre av de tradisjonelle «klassebærerne»; industriarbeiderne. Og med utviklingen av oljeindustrien ble de norske industriarbeiderne¹³ en ganske høyt lønnet gruppe som nok ikke identifiserte seg med noen underklasse. Mange av arbeider- og bondebarna som ble født de første par tiårere etter krigen, hadde fått høyere utdanning, og mange ble som nevnt profesjonelle i offentlig sektor; i kommuneadministrasjon, i skole og helsestell. Arbeiderpartiet måtte tone ned arbeiderimaget og få med seg de nye samfunnsklassene.

I 1981 overtok Gro Harlem Brundtland som statsminister og endret fokus fra klasse til identitet med å velge en regjering der 50 % var kvinner. Det ga kvinnebevegelsen et løft i Norge som gjorde at likestillingsarbeidet tok skikkelig fart.

Gjennom 1980- og 90-tallet ble Arbeiderpartiet stadig mer liberalt, preget av middelklasseverdier med sterke innslag av identitetspolitikk. Større åpenhet for innvandring generelt, og gjennomføringen av EØS-avtalens fire friheter etter folkeavstemningen i 1994 gjorde at det norske samfunnet begynte å endre seg mer og mer. Inspirert av New Labour i Storbritannia gjennomførte særlig Stoltenberg en rekke nyliberale reformer allerede i sin første regjering i 2000–2001.

Redaktørene av denne boken skriver i innledningen utførlig om utfordringene de nyliberale endringene medfører for velferdsstaten, bl.a. gjennom å tildele rettigheter, men samtidig bruke kommuneøkonomien finanspolitisk for å holde offentlige utgifter nede. Rettighetspolitikken er identitetspolitikens hovedinstrument. Arbeiderpartiet er blitt med på dette. Som styringspartiet i Arbeiderpartistaten de første tiårene etter krigen var Arbeiderpartiet en slags «overdommer» som samordnet og fordelte til interessene som ble fremmet i den korporative kanal. Økonomisk utjevning skjedde gjennom progressiv beskatning og samordnet lønnsdannelse (se kapittel 2).

13 Her må vi skille på etnisk norske og utenlandske industriarbeidere. Siden det ble fri bevegelse av arbeidskraft innen EU/EØS-området, har Norge fått en ny arbeiderklasse av særlig polske og litauiske arbeidere. De er ikke med i den store likheten, som er bakgrunnen for mitt resonnement og problematisering i dette kapittelet.

Men på et eller annet tidspunkt ble ikke Arbeiderpartiet lenger oppfattet som en garantist for likhet og sosial utjevning. Alle politiske partier fremmer særinteresser, og med identitetspolitikken ble anerkjennelse et spørsmål om rettigheter for identitetsgrupper.

Honneth hadde en diskusjon med den amerikanske filosofen Nancy Fraser på begynnelsen av 2000-tallet om det er mulig å ha anerkjennelse uten økonomisk omfordeling.¹⁴ Hun mener det ikke er mulig. Opplevelsen av anerkjennelse og likhet forutsetter også en viss grad av økonomisk likhet. Jeg tror hun har rett i det, men jeg tror likevel Honneths poeng om at anerkjennelse stikker dypere, er enda viktigere å ta med seg. Han mener at behovet for anerkjennelse er mer grunnleggende og psykologisk, og derfor ikke avhenger helt og holdent av økonomisk omfordeling. Dette er nok en relativt filosofisk diskusjon, politisk står de to svært nær hverandre.

Opplevelse av anerkjennelse

NAV-reformen og de byråkratiske rutinene som ble innført eller forsterket med den, representerer en tingliggjøring av tjenestemottakere som har skapt stor frustrasjon. Det er ikke ytelsene eller ytelsesnivået som er det største problemet for mange. Det er måten de blir behandlet på. De blir ikke sett. NAV flyttet beslutningsleddet i saksbehandlingen bort fra førstelinjen til en andrelinje som arbeider etter standardiserte rutiner. NAV-skandalen i 2019 tror jeg kan ses som et eksempel på det. Jeg tror faktisk at de fleste ville forstått og respektert reglene om ikke å reise utenlands når de var arbeidssøkende, hvis de følte seg sett og forstått og respektert.¹⁵

«Othering» av arbeidsinnvandrere i helsetjenesten

Velferdsnivået i et samfunn og folkehelse henger også sammen (se kapittel 4). Velferdsstaten har fungert meget godt for folkehelse i de nordiske lan-

14 Tidsskriftet Agora nr. 4-2009 har en god dekning av denne diskusjonen.

15 Nederland har de siste årene stått i en lignende skandale med store politiske kostnader. Dette er derfor ikke bare et norsk uhell, det er et mer omfattende systemproblem.

dene. Det vanlige målet på folkehelse er forventet levealder, og der ligger Norge og Sverige på topp i Europa.¹⁶ Det er selvsagt mer sammensatt enn som så, men det er solid grunnlag for å argumentere for at velferdsstaten er god for folkehelsa.

Neste spørsmål er om egalitarismen diskriminerer mellom verdige og ikke-verdige medlemmer av det nasjonale fellesskapet som organiserer velferdsstaten. Som nevnt innledningsvis postulerer Vike og medarbeidere (Bendixsen et al., 2017) at det ligger et hinder for integrering her.

Antropologen Fredrik Barth fornyet studiet av kultur og etnisitet da han hevdet at disse ikke studeres best «midt» i kulturen, men ved *grensene* (Barth, 1969). Det er når forskjellige kulturer eller etnisiteter møtes og konfronteres, at de framviser sine særtrekk. Jeg vil føye til at det kan være enda tydeligere hvis dette er kritiske og konfliktfylte møter. Koronaperioden etablerte i helt ekstrem grad en krisesituasjon der folkehelse ble en dominerende premisseleverandør for all politikk. Her var det grensesituasjoner som kan belyse problemstillingen rundt integrasjon.

Selv om Norge sa nei til fullt medlemskap i EU i 1994, er vi gjennom EØS-avtalen blitt del av EUs felles arbeidsmarked. Som del av en fri flyt av arbeidskraft innen EU/EØS-området har flere hundre tusen arbeidere søkt arbeid i Norge. Dette har ført til dilemmaer for velferdsstaten siden det ikke er en samordning av velferdstjenester mellom de samme landene. De største gruppene i Norge kommer fra Polen og Litauen. Det har imidlertid tilsynelatende fungert greit fordi de har hatt nær kontakt med sine hjemland. Men *hvordan* det har fungert, har ikke vært så tydelig før nå, og den nasjonale politikken i Norge under koronaperioden satte dette på spissen på en svært illustrerende måte.

Disse arbeidsinnvandrerne har fulgt to hovedstrategier. De har i de fleste tilfellene startet som sesongarbeidere eller på annen måte hatt tidsavgrenset arbeid. Med arbeidskontrakt har de imidlertid hatt rett til å oppholde seg i landet ut over de vanlige tre måneder som gjelder alle på besøk i landet. Med arbeidskontrakt har de også fått tildelt et identitetsnummer, et såkalt

16 Da ser jeg bort fra små stater som Andorra og San Marino. At Danmark og Finland er noe lenger ned på lista, har sammensatte årsaker jeg ikke kan komme inn på her. Det er selvsagt ikke noe 1:1-forhold mellom velferdsstat og helse.

D-nummer. Det har fått rett (og plikt) til å betale skatt, og opparbeide pensjonsrettigheter. Skatteetaten og NAV behandler disse på linje med norske borgere med hensyn til skatt og trygdeytelser. Mange av disse har etter hvert søkt om varig opphold i Norge, og med det fått norsk personnummer og blitt fullt medlem av velferdsstaten. Det har gitt full tilgang til fastlege og helsetjenester. Skillet mellom D-nummer og personnummer har ikke vært et veldig synlig skille. De som jobber med arbeidsmiljø og arbeidskontrakter, som Arbeidstilsynet og LO, har sett at det er problemer her.¹⁷ Men problemene ble ikke satt på spissen før koronapandemien brøt ut og samfunnet ble stengt ned og riksgrensene lukket. Den frie og enkle bevegelsesfriheten disse arbeiderne før hadde hatt, ble brått stoppet. Norske myndigheter endret med ujevne mellomrom reglene for hvilke reiser som kunne gjøres, og skapte store problemer for denne gruppen.

Det som jeg finner interessant her med hensyn til det jeg diskuterer i dette kapittelet, er om vi kan se tegn og mønstre på politikk og praksis som kan knyttes til velferdsstatens universelle inkludering vs. manglende integrasjon eller ekskludering. Det mener jeg vi kan. Tydeligst kom dette fram i flere saker på nrk.no i april 2021. Over 2100 personer var sendt tilbake til landet de hadde flydd inn fra. I juni var det over 4500. Det var ikke statistikk på nasjonaliteter. Men enkelthistoriene var knyttet til polske og litauiske borgere som bor og arbeider i Norge, og har gjort dette i mange år, men som ikke er folkeregistrert i Norge, og derfor bare har D-nummer. Begrunnelsen fra norske myndigheter var frykten for importsmitte. Det hadde likevel blitt gitt omfattende dispensasjoner til fiskeindustrien knyttet til lofotfisket og verftsindustrien på Vestlandet knyttet til oljeindustrien. Og der hadde det også vært smitteutbrudd på grunn av dårlige muligheter til – eller brudd på karantenerregler. ESA, et tilsynsorgan under EU/EØS-systemet, kritiserte den norske politikken. Likevel opprettholdt norske myndigheter ordningene.

17 Jeg har lært mye om dette av min bror, Torbjørn Hem, som jobber for Fellesforbundet med slike saker. LO prøver aktivt å organisere disse arbeiderne for å sikre både dem og resten av samfunnet mot sosial dumping. Fellesforbundet tar saker selv om arbeiderne ikke er organisert, og at arbeidsgivere og kontraktører ikke følger spillereglene, er utbredt innen bygg og anlegg der han har erfaring.

Alle er like, men noen er likere enn andre – «de andre»

Jeg mener at svært mye taler for at når Vike et al. (2017) framsetter antakelsen om at egalitarismen, som den norske velferdsstaten bygger på, kan være til hinder for integrering av innvandrere, så kan de ha mer rett enn det kunne virke i første omgang. Det handler om motsetningen mellom klasse og identitetspolitikk. Dette er et paradoks for en universell velferdsstat.

Det måtte imidlertid en folkehelsekrise til for å sette dette på spissen og tydeliggjøre det. Polske og litauiske arbeidere kan ha svært mange gode grunner til å forbli folkeregistrert i hjemlandet. Det kan for eksempel handle om omsorgsrett for barn. At den norske staten på den ene siden kan gi full anerkjennelse til skatt og trygd, men nekte helsetjenester, er en diskriminering som antakelig bare er mulig hvis vi kan se på dem som «de andre».

Paradoksenes transformerende kraft

Helsepolitikk og helsetjenestesystemer er forstørrelsesglass for innebygde paradokser og dilemmaer i velferdsstaten. I helsepolitikken har det egalitære vært spesielt sterkt. I Norge er ikke privatisering og muligheter for særrettigheter til helsetjenester blitt spesielt omfattende. Tvert imot, alle skal stille i samme kø. Samtidig har Norge gjort seg helt avhengig av importert arbeidskraft. Disse er ikke blitt anerkjent som fullverdige medborgere hvis de ikke har tatt flytting til Norge og meldt seg inn i «det norske». Det har regjeringen kunnet gjøre uten politisk risiko, fordi de har kunnet defineres som «de andre», og ekskluderes fra likheten.

Et annet, men ikke så spisset eksempel er bruken av innleid arbeidskraft. Fagbevegelsen kjemper mot at det skal være mulig å leie inn arbeidskraft som ikke har norske tariff- og avtalevilkår. De har imidlertid møtt mye politisk motstand, og det ser ut som det blir lettere å få aksept i norsk politikk for forskjellsbehandling i arbeidslivet når dette stort sett gjelder utenlandsk arbeidskraft.

Det jeg har forsøkt å belyse i dette kapittelet, er det paradokset at den norske velferdsstaten, som bygger på at alle er like, ikke ser ut til å greie å integrere «de andre» som det. Jeg har brukt identitetspolitikken for å be-

lyse motsetningen mellom klasse og identitet. Norge er – og har alltid vært – et klassesamfunn. Men vi har gjennom klassekompromisser og den formelle gjennomorganiseringen av samfunnet utviklet et samfunn med stor grad av likhet, en stor velferdsstat og en sterk tillit både til staten og hverandre. Men i møtet med det europeiske arbeidsmarkedet og den utenlandske arbeidskraften ser det ut som velferdsstaten sliter både med å integrere disse i de eksisterende systemene, og holde politisk oppslutning om det universelle. Det er neppe noen risikabel profeti å si at vi vil få mye mer av dette etter som klimaflyktninger og andre økonomisk motiverte migranter prøver seg i Norge. Universell anerkjennelse er bare for de universelt norske.

Men kan det være annerledes? Det er bare nasjonalstater som har greid å bygge velferdsstater for sine egne statsborgere. I den globale kapitalismen er det ingen likhet eller nåde.

Referanser

- Barnes, J. (1954). Class and Committees in a Norwegian Island Parish. *Human Relations*, 7(1), 39–58.
- Barth, F. (Red.) (1969). *Ethnic groups and boundaries*. Universitetsforlaget.
- Bendixsen, S., Bringslid, M.B. & Vike, H. (Red.). (2017). *Egalitarianism in Scandinavia: Historical and contemporary perspectives*. Palgrave.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Polity Press.
- Fukuyama, F. (2012). *The origins of political order: From prehuman times to the french revolution*. Profile.
- Fukuyama, F. (2014). *Political Order and Political Decay: From the Industrial Revolution to the Globalisation of Democracy*. Profile Books.
- Fukuyama, F. (2018a). *Identity: The demand for dignity and the politics of resentment*. Farrar, Straus and Giroux.
- Giddens, A. (1994a). *Intimitetens forandring: Seksualitet, kærlighed og erotik i det moderne samfund*. Reitzel.
- Giddens, A. (1994b). *Modernitetens konsekvenser*. Hans Reitzels Forlag.
- Giddens, A. & Schultz Jørgensen, S. (1996). *Modernitet og selvidentitet: Selvet og samfundet under sen-moderniteten*. Hans Reitzels Forlag.
- Habermas, J. (1997). *Teorien om den kommunikative handlen*. Aalborg Universitetsforlag.
- Honneth, A. & Holm-Hansen, L. (2008). *Kamp om anerkjennelse: Om de sosiale konfliktenes moralske grammatikk*. Pax.
- Honneth, A. & Holmes, I.S. (2019). *Tingliggjøring og anerkjennelse: Et nytt blikk på et gammelt begrep* (Vol. 73). Cappelen Damm Akademisk.
- Johansen, A. (2019). *Komme til orde: Politisk kommunikasjon 1814–1913*. Universitetsforlaget.
- Platon. (386 b.c.). *The republic*. The Modern Library.
- Power, M. (1997). *The audit society: Rituals of verification*. Oxford University Press.
- Rokkan, S. (1966). *Norway: Numerical democracy and corporate pluralism* (Vol. 227). Yale University Press.
- Slagstad, R. (1998). *De nasjonale strateger*. Pax.
- Stråth, B. (2017). The Cultural Construction of Equality in Norden. I S. Bendixsen, M.B. Bringslid & H. Vike (Red.), *Egalitarianism in Scandinavia* (s. 47–64). Palgrave Macmillan.
- Søbye, E. & Statistisk sentralbyrå. (2014). *Folkemengdens bevegelse 1735–2014: en tabellstudie*. Oktober.
- Vike, H. (1996). *Conquering the unreal: Politics and bureaucracy in a Norwegian town*. Department and Museum of Anthropology, University of Oslo.
- Vike, H. (2004). *Velferd uten grenser: Den norske velferdsstaten ved veiskillet*. Akribe.
- Vike, H. (2013). Egalitarianisme og byråkratisk individualisme. *Norsk Antropologisk Tidsskrift*, 24(3–04), 181–193.

- Vike, H. (2015). Likhetens natur. *Norsk Antropologisk Tidsskrift*, 25(1), 7–21.
- Vike, H. (2018). *Politics and Bureaucracy in the Norwegian Welfare State: An Anthropological Approach*. Springer International Publishing: Imprint: Palgrave Macmillan.
- Vike, H., Brinchmann, A., Haukelien, H., Kroken, R. & Bakken, R. (2002). *Maktens samvittighet: Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Gyldendal Akademisk.

Del II

Velferdsstatens tjenester i endring

Andvig, E. & Gullslett, M.K. (2022). Kirkens Bymisjon som tillitsskapende velferdsaktør. I H. Vike, B. Karlsson & R. Sundet (Red.), *Velferdsstatens transformasjoner* (s. 197–217). Fagbokforlaget.
DOI: <https://doi.org/10.55669/oa200908>

8

Kirkens Bymisjon som tillitsskapende velferdsaktør

Ellen Andvig & Monika Knutsen Gullslett

Innledning

Som innledningen i denne boken peker på, skjer det store endringer, transformasjoner, i utøvelsen av tjenester i velferdsstaten Norge. Velferdsstatens transformasjoner handler blant annet om hvordan innovasjoner i samfunnet påvirker offentlig tjenesteutøvelse til innbyggere. Et grunnleggende mål for velferdsstaten er å ivareta enkeltpersoner og å sikre en gitt sosial standard for alle. Både offentlige, private og frivillige aktører i velferdssamfunnet jobber for at mennesker med langvarig behov for hjelp, skal ha en plass i det ordinære samfunn med bolig, arbeid og sosialt liv. I dette kapittelet vil vi belyse hvordan den ideelle organisasjonen Stiftelsen Kirkens Bymisjon fungerer som tillitsskapende aktør i sitt arbeid med personer med rusutfordringer som løslates fra fengsel.

Sammensatte behov hos løslatte med psykiske helse- og rusproblemer

Tidligere innsatte med rus- og psykiske helseproblemer har ofte store utfordringer på mange områder. De mangler som regel utdanning og stabile boligforhold. De har problemer med å komme ut i ordinært arbeid, og det kan være vanskelig å beholde jobben. Overgangsfasen fra soning til løslatelse er spesielt sårbar for mange. Denne fasen innebærer høy risiko for død eller tilbakefall til rus og kriminalitet (Bukten et al., 2017). Risikoen for selvmord er spesielt høy de første dagene i frihet (Bukten et al., 2017). Levekårsundersøkelsen fra 2014 (Revol, 2015) rapporterer at fengselsopphold ofte reduserer selvfølelsen, øker selvstigmatiseringen og følelsen av håpløshet i forhold til framtiden. Den som løslates har gjerne gjeld og store økonomiske problemer. Økonomiske bekymringer når man skal etablere et nytt liv etter soning, kan virke lammende og føre til tilbakefall til rus og kriminalitet (Andvig et al., 2019).

Velferdsstatens organisasjoner, spesielt kommunene, har et ansvar for å ivareta behovene til personer med rusproblemer og fengselsbakgrunn. Samtidig erkjenner man innen kommunalt hold at det fokuseres for lite på oppfølging etter soning for denne gruppen (Oslo kommune, 2019). Særlig i overgangsperioden fra fengsel til løslatelse har det offentlige størst problemer med å hjelpe denne gruppen (Haug & Tolgensbakk, 2019). De komplekse problemene som disse personene strever med, kalles gjerne «wicked problems», eller gjenstridige problemer. Gjenstridige problemer dreier seg om komplekse og sammensatte sosiale og helsesrelaterede behov som krever koordinerte hjelpetiltak på tvers av sektorene. Kommunene lykkes i varierende grad med dette arbeidet. Ofte er hjelpetilbudene mangelfulle, og helperne har uklare ansvarslinjer (Haug & Tolgensbakk, 2019). Et vellykket eksempel på samarbeid og koordinering mellom offentlig og frivillig sektor i arbeidet med personer med rus- og soningsbakgrunn, finner vi hos Røde Kors-tilbudet «Nettverk etter soning» i Oslo. Her er NAV-ansatte samlokalisert med «Nettverk etter soning» og med Voksenopplæringen. Hensikten er å gi helhetlige og sammenhengende tjenester til personer fra den aktuelle målgruppen (Andvig & Karlsson, 2021). Samarbeidet mellom disse aktørene viser seg å gi bedre individuell oppfølging etter løslatelse knyttet til overgangen fra fengsel til samfunnet. I dette prosjektet har de NAV-ansatte friere rammer enn vanlig til å arbeide helhetlig og nært til brukerne.

I en amerikansk kunnskapsoversikt (Bahr, 2015) oppsummerer forfatteren følgende fire momenter som avgjørende for en god tilbakeføring fra fengsel til lokalsamfunn: 1. Tilgang til bolig, utdanning, jobbtrening, arbeid, rusbehandling og helsehjelp. 2. Sosial støtte fra familie, venner og helse- og sosialtjenester. Det må særlig legges vekt på sosial støtte i overgangsperioden fra fengsel til løslatelse. 3. Sosiale forhold knyttet til den løslattes nabolag må adresseres. 4. Økt fokus på forebygging og behandling av rusavhengighet må vektlegges. Det kan være behov for langvarig og intensiv samarbeidsbasert behandling og oppfølging knyttet til rusproblemer. I en reviewstudie av Kendall et al. (2018) der tilbakeføringsprogram for løslatte med rusproblemer ble evaluert, ble betydningen av hjelpernes mellommenneskelige ferdigheter særlig vektlagt. Det dreide seg om viktigheten av å utvikle en personlig relasjon mellom deltaker og hjelper basert på tillit, åpenhet og respekt.

Betydningen av tillit i velferdsstatens tjenester

Tillit er et komplekst sosialt fenomen som kan ta mange ulike former. Det er situasjonsbetinget og relasjonsbetinget, og ifølge Grimen (2009, s. 13) alltid tredelt: noen stoler på noen med tanke på noe. Å gi tillit innebærer risiko for at den forventningen som ligger i tilliten, ikke blir oppfylt. Det forutsetter at den som blir vist tillit, både ønsker dette og har vilje, kompetanse og mulighet til å leve opp til tilliten (Grimen, 2009). Vi kan ha tillit til andre ved at vi har tro på at de vil handle med velvilje overfor oss, men vi kan ikke vite det sikkert. Derfor innebærer det å vise tillit en personlig sårbarhet og risiko. Hvis en viser tillit til noen som bryter tillitsrelasjonen, innebærer det et tap for den som har utvist tilliten. Tapet er da av personlig, emosjonell, sosial, økonomisk eller politisk natur (Sztompka, 1999). Hupcey et al. (2001, s. 290) utviklet følgende definisjon av tillit basert på et tverrfaglig kunnskapsgrunnlag hentet fra fagfeltene helsefag, psykologi og sosiologi (vår oversettelse):

Tillit oppstår når det blir identifisert et behov som ikke kan bli møtt uten hjelp fra en annen, og en vurdering av risikoen som ligger i det å være avhengig av den som kan imøtekomme behovet. Tillit er en villet avhengighet av den andres handlinger avgrenset til behovsområdet, og tillit er utsatt for både åpenlys og skjult testing.

Tillit er også en grunnleggende verdi for velferdsstaten. I denne bokens innledningskapittel deles tillit opp i tre akser: 1) borgernes tillit til det offentlige og staten, 2) tillit i relasjoner mellom borgere og aktører, og 3) det offentliges og statens tillit til borgerne. I alle aksene er gjensidighet gjennomgående. Tillit er en viktig forutsetning for gode tjenester og et mål i seg selv. Dessuten er tillit en forutsetning for autonomi og trygge relasjoner (Bergh & Bjørnskov, 2011). Brukernes tillit til «systemet» etableres når de er trygge på at hjelperens agenda er deres ve og vel. Samtidig peker Bentzen (2022) på at det å arbeide tillitsbasert er fylt av dilemmaer. Ett dilemma, ifølge Bentzen, er knyttet til balansen mellom fleksibilitet og likhet. Hun peker på at med begrensede ressurser er det nødvendig med prioriteringer overfor medarbeidere og borgere. På den andre siden er det behov for skreddersydde løsninger for den enkelte. Et annet dilemma relatert til tillit, er knyttet til det å redusere kontroll. Avbyråkratisering og forenkling blir vektlagt for å arbeide tillitsbasert. Samtidig kan ikke all kontroll utelates, påpeker Bentzen. Nennsom og nyansert kontroll i form av tilsyn og faglig oppfølging kan være en viktig støtte for usikre medarbeidere. Et tredje dilemma relatert til det å arbeide tillitsbasert, knytter Bentzen til økt ansvar hos medarbeidere. Hun peker på at økt ansvar og større frihetsgrader i arbeidet kan tas imot med begeistring eller oppleves som tyngende og utrygt.

Uten tillit ville det ikke være mulig å bygge opp et system basert på universalisme, slik de nordiske velferdsstatene har. Universalisme innebærer at hele befolkningen har rett på velferdstjenester og ytelser når behovet oppstår, helt uavhengig av alder, kjønn, bosted, lommebok, religion og etnisk tilhørighet (Kildal & Kuhnle, 2005, referert i Haukelien & Vike, 2009, s. 146). Et kjennetegn ved det norske samfunnet, og kanskje spesielt velferdsstaten, er høy grad av tillit mellom aktørene, både på system- og individnivå. Bergh og Bjørnskov (2011) framhever at spesielt Norge og Danmark, men også de andre nordiske landene, historisk har hatt lavt konfliktnivå i samfunnet. Et politisk system basert på rettferdighet og et rettssystem som fungerer, er med på å bidra til høy grad av tillit mellom mennesker og institusjoner i Norden.

Mayer et al. (1995) har utviklet en tillitsmodell for å illustrere tillit i organisasjoner. Forfatterne vektlegger tre faktorer som omfatter hvordan tillitsgiver (f.eks. tjenestemottakere av helse- og sosialtjenester) oppfatter tillitsverdigheten (trustworthiness) hos tillitsmottaker (f.eks. tjenestetilbydere i hjelpesystemene). De tre faktorene er evner, velvilje og integritet, ifølge

Mayer et al. (1995). Med evner menes det å ha ferdigheter, kompetanse og muligheter til å levere det som forventes av de som mottar tjenestene. Velvilje innebærer velgjørenhet eller vilje til å gjøre godt for andre. Det innebærer også å ha en innstilling av vennlighet og hjelpsomhet, selv om det ikke er noe å tjene på det. Integritet innebærer at den som mottar tjenester, opplever at organisasjonen og dens representanter handler ut fra felles verdier og prinsipper. Det vil si prinsipper og verdier man selv kan slutte seg til, som rettferdighet, ordholdenhet og personlig integritet.

Tillit til NAV og tillit i NAV

Brukere av offentlige velferdstjenester ser ut til å ha fått lavere tillit til velferdsorganisasjonene de siste årene (Folkestad, 2017). En rekke norske studier av NAV-tjenestene avdekker at de er vanskelig tilgjengelig for brukerne. Det er vanskelig å oppnå kontakt med saksbehandlerne, og det er vanskelig å finne fram på digitale kanaler (Lundberg, 2018; Oslo kommune, 2017, 2019). Mange brukere opplever ikke å få den hjelpen de har krav på, og de mister tilliten til organisasjonen. I rapporten til Oslo kommune (2017) advarte brukerne NAV mot å fjerne seg for mye fra personlig kontakt med brukerne. De ønsket at NAV-ansatte skulle vise større grad av empati og forståelse for brukernes situasjon, samt å møte brukerne med høflighet og respekt.

Personer med rusutfordringer og soningsbakgrunn kan ha særlige utfordringer når det gjelder både det å søke hjelp og det å motta helse- og sosialtjenester. Det kan ha sammenheng med at personer i denne gruppen ofte har negative erfaringer med å stole på andre mennesker. Det kan både være en konsekvens av livet de har levd og av tidligere lovnader som ikke er blitt holdt av ansatte i offentlige tjenester (Revol, 2015). Mangelen på tillit kan gjøre at personer i denne gruppen unnlater å søke hjelp (Edland-Gryt & Skatvedt, 2013). Mange løslatte mangler kunnskaper om hvor de skal henvende seg for å få hjelp. Når de oppnår kontakt, erfarer de å måtte fortelle sin historie om igjen til stadig nye fagpersoner i ulike etater med ulike adresser og åpningstider (Falck, 2015). Manglende digital kompetanse etter år i fengsel vanskeliggjør det å få kontakt med hjelpeapparatet (Fridhov & Lange-lid, 2017). I en studie av Andvig og Karlsson (2021) fortalte brukere med

rusutfordringer og fengselsbakgrunn om dårlige erfaringer med lokale NAV-kontor. De beskrev hjelpen som «håpløs» og «manglende». De følte «seg motarbeidet», og det tok «uendelig lang tid å få hjelp». Kontakten med NAV ble opplevd som «slitsom og nedbrytende», og «mye verre enn fengsel».

Brukeres manglende tillit til NAV kan ha sammenheng med styringsformen i offentlige velferdstjenester. Styringsformen New Public Management har fokus på effektivitet. Den fokuserer på mål og resultater og er basert på lojalitet og kontroll (Wyller, 2013). Profesjonsutøverens faglige handlingsfrihet blir begrenset av økonomiske incentiver, og det er ofte vedtak basert i økonomi som styrer deres praksis (Byrkjeflot & Engelstad, 2018). For eksempel kan det gis kortvarige vedtak om støtte til å skaffe eller beholde en jobb i et avgrenset tidsrom på seks måneder. Personer med rusvansker og soningsbakgrunn har som regel behov for støtte og oppfølging langt ut over seks måneder for å komme i jobb. Når hjelpen er styrt av vedtaket, reduseres fleksibiliteten og muligheten for å finne gode, helhetlige løsninger. Det kan også utfordre tilliten mellom hjelpere og den som mottar hjelp (Vike, 2018).

Tidligere har offentlige profesjonsutøvere hatt stor grad av autonomi til å forvalte lovverket og å utøve tjenester basert på enkeltpersoners situasjon og behov (Byrkjeflot & Engelstad, 2018). Krav om standardisering og prosedyrebasert tilnærming er med på å frata profesjonsutøverne muligheter for å bruke faglig skjønn når de skal vurdere brukernes behov for hjelp og oppfølging (Gullslett & Ekeland, 2012).

Stiftelsen Kirkens Bymisjons oppfølging av personer med rusvansker og soningsbakgrunn

Dette kapittelet tar utgangspunkt i data fra en evalueringsstudie av Stiftelsen Kirkens Bymisjons (heretter forkortet KB) avdeling FRI (Andvig et al., 2016, 2019). Vi vil se nærmere på hvordan frivillige organisasjoner bidrar til tillitsbygging, eksemplifisert gjennom KB. I kjølvannet av New Public Management-reformen har det de siste årene dukket opp nye løsninger for å øke tilliten mellom forvaltningsnivåer, profesjoner og brukerne selv. I Sverige og Norge er tillitsreformen i kommunal sektor et eksempel på dette (Aspøy, 2022), mens Danmark har innført det som kalles nærhetsreformen (Bentzen, 2022). Å få mer kunnskap om hvordan frivillige organisasjoner bidrar

til tillitsbygging, er i tråd med Loga (2018) som framhever sivilsamfunnets potensial i samspill med og fornying av offentlig sektor.

Vi vil først gi en kort presentasjon av KB. Deretter presenterer vi avdeling FRI og tiltaket «Ut i jobb» som tilbyr oppfølging til personer med rusvansker og soningsbakgrunn.

KB har avdelinger i en rekke byer over hele Norge. KB utøver sosialt og helsereelatert arbeid blant mennesker som strever med hverdagen på ulike måter, innen både rusomsorg, eldreomsorg, barnevern, psykisk helsevern og prostitusjonsfeltet. KB setter omsorgen for enkeltmennesket i sentrum og har et verdigrunnlag om at alle mennesker har lik verdi:

«Vår visjon er at alle mennesker erfarer respekt, rettferdighet og omsorg. Ingen er bare det du ser. Vi vil møte alle med denne holdningen, og vi ønsker at brukere og gjester skal styrke sine egne ressurser, drømmer og håp. Derfor er også slagordet vårt: 'Rom for alle'» (www.kirkensbymisjon.no/om-oss/).

KBs avdeling FRI er et tilbud til mennesker som løslates fra fengsel, basert på et samarbeid mellom fagfolk og frivillige som driver likemannsarbeid (Windstad & Steen, 2010). Likemannsarbeidet innebærer at mennesker med egenerfaring fra soning i fengsel og tidligere rusavhengighet hjelper andre til et bedre liv, under veiledning og oppfølging fra fagfolk. Frivillige og ansatte i FRI tilbyr tett oppfølging etter løslatelse, gjennom tid i treningsbolig, pilotleilighet og ut i egen bolig. De besøker fengsler og orienterer om FRI for å etablere kontakt med innsatte før de løslates (Windstad & Steen, 2010). FRI finansieres av midler fra Justisdepartementet (KDI), kommunale ettervernsmidler, tilskudd til aktivisering fra Helsedirektoratet og egne innsamlede midler i organisasjonen.

Tiltaket «Ut i jobb» er en del av arbeidet som foregår i avdeling FRI. Tiltaket er spesielt rettet mot mennesker som har vært ute av arbeidslivet over lengre tid på grunn av rus og soning i fengsel. Hensikten er å få folk med en slik bakgrunn ut i jobb eller arbeidsrettet aktivitet og gi dem mulighet til å etablere et vanlig hverdagsliv. De ansatte i tiltaket samarbeider aktivt med ulike bedrifter for å motivere dem til å ta imot folk med «hull i CV-en». Det blir signert intensjonsavtaler med en rekke bedrifter der arbeidsgiver tar inn deltakere som er med i «Ut i jobb». Bedriftene som deltar i tiltaket, driver i hovedsak med veisikring, bygg og anlegg, lager/salg av ulike produkter og entreprenørskap.

I det følgende presenterer vi noen funn fra studien av tiltaket «Ut i jobb» basert på datamateriale fra rapporten til Andvig et al. (2016). Datamaterialet ble innhentet ved bruk av tre flerstegs fokusgruppeintervjuer med sju deltakere fra «Ut i jobb», tre flerstegs fokusgruppeintervjuer med fem ansatte ved FRI og en rundebordskonferanse med deltakere og ansatte sammen. Det ble også gjennomført individuelle, kvalitative intervjuer med fire bedriftsledere. Gjennom å presentere noen smakebiter fra hvordan de ansatte arbeider og hvordan deltakere og bedriftsledere opplever å delta i tiltaket, vil vi belyse betydningen av tillitsskapende arbeid i KB.

Et tett samarbeid mellom deltakere og veiledere

I tiltaket «Ut i jobb» samarbeider ansatte i FRI, ofte kalt veiledere, med deltakerne om å lage et helhetlig opplegg rundt den enkelte. Opplegget kan gjelde både helserelaterte og sosiale forhold som er viktige for personen. Samarbeidet starter ofte i fengselet før personen løslates. Sammen utformer de mål deltakeren ønsker å jobbe mot, og deltakers medbestemmelse er sentralt. En deltaker sier det slik: «Vi snakker sammen om hva jeg har behov for. Det blir ikke trøkka ned over hodet på meg, jeg er med og bestemmer». Deltakerne får ukentlig oppfølging av veilederen fra FRI. Tettere oppfølging kan tilbys etter behov. Veilederne er opptatt av å samarbeide med deltakerne om alle typer aktiviteter og å gjøre aktiviteter sammen. Det kan være å arbeide sammen i kantina eller på ulike jobboppdrag. Det kan være å dra på fisketur sammen. Det kan være den gode samtalen om alt fra hverdagslige temaer, helseutfordringer eller mer alvorlige, eksistensielle temaer. KB har også en rekke sosiale tiltak som kafe, filmkvelder, konserter etc. De fungerer som sosiale møteplasser hvor deltakerne kan få kontakt med ansatte og frivillige nærmest 24 timer i døgnet.

De ansatte i «Ut i jobb» framhever betydningen av å skape hverdagssituasjoner for den enkelte deltaker knyttet til det å ha en jobb – eller til det å komme ut i jobb. Sammen fokuserer de på situasjoner som deltakeren har behov for å lære å mestre; som å stå opp om morgenen, møte på jobb til fast tidspunkt, utføre oppgaver som må løses, lære å ta imot ordre og planlegge hverdagen, og ta bedre vare på egen helse. De ansatte formidler en tro på deltakerne og en vilje til å se muligheter og det positive hos den enkelte: «Det er

så mye guts i folk som vi ikke vet om på forhånd». De ansatte ønsker å støtte deltakerne til å få et verdig liv uten rus, og de har engasjement og entusiasme for jobben sin. Samtidig er de realistiske; de har en forståelse for at det å etablere et rusfritt liv, er «ingen dans på roser». Det kan være en lang vei å gå for mange.

De ansatte i «Ut i jobb» legger vekt på å være tilgjengelige for deltakerne. En veileder sier det slik: «Vi er jo *på* disse menneskene nesten hele døgnet». De er spesielt opptatt av å følge opp deltakerne på kveldstid, i helger og ferier og i sårbare overgangsfaser som bytte av bolig og oppstart i ny jobb. Slike overganger kan være ekstra utfordrende å takle for deltakerne. For eksempel kan en veileder ringe en deltaker som har begynt i ny jobb, hver morgen og kjøre ham eller henne til jobben den første uka. Hensikten er å fungere støttende for at vedkommende skal lære morgenrutiner og møte på jobb. På denne måten stiller veilederne opp ut over det som er forventet: «Vi prøver å gi aksept, vi skaper likeverd gjennom å gi ansvar, ikke gjøre for dem, men støtte dem til å klare det selv, være en av 'oss'». De ansatte er også opptatt av at mange deltakere mangler trening i å bo, derfor er oppfølging i bolig viktig. Det kan være støtte og oppmuntring til renhold, handling og laging av mat og betaling av husleie for å unngå utkastelse. En deltaker beskriver opplevelsen av å få hjelp på denne måten:

Folka fra Bymisjonen er der for deg. De hjelper til med å aktivisere deg. De stiller opp hvis det er i jobbsammenheng, og hvis du skal ha hjelp til søknader, gjeld osv. – det er så mye de kan hjelpe med.

Forståelsen hos de ansatte for betydningen av tett oppfølging har blant annet sammenheng med at flere av veilederne selv har erfaring med rusproblemer og med soning. Tiltaket danner på denne måten en sterk form for likepersonsarbeid. Ansatte med egenerfaring deler ofte sine erfaringer med deltakere. Det skaper fortrolighet mellom veileder og deltaker. En deltaker forteller: «Vi jobber på lik linje og klipper hekken sammen, og samtidig prater vi om livet mitt. Siden han har erfaring selv, forstår han hva det handler om.»

Ut fra de ansattes perspektiv kan det å ha egenerfaring bidra til å legitimere deltakernes opplevelser. Det gjør det også lettere å snakke om vanskelige ting uten at det blir konflikt. Ansatte som har egenerfaring, har en

forståelse av kulturen i det miljøet deltakerne kommer fra. De kjenner både språk og kultur i kriminelle miljøer og på gata. Det gjør at de kan si «jeg har vært der». Det blir en annen måte å snakke sammen på. En av dem forklarer det slik:

Jeg tror at med en gang de (deltakere) vet det har vært på samme måte for meg, som det har vært for dem, så blir samtalen litt annerledes. Blir mer tillit med en gang. Språket er helt annerledes ute. Og de blir ikke så nærtagende. For skal du få en sånn belæring fra en på andre siden av pulten; «du skal gjøre sånn og sånn», så blir det vanskelig. Da blir det en type autoritetsgreie.

Det at noen ansatte har egenerfaring og andre ikke har, gjør at de utfyller hverandre med ulike ståsted og ulike faglige forståelsesrammer. Kolleger med egenerfaring kan bidra til at kolleger uten egenerfaring kan få større forståelse for hvordan hverdagen for deltakerne kan være. En veileder med egenerfaring kan lettere peke på muligheter og synliggjøre at det går an å endre seg og oppnå et bedre liv. En av veilederne uten egenerfaring sier det slik: «Petter og jeg har veldig forskjellig tilnærming, han kan røske litt mer i folk fordi han selv har gått veien». De som selv har opplevd fengselsdommer, kan gå foran med et godt eksempel og formidle og skape håp og tro hos andre om at endring er mulig. De kan dele egne erfaringer om hvordan de selv har kommet videre. Erfaringene kan dreie seg om betydningen av å bli kvitt gjeld, hvordan komme seg i jobb og om det å leve et liv uten rus og kriminalitet.

Trekantsamarbeid

Et sentralt element for å følge opp og støtte deltakere i «Ut i jobb» er etablering av trekantsamarbeid. Denne samarbeidsformen etableres når en deltaker får jobb i en av de samarbeidende bedriftene. Deltaker blir fulgt tett opp med trekantsamtaler av en kontaktperson i bedriften og veilederen fra FRI. Møtene arrangeres etter behov, for eksempel en gang i måneden. I samtalen får hver part anledning til å gi uttrykk for sine forventninger og avklare muligheter og utfordringer som oppstår underveis. Det avtales også hvor

mye oppfølging som er nødvendig for deltakeren. Alt skrives ned i en avtale som signeres av alle parter. Trekantsamarbeidet gir forutsigbarhet og trygghet for alle parter. Jevnlige møter anses av bedriftslederne som et viktig verktøy for at arbeidsforholdet skal fungere og vedvare over tid. Flere deltakere peker på viktigheten av å ha oppfølging både fra FRI og fra bedriften samtidig og at de kan møtes og snakke sammen. Når det etableres et tillitsforhold, øker det sjansen for at deltakeren klarer å bli i jobben over tid. En styrke ved ordningen er den likeverdige dialogen mellom partene, der det er det lagt opp til full åpenhet. En deltaker forteller om sine erfaringer med åpenhet:

Jeg har god kontakt med nærmeste leder og prater ofte med ham. Det er bra for meg, da kan jeg være åpen om hvordan jeg har det, om ting er tungt eller bra osv. Da får han bedre forståelse om man ikke fungerer helt som normalt.

Noen ganger går likevel ikke deltakerens arbeidsforhold som planlagt. Det skyldes gjerne tilbakefall til rus. Da kan det være viktig med ekstra tett oppfølging. En deltaker sier det slik:

Det at FRI og bedriften var der for meg da jeg begynte å ruse meg igjen, hjalp meg til å komme raskt på beina igjen. Jeg slutta med rusen og klarte å fortsette i jobben.

For enkelte deltakere som faller tilbake til rus og kriminalitet, må arbeidsforholdet avsluttes. For bedriftsledere som ikke kan gjøre mer for deltakeren, er det viktig å vite at deltakeren blir fulgt opp videre av FRI. En bedriftsleder poengterer følgende: «Man må kunne si at nok er nok når det ikke fungerer, og det må være greit». Risikoen blir ikke så stor med FRI som et sikkerhetsnett i bakgrunnen. Derfor er det viktig at man i oppstart av trekantsamarbeidet avklarer kriterier for fortsettelse eller eventuell avslutning av et arbeidsforhold. Bedriftslederne peker også på at det er tryggere å ansette deltakere som har hatt opplegg gjennom FRI, enn å ta inn arbeidssøkere fra NAV. Dette skyldes blant annet at de vet at deltakeren kan komme tilbake til en veileder i FRI og få god oppfølging videre.

Tillitsskapende arbeid i KB

Vi har gjennom beskrivelser av tiltaket «Ut i jobb» belyst hvordan KB arbeider med å hjelpe tidligere innsatte til å mestre overgang fra soning til frihet og til å takle utfordringer som rusproblem, bolig, økonomi og det å komme ut i jobb. Vi vil her se nærmere hvordan KBs tjenesteytere skaper tillit gjennom tiltaket «Ut i jobb». I framstillingen benytter vi Mayer et al. (1995) sine tre faktorer; evner, velvilje og integritet, for å undersøke hvordan KB gjør seg verdig til tillit (tillitsverdighet) og hvordan deres tillitsverdighet påvirker deltakernes (tillitsgivers) vilje til å gi tillit.

KBs evner

Vi vil her se på hvordan KBs evner kan bidra til at de oppfattes som tillitsverdige. Evner dreier seg, ifølge Mayer et al. (1995), om organisasjonens innflytelse, kompetanse og ekspertise innen det feltet den leverer tjenester. Å være tillitsverdig innen sitt kompetansefelt dreier seg også om kompetansen er troverdig, om den er til å stole på og om organisasjonen og dens ansatte leverer det den lover.

Vi vurderer det slik at KB har faglig kompetanse til å levere tjenester som den aktuelle målgruppen har behov for. I tiltaket «Ut i jobb» har de ansatte og de frivillige en kombinasjon av relevant fagkompetanse, utdanning innen helse- og sosialfaglig arbeid og erfaringskompetanse. De gir deltakerne individuell og psykososial oppfølging, og de hjelper deltakere med å få bolig, klare å bo og få bedre helse. De tilbyr aktiviteter gjennom arbeid eller arbeidstrening. De hjelper deltakerne med å få tilgang til offentlige tjenester og ytelser de har krav på. De tilbyr psykososiale samtaler og deltakelse i sosiale aktiviteter. Flere kunnskapsoppsummeringer framhever nettopp disse momentene som avgjørende i en helhetlig oppfølging for denne målgruppen (Bahr, 2015; Kendall et al., 2018). De samme momentene bekreftes også i en studie av rehabiliteringstiltak for personer med rusutfordringer i regi av KB (Blaalid, 2021). Blaalid dokumenterer hvordan allmenne og hverdagslige samhandlingsprosesser får betydning for deltakernes opplevelse av tilhørighet. I KB blir de en del av et statusgivende fellesskap og får mestringsopplevelser. Blaalid viser hvordan rehabiliteringstiltakene gir mulighet til nettverksbygging som letter overgangen

til andre livsarenaer og bidrar til at deltakerne blir mer deltakende i samfunnet.

Funnene vi har presentert, viser at tjenesteyterne i FRI har stor grad av fleksibilitet til å drive helhetlig og individuell oppfølging. Muligheten til å jobbe på denne måten kan ha sammenheng med KBs finansieringsordning. Ordningen synes å gi friere rammer for å utøve hjelp til den aktuelle målgruppen, enn det NAV-systemet ofte har. Ansatte og frivillige i FRI jobber ikke etter NPM-prinsipper, men har stor grad av autonomi og mulighet til å bruke faglig skjønn i arbeidet sitt. De sitter ikke på et kontor, men er sammen med deltakerne i deres hverdag. Da blir de kjent med og får kunnskap om den enkelte brukers situasjon og hverdagsliv. Det bidrar til at de kan gi oppfølging basert på en faglig vurdering av personens situasjon, mål og ønsker, rusavhengighet/rusfrihet, tidligere arbeidserfaring etc. Vi vil også framheve egenerfaringskompetansen som gjennomsyrer arbeidet i KB. Denne kompetansen gjør organisasjonen i stand til å ivareta brukerperspektivet og gir tjenesteyterne innsideforståelse for hva deltakerne strever med.

Når brukerne møter et tiltak som «Ut i jobb», som er preget av helhet, sammenheng og kontinuitet i hjelpen de får, gir det dem trygghet i hverdagen og tillit til KB. Som vi har vært inne på tidligere, har mange fra denne målgruppen mistet tilliten til hjelpesystemene. Når de møter KB, opplever de å bli tatt imot av et system som leverer tjenester de har behov for. De har mange og sammensatte behov, og de får hjelp på en rekke områder av livet. De får tilgang på rettigheter og tjenester som de kanskje ikke har turt eller klart å oppsøke på egen hånd. Det gir dem mulighet til å etablere og opprettholde et hverdagsliv som alminnelige mennesker. Tilgang på materielle forhold som bolig og økonomi gir ontologisk trygghet og velvære (Edland-Gryt & Skatvedt, 2013). I tillegg til å være grunnleggende for vår identitet gir ontologisk trygghet oss tillit til den sosiale og materielle verden rundt oss. Noe som kan ha stor betydning for personer som mangler tillit i individuelle relasjoner og til velferdstjenestene.

De samarbeidende bedriftene ser ut til å ha stor tillit til KBs kompetanse. En av grunnene til at de vil samarbeide med KB, synes å være at de opplever at KB leverer mer helhetlige og faglig funderte tjenester til sine brukere, enn det NAV gjør.

KBs velvilje

Velvilje har med omsorg og med mellommenneskelig tillit og relasjoner å gjøre, framhever Mayer et al. (1995). Vi vil her belyse KBs evne til å vise velvilje og se på hvordan tjenesteyterne viser vilje til å gjøre godt for sine brukere. Vi vil også se på brukernes forventninger til å kunne stole på at tjenesteutøverne vil dem vel.

I funnene vi har presentert, har vi vist hvordan tjenesteyterne i praksis viser at de bryr seg om deltakerne, for eksempel ved at de jobber tett sammen med dem over tid. På denne måten utvikles nære relasjoner mellom dem. Personer med rus- og psykiske helseproblemer trenger ofte lang tid på å bli trygge i relasjoner til hjelpere (Kendall et al., 2018). De ansatte viser i praksis at de er til å stole på. De møter opp gang på gang, selv om de blir avvist, og de tilbyr tjenester utenom det vanlige. Dette illustrerer at tjenesteyterne har en innstilling av vennlighet og hjelpsomhet, selv om det ikke er noe å tjene på det, slik Mayer et al. (1995) framhever.

Mange av brukerne i målgruppen for «Ut i jobb» er vant til både å bli avvist og ikke klare å ta imot hjelp fra det offentlige (Edland-Gryt & Skatvedt, 2013). I FRI møter de tjenesteytere som spør dem om hva de selv mener de trenger hjelp til. Det er tjenesteytere som for eksempel tilbyr praktisk hjelp med boligen og som følger brukeren til legen eller til banken for å ordne opp i gjeld. På denne måten møter deltakerne hjelpere som oppleves å være vennlige og hjelpsomme, og viser at de vil brukerne vel. Flere deltakere benyttet nettopp uttrykk som «de vil meg vel» og «de gjør alt de kan for å hjelpe meg», da de fortalte om de ansatte i FRI. De ga uttrykk for en følelse av å bli møtt med respekt, bli vist tillit og at de ansatte tror på dem og er der for dem.

I «Ut i jobb» får deltakerne mulighet til å bli kjent med en veileder og utvikle en personlig relasjon som varer over tid. Kontinuitet i oppfølgingen er svært viktig for mange i denne målgruppen (Andvig & Karlsson, 2021; Bahr, 2015; Kendall et al., 2018). I det offentlige hjelpeapparatet har de erfart å møte stadig nye saksbehandlere som ikke kjenner deres situasjon, og de har opplevd å bli avvist og ikke å bli trodd. De har også opplevd mange brutte relasjoner (Falck, 2015). Gjennom å tørre å stole på en eller flere ansatte i FRI og etablere tillit, kan det reparere relasjoner. Edland-Gryt og Skatvedt (2013) framhever at en forutsetning for å kunne nyttiggjøre seg hjelpen som tilbys, er at en har tillit til de profesjonelle hjelperne og til hjelpeapparatet som helhet.

Når det etableres og utvikles trygghet og tillit i relasjonen mellom deltaker og tjenesteyter, vil det også bidra til åpenhet. Ansatte og frivillige med egen erfaring har ofte en dypere forståelse av utfordringer personer med rusutfordringer og soningsbakgrunn strever med. De kan sette seg inn i deltakernes situasjon på en annen måte og stimulere til åpenhet. Da kan det bli lettere for deltakerne å våge å fortelle om problemer i hverdagen, som for eksempel rusmiddelbruk. Tillit handler nettopp om å ta en risiko (Mayer et al., 1995; Grimen, 2009; Hupcey et al., 2001). Deltakerne opplever å ta risikoen på å være åpne fordi de stoler på at de ikke blir avvist eller utvist fra tiltaket. Åpenhet viser seg også å være avgjørende i trekantsamtalene. Både veileder fra FRI og kontaktperson fra bedriften forsto hva deltakeren strevde med, og de viste at de brydde seg. De bidro til å skape tillit.

KBs integritet

Ifølge Mayer et al. (1995) handler integritet om kongruens mellom organisasjonens verdier og dens handlinger i praksis. Vi skal her se nærmere på om tjenesteyterne og KB har en praksis som er i tråd med det de lover i sitt verdigrunnlag.

Som det kommer fram på KBs hjemmesider (www.kirkensbymisjon.no/om-oss/) er KB opptatt av å møte sine brukere med respekt, rettferdighet og omsorg. Slik vi ser det, gjør tjenesteyterne i «Ut i jobb» det også i praksis. De møter deltakerne som likesinnede gjennom måten de samarbeider med dem på. De legger vekt på å se den enkelte deltakers muligheter og ressurser. De realiserer slagordet «Ingen er bare det du ser» i praksis gjennom å vise at de har tro på folk med hull i CV-en som strever med omfattende livsproblemer. Vi vil absolutt si det er kongruens mellom KBs verdigrunnlag og tjenesteytternes praksis.

Ideelle organisasjoner som KB kjennetegnes gjerne av kvaliteter som mangfold og valgfrihet, tillit, sosial innovasjon og frivillighet (Trætteberg & Sivesind, 2015). Mye tyder på at KB har slike kvaliteter basert i deres praksis, noe som bidrar til å gi organisasjonen et godt omdømme. KB har gjennom mange år bygd opp sitt renommé knyttet til arbeidet med marginaliserte og vanskeligstilte grupper. KB har vært en foregangsorganisasjon når det gjelder velferdspolitik og utvikling av velferdstiltak overfor slike grupper (Kullerød, 2005). Dette er grupper som det offentlige har vanskeligst for

å hjelpe, men som frivillige og ideelle organisasjoner gjerne stiller opp for (Haug & Tolgensbakk, 2019).

I tiltaket «Ut i jobb» har omdømmet eller troverdigheten til KB stor betydning når det gjelder å knytte til seg bedrifter som vil ansette deltakere fra tiltaket. Det er mye stigma og diskriminering forbundet med rusavhengighet, psykiske helseproblemer og fengselsopphold (Brohan et al., 2012). Det er ingen selvfølge å ansette personer med en slik bakgrunn i det ordinære arbeidsliv. Det er nettopp kongruensen mellom KBs verdigrunnlag og deres praksis i møte med vanskeligstilte, som bidrar til at bedriftene har tillit til KB. Bedriftene er trygge på at arbeidstakerne som har deltatt i «Ut i jobb», har fått god opplæring. De har deltatt i en prosess som har motivert dem og forberedt dem til å komme ut i jobb. Det har også stor betydning for bedriftslederne at FRI fortsetter å gi deltakerne oppfølging dersom de ikke skulle klare å fortsette i jobben.

Avsluttende refleksjoner om KBs rolle som tillitsskapende velferdsaktør

I dette kapitlet har vi løftet fram KBs arbeid i tiltaket «Ut i jobb» som eksempel på tillitsskapende arbeid overfor personer med rusproblemer og fengselsbakgrunn. De omfattende og sammensatte behovene som disse personene ofte har, gjør dem avhengige av hjelp og støtte for å klare hverdagen. Det gjør dem sårbare når det gjelder å vise tillit og stole på hjelpesystemene. Men i møte med tjenesteytere i «Ut i jobb» får deltakerne anledning til å utvikle tillitsfulle relasjoner. De tør å gjøre seg avhengige av hjelpernes handlinger, slik Hupcey et al. (2001) forstår tillit. Deltakerne tar den risikoen fordi hjelperne i KB er til å stole på. Fordi de har vist seg tillitsverdige. De har både ferdigheter, kompetanse og vilje til å gjøre godt for sine brukere. De har også kongruens mellom sitt verdigrunnlag og tjenestene de utfører i praksis. Det gir tillit hos brukere, bedrifter og samfunnet som helhet.

Som vi har vært inne på, strever offentlig sektor både med å skape tillit og helhetlige tjenestetilbud til personer med rusutfordringer og fengselsbakgrunn. Slik sett er KBs arbeid som tillitsskapende aktør, nyskapende. Haug og Tolgensbakk (2019) poengterer at ideelle og frivillige organisasjoner har en organisasjonsform som gir dem muligheter for å være nyskapende, nett-

opp fordi de har større grad av autonomi og fleksibilitet i arbeidet sitt. I KB utvikles tjenestetilbudet i tett samarbeid mellom frivillige, profesjonelle med og uten egenerfaring og med brukerne selv. Alle parter lærer av hverandre og skaper en ny type kompetanse og nye arbeidsmåter. Dette samarbeidet mellom KB, de frivillige og privat sektor ved bedriftene kan forstås som samskaping. Voorberg et al. (2015, s. 12) definerer samskaping som «involvering av borgere i prosesser knyttet til initiering og/eller utforming av offentlige tjenester, med den hensikt å (sam)skape fordelaktig utbytte» (vår oversettelse). Torfing et al. (2017) framhever at samskaping relatert til offentlig sektor innebærer at offentlige og private og/eller sivile aktører arbeider sammen gjennom å dele kunnskap og ressurser med hverandre. Samskaping handler slik sett om en forståelse for at ingen kan løse de store velferdsoppgavene alene. Gjennom samskaping økes både kompetanse og kapasitet (Haug & Tolgensbakk, 2019), noe som i dag framheves som sentralt for å skape gode og stabile løsninger på viktige oppgaver i velferdsstaten. Ideen om samskaping kan forstås som en overgang fra den mer markeds- og resultatfokuserede New Public Management til en mer tillits- og nettverksbasert reformbølge omtalt som New Public Governance. Målsettingen er å skape bedre og mer helhetlige tjenester (Haug & Tolgensbakk, 2019).

Studien vår viser at KB som tiltak har forutsetninger for å jobbe basert på tillits- og nærhetsreformer. Dette innebærer økt fleksibilitet i gjennomføring av tiltak og i ivaretagelse av den enkeltes behov. KB følger i liten grad standardiserte løsninger, men tar høyde for hva som er nødvendig for hvert individ. KBs tette oppfølging av brukere og samhandling i trekantsamtaler er et eksempel på hvordan vi kan øke tilliten mellom aktørene, og dermed ha større mulighet for å lykkes med å etablere gode hverdagsliv etter soning. Hver enkelt får den hjelpen de har bruk for, og ikke bare hva de har rett på (Bentzen, 2022). Denne måten å arbeide på er i tråd med verdigrunnlaget i tillitsreformen i Norge (Aspøy, 2022) og nærhetsreformen i Danmark (Bentzen, 2022). Her er målet at velferdsstaten skal ha et tillitsskapende ansvar for å bidra til at personer som har behov for det, får ressurser og støtte til å leve et godt hverdagsliv basert på nærhetsprinsippet og reelle behov hos hver enkelt innbygger.

Dessuten viser studien vår at frivillige/ideelle organisasjoners innsats ivaretar brukeres verdighet. På denne måten styrer frivillige organisasjoner unna ydmykelsespotensialet i tjenesteyting/bistand. Det kan tyde på at frivil-

lige/ideelle organisasjoner har noe ved seg som framstår som viktig å forstå og forklare. Samtidig ser offentlige tjenester ut til å bli stadig mer standardisert og avgrenset (jf. NPM-reformen). De strever med å skape tillit og helhetlige tjenestetilbud og kan virke ydmykende på ulike måter overfor sine brukere. Denne ydmykelsen kan være en større fare for velferdsstatens legitimitet enn det som synes vanlig å anta. Hvorfor skal vi bli overrasket over at det skaper oppsplitting, og hvorfor er det så mange forskere som investerer så mye energi i å vise at det finnes gode teknikker og modeller i personorientering, koordinering, samarbeid osv.? Hvis fragmenteringen først og fremst er en del av en sentralisering som fratår fagfolk den autonomien de tidligere hadde, er kanskje dette det store paradokset? KB har trolig beholdt en form for autonomi som gjør at de ikke «styrer» mer koordinert enn offentlig sektor, men gir atskillig handlingsrom til dem som møter brukerne direkte.

Frivillige/ideelle organisasjoners innsats, slik som KBs, angår samspillet mellom frivillighet og offentlig sektor i den norske velferdsstaten. Loga (2018) peker på at dette samspillet ofte er preget av gjensidighet. Dessuten framhever Loga at det i dag er en fornyet interesse for sivilsamfunnets potensial, ikke minst med tanke på demokratiske aspekter og spørsmål om å utvikle mangfold i tjenestene. Frivillige organisasjoner, slik som KB, vil kunne være en viktig bidragsyter i å styrke brukermedvirkning, utvikle brukerrettede tilpasninger og bidra til at flere aktører blir involvert i et samarbeid om tjenestetilbudene.

Referanser

- Andvig, E. & Karlsson, B. (2021). Samordnede velferdstjenester til personer etter soning – glippsoner og broer. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 3(24), 1–14. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2021-03-01>
- Andvig, E., Bjørlykhaug, K.I. & Hummelvoll, J.K. (2019). Victims of debt after imprisonment: Experiences of Norwegians with substance use challenges. *Scandinavian Psychologist*, 6, e1. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.6.e1>
- Andvig, E., Steen, A. & Sirnes, A. (2016). *Fra outsider til A4. En forskningsbasert evaluering av Stiftelsen Kirkens Bymisjon Drammens aktiviteter relatert til «Ut i jobb»*. Rapport nr. 1. Senter for psykisk helse og rus. Høgskolen i Sørøst-Norge.
- Aspøy, A. (2022). Den norske tillitsreformen er annerledes. *Stat & styring*, 32(1), 26–28. <https://doi.org/10.18261/stat.32.1.9>
- Bahr, S.J. (2015). *Returning home. Reintegration after prison or jail*. NASW Press, National Association of Social Workers.
- Bentzen, T.Ø. (2022). Fire dilemmaer med tillid i den offentlige sektor. *Stat & styring*, 32(1), 29–31. <https://doi.org/10.18261/stat.32.1.10>
- Bergh, A. & Bjørnskov, C. (2011). Historical trust levels predict the current size of the welfare state. *Kyklos*, 64(1), 1–19. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6435.2010.00492.x>
- Blaalid, B. (2021). *Rus & livsendring. En studie av rehabiliteringstiltak, rusavhengighet og livsløpsprosesser*. [Doktorgradsavhandling. Fakultet for samfunnsvitenskap. Nord universitet].
- Brohan, E., Henderson, C., Wheat, K., Malcolm, E., Clement, S., Barley, E., Slade, M. & Thornicroft, G. (2012). Systematic review of beliefs, behaviors and influencing factors associated with disclosure of a mental health problem in the workplace. *BMC Psychiatry*, 12(11), 1–14. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-11>
- Bukten, A., Skurtveit, S., Tverdal, A., Strang, J. & Clausen, T. (2017). High risk of overdose death following release from prison: Variations in morality during a 15-years old observation period. *Addiction*, 112(8), 1432–1439. <https://doi.org/10.1111/add.13803>
- Byrkjeflot, H. & Engelstad, F. (2018). *Bureaucracy and society in transition: comparative perspectives*. Ringgold Inc.
- Edland-Gryt, M. & Skatvedt, A.H. (2013). Thresholds in a low-threshold setting: An empirical study of barriers in a centre for people with drug problems and mental health disorders. *International Journal of Drug Policy*, 24(3), 257–264. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2012.08.002>
- Falck, S. (2015). *Tilbakeføringsgarantien som smuldret bort. Mellom kriminalomsorg og kommunale tjenester. Tiltaksbro, systematikk eller tilfældighet?* SIRUS rapport 3/ 2015:9. Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Folkestad, B. (2017). Politisk tillit og bruk av offentlige velferdstjenester. I Christensen, D.A., Lindén, T.S., Ytre-Arne, B. & Aars, J. (Red.), *Tjenstedemokratiet*. Universitetsforlaget.

- Fridhov, I.M. & Langelid, T. (2017). Importmodellen i norsk fengselsvesen. *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab*, 104(3), 259–288. <https://doi.org/10.7146/ntfk.v104i3.115050>
- Grimen, H. (2009). *Hva er tillit?* Universitetsforlaget.
- Gullslett, M.K. & Ekeland, T.J. (2012). Autonomiens betydning og vilkår ved ambulante akutt-team. En teoretisk analyse. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 9(1), 13–21. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2012-01-03>
- Haug, A.V. & Tolgensbakk, I. (2019). *Humanitær rapport 2019. Mellom velferdsstat og frivillighet*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, NOVA Rapport 11/2019. <https://fagarkivethioa.archive.knowledgearc.net/bitstream/handle/20.500.12199/2931/NOVA-Rapport-11-2019%20Nettversjon.pdf?sequence=>
- Haukelien, H. & Vike, H. (2009). Velferd. I E. Brotkorb & M. Rugkåsa. (Red.). *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. 3. utg. (s. 123–166). Gyldendal. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01970.x>
- Hupcey, J.E., Penrod, J., Morse, J.M. & Mitcham, C. (2001). An exploration and advancement of the concept of trust. *Journal of Advanced Nursing*, 36(2), 282–293.
- Kendall, S., Redshaw, S., Ward, S., Wayland, S. & Sullivan, E. (2018). Systematic review of qualitative evaluations of reentry programs addressing problematic drug use and mental health disorders amongst people transitioning from prison to communities. *Health and Justice*, 6(4). <https://doi.org/10.1186/s40352-018-0063-8>
- Kullerød, D. (2005). *Kirkens Bymisjon: respekt, omsorg, rettferd*. Aschehoug.
- Loga, J. (2018). Sivilsamfunnets roller i velferdsstatens omstilling. *Norsk Sosiologisk Tidsskrift*, 2(1), 58–73. <https://doi.org/10.18261/issn.2535-2512-2018-01-05>
- Lundberg, K. (2018). The Welfare Subject in the ‘One-stop Shop’: Agency in Troublesome Welfare Encounters. *The Journal of Sociology & Social Welfare*, 45(2), <https://scholarworks.wmich.edu/jssw/vol45/iss2/7>
- Mayer, R.C., Davis, J.H. & Schoorman, F.D. (1995). An integrative model of organizational trust. *Academy of Management Review*, 20(3), <https://doi.org/10.5465/amr.1995.9508080335>
- Oslo kommune (2017). *Velferdsetatens brukerundersøkelser blant NAV-brukere i Oslo for 2017*. Oslo kommune, Velferdsetaten.
- Oslo kommune (2019). *Tilgjengeligheten til sosiale tjenester i NAV*. Rapport 02. Oslo kommune, Kommunerevisjonen.
- Revdal, M.K. (2015). *Innsattes levekår 2014*. Rapport 2015/47. Statistisk sentralbyrå.
- Skog Hansen, I.L. (2017). *NAV i fengsel. En følgeevaluering av innsattes tilgang til NAV-tjenester*. Fafo-rapport 2017:37. <https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/item/nav-i-fengsel>
- Sztompka, P. (1999). *Trust: A sociological theory*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Torfinn, J., Sørensen, E. & Røiseland, A. (2019). Transforming the public sector into an arena for co-creation: Barriers, Drivers, Benefits and Ways forward. *Administration & Society*, 51(5), 795–825. <https://doi.org/10.1177/0095399716680057>

- Trøttestad, H.D. & Sivesind, K.H. (2015). *Ideelle organisasjoners særtrekk og merverdi på helse- og omsorgsfeltet*. Hentet fra <https://samfunnsforskning.brage.unit.no/samfunnsforskningxmlui/handle/11250/2389367>
- Vike, H. (2018). *Politics and bureaucracy in the Norwegian welfare state: an anthropological approach*. Cham, Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-64137-9>
- Voorberg, W.H., Trummers, L., Bekkers, V., Torfing, J., Tonurist, P. & Kattel, R. (2015). *Co-Creation and Citizen Involvement in Social Innovation: A Comparative Case Study across 7 EU-Countries*. LIPSE report. Rotterdam: EU Commission.
- Windstad, J.I. & Steen, A. (2010). *Sluttrapport Prosjekt FRI: samarbeid med Kirkens Bymisjon i Drammen og Husbanken, Drammen kommune, Kriminalomsorgen, Fengselsregion Sør, Drammen politietat*. Drammen: Kirkens Bymisjon.
- Wyller, V.B. (2013). Ta faget tilbake! *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 5(133), 655–659. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.0238>

Ausland, L.A.H & Andvig, E. (2022). Fengselsøya i velferdsstatens skjærgård. I H. Vike, B. Karlsson & R. Sundet (Red.), *Velferdsstatens transformasjoner* (s. 218–236). Fagbokforlaget.
DOI: <https://doi.org/10.55669/oa200909>

9

Fengselsøya i velferdsstatens skjærgård

Liv A. Hanson Ausland & Ellen Andvig

Innledning

I samfunnshuset er det satt opp mange rundbord. Det er småkaker og kaffe på bordene, og ved hvert bord sitter mellom fem og syv menn. Det er tydelig at noen kjenner hverandre, men ikke alle. Fængselsdirektøren ved Bastøy fængsel reiser seg og ønsker velkommen til dialogkonferanse mellom ansatte og tidligere innsatte. Han ber om innspill til hvordan Bastøy kan bli bedre. Det tar ikke lang tid før en kar ber om ordet og reiser seg: «På Bastøy ble jeg for første gang tatt på alvor! Jeg hadde ansvar for hestene, det jeg gjorde var viktig for noen!» Flere nikker, og en annen tar ordet: «Det er viktig at dere stiller krav til de innsatte, dere må ha forventninger om å matche samfunnet der ute. Gutta må venne seg til å jobbe fra 7–17. Det må være virkelig!» Det er mange som vil ha ordet, den ene etter den andre reiser seg og snakker: «Når du sitter

på lukka, så mister du din menneskelighet – du slutter å tenke sjøl, på Bastøy måtte vi begynne å tenke igjen. Det var ingen som fortalte hva vi skulle gjøre.» «Det må hele tiden være fokus på å komme ut!» «Det er ingen forskjell på Bastøy og lukket fengsel hvis de ikke lærer å ta ansvar og jobbe!» «De ansatte på Bastøy er arbeidskamerater, de bryr seg om oss og om jobben.»

Vi var to forskere fra Universitetet i Sørøst-Norge som også var invitert til denne dialogkonferansen. Vi ønsket å finne ut av hva som var helsefremmende sider ved å sone i Bastøy fengsel. I tillegg til deltakende observasjon ved denne dialogkonferansen, har vi utført fokusgrupper ved Bastøy fengsel våren 2017 (Andvig, Ausland & Eberhardt, 2018). Fokusgruppene bestod av tre 1–2 timers strukturerte samtaler med ulike grupper av innsatte. Vi har også hatt flere strukturerte og ustrukturerte samtaler med ledelse og ansatte ved Bastøy fengsel våren 2017.

Det er viktig å være klar over at det sannsynligvis har skjedd endringer på Bastøy fengsel siden vårt feltarbeid i 2017, og at dette kapittelet nødvendigvis ikke fanger opp de endringene.

Vi ble tidlig klar over at både innsatte og ansatte forsøkte å sette ord på en opplevd spenning både under og etter soning. Denne spenningen handlet om flere forhold. Den handlet om hvordan soningen på Bastøy kan oppleves som en voldsom overgang fra «lukket soning» til lavere grad av sikkerhet og tvang. Å sone på Bastøy fengsel kan ses i et spenningsforhold mellom å bearbeide opplevelser av tvang fra tidligere soningsforhold, og å skulle fungere under mer «normale» forhold.

Soningen på Bastøy kan også ses i spenningsforholdet mellom å være tett på friheten i samfunnet uten å være fri. Spenningen handler også om en opplevelse av forholdet mellom idealer og realiteter i kriminalomsorgen. Intensjonene med straff og soning velferdsstatens fengsler handler i stor grad om tilbakeføring til samfunnet, uansett fengselstype.

Det er dokumentert at isolasjon og stor grad av tvang overfor innsatte er helseskadelig, og kan føre til problemer med tilbakeføring til et normalt liv. Se for eksempel Smith, Horn, Nilsen og Rua (2013). Hva skjer når innsatte gis stor grad av frihet og ansvar for eget liv under soning? Kommer de da raskere tilbake som gode samfunnsborgere, eller er det slik at de slipper for lett unna? Fengselet er en av velferdsstatens kanskje mest paradoksale

institusjoner. Fengselet skal fungere både som frihetsberøvelse og tilbakeføring til samfunnet. Fengselet er straff og avskrekkelse, samtidig som fengselsoppholdet skal gi muligheter for en fremtid utenfor murene. Velferdsstatens humanistiske idealer om omsorg og likeverd skal realiseres under en ramme av tvang, makt og straff. Bastøy fengsel forsøker på sin egen måte å redusere spenningen og gapet mellom soning og frihet. Det er derfor viktig å lære av erfaringene fra Bastøy om hvordan de håndterer de innebygde spenningene i velferdsstatens kriminalomsorg.

Vi ønsker å sette ord på opplevde spenninger mellom idealer og realiteter i kriminalomsorgen, slik de først og fremst formidles gjennom stemmene til de innsatte ved Bastøy. Vi ønsker å formidle og diskutere noe av denne praksisen, hvor humanøkologi, helsefremmende arbeid og ansvarslæring er bærende ideer. Det er viktig å åpne opp for diskusjonen om hvilken plass fengselet skal ha i framtidens velferdssamfunn. Kanskje er slik at et sivilisert samfunn bør vurderes etter hvordan man ivaretar de som har forbrutt seg mot det?

Velferdsstatens ambisiøse mål for straff og soning

Ugelvik (2013) hevder at norske fengsler er og skal være en integrert del av den norske velferdsstaten. Det norske samfunnet har ambisiøse mål om at straff og soning skal bidra til et fredelig og godt samfunn. Straffegjennomføringsloven § 3 slår fast at innholdet i straffen skal kunne styrke den enkelte domfeltes mulighet for å fungere i samfunnet, innen rammer som ivaretar sikkerheten for samfunnet. Loven sier videre at den domfelte selv skal medvirke til sin egen tilbakeføring og rehabilitering. Dette viser ambisiøse mål om at samfunnet legger vekt på tilbakeføringen, og at veien tilbake må bygges opp individuelt og med stor grad av medvirkning fra de innsatte selv. Slik det går fram av innledningen til denne boken, har den norske velferdsstaten tradisjonelt vært preget av små og lokale tjenesteytende institusjoner. Disse har hatt høy grad av autonomi og er blitt ledet av engasjerte tjenesteytere som har fungert som en blanding av statens representanter og engasjerte advokater for brukerne sine. Dette har også gjort seg gjeldende i kriminalomsorgens institusjoner, ikke minst i Bastøy fengsel. Gjennom analyser av fokusgrup-

pene på Bastøy og referater fra samtaler med innsatte fant vi uttrykk for en spenning både hos innsatte og ansatte. Spenningen handlet om at politiske styringssignaler i liten grad er rettet mot nytenking innen straffegjennomføring og tilbakeføring til samfunnet. Markedsliberalismen har for lengst satt sitt preg på soningsforholdene i norske fengsler. Små, autonome enheter med stor grad av frihet til å skreddersy og tilpasse rehabilitering og tilbakeføring, får lite politisk oppmerksomhet i Norge i dag. Tidligere direktør ved Bastøy fengsel Erik Såheim uttrykker i sin bok om Bastøy fengsel bekymring for at «åpne fengsler», som Bastøy, er utrydningstruede institusjoner. Han hevder at fraværet av offentlig fengselsdebatt og manglende interesse for fengselspolitikk åpner for at de gode fengslene kan forsvinne (Såheim, 2018). Uroen bekreftes i stortingsbehandlingen av forslag til statsbudsjettet 2019, Prop. 1 S (2018–2019), og i Stortingstinnstillingen 6 S (2018–2019). Utviklingen i kriminaliteten de senere årene viser nedgang i totalt antall innsatte i norske fengsler, samtidig som det er flere langtidssdommer enn tidligere. Flere lovbrøtere soner hjemme med elektronisk fotlenke. Utviklingen tilsier at man bygger flere soningsplasser med høyt sikkerhetsnivå, og at man nedlegger åpne fengsler rundt om i Norge. Det høres tilsynelatende riktig ut, men hva om vi med dette heller barnet ut med badevannet? Det bør knyttes bekymring og kritikk til den politiske iveren etter å nedlegge små, åpne fengsler. Det vil alltid være en del straffedømte som av ulike grunner ikke kan sone hjemme med elektronisk fotlenke. Hvis det blir færre åpne plasser, blir alternativet for disse straffedømte å sone i fengsler med høyere sikkerhet. Dette kan vise seg å være uheldig for den enkelte og for samfunnet. Innsatte ved Bastøy fengsel fortalte oss at det å bli vist tillit og å få ansvar, reduserte opplevelsen av hat mot samfunnet. Det kan tyde på at en god overgang fra innsatt til et fritt liv kan medføre færre tilbakefall til kriminalitet. Den politiske satsingen på høysikkerhetsfengsler på bekostning av små, åpne enheter fortjener oppmerksomhet og kritisk debatt. Statlige bevilgninger til kriminalomsorgen er blitt kraftig redusert de siste årene, og tendensen fortsetter. Det skaper utfordringer når det gjelder å kunne opprettholde fokuset på individuell og målrettet tilbakeføring. Vi reiser et begrunnet spørsmål om hvorvidt fremtidens velferdsstat har rom for landsbyfengsler som Bastøy?

Straff som virker – betydningen av god rehabilitering i fengsel

Hovedbudskapet i Stortingsmelding nr. 37 (2007–2008) er at straff som virker, skal være avgjørende for å bekjempe kriminalitet og trygge samfunnet. Straff skal gjennomføres slik at færre lovbrøtere begår nye kriminelle handlinger etter soning. Derfor må rehabiliteringen bli bedre, poengterer stortingsmeldingen. Den framhever at god rehabilitering krever en planmessig gjennomføring av straffen. Det innebærer kontinuitet og koordinering av tiltak i en «sømløs» straffegjennomføring, uten skott mellom fengsel og friomsorg. De tradisjonelle virkemidlene i kriminalomsorgen er arbeidstrening, skole, kulturtilbud, fritidsaktiviteter og motivasjonsarbeid, i tillegg til de som følger av selve straffegjennomføringen. Dessuten innebærer god rehabilitering et tett samarbeid med andre virksomheter som skole, helsevesen og NAV. Norge ønsker å være et foregangsland når det gjelder å ivareta innsattes menneskerettigheter, påpeker stortingsmeldingen.

Meldingen poengterer videre at å styrke normalitetsprinsippet innebærer å legge til rette for en fengselshverdag som i størst mulig grad gjenspeiler samfunnet utenfor. I denne sammenheng blir *landsbyfengselet* trukket fram som en treningsarena for livsmestring. Et landsbyfengsel skal gi innsatte mer innflytelse over viktige beslutninger i eget liv, og tilby et helhetsperspektiv som inkluderer innsattes relasjoner og fremtid. Dette oppnås ved at de straffedømte får mulighet til å leve mest mulig virkelighetsnært, som i en landsby. De skal få arbeidstrening på en samfunnsrealistisk måte, motta lønn for arbeid, betale regninger og kjøpe mat, få botrening, samt delta i stormøter og konfliktmegling. Alt under veiledning, kontroll og på en måte som ivaretar sikkerheten for resten av samfunnet. Meldingen fremhever at Bastøy fengsel (med flere andre fengsler) har likhetstrekk med *landsbyfengselet*, og at departementet ønsker å prøve ut dette konseptet videre.

Skandinavisk strafferettslig praksis har høstet stor internasjonal interesse. Sammenlignet med andre lands straffesystem, beskrives de nordiske landenes straffesystem som en straffekultur som skiller seg ut ved å være human, og som ivaretar innsattes velferd og borgerrettigheter (Smith & Ugelvik, 2017). Utenlandske forskere beskriver det nordiske straffesystemet som *det skandinaviske unntaket* i internasjonal straffep praksis (Pratt & Eriksson, 2014). Pratt og Eriksson framhever at *det skandinaviske unntaket* begrunnes

med den sterke ivaretagelsen av normalitetsprinsippet i skandinaviske fengsler. Innsatte betraktes som medborgere i motsetning til det som er vanlig i de fleste andre land. Det innebærer også, på tross av kriminelle handlinger, at den innsatte ikke mister sine borgerrettigheter. I skandinavisk kriminalomsorg finnes ideen om at fengselivet skal ligne mest mulig på det vanlige livet utenfor murene, dette er det såkalte *normalitetsprinsippet*. Fokuset på at målet med straff er tilbakeføring til samfunnet har alltid vært en bærebjelke i det norske rettssystemet. Det ble styrket ved innføringen av *tilbakeføringsgarantien* (St.meld. nr. 37 (2007–2008)). Tilbakeføringsgarantien understreket velferdsetatens forpliktelser også overfor løslatte. Målet med garantien er å redusere tilbakefall og styrke de innsattes evne til å leve et lovlydig liv etter soning. Garantien understreker samfunnets forpliktelse til at alle skal få tilbud om arbeid, utdanning, bolig, tilgang på helsetjenester, rusbehandling og gjeldsrådgivning etter soning. Ofte er NAV, helsetjeneste, skolevesen og andre representert med egne saksbehandlere på stedet. Det såkalte skandinaviske unntaket kan oppsummeres med at innsatte under soning ikke bare skal ha tilgang på velferdsstatens goder som borgere, men at de også skal ha en reell fremtidsmulighet når de løslates.

Bastøy fengsel

Bastøy fengsel har plass til 115 mannlige innsatte, og er det største lavsikkerhetsfengselet i Norge. Fengselet er plassert på en 2300 dekar stor øy i Ytre Oslofjord. Fengselet har ca. 80 bygninger, veier, strand, kulturlandskap, fotballbane, dyrket mark og skog. Fengselet fungerer som en liten landsby, med butikk, bibliotek, informasjonskontor, helsetjeneste, kirke, skole, NAV, kai-anlegg og fergedrift. Mange av de som soner på Bastøy, har langtidsdommer. De søker etter eget ønske om å bli overført dit når de har 2–3 år igjen av dommen. Fengselet har ca. 70 ansatte fordelt mellom arbeidsdrift og vaktjeneste. De som er ansatt i arbeidsdrift, er fagpersonell som fungerer som arbeidsledere ved de ulike funksjonene. De som er ansatt i vaktjenesten, er fengselsbetjenter som har ansvar for sikkerhet og kontroll, og de bidrar i tilbakeføringsarbeidet.

De innsatte bor i grupper i egne småhus hvor de organiserer seg selv. Alle innsatte tilhører arbeidsgrupper som arbeider med henholdsvis land-

bruk/skogsdrift, kjøkken/butikkdrift, teknisk drift eller maritim virksomhet. Maritim virksomhet betyr å drive ferga til og fra fastlandet. Gjennom å ta ansvar for naturen og omgivelsene skal innsatte lære å ta ansvar for seg selv, handlingene sine og fremtiden. Ideen om at de innsatte i størst mulig grad skal delta i driften av øysamfunnet, kom ikke bare som et resultat av ideologi. I praksis er det umulig for rundt 70 ansatte å drifte et fengselssamfunn på en øy hvor driften er basert på økologisk jord- og skogbruk. Enten må de innsatte tvinges til å arbeide, med påfølgende vakthold, eller de må gis ansvar og tillit nok til å arbeide selvstendig. Arbeidsoppgavene på fengselsøya er mange, omfattende og ressurskrevende. For å få det til å fungere er man avhengig av at de innsatte selv finner løsninger på problemer som oppstår. På Bastøy utviklet det seg en praksis for å tildele omfattende ansvar for en rekke arbeidsoppgaver til de innsatte, noe som er relativt utradisjonelt innen fengselsdrift.

Et beboerhus har fått navnet Blueshuset. I dette huset bor innsatte som er rekruttert til fengselsbandet «Skyldig som faen». Bluesbandet tar spilleoppdrag over hele landet, og har opptrådt på store scener, blant annet Notodden Bluesfestival. Innsatte med erfaring fra Blueshuset fortalte at de stiller strenge krav til hverandre med hensyn til øving og disiplin, og ikke minst, til musikalsk kvalitet.

Bastøy er som nevnt en øy, og er avhengig av båt for all frakt av gods og passasjerer. De innsatte i *maritim virksomhet* jobber som matroser på fergen, noe som innebærer at de har ansvar for folks sikkerhet om bord. Både fengselsdirektør og annen øvrighet må rette seg etter fergemannskapets instruksjoner under overfart. Store deler av døgnet har de innsatte ansvar for dyrene i landbruksavdelingen. Om ettermiddagen drar de ansatte arbeidslederne hjem. Det er de innsatte som følger med og passer på at dyrene har det bra. Den lokale butikken er drevet av en gruppe innsatte som har ansvaret for alt fra bestilling av varer til kundeservice.

Ifølge fengselsledelsen handler ikke dette bare om å gi ansvaret for arbeidsoppgaver til innsatte, men også om å sette innsatte i stand til å ta ansvar for sin egen tilbakeføringsprosess. Det hevdes at på Bastøy er det ikke fengselsbetjenten, verksbetjenten eller sosialkonsulenten som tilbakefører de innsatte til samfunnet. De ansatte bidrar med veiledning, tilrettelegging og ikke minst motivering, men det er den innsatte selv som tar valgene og i stor grad utfører arbeidet omkring sin tilbakeføring. Erfaringene viser at gjen-

nom å gi den enkelte innsatte ansvar for driften av øysamfunnet (og dermed sin egen tilbakeføring), skapes gode relasjoner mellom innsatte og ansatte, basert på gjensidig respekt og nødvendig samarbeid. I fengselets over 30-årige historie er det svært få tilfeller av trusler og vold, ifølge fengselsledelsen. Dette står i kontrast til utviklingen i øvrig norsk kriminalomsorg hvor antall trussel- og voldsepisoder har steget mye de siste årene.

Humanøkologi og helsefremmende fengsel

Bastøy fengsels uttalte verdigrunnlag er basert på humanøkologi, og er formulert slik på fengselets nettside (www.bastoyfengsel.no):

Humanøkologien er opptatt av forholdet mellom mennesker og deres sosiale og kunstige skapte miljøer og fokuserer på hvordan mennesker samvirker og påvirkes av hverandre og naturen. Det betyr at alle ansatte i Bastøy fengsel forventes å ha kompetanse, forståelse og fokus på relasjoner og hvordan vi påvirker og påvirkes av hverandre i tillegg til respekt for hvordan vi bruker og forvalter naturen omkring oss, som vi alle er en del av.

Et humanøkologisk perspektiv på fengselsdriften betyr at alle deler av fengselsdriften skal være i gjensidig samspill. Bastøy betegner seg som et «øysamfunn». På øya er økologisk landbruk og forsvarlig bruk av naturressurser en viktig del av verdigrunnlaget. Landbruket er økologisk, basert på bærekraftig produksjon uten bruk av kunstgjødsel. Dyrene lever i utemiljø og omgivelser som er tilpasset deres behov. De innsatte inngår i et arbeidsfelleskap hvor hver av dem er helt nødvendige for driften. Generelt er et humanøkologisk perspektiv kjennetegnet ved ideen om at mennesker i samfunn kan forstås som organismer, hvor relasjonene mellom ulike funksjoner har betydning, og hvor alle deler er viktige for helheten (Bubolz & Sontag, 2009).

Det humanøkologiske perspektivet har mye til felles med helsefremmende fengsler. Helsefremmende fengsler har en systemorientert, økologisk forståelse på helse, og det legges til grunn at helse fremmes og utvikles der hvor folk lever sine daglige liv. Også hvis livet leves i fengsel (Schriener & Hodgins, 2012; Green, Tones, Cross & Woodall, 2015). I et helsefrem-

mende perspektiv er helse uløselig koblet til samfunnsfaktorer som inntekt, utdanning, sosialt nettverk, arbeid og bolig. Å fremme innsattes helse innebærer at perspektivet må utvides fra forhold knyttet til hvordan den enkelte har det som innsatt, til fokus på fremtidsmuligheter, levekår, retningslinjer og politikk (WHO, 2009).

Basert på WHO-strategien for helsefremmende settinger (WHO, 2009) har man internasjonalt og nasjonalt gått aktivt inn for å se fengsler som nøkkelsettinger for å fremme helse. Fengsler har store muligheter til å sette fokus på helsemessige og sosiale forhold hos de innsatte, fordi de innsatte er der over tid. Fengsler kan i så måte være et førstehåndssted til å motvirke ulikhet i helse (Baybutt, Hayton & Dooris, 2010). Selv om fengsler er konstruert rundt tvang, makt og hierarki, stikk i strid med helsefremmende prinsipper, kan fengsel som setting ha betydning for å fremme helse. Marginaliserte, utsatte grupper med store helseutfordringer, som ellers er vanskelig å hjelpe, kan nås i fengselet (Baybutt et al., 2010). For mange innsatte kan opphold i fengselet være deres første møte med et system som kan bidra til å fremme deres ressurser og muligheter til å ta vare på egen helse (Woodall & South, 2012). Helsefremmende fengsler som konsept skal inkludere alle fasetter ved fengselslivet, fra individuell helse til fysiske omgivelser og organisasjonsfaktorer. I den systembaserte settingstilnærmingen til helsefremmende fengsler må hele rettsvesenet være en del av helsefremmende tenkning og praksis.

Konseptet helsefremmende fengsel tar utgangspunkt i FN's prinsipper for innsattes rettigheter (Green et al., 2015, s. 469). FN's rettigheter for innsatte slår fast at innsatte skal ha den samme tilgangen på helsetjenester som de andre borgerne i landet (UN, 1966, 1990). Som nevnt tidligere strekker velferdsstatens fengsler i Skandinavia seg atskillig lenger enn til å tilby helse-tjenester.

System for dialog og problemløsning

Arbeidskrevende oppgaver med landbruksdrift på en øy, i kombinasjon med mangel på arbeidskraft, har bidratt over tid til at de innsatte fikk mer ansvar for driften. Problemer som har oppstått, måtte fortløpende løses med små midler, og av de som opplevde dem. Kreative løsninger på praktiske problemer krever ofte samarbeid mellom arbeidsgrupper. Bastøy fengsel har etab-

lert systemer for dialog mellom innsatte og mellom innsatte og ansatte. Dialogkonferanser og «øyråd» benyttes regelmessig som strukturer for medvirkning og samarbeid for å løse praktiske små og store problemer. Ifølge fengselsledelsen er bruk av dialogkonferanser en viktig måte å sikre brukermedvirkning på. På dialogkonferansene møtes innsatte og ansatte for å diskutere aktuelle temaer vedrørende drift og soningsforhold. Vi ble fortalt at det arrangeres dialogkonferanser med innsatte som soner i fengselet, og dialogkonferanser med tidligere innsatte. Øyas butikk er et resultat av et forslag fra en innsatt som lurte på om det var nødvendig å bestille varer fra fastlandet. Tidligere innsatte inviteres regelmessig til å gi tilbakemelding på hva som fungerte bra, og hva som kan bli bedre, når det gjelder soningsforholdene på øya. Det er også blitt arrangert innovasjonscamper der innsatte og ansatte har jobbet sammen om nye ideer til produksjon. Blant annet er ideen om produksjon og salg av lavvoer laget av tre blitt utviklet på en innovasjons-camp.

Ledelsen fremhever at konflikter mellom innsatte og mellom innsatte og ansatte hører med til livet i fengselet, som det gjør mellom innbyggere i samfunnet ellers. Konflikter skal ikke nødvendigvis unngås, men de søkes løst og håndtert på best mulig måte og på lavest mulig nivå. Kompetanse i konflikthåndtering og dialog fremheves som viktig for å fungere i samfunnet både på øya og utenfor.

De harde overgangene

Som nevnt innledningsvis i dette kapittelet danner fokusgrupper med innsatte basis for forskningen i prosjektet (Andvig, Ausland & Eberhardt, 2018). Vår første refleksjon etter fokusgruppene var at de innsatte innledningsvis insisterte på å fortelle oss om erfaringene sine fra å sitte på «lukka». Det vil si på et lukket fengsel med høyere sikkerhet enn Bastøy, for eksempel Ullersmo fengsel. Forskerne ønsket i utgangspunktet at de innsatte fortalte om hva de gjorde på Bastøy fengsel, hva som er hverdagen deres, og om hvordan hverdagen opplevdes. Vi ønsket å få tak i fortellinger om praksis, og hva de gjorde, ikke bare om hva de tenkte. Vi ble møtt ganske massivt med at vi måtte forstå hvordan det var å sitte på «lukka», for at vi kunne forstå fortellingene om hvordan det er å være på Bastøy. Det ble på mange

måter fortellinger om *overganger*. Ofte beskriver innsatte overgangene mellom systemene som «sjokkpreget», fulgt av sterke følelser som angst, sinne, uro eller til og med apati. De fleste av de innsatte vi snakket med, har opplevd flere overganger: De har gått fra et mer eller mindre fritt liv til et mer eller mindre lukket system i fengsel med høyere sikkerhet. De har opplevd overgangen derfra til Bastøy, som er et åpent fengsel. De innsatte er nå i ferd med overgang til et mer eller mindre fritt liv igjen.

I løpet av våre samtaler med innsatte ble vi som forskere gang på gang fortalt at lukket fengsel er livsfarlig og umenneskelig. Flere var opptatt av at denne typen soning bryter ned mulighetene for senere å leve et normalt liv, noe de hevdet at samfunnet ikke var tjent med.

Frihetssjokket

Det var sterke fortellinger om erfaringene ved å sitte på «lukka». De innsatte fortalte om sjokket ved å bli fratatt sin handlefrihet og valgfrihet på de fleste områder i livet sitt. De fortalte at de mistet sin menneskelighet; «du slutter å være menneske på lukka». De fortalte om å bli fratatt evnen til å tenke selv, ikke ta valg, ikke kunne ta seg av sitt eget liv. Noen fortalte om at det lukkede systemet til slutt opplevdes som en frihet. «De stengte ikke meg inne om kvelden, jeg stengte dem ute». «Det er et behagelig liv å stenge alt og alle ute, og ikke planlegge, ikke tenke på fremtiden. Man begynner å like det!».

Overgangen fra lukket fengsel til Bastøy fengsel ble beskrevet som et *frihetssjokk*. De innsatte fortalte om både fysiske og psykiske reaksjoner på å komme til Bastøy. Å ta båten til øya uten vakt, å stå og vente på at noen forteller hva man skal gjøre, til de skjønnte at de måtte velge selv.

Det er jo sjokk, da. På lukket så blir du gjerne fulgt med betjenter hvor hen du skal gå. Det er låste dører overalt. Du skal gå og legge deg ... altså halv ni er du innlåst. Halv ni på morgenen blir du utlåst. Altså det er så veldig rutiner. Så kommer du hit da, og så får du en liten omvisning, så sier de: «Lykke til, da!» Og så forlater de deg ved vakta. Og så står du her. Altså jeg stod ute og sparket i en stein i sikkerhet en halvtime, utenfor vakta, og tenkte: skal de ikke komme og hente meg snart?

En innsatt fortalte at han den første tiden på Bastøy bare klarte å gå til venstre, og at han ble kvalm og uvel av den fysiske friheten: «Jeg hadde sittet fire år og kun gått på betong og kun svingt til venstre. Sant, så når jeg kom hit så ble jeg jo på en måte sjøsyk.»

Begreper som ansvar, fellesskap, tillit, frihet og respekt går igjen i fortellingene fra de innsatte. Flere poengterte at i fengsel med høy sikkerhet stenger de følelsene ute, og på Bastøy blir de tvunget til få kontakt med dem igjen. Fordi de blir en del av et samfunn med ansvar og plikter, og fordi samfunnet utenfor rykker tettere på. De innsatte er idømt frihetsberøvelse som straff, og det er betimelig å spørre om friheten på Bastøy reduserer intensjonen med straffen?

Tvert imot. Det ser ut til at de innsatte opplever at frihetsberøvelsen er sterkere og sårere på Bastøy, fordi de der ikke kan stenge livet sitt ute.

Det er tyngre å sone i åpent fengsel enn i lukket fengsel. Fordi at nå får jeg mulighet til å reise ut på perm og ta kontakt med familie og venner på vanlig måte. Men på veien tilbake til fengselet, da kommer følelsene inn. Og det er tøft altså. Det gjør at jeg har ikke lyst til å sone noe mer. Og sånne følelser hadde jeg ikke på lukket fengsel.

En annen pekte på at «det å være på permisjon er den verste straffen». Han fortalte at det var utfordrende å møte sine kjære i hjemmemiljøet for en kort stund, for så å dra tilbake til fengselslivet. En tredje utdypet ved å fortelle om savnet av de som var hjemme. Han ringte dem, og fikk høre om problemer og vanskeligheter, men hadde ingen mulighet til å hjelpe dem. En annen fortalte at han ikke kunne glede seg over naturopplevelsen på øya, når han visste at sønnen hans gikk og kjedet seg i byen.

Overgangen ble beskrevet som at man på Bastøy blir tvunget til å åpne sinn og sanser igjen, etter at det har vært stengt inne mens man satt på lukka. Livet rykker spesielt nærme fordi det på Bastøy er telefonbokser tilgjengelig. Det oppleves som et tungt ansvar å kunne ringe når man selv vil, for eksempel for å gratulere barnet sitt med fødselsdagen, eller for å ta kontakt med kreditor eller arbeidsgiver. «Da er det jo opp til meg å ta kontakt, da, ikke sant? Det er ikke fordi jeg ikke får lov til å ringe.»

Fortellingene fra de innsatte på Bastøy har betydning for forståelsen av straffens funksjon i velferdsstaten: Fengselsstraff er å bli fratatt friheten. Det

er ingen som kan dømmes til å bli fratatt sin menneskelighet, som det ble uttrykt. Fortellingene som kom fram under intervjuene, var ofte preget av at møtet med det «umenneskelige» systemet i lukket soning var rystende. Flere forklarte at de ikke trodde folk var klar over i hvor stor grad man blir brutt ned av å sone i lukket fengsel med høy sikkerhet. Flere mente at denne måten å sone på kan slå negativt tilbake, i form av hevntanker og raseri. «Du begynner å hate samfunnet!».

Straffens funksjon er flerdelt; den skal virke avskrekkende, og den skal hindre at den enkelte begår nye forbrytelser. I lys av straffens avskrekkende eller allmennpreventive hensikt er det et poeng at for flere innsatte oppleves frihetsberøvelsen vondere i et åpent enn i et lukket fengsel, fordi friheten er så nær. Dette bekreftes også av tidligere forskning (Shammas, 2014).

Opplevelsen av friheten på Bastøy

De innsattes opplevelse av å kunne ta egne valg, og å avgjøre hvordan man ville tilbringe fritiden, ble verdsatt som et stort gode. Å kunne ta fiskestanga og rusle en tur, legge seg i gresset, studere et fag eller å gå på besøk til hverandre fikk stor betydning i kontrast til lukket fengsel som de kom fra. De innsatte beskrev Bastøy som et øysamfunn, der det var tydelig at alles bidrag var nødvendig for helheten. Det ble også tydelig når noen valgte å skulke unna og ikke deltok i fellesskapet. De som ytte mye, og var aktive bidragsytere for fellesskapet, irriterte seg over «gratispassasjerer». De ga også uttrykk for at negativ innstilling til å jobbe var «verst for dem selv». De vi snakket med, var tydelige på at når de kom ut, ønsket de å fungere i samfunnsfellesskapet. De var opptatt av at de måtte lære å jobbe og lære å tilpasse seg. De mente at de som ikke benyttet seg av den muligheten Bastøy ga dem i form av kompetanse og tilpasning, fortjente ikke å være der. Flere ga uttrykk for at betjentene burde gripe mer inn overfor de som lurte seg unna. «Det er mange oppgaver som man kan gjøre på to timer, og så kan man ligge resten av dagen og dra seg i sola – hvis man vil.»

Våre informanter var opptatt av at det som skjedde på Bastøy, skulle være virkelig, altså oppleves som så nærme virkeligheten i samfunnet som mulig. Arbeidet på Bastøy måtte være en realistisk øvelse i å fungere i arbeidslivet når de kom ut. De ønsket å få reell jobberfaring, og de

ønsket å få trening i hvordan et normalt arbeidsliv fungerer. «I en vanlig jobb må du være der fra 7 til 17, da kan du ikke gå hjem når det passer deg!».

Det kan og bør diskuteres om hvorvidt alle daglige gjøremål og arbeidsoppgaver på Bastøy bidrar til reell jobberfaring. Innsatte opplever at hverdagen på Bastøy ikke er realistisk nok, sett i lys av at de skal fungere i samfunnet etter soning. Flere hevdet at det bør være strengere krav til lønnsomhet, og at det må stilles like strenge krav til oppmøte og produksjon på Bastøy som på en annen arbeidsplass. En innsatt uttrykte bekymret at de lærte å kjøre med hest, men ikke å betale regninger i nettbanken.

Det er bruk for alle

De innsatte ved Bastøy fengsel får uansett tilgang på viktig kompetanse som opparbeides gjennom arbeid eller studier. De kan få håndverkskompetanse innen gårdsdrift, forretning, butikk, fergedrift, maskiner, matlaging og annet. I tillegg til formell utdanning gjennom skole og videreutdanning i samarbeid med det ordinære skole- og utdanningssystemet i samfunnet. Dette er kompetanse og ferdigheter som kan bidra til at de innsatte kan få seg jobb, bli verdsatt og klare seg selv etter soning. Like viktig som de formelle ferdighetene er ansvarslæring i hverdagen.

Under intervjuet fikk en av deltakerne spontant skryt og anerkjennelse for at han lagde så gode kaker. Rosen fra de andre opplevdes som ekte og ble tatt godt imot. Den innsatte som hadde fått ros, fortalte senere under intervjuet at han ville fortsette å bake kaker når han kom ut, fordi dette fikk han til! Dette eksemplet er tatt med for å illustrere betydningen av holdningen de innsatte har til hverandre. Det er verdt å undersøke videre hva støttende miljøer blant innsatte på Bastøy betyr for tilbakeføringen til samfunnet. De innsatte hadde mange gode og spennende ideer til hvordan driften på Bastøy kunne forbedres, både mht. til lønnsomhet og effektivitet, om alternative sat-singer og muligheter.

Ansvar, mestring og fellesskap/solidaritet er ferdigheter som blir trukket fram av de innsatte. En poengterte at «jeg står opp om morgenen fordi jeg har ansvaret for dyr». En annen framhevet at «vi stiller opp for hverandre».

De innsatte fortalte om hva de arbeidet med på en slik måte at vi forstod at arbeidet var viktig! «Det var en ku som skulle kalve, og da måtte jeg sitte hos den. Den hadde jo bare meg.»

På Bastøy er hver innsatt en viktig ressurs for fellesskapet. Øya har bruk for mange flere hender hvis de skal opprettholde et økologisk landbruk. I og med at flere selvsagt er sysselsatt med arbeid og skolegang utenfor øya, er alle arbeidshender viktige. Fengselsledelsen presiserte flere ganger at de kan ta imot flere innsatte. De har plass nok og arbeidsoppgaver nok på Bastøy.

Spenningene bør utforskes!

Velferdsstatens institusjoner både i og utenfor fengselet har innebygde spenninger. Det kan for eksempel oppstå utilsiktede konsekvenser av alle former for offentlige tjenester, og spenningen mellom å motta hjelp og å forbli hjelpeløs er viktig å håndtere. At friheten utenfor murene også har en del innebygget tvang i seg, kan være vanskelig å ta inn over seg for den som har sonet lenge. Å utforske ulike måter å få kontroll over livet på, og spesielt å utforske disse sammen med andre, er ifølge Julian Rappaport (1981) den mest kraftfulle veien til å lære å håndtere de innebygde paradoksene som finnes i alle velferdsstatens institusjoner og funksjoner.

Denne type utforsningskompetanse handler om å sette folk i stand til å oppdage, avdekke, fokusere og forstå de innebygde paradoksene i fengselivet på Bastøy og i andre fengsler. I likhet med erfaringen av at friheten kan kjennes som en byrde når den kommer for nærme.

Det er viktig å erkjenne at kompetanse i å håndtere slike innebygde spenninger – gapet mellom virkelighetene – må oppøves og trenes på. Mange av disse spenningene kan man erfare mens man soner sin straff på Bastøy fengsel, og det er derfor mulig å bruke også denne type virkelighet som grunnlag for læring og utvikling.

Mind the gap!

Vi innledet med å antyde en uro hos våre informanter fra prosjektet på Bastøy. Vi har gjennom fokusgrupper og andre samtaler med innsatte og ansatte avdekket og belyst flere opplevde spenninger. Spenningene kan også formuleres som et opplevd gap mellom flere virkeligheter. Et viktig gap oppleves av de innsatte i møte med fengselsvesenet når de soner i høysikkerhetsfengsel. Det skandinaviske unntaket med human fangebehandling og fokus på integrering etter gjennomført straff, oppleves ikke slik. Tvert imot oppleves et gap mellom deres eget ønske om å komme tilbake til samfunnet, og systemet som hindrer dem i å få det til. Når de snakker om at *man slutter å være menneske på lukka*, så må det tas alvorlig. Det er et gap mellom idealer og realiteter som kan koste samfunnet dyrt. I forhold til samfunnets intensjoner om straffen som skal bidra til tilbakeføring til samfunnet, sømløse overganger, individuell tilpasning og medvirkning, er det tydelig at virkeligheten oppleves annerledes fra de innsattes side. Det skandinaviske unntaket i kriminalomsorgen som humant og inkluderende, er muligens et glansbilde som er skapt av utenlandske observatører?

Et annet tydelig gap mellom idealer og realiteter handler om at landsbyfengselet ser ut til å være under press i velferdsstaten. Ideen om landsbyfengselet, slik Stortingsmelding nr. 37 (2007–2008) fremlegger det, er et realiserbart ideal. Det lar seg gjennomføre både med hensyn til tilbakeføring til samfunnet, lønnsomhet og sosial og menneskelig trening i et landsbylignende samfunn. Bastøy fengsel er et eksempel på at det fungerer, men det er truet. Velferdsstatens institusjoner ser ut til å organiseres som stadig større enheter, med standardisering av tjenester og sterkere statlig kontroll. Fengslene er ikke et unntak. Bastøy som fengselskonsept har vakt internasjonal oppmerksomhet, fordi man satser på større frihet og flere individuelle tilpasninger enn det som er vanlig. Vi opplevde et stort engasjement blant tidligere og nåværende innsatte og ansatte for det de kalte Bastøysaken. Det finnes en mengde spennende og innovative ideer til å gjøre fengselet bedre, og å minke gapet mellom fengselsliv og samfunnet utenfor. Bastøy fengsel er en øy blant velferdsstatens institusjoner. Det er bygget opp og rundt et selvstendig humanøkologisk konsept, skapt over tid av en rekke engasjerte profesjonelle aktører med visjoner og glød for fengselsaken. Disse aktørene har hatt frihet til å skape noe viktig der ute, og de har klart det. I hvilken grad vil frem-

tidens velferdsstat gi rom for slike autonome «øyer»? Er det en tapt sak, eller er det mulig å argumentere for at det fortsatt er behov for ikke-standardiserte løsninger innen velferdsstaten generelt og innen kriminalomsorgen spesielt? Forfatterne vil argumentere for at det er viktig med mer forskning på fengselspraksis og fengselsreformer, ikke minst i et helsefremmende perspektiv.

Referanser

- Andvig, E., Ausland, L.H. & Eberhardt, T. (2018). *Helsefremmende arbeid ved landsbyfengslet på Bastøy*, Forskningsrapport rapportserien til senter for psykisk helse og rus <http://hdl.handle.net/11250/2564556>.
- Baybutt, M., Hayton, P. & Dooris, M. (2010). Prisons in England and Wales: an important public health opportunity? I J. Douglas, S. Earle, S. Handsley, L. Jones, C. Lloyd & S. Spurr (Red.), *A Reader in Promoting Public Health: Challenges and Controversy* (2. utg). Open University Press.
- Bubolz, M.M. & Sontag, M.S. (2009). Human ecology theory. I P. Boss, W.J. Doherty, R. LaRossa, W.R. Schumm & S.K. Steinmetz (Red.), *Sourcebook of Family Theories and Methods*. Springer.
- Green, J., Tones, K., Cross, R. & Woodall, J. (2015). *Health promotion. Planning and strategies* (3. utg.). Sage.
- Innst. S. nr. 6 S (2018–2019). <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2016-2017/inns-201617-401s/?m=2>
- Pratt, J. & Eriksson, A. (2014). *Contrasts in punishment: An explanation of anglophone excess and Nordic exceptionalism*. Routledge.
- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9(1), 1–25. <https://doi.org/10.1007/BF00896357>
- Smith, P.S, Horn, T., Nilsen, J. & Rua, M. (2013). Isolasjon i skandinaviske fengsler. Skandinavisk praksis og etableringen av et skandinavisk isolasjonsnettverk. *Kritisk Juss*, 39, 170–191.
- Schriren, A. & Hodgins, M. (Red.) (2012). *Health promotion settings. Principles and practice*. Sage.
- Shammas, V.L. (2014). The pains of freedom: Assessing the ambiguity of Scandinavian penal exceptionalism on Norway's Prison Island. *Punishment & Society*, 16(1), 104–123.
- Smith, P.S. & Ugelvik, T. (2017). Introduction: Punishment, welfare and prison history in Scandinavia. I P.S. Smith & T. Ugelvik (Red.), *Scandinavian Penal History, Culture and Prison Practice. Embraced by the Welfare State?* Palgrave Studies in Prisons and penology, Macmillan Publishers.
- St.meld. nr. 37 (2007–2008). *Straff som virker (Kriminalomsorgsmeldingen)*. Det kongelige justis- og politidepartementet.
- Såheim, E. (2018). *Landsbyfengslet på Bastøy. Erindringer og refleksjoner om veien videre*. Son, Dismas forlag.
- Ugelvik, T. (2013). Seeing like a welfare state: immigration control, statecraft, and a prison with double vision. I K.F. Aas & M. Bosworth (Red.), *The Borders of Punishment: Migration, Citizenship, and Social Exclusion*. Open University Press.
- United Nations (UN) (1966). *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights.

United Nations (UN) (1990). *Basic Principles for the Treatment of Prisoners*. Adopted and Proclaimed by General Assembly Resolution 45/111 of 14 December 1990.

United Nations

WHO (2009). *Healthy Settings*. http://www.who.int/healthy_settings/en/

Woodall, J. & South, J. (2012). Health Promoting Prisons: Dilemmas and Challenges.

I A. Schriener & M. Hodgins (Red.), *Health promotion settings. Principles and practice* (s. 170–185). Sage.

Sælør, K.T., Bank, R.-M., Vike, H. & Sundet, R. (2022). Da jeg møtte Trygdebeistet, meg sjøl og egen forskning i døra. En autoetnografi. I H. Vike, B. Karlsson & R. Sundet (Red.), *Velferdsstatens transformasjoner* (s. 237–255). Fagbokforlaget. DOI: <https://doi.org/10.55669/oa200910>

10

Da jeg møtte Trygdebeistet, meg sjøl og egen forskning i døra

En autoetnografi

Knut Tore Sælør, Rose-Marie Bank, Halvard Vike & Rolf Sundet

Innledning

Jeg begynner denne historien¹ i «feil ende» – med episoden som gjorde meg så indignert og forbanna at jeg bestemte meg for å skrive om den – på trass.

Gjennom forholdet til kona mi har jeg til og fra i omtrent tjuufem år også forholdt meg til ulike versjoner av etaten som nå går under navnet NAV. Det har vært både oppturer og nedturer. Med kona og NAV. Det har heldigvis vært flest oppturer med kona og flest nedturer med NAV, men på ulike

1 En nær identisk versjon av den personlige historien som innleder dette kapittelet, er publisert i boka *Hva er autoetnografi* av Karlsson, Klevan, Soggiu, Sælør & Villje (2021).

måter har begge to påvirket livet mitt i stor grad. Etter en ny «runde» med nedturer for kona og samarbeidet med NAV bestemte jeg meg for å ringe dem for å undersøke hvilke rettigheter jeg kunne ha som pårørende. Etter å ha ventet på svar i et kvarter, der en vennlig stemme gjentatte ganger informerte om at dersom det gjaldt utbetaling av stønad, måtte jeg bruke hjemmesidene til NAV, fikk jeg endelig kontakt med en levende person.

Begeret var allerede fullt, og jeg bestemte meg for å gjøre det klart at konas samarbeid med NAV begynte å tære på kreftene – også for min del. Jeg hadde noen spørsmål rundt økonomi, bolig og egen helse. For å gjøre ting tydelig påpekte jeg at dette var viktig for meg, og at jeg var så sliten at jeg stod i fare for å bli sykmeldt og at vi kanskje måtte selge huset eller vurdere skilsmisse av økonomiske hensyn.

Både som sykepleier og forsker har jeg erfaring fra psykisk helse- og rusfeltet. Et felt som med rette er blitt beskyldt for å være fragmentert og i liten grad å ta pårørende på alvor – blant annet. Allikevel ble jeg overraska over responsen i andre enden av smarttelefonen. Dette var nemlig en problemstilling vedkommende aldri hadde vært borti. At jeg skulle bli så påvirket av konas samarbeid med NAV, var noe hun fikk til å høres nærmest oppkonstruert ut.

Det er kanskje greit å nøste opp noen av de trådene som ledet fram til telefonsamtalen. Mitt forhold til NAV har først og fremst tvunget seg fram som et resultat av konas utfordringer knyttet til helse- og arbeidssituasjon. Gjennom ulike faser i livet har jeg vært nødt til å forholde meg til «sosialkontoret», Aetat og NAV. I siste omgang fordi konas helse ble verre på samme tid som hun hadde sagt opp en fast stilling ved sykehjemmet for å jobbe som vikar – et forsøk på å holde ut en strevsom arbeidshverdag som sykepleier. Først ble hun sykmeldt i et år. Dette ble avløst av «arbeidsavklaring» i regi av NAV. Fire år etter var jeg fortsatt usikker på hva som var avklart. Kona hadde så langt ikke møtt saksbehandleren sin. Tiltak, aktiviteter – eller hva det måtte kalles – hadde vært et resultat av egeninnsats, ikke initiativ fra NAV. Etter å ha gjennomført en videreutdanning, som det for ordens skyld skal nevnes at NAV finansierte, hadde kona skaffa seg en praksisplass med relevans for utdanningen. Etter å ha kontaktet NAV for å avklare om hun kunne takke ja til praksisplassen, og innhente en nødvendig underskrift, tok det fire måneder før hun fikk beskjed om at saksbehandleren var langtidssykmeldt. Det samme var personen som skulle erstatte vedkommende, og ingen

hadde tatt ansvar for å bidra til en avklaring. Når hun på samme tidspunkt fikk avkortet arbeidsavklaringspengene fordi hun hadde levert meldekortet «i grenseland for sent», ble opplevelsen av å bli motarbeidet så overveldende at pågangsmotet stod i fare for å forsvinne. Hun hadde forsøkt å ringe, og til slutt sendt et brev, for noe direktenummer eller mailadresse hadde hun ikke fått. Da hun ringte meg, gråtende og fortvila fordi hun ikke fikk en avklaring, vel vitende om at praksisplassen ikke ville «vente i det uendelige» – hvilket der og da følte som tidsperspektivet NAV jobbet ut fra, bestemte jeg meg for å ringe sjøl.

De avgjørelsene NAV tar, eller ikke tar, påvirker mitt liv. Følelsesmessig, økonomisk og praktisk. Derfor ble jeg overrasket over reaksjonen da jeg ringte. Det å snakke med vedkommende opplevdes som en slags karikert utgave av partilederdebuttene man av og til ser i forkant av et valg. Uansett hva programlederen spør om, svarer politikerne på noe annet – og ramser opp innøvde fraser. Da jeg spurte om den reduserte utbetalingen, var svaret å søke sosialstønad. Noe hun aldri ville få, blant annet fordi vi «eier» et hus sammen. Jeg prøvde å argumentere med at dersom man i vanlig jobb glemmer å fylle ut en timeliste, kommer ikke utbetalingen denne måneden, men pengene kommer neste lønnsdag, og blir ikke trukket som straff. Dama i andre enden repliserte raskt at dersom dette var et problem, kunne fastlegen søke om unntak fra utfylling av meldekort. Da jeg vendte tilbake til det som var samtalens utgangspunkt, altså at jeg hadde behov for svar på spørsmål rundt hvordan konas situasjon påvirket min livssituasjon, meldte vedkommende pass. Hun gjentok at generell informasjon var å finne på NAVs nettsider, men kunne ikke gi et svar på min problemstilling. Greit nok, tenkte jeg, og spurte om hun ikke kunne undersøke saken nærmere og gi meg en tilbakemelding senere. Da tok utfordringene til for alvor. Etter å ha snakket meg god, varm og rimelig forbanna, forklarte jeg at jeg skulle på et arbeidsseminar dagen etter og ikke kunne svare på telefon til enhver tid. Å avtale et tidspunkt hvor det faktisk passet, nei, det lot seg ikke gjøre. Kunne kanskje vedkommende ringe mellom åtte og ti på morgenen, et tidspunkt hvor jeg kunne svare på telefon? Nei, det var heller ingen farbar vei å gå. Kunne jeg ringe henne når det passet meg, da? Nei, det ble verre, for da måtte jeg bruke NAVs fellesnummer, og å spørre etter noen der var vanskelig. Kunne hun ringe tilbake uka etter? For da kunne jeg snakke når som helst på dagen. Nei, ... neste uke, så langt frem i tid kunne det ikke planleg-

ges. Ivrig etter å få et svar, og å slippe å legge frem problemstillingen en gang til – for en tilfeldig person, forsøkte jeg å foreslå mail. Du har kanskje fått øye på et mønster, og helt riktig – det lot seg dessverre ikke gjøre. Vedkommende hadde nemlig ikke noe saksnummer å «linke» dette til, og all kontakt på både telefon og mail ble umulig. På tross av at humøret sank, forsøkte jeg å være løsningsorientert, men alle forsøk på å koble meg på konas sak ble avvist med henvisning til taushetsplikten, og noe eget saksnummer kunne jeg ikke få.

Jeg er overbevist om at vedkommende ikke opplevde meg som konstruktiv, og innrømmer at jeg snakka med utestemme. Dette bunner i fortvilelse. Først og fremst med tanke på konas situasjon, ikke manglende kundeservice på telefon. Det var omtrent i dette øyeblikket jeg for første gang fikk se det jeg har kalt Trygdebeistet med egne øyne. Jeg tror det finnes mange steder og går under mange navn. Jeg leste om det da jeg jobbet som sykepleier. Trygdebeistet er observert mellom to stoler, mellom barken og veden, mellom første- og andrelinjetjenesten eller i overgangen mellom institusjon og egen bolig. I egen forskning har jeg hørt om beistet fra ansatte i kommunale psykisk helse- og rustjenester. De som bruker tjenester, har også møtt det. Da kan det gå under navnet Systemet. Noen erfarer å bli redusert til et nummer, eller opplever økt avstand til tjenestene – på tross av mange forsøk på å gjøre dem mer tilgjengelig. Selv om ansatte er en del av systemet, og folk i perioder er avhengig av støtte og hjelp derfra, ser Systemet ut til å kunne være et felles hinder. Jeg har altså lenge vært klar over Trygdebeistets eksistens, men dette var første gang jeg møtte det i levende live. Det følte som om det stod og sperra den «ene døra inn» hos NAV. Det var første gang jeg følte det på kroppen. Selv om jeg er blitt berørt av fortellingene jeg har hørt som kliniker og forsker, har det alltid vært med en viss distanse. Nå kunne jeg liksom føle pusten til beistet. Føle fortvilelse over konas situasjon, og at det ikke skjer noen verdens ting. Indignasjon – over å fortelle om situasjonen min uten å få noe som helst respons – som en liten ubetydelig dott. Avmakt. Så det stigende raseriet. Å være så forbanna at du har lyst til å bruke all kraft på å skrike at «dette finner jeg meg faen ikke i!». Følelsen av å måtte true med det ene og andre, i håp om å få en respons. Men til hvilken nytte, egentlig?

Så følte det trist. Trist fordi jeg faktisk klarte å besinne meg og beklage at jeg var sint, og understreke at det ikke var «din feil at dette blei som det

blei». Trist fordi at da jeg spurte om det var sånn – at jeg etter å ha fortalt denne historien, og forklart hvor viktig det var for meg å få en tilbakemelding, så kunne du ikke bare skrive ned telefonnummeret mitt på en gul lapp og ringe meg opp igjen? Trist fordi jeg skjønte at Trygdebeistet hadde gått av med seieren, i alle fall i denne omgang.

Autoetnografi som metode

Dette kapittelets overskrift kan virke upresis – «en autoetnografi»? Men det er et forsøk på å tydeliggjøre at autoetnografi ikke er entydig eller strømlinjeformet (Karlsson et al., 2021). Metodisk har det skjedd utviklinger som alle har utgangspunkt i etnografi (Baarts, 2010). Snarere enn å være sikre på at vi har funnet «korrekt» betegnelse på metoden, bruker vi denne delen av kapittelet til å fortelle hva vi har gjort og hvorfor. Tradisjonelt har forskere observert verden fra en «utenfor»-posisjon. Samtidig er forskeren selvfølgelig en person som alle andre, med sorger, gleder, utfordringer, muligheter, tap og alt det andre som hører livet til. Influert av det postmoderne og post-strukturalistiske trer et utvidet forskerbegrep fram. Forskeren *selv* og dennes erfaringer blir fokus (Guzik, 2013). Grant (2010) benytter termen *writing the researcher*, som innebærer en tydeliggjøring av hvem forskere er, og at forsker og forskningsobjekt er en og samme person. Alvesson (2003) beskriver autoetnografi som det å generere meget personlige tekster hvor fokus er rettet *innover* hos forsker/informant. Egne opplevelser utgjør data. Målet er ikke nødvendigvis en reflektert og analytisk fremstilling av en erfaring, men heller å la leseren «... enter the experience itself» (McLeod, 2011, s. 209). Baarts (2010) definerer autoetnografi som en forskningsstrategi hvor forskeren er «... oppmerksom på egne fysiske reaksjoner, tanker og følelser (...). Forskeren bruker det til å forstå en spesifikk erfaring, som hun dernest skriver ned som en fortelling» (Baarts, 2010, s. 172). Ellis et al. (2011) framhever at autoetnografien samler erfaringer på etterskudd. Det handler om å bringe fram gjenerindringer fra den situasjonen, hendelsen og erfaringen som er i fokus: «... remembered moments perceived to have significant impacted the trajectory of a person's life» (Ellis et al., 2011, s. 275). Hensikten med å skrive autoetnografisk vil variere, og ikke sjelden endres hensikten underveis i et prosjekt (Turner, 2013).

Autoetnografi åpner for å presentere personlige historier, også der disse historiene rommer en stor del fiksjon. Allikevel er det viktig å understøtte at slike fremstillinger ikke nødvendigvis er det samme som løgn, men bærer med seg muligheter for å fremstille et fenomen eller opplevelse på måter som skiller seg fra tradisjonelle akademiske fremstillinger (Grant, 2010). Historien som presenteres her, er ikke den fulle og hele sannhet, hvilket jo er tilfelle for all forskning. Fortellingene som produseres innenfor det autoetnografiske landskapet, bringer fram erfaringer hos leseren og knytter med dette forskeren og leseren sammen med mulighet for generaliseringer, eller i hvert fall nye eksemplifiseringer av felles erfaringer og opplevelser mellom forsker og leser. Med fokus på det evokative og performative hevder Grant og Radcliffe (2015) at hovedmålet med autoetnografi er å «... expose and critically interrogate cultures which escape scrutiny and are regarded as normative, benign or *just so*» (s. 816). Med dette gis også en politisk agenda i det autoetnografiske prosjektet. Det handler om å synliggjøre skjulte maktstrukturer, hegemoniske tenkemåter og praksisformer som har negative, undertrykkende og marginaliserende effekter på personene som inngår i situasjonen, hendelsen eller fenomenet som studeres (Grant & Radcliffe, 2015).

Tilfeldighetene ville ha det til at jeg – kapittelets førsteforfatter – rundt tidspunktet for telefonsamtalen til NAV forsøkte å gjøre meg kjent med autoetnografi som tilnærming. I første omgang handlet det om å skrive ned noen tanker om en episode som gjorde veldig inntrykk på meg, heller enn å bruke tida mi på å rope og skrike i telefonen. Underveis har dette skriveprosjektet funnet sin form som bidrag til en antologi som på ulike måter omhandler «velferdsstatens transformasjoner». «Trygdebeistet» kan forstås som uttrykk for en diskurs eller del av en kultur der det å motta ulike trygdeytelser har mange konnotasjoner, blant annet å være en som «ikke bidrar til fellesskapet». «Beistet» kan også forstås som en velferdsstat der mange, forfatterne av dette kapittelet inkludert, deltar – som utøvere, bidragsyttere, forskere eller mottakere – i flere kombinasjoner. Når helsa står på spill, oppleves det likegyldig hvilke roller vi har i velferdsstaten. Når dine nærmeste opplever helseproblemer, blir disse rollene på sett og vis snudd på hodet. Hvordan hjelpeapparatet møter deg og dine, kan også påvirke helsa di. I velferdsstaten finner vi antakelig mange av de mer eller mindre skjulte strukturene og praksisene Grant og Radcliffe (2015) henviser til.

Autoetnografi kan utvides til duoetnografi (Grant & Radcliffe, 2015) eller et samarbeidsorientert autoetnografisk prosjekt (collaborative autoethnography) (Laterza et al., 2016). Felles for tilnærmingene er utvidelsen fra én forsker/informant til et felles arbeid mellom to eller flere forskere/informanter. Hensikten er som i de individuelle tilnærmingene, å undersøke seg selv, sine opplevelser og erfaringer, men kollektivt i et team av forskere/informanter (Laterza et al., 2016).

I neste del av kapitlet har vi inkludert fire stemmer – eller forfattere, som alle har ulike roller. Førsteforfatteren – jeg – er den som har levd erfaringene fortellingen gjengir. Målet med historien om Trygdebeistet er å formidle de emosjonelle reaksjonene som møtet med NAV har satt i gang i meg, ikke bare saksinnhold eller såkalte fakta. Hensikten med mine refleksjoner er å tydeliggjøre hvilken betydning episoden og det som ledet frem til den, har hatt, og vil ha, for meg personlig, og som forsker og ansatt ved en institusjon som utdanner noen av dem som skal jobbe i velferdsstaten. Samtidig er Rose-Marie, eller *kona*, med som forfatter. Hun og jeg har drøftet historien underveis som den ble ført i pennen, og viktigst er hennes del i de erfaringene som formidles fra mitt og vårt liv. I kapitlet bringer hun på banen noen refleksjoner rundt hvordan det har vært å være viklet inn i de trådene som til slutt utgjør den historien som presenteres innledningsvis.

Rolf, kapitlets andreforfatter, har selv jobbet med autoetnografiske prosjekter (f.eks. Sundet, 2015, 2016a, 2016b). I vår sammenheng har han hatt som oppgave å formidle hva autoetnografi kan innebære metodisk. Samtidig byr han på refleksjoner rundt egne erfaringer fra det å ha jobbet i velferdsstaten som psykolog.

Den gjenstående stemmen, Halvard, har lang erfaring med forskning fra velferdsstaten. Tanken med å invitere han inn i prosjektet var å sikre et kritisk og refleksivt blikk som kunne tydeliggjøre svakheter ved metoden, og ikke minst bidra til å sette materialet fra en subjektiv fortelling inn i en større sammenheng.

Hensikten med de fire stemmene er å slippe til ulike perspektiver og erfaringer som på forskjellig vis kan bidra til refleksjon rundt historien om «Trygdebeistet». I kapitlet har vi blandet en personlig fortelling som søker å vekke til live følelser og reaksjoner, med mer tradisjonelle akademiske skrivemåter hvor den reflekterende, diskuterende og distanserte tilnærmingen står sentralt. For oss har denne muligheten til sjangerblanding vært

spennende. Bokens fellesnevner er velferdsstatens transformasjoner. Kan en subjektiv fortelling fortelle noe om dem? Kapittelet er i alle fall ikke en tradisjonell analyse av velferdsstaten, i den grad noe sånt eksisterer. Det handler kanskje like mye om vår tillit til den. Etter vår mening er denne tilliten sentral, og dersom den rokkes ved, kan det kanskje få større ringvirkninger enn en først skulle anta.

Refleksjoner rundt det å møte seg selv, egen forskning og Trygdebeistet i døra på NAV.

Knut Tore: Siden telefonsamtalen har jeg hatt god anledning til å reflektere over hvorfor den gjorde sånn inntrykk på meg. På det omtalte jobbseminaret dagen etter samtalen hørte jeg Halvard Vike holde et flammende innlegg om *velferdsstatens transformasjoner*. Et tema jeg i utgangspunktet ikke hadde et nært forhold til. Underveis i innlegget snakket han blant annet om ydmykelsen mange erfarer i møter med velferdsstaten. *Det* var noe som traff meg. Rønning (2005) hevder at sosialetaten ofte har opptrådt respektløst overfor dem tjenestene er ment å bistå, og i mange tilfeller har bidratt til ydmykelse, til tross for at det ikke er intendert. Når kona i fire måneder etterlyser en bekreftelse fra NAV uten resultat – og samtidig opplever at ytelser blir redusert fordi hun er i «grenseland sent ute» – da oppleves det som en *ydmykelse*. Det rokker ved min tillit til etaten som håndterer store deler av livene våre. Muligens er forventningene for høye, men jeg hadde håpet på en annen respons – og mener det er mer på spill enn «kunde-service» på telefon.

Rose-Marie: Gjør døren høy, gjør porten vid! Men hva når den som kommer på besøk, ikke er den ærens konge? Jo, da sørger man kanskje for begrenset åpningstid, hyppig saksbehandlerskifte, mest mulig kommunikasjon via nettbaserte skjemaer, ingen mailkorrespondanse eller direktetelefonnummer? Den høye døren krymper til en digital brevsprekk. På sett og vis var det litt godt å høre mannen min beskrive sitt eget møte med Trygdebeistet. Det var så gjenkjennbart. Så ble vi altså ikke forskjellsbehandlet selv om han er en «frisk» skattebetaler og jeg en «syk» tjenestemotta-

ker. Han møtte den samme motstanden, de samme omveiene, de samme rigide reglene og det samme ugjennomtrengelige systemet. En samtale gjennom en brevsprekke. Slik hørtes det ut da jeg stod på kjøkkenet. Nær nok til å få med meg hvor trått samtalen gikk. Langt nok unna ham til å kunne lukke ørene hvis det som ble sagt, var for kjipt å ta inn over meg. Samtidig som telefonsamtalen bekreftet all min tidligere erfaring med NAV, må jeg innrømme at jeg hadde håpet at indignasjonen hans kunne være til hjelp, at stemmen hans ville bære litt lenger enn min, at den utfordrende situasjonen han var i som pårørende, ville bli tatt hensyn til og forstått. Kanskje han ville finne den bakdøra jeg hadde lett etter i flere år? Jeg trodde ikke på det. Jeg bare håpet. Ikke så mye for min egen del, men for at han skulle få noen svar, litt støtte, oversikt over de økonomiske utsiktene vi deler, prate med noen som kunne romme frustrasjonen og gi noen enkle råd.

Rolf: En Kafka-lignende prosess ... en prosess som peker ut et ugjennomtrengelig system. Et surrealistisk møte hvor samme hva en gjør, så blir det galt. Det som Gregory Bateson (1972) kalte en dobbelbindprosess og som i Ken Loachs film *I, Daniel Blake* vises i en intervjuprosess så surrealistisk at en ikke vet om en skal le eller gråte (Loach, 2016). I dette bokkapittelet har vi møtt en norsk historie med de samme kjennetegnene. Skal vi le, gråte eller hva skal vi gjøre? Hva er mekanismen bak slike absurditeter? Hva er det som gjør at systemet må være slik? Min tanke er at det henger sammen med hva det å ha kontakt med NAV er blitt for folk. Begreper som NAV-er og trygdemisbruker kleber seg stadig til det å være bruker av NAV-tjenester. Å identifisere seg som NAV-bruker synes å være som å rope ut i verden: «Jeg NAV-er, lat som faen» eller «Jeg, en trygdemisbruker og stolt av det». Ja, de finnes sikkert. Vandrehistorier om helsepersonell som har tre jobber, sykmeldt i to av dem samt lønn fra den tredje. Lukrativt, ja, men gjelder det alle? Nei. Som i alle andre deler av vårt hverdagsliv er ikke alle tyver og kjeltringer. Bare noen få av oss, og de ødelegger for alle andre. Er det slik at NAV tenker at alle er potensielt tyver, svindlere og kjeltringer, og derfor må en lage et system som all-

tid er på vakt, lett paranoid og effektivt i å hindre folk i å ta seg til rette?

Rose-Marie: Noe som slår meg når jeg leser historien til Knut Tore, er hvorfor vi ikke leser og hører om flere slike pårørendefortellinger. Skyldes det kanskje skam? Eller handler det om å beskytte sine allerede syke og nedkjørte familiemedlemmer? Er man redd for å insinuere at sine kjære er til last? Føler man på en form for taushetsplikt? Kan man påføre sine kjære enda mer skade, kanskje negative reaksjoner fra NAV-konsulentene? Knut Tore kan umulig være den eneste ektefellen som forsøker å ta seg av hus og hjem, samtidig som han prøver å stå støtt i situasjonen både som pårørende for en syk og med den økonomiske hovedbyrden? Hvor er pårørendestemmene? Og hvilken plass har de i velferdsstaten?

Halvard: Knut Tores erfaringer er dessverre ikke unike. Utenfor Norden, spesielt i USA og Storbritannia, har mange kommentatorer i lang tid undret seg over hvordan det kan ha seg at befolkningen har en så grunnfestet tillit til staten. Forklaringene de har kommet opp med, spenner fra en fascinasjon for en tilsynelatende uskyldsren naivitet til mer nøkterne kulturhistoriske konstateringer av at nordiske land faktisk har oppsiktsvekkende liten erfaring med virkelig aggressiv statsmakt. Jeg tror det er gode grunner til å anta at tilliten til «staten» kanskje har mye med den erfaring mange mennesker i den norske velferdsstaten har med måten de har opplevd offentlige tjenester på. Det har så langt vært oppsiktsvekkende enkelt å få tilgang, få et ord med i laget, påvirke og forhandle om hvordan tjenestene skal tilpasses. Dette er nå i rask endring.

Knut Tore: Jeg har behov for å understreke at jeg ikke sammenligner egen livssituasjon med livshistoriene jeg har fått innblikk i gjennom egen forskning. Allikevel er det ting jeg kjenner igjen. For eksempel vanskeligheter med å få kontakt med saksbehandlere, opplevelser av ikke å bli hørt, eller å bli redusert til «et nummer i rekka». Isolert kan erfaringene sikkert karakteriseres som små,

men like fullt bidra til at folk mister håpet (Sælør et al., 2015; Sælør & Skatvedt, 2019). Det er ikke sånn at jeg på død og liv *ønsker* et samarbeid med NAV. Men NAV har stor betydning for folk. Når vi opplever helseproblemer, får NAVs beslutninger rundt ytelser til livsopphold og støtte til utdanning store konsekvenser (Lundberg, 2012). Det gjør noe med *mitt* håp at viktige beslutninger tilsynelatende blir gjenstand for tilfeldig behandling av en tilfeldig saksbehandler. Med utgangspunkt i egne erfaringer virker det ikke som det hjelper å ha et *ønske* om å bidra med det man makter. I stedet får du en påminnelse om at du ikke engang evner å sende et skjema til riktig tid. Det *skal* svi dersom det glipper. Av og til virker det som om det hadde lønt seg for kona å gi opp arbeidslivet for å søke utenforskap og uføretrygd tidligst mulig – i alle fall økonomisk.

Rolf: Jeg husker en annen historie hvor det var populært å skjelle ut sosionomen. En yrkesgruppe som bare besto av personer som lot godhetstyranniet råde og hvor hovedmetoden var å «sy puter under armene» på folk. Brukerne var enten unnasluntrere og døgenikter, eller som gjennom kontakt med sosionomen ble trent opp til dette. Er NAVs regime en måte å holde kontroll på sine sosionomer? Vi vet at å sette i gang endringsarbeid, søke nye muligheter der hvor en har falt igjennom, det være seg i arbeidsliv eller privat, der er relasjonen mellom personen og hjelperen sentral. Empati og medlevelse er sentrale dimensjoner i alt hjelpearbeid. Økonomi blir et tema når folk faller utenfor arbeidslivet. Er det slik at NAV må holde folka sine i øra slik at de ikke sklir inn i godhetstyranniet? Gjøres det ved å redusere muligheter for gode relasjoner mellom saksbehandler og bruker?

Det finnes en tredje mulighet, og den er ikke individualiserende som de ovennevnte. Det handler hverken om kjeltringer eller godhetstyranner, men fordeling; om hvilken politikk som skal råde. New Public Management har målsetting om å forbedre kostnads-effektivitet og styrke resultatorienteringen innenfor offentlig virksomhet. Effektivitet, ansvarstaking og produktivitet innenfor en markedsliberal ramme skal sørge for at målsettingen blir realisert (Bergh et al., 2015). Dette har ført til store endringer for den

enkelte helse- og sosialarbeider. Vekt på høy grad av kontroll via dokumentasjons- og overvåkingssystemer er arbeidsoppgaver som skal bidra til økt effektivitet og produktivitet. Hele tiden stå til rette for én over i hierarkiet som holder øye med din effektivitet og hvordan du bidrar til den eller ikke. Er NAV-systemet i ferd med å bli det fremste eksemplet på dette? NPMs styringsformer annammes på tvers av de fleste partipolitiske skillelinjer. Beskrivelse av de ideologiske føringer som dominerer offentlig sektor, er derfor avgjørende for å forstå opphavet til den situasjon som Knut Tore formidler her. Hans beskrivelse er tegn på at noe endrer seg. Hans historie er en rapport om levd erfaring som eksemplifiserer hva velferdsstatens transformasjoner handler om for den enkelte.

Halvard: La oss begynne med å spørre hva som binder befolkningen og staten sammen. I Norge spesielt, og i høy grad i Norden for øvrig, er det mest påfallende trekket ved staten at den er så tjenesteintensiv. Det er framfor alt det konkrete møtet folk erfarer med offentlige institusjoner i det øyeblikket de etterspør og får tilgang til tjenester, de møter «staten». Offentlig tjenesteyting (i vid forstand) har hatt noen klare og interessante kjennetegn. For det første har de i all hovedsak vært utviklet lokalt – de ble utviklet av frivillige organisasjoner, ofte i samarbeid med kommunene, og først senere organisert og finansiert gjennom den sentrale staten. For det andre har de stort sett vært utformet med utgangspunkt i prinsippet om universalisme. Alle som tilfredsstilte noen enkle minimumskrav, skulle få tilgang til dem, og de (tilnærmelsesvis) gratis tjenestene skulle ikke bare vært (nokså) like over hele landet; de ble også utformet sånn at de som trengte dem mest, fikk mest. Fordi kostnaden ble finansiert gjennom skatteseddelen, ble hele befolkningen i en viss forstand «medlemmer». For det tredje ble selve tjenesteytingen organisert på en eksepsjonelt «løselig» måte, og var underlagt svak og indirekte styring.

Knut Tore: Jeg anser meg privilegert som får ta del i godene velferdsstaten representerer. Samtidig er jeg av den oppfatning at jeg har bidratt til den. Som skattebetaler og sykepleier – ofte karakterisert

som en av velferdsstatens «fotsoldater» (Lipsky, 2010). Til tross for mine erfaringer med velferdsstaten fra ulike ståsteder er jeg blitt overrasket over hvor kronglete og rigid ting kan være. Lundberg (2012) påpeker at sikkerhetsnettets velferdsstaten representerer, ofte tas for gitt, men at mange blir sjokkert over «... omfanget av dokumentasjonskrav for hjelpebehov og/eller rettigheter, utfordringer med å få tak i relevant og riktig informasjon, lang ventetid på saksbehandling og i noen tilfeller også måten man blir møtt på i Nav» (Lundberg, 2012, s. 197). Mitt eget doktorgradsarbeid handlet om håp i konteksten kommunale psykisk helse- og rustjenester (Sælør, 2016). Noe av det som gjorde mest inntrykk underveis i arbeidet, var historiene som handlet om det som *ikke* bidro til håp. Det enkelte karakteriserte som en kamp mot hjelpeapparatet (Sælør & Skatvedt, 2019). Mine bekymringer handler ikke om at skattepengene «mine» skal havne hos noen som ikke har krav på dem, men om hvorvidt sikkerhetsnettets fungerer dersom jeg kan komme til å trenge det. At jeg ikke blir den som faller mellom stoler og ender opp med ingenting fordi reglene er rigide.

Halvard: Det kan være verdt å dvele ved «velferdsoptimismen» og forventningen om at staten skal yte så langt det kan bære, og helst litt til (den siste av disse faktorene). Den antyder den utopiske dimensjonen i velferdsstaten. Flere og bedre tjenester har alltid vært geleidet av en tro og et håp om hvor veien videre skal føre oss. Derfor er det for eksempel vanlig å snakke om de store manglene i eldreomsorgen eller barnevernet som *midlertidige*. Statlige myndigheter har jo klart uttalt at det er en utvetydig vilje til å sørge for at «ting kommer på plass». Selv skal de vurdere å se på budsjettforutsetningene ved første anledning, eventuelt til neste år. Men hva skjer i mellomtiden, når ansatte i velferdsstatens førstelinje ikke får gjennomført samfunnsoppdraget sitt, og brukerne blir avvist eller avspist med dårlige tjenester? Dette spørsmålet angår statlige myndigheter stadig mindre.

Rolf: Vi er del av Universitetet i Sørøst-Norge. Vår jobb er å utdanne helse- og sosialarbeidere for å arbeide i et system hvor NPM er

rådende måte å organisere tjenestene på. Skal vi trene studentene til å innordne seg, følge standardiseringer og pålegg, og unngå gode relasjoner med brukerne? For å overleve som yrkesutøver må en lære å leve i systemet. Det er ikke det samme som å innordne seg. Jobben vår er å muliggjøre studenters utvikling som selvstendige fagpersoner som kan vurdere etiske og faglige konsekvenser av sitt arbeid. NAV-reformen har gjort deres arbeidsområder til et sted hvor politiske vedtak viser seg fram på mer direkte måter enn tidligere. Politikken er smidd inn i systemets måte å organisere sine tjenester på, og faglig autonomi og faglig skjønn er byttet ut med standardiseringer og føringer. Jeg må forberede studentene på at de vil bli politiske aktivister i de systemer de arbeider i. Politikk handler mer enn noensinne om fordeling og hvem som har makt til å bestemme hvem som får hva, hvor mye og hvem som ikke gjør dette. Dette handler NAV-medarbeideres innsats om. Knut Tore møter en spesiell form for politisk aktivisme som har som mål å sikre rettferdighet og likeverd. Fra praksisfeltet vet vi at for å oppnå dette må vi yte forskjellig til forskjellige brukere. Knut Tores historie gir en fornemmelse av at det å yte rettferdighet og likeverd er at alle får samme standardiserte framgangsmåte. Den mest effektive måten å gjøre dette på er å overse personen og heller følge regler og forordninger. Dette fører til kamp mellom bruker og saksbehandler om å komme til eller holde på sitt. Kommer brukeren til i en personlig kontakt, øker sjansen for at denne får det rettferdige og likeverdige.

Rose-Marie: Som Knut Tore nevner har jeg flere års bakgrunn som sykepleier. Før jeg ble sykmeldt, jobbet jeg med mennesker som hadde fått en alvorlig diagnose, og pårørendekontakt var en viktig del av jobben min. Mange pårørende ønsket råd, både om sykdommens forløp, hvordan forholde seg til sitt syke familiemedlem og hvordan navigere seg frem i systemet. Alt fra støttende samtaler til veiledning om lovverk og en oversetter i forhold til byråkratisk og medisinsk språk var oppgaver jeg og kollegaene mine forholdt oss til. Som sykepleier er jeg vant til å anse pårørende ikke bare som en fantastisk ressurs, men også som en sårbar gruppe

som ofte kan ha behov for oppbakking og hyppig veiledning. Samtidig kjenner jeg godt til hvor vanskelig dette kan være å følge i praksis hvor New Public Management og tanken om produksjon og kostnadseffektivisering i helsevesenet er styrende for driften. Jeg husker fortvilelsen når man forsøkte å gå tjenestevei og ble stoppet med svar som viste til økonomiske begrensninger. Hjelpen måtte gis på mest mulig effektiv måte, kostnadseffektiv. Kommunen hadde ikke råd, rammene var satt, og hvordan skulle vi kunne bruke tid på pårørendes fortvilelse – og attpåtil dokumentere dette i ulike påkrevde systemer – når vi knapt hadde mulighet til å gi pasientene en akseptabel tjeneste? Til tross for dette fikk vi masse ros av pårørende. Vi ble kalt engler i hvitt. Men når jeg nærmest i det skjulte tipset de fortvilede pårørende om at de kunne forsøke å løfte opp sine bekymringer og frustrasjon til lokalpolitikere og media, møtte jeg resignasjon. De pårørende var tappet for krefter, de ville ikke at vi som jobbet i avdelingen skulle få et negativt fokus, og noen valgte å legge bånd på sin harme og fortvilelse for å skåne familiemedlemmer som allerede følte seg som en klamp om foten. Noen var kanskje redd den strukturelle makten helsevesenet hadde i forhold til sine kjære, og at en klage kunne føre til sanksjoner bak lukkede institusjonsdører? Historien til Knut Tore handler ikke om helsevesenet, men jeg kan ikke unngå å se likheter mellom erfaring fra egen jobb og behandlingen pårørende får – eller tydeligvis helst ikke får – av NAV. Beistet fins, som Knut Tore selv nevner, i flere former og systemer. Man kan bytte navn, man kan endre og reformere strukturer og ordninger. Jeg tror Trygdebeistets egentlige navn er kostnadseffektivitet. Og så lenge målet er å effektivisere offentlig sektor ved å benytte seg av styringsprinsipper fra privat sektor, er jeg redd Trygdebeistet ikke bare vil leve i beste velgående, men også vokse seg større, fetere og farligere.

Halvard: Det er flere tegn på at velferdsstatens institusjoner er i ferd med å endre seg. Når den sentrale staten bestiller tjenester fra kommunene og tjenesteyterne, og brukerne har rett på tjenester, er ansvaret tilsynelatende klart plassert, men i realiteten på vei til

å bli pulverisert. Alle nivå i tjenesteyterapparatet gires inn mot å demonstrere sin evne til å levere, noe som er noe helt annet enn å kjempe for retten til å yte gode tjenester. Konsekvensene av dette begynner å bli temmelig klare. Én er at tjenesteytere, som befinner seg i presset mellom å yte gode tjenester, ikke bare til brukere som påfører det offentlige små utgifter og trenger standardtjenester en kort periode og unngå overveldende kapasitetsproblemer i form av budsjettoverskridelser, ansvarsoversvømmelse, personellmangel, endeløse køer osv., framfor alt får behov for å bevise tilstrekkelighet overfor sine overordnede, som trenger stadig mer dokumentasjon som bekrefter at de tar ansvar. Derfor nedprioriterer de tjenestene og brukere som trenger/krever mer enn det praktisk sett er kapasitet til å imøtekomme. Å heve tersklene for tilgang er en nøkkelstrategi. På de aller fleste tjenesteområder foregår det et stille arbeid for å stille strengere vilkår for tilgang til tjenestene, og bevisbyrden for å være verdig trengende skyves gradvis over på brukerne.

Knut Tore: Jeg betrakter ikke kona som en klamp om foten. Det er dama i mitt liv – jeg ville aldri vært foruten. Først i møte med NAV ble jeg *pårørende*, noe som føles underlig. Jeg har ingen forventninger til NAV som psykolog- eller familievernkontor, men at NAV blir en tilleggsbelastning, skulle jeg gjerne vært foruten.

«Det kan (...) være vanskelig som forsker å formidle tilbake til feltet brukernes negative erfaringer, fordi det kan virke som personlige bebreidelser rettet mot sosialarbeidere som slett ikke opplever at de fungerer, eller ønsker å fungere slik. Det er derfor viktig å understreke at brukerne kan oppleve at de blir ydmyket selv om hjelperen har ment noe annet, eller gjør så godt vedkommende kan» (Rønning, 2005, s. 112).

Jeg klandrer ikke den som løfta opp røret da jeg ringte. Noe av grunnen til at episoden berører meg, er erkjennelsen av at jeg sjøl har vært del av et kronglete og rigid system – som sykepleier i ulike psykiatriske avdelinger. Noen ganger følte jeg meg tvunget til å gi svar eller avslag – som hverken var faglig begrunnet eller fornuftige

– fordi reglene var rigide. Min frustrasjon er også rettet mot meg selv og den jobben jeg har gjort som sykepleier. Ikke bare er vi mange som er avhengige av Trygdebeistet, vi er mange som er en del av det.

Avslutning

Hva kan «en autoetnografi» fortelle oss om velferdsstatens transformasjoner? Den fulle og hele sannhet? Nei! Men den kan fortelle oss mye. For eksempel at tilliten til velferdsstaten *kan* stå på spill. Jeg har alltid tenkt at vi er privilegerte i Norge. At velferdsstaten nærmest er enestående. Et sikkerhetsnett som fanger oss opp dersom vi trenger det. Det tenker jeg fortsatt. Samtidig tenker jeg at noe er på gang. Maskene i nettet ser ut til å bli større. For folk som passer i arbeidslinjen, ser ting ut til å være på stell, selv om livet kan være utfordrende nok. For folk som ikke passer inn i folden, virker det ikke like greit. Jeg har vært motivert av troen på at det går an å gjøre noe for dem som faller mellom to eller flere stoler. At velferdsstaten skal yte etter behov. Jeg kan lett bli litt overveldet av store systemer og strukturer. De kan fremstå uangripelige og vanskelige å forstå. Autoetnografi som sjanger kan være en mulighet til å fange det store og det lille, eller mikro og makro, i ett. Å bruke det subjektive og emosjonelle for å gå i dialog med, og utfordre, det strukturelle. Dette kan være viktig i både klinisk praksis og i ulike utdanninger. Å skrive dette kapitlet har vært en påminnelse om hvor betydningsfulle «små ting» er når store ting står på spill. Å gjøre tilgangen til tjenester kronglete og vanskelig rokker i alle fall ved min tillit til sikkerhetsnettet. Jeg tror at veien å gå er å fordele det vi har etter behov, heller enn å knipe igjen for dem som av ulike grunner alltid har stått bakerst i køen når ytelser fordeles. Vi må heller diskutere omfordeling enn kutt og nedskjæring.

Referanser

- Alvesson, M. (2003). Methodology for close up studies – struggling with closeness and closure. *Higher Education*, 46(2), 167–193. <https://doi.org/10.1023/A:1024716513774>
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind: Collected essays in anthropology, psychiatry, evolution, and epistemology*. Intertext Books.
- Bergh, A.L., Friberg, F., Persson, E. & Dahlborg-Lyckhage, E. (2015). Perpetuating ‘New Public Management’ at the expense of nurses’ patient education: a discourse analysis. *Nursing inquiry*, 22(3), 190–201. <https://doi.org/10.1111/nin.12085>
- Baarts, C. (2010). Autoetnografi. I S. Brinkmann & L. Tangaard (Red.), *Kvalitative metoder: En grundbog* (s. 153–163). Hans Reitzel.
- Ellis, C., Adams, T.E. & Bochner, A.P. (2011). Autoethnography: An overview. *Historical Social Research/Historische Sozialforschung*, 273–290.
- Grant, A. (2010). Writing the reflexive self: An autoethnography of alcoholism and the impact of psychotherapy culture. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 17(7), 577–582. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01566.x>
- Grant, A. & Radcliffe, M.A.C. (2015). Resisting technical rationality in mental health nurse higher education: A duoethnography. *Qualitative Report*, 20(6), 815–825. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2015.2157>
- Guzik, E. (2013). Representing ourselves in information science research: A methodological essay on autoethnography. *Canadian Journal of Information and Library Science*, 37(4), 267–283. <https://doi.org/10.1353/ils.2013.0025>
- Karlsson, B., Klevan, T., Soggiu, A.S., Sælør, K.T. & Villje, L. (2021). *Hva er autoetnografi? Cappelen Damm Akademisk*.
- Laterza, V., Evans, D., Davies, R., Donald, C. & Rice, C. (2016). What’s in a «research passport»? A collaborative autoethnography of institutional approvals in public involvement in research. *Research involvement and engagement*, 2(1), 1–22. <https://doi.org/10.1186/s40900-016-0033-z>
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services* (30th anniversary expanded ed.). Russell Sage Foundation.
- Loach, K. (2016). *I, Daniel Blake* S.l., Scanbox Entertainment Denmark.
- Lundberg, K.G. (2012). *Uforutsigbare relasjoner. Brukererfaringer, Nav-reformen og levd liv* Universitetet i Bergen.
- McLeod, J. (2011). *Qualitative research in counselling and psychotherapy* (2. utg.). Sage.
- Rønning, R. (2005). Den institusjonelle ydmykingen. *Nordisk sosialt arbeid*, 2(25), 111–121. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3037-2005-02-03>
- Sundet, R. (2015). Arbeid i ambulante team og familieenheter – funn fra en forskende kliniker. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(01), 40–49. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2015-01-05>
- Sundet, R. (2016a). Forskning på en lokal praksis i psykisk helsevern for barn og unge – Del 2: Den nomadiske tenkemåten og ambulant arbeid. *Fokus på familien*, 44(02), 113–131.

- Sundet, R. (2016b). Forskning på en lokal praksis i psykisk helsevern for barn og unge – Del 1: En familiebasert praksis. *Fokus på familien*, 44(01), 45–66. <https://doi.org/10.18261/issn.0807-7487-2016-01-05>
- Sælør, K.T. (2016). *Hinderløyper, halmstrå og hengende snorer. En kvalitativ studie av håp innenfor psykisk helse- og rusfeltet* [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Bergen].
- Sælør, K.T., Ness, O. & Semb, R. (2015). Taking the plunge: Service users' experiences of hope within the mental health and substance use services. *Scandinavian Psychologist*, 2(e9). <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.2.e9>
- Sælør, K.T. & Skatvedt, A. (2019). Thresholds of hope: Stories of lacking generosity. *Social Work in Mental Health*, 1–18. <https://doi.org/10.1080/15332985.2019.1593915>
- Turner, L. (2013). The evocative autoethnographic I. The relational ethics of writing. I P.S. Nigel, L. Turner & A. Grant (Red.), *Contemporary British Autoethnography*. Springer Verlag. https://doi.org/10.1007/978-94-6209-410-9_14

Oute, J. & Glasdam, S. (2022). Opgaveglidning og ansvarsforskydning i konkurrencestaten – et etnografisk studie af inddragelse og ansvarliggørelse af pårørende i psykiatrisk praksis. I H. Vike, B. Karlsson & R. Sundet (Red.), *Velfærdsstatens transformasjoner* (s. 256–276). Fagbokforlaget.
DOI: <https://doi.org/10.55669/oa200911>

11

Opgaveglidning og ansvarsforskydning i konkurrencestaten

Et etnografisk studie af inddragelse og ansvarliggørelse af pårørende i psykiatrisk praksis

Jeppe Oute & Stinne Glasdam

Introduktion

Historisk set har læge- og sundhedsvidenskaben fungeret som et instrument i velfærdsstatens tjeneste. Derfor har de lægeligt dominerede behandlingspsykiatriske velfærdsinstitutioner også udgjort den del af statsapparatet, som har haft til opgave at behandle, kontrollere og regulere afvigende borgere (cf. Goffman, 2007). På trods af at pårørende, historisk set, ikke har haft megen

reel plads i psykiatriske såvel som andre offentlige velfærdsinstitutioner, er pårørendes involvering i psykiatrisk monitorering og behandling, internationalt set, kommet på den politiske dagsorden de sidste 30-40 år (Glasdam, 2007; Richardson, 1948). Pårørendeinddragelse (norsk: involvering, medvirkning eller deltagelse) er, særligt under betegnelsen *patient and public involvement*, blevet et centralt aspekt i internationale sundheds- og socialpolitiske satsninger på at reformere både sundhedsmæssige, sociale og psykiatriske velfærdstjenester i de senere år (McPherson & Oute, 2020). Politiske anbefalinger betoner ofte, at pårørende må inddrages (involveres) i daglig psykiatrisk behandlingspraksis såvel som i deres møder med velfærdsstatens aktører uden for de psykiatriske institutioner (Glasdam & Oute, 2018; McPherson & Oute, 2020). I lande som fx Danmark, Storbritannien og Norge har de seneste års policyudvikling inden for pårørendeinddragelse fundet sted i en periode, hvor velfærdssystemet, herunder psykiatrien, jobcentre (NAV) og stofbehandling, har været underlagt store politiske og organisatoriske forandringer (Glasdam & Oute, 2018). Forandringerne er baseret på neoliberale reformer af velfærdsstaten, hvor «nøjsomhedens politik» danner grundlag for transformationer af disse landes velfærdssystemer, herunder sundhedstjenesterne. Disse transformationer har ført velfærdsstaten i retning af en konkurrencestat (Pedersen, 2011). I den neoliberale konkurrencestat kan pårørendeinddragelse i psykiatriske velfærdstjenester ses som et eksempel på, hvordan konkurrencestaten bliver til ved at styre mod at overdrage store dele af ansvaret for pleje- og behandling fra statens institutioner til civilbefolkningen (Hansen, 2016). Samtidig kan pårørendeinddragelse også ses som en måde at synliggøre, hvordan sundhedstjenesternes iboende konkurrencestatslogik virker, ved at gøre pårørende ansvarlige for monitorering, behandling og pleje af mennesker med psykisk lidelse (Glasdam & Oute, 2018). Det hænger sammen med, at selve inddragelsesprocessen ofte reflekterer en måde at «deinstitutionalisere» – dvs. minimere – velfærdsstaten på ved at sikre, at pårørende frivilligt, gratis og aktivt indgår i psykiatriens samlede sundhedsfaglige arbejdsstyrke. Dette kommer til syne i kontekster og situationer, hvor pårørende moralsk set forventes frivilligt at stille sig til rådighed for behandlerne i de statslige velfærdsinstitutioner. Denne proces kan defineres som ansvarliggørelse, der kommer af det engelske begreb *responsibilization*. Begrebet stammer fra den medicinske sociologi og kan forstås som den proces, hvor det enkelte

individ i konkurrencestatens tjeneste gøres personligt ansvarligt for at forene sig med at skulle udføre opgaver, som historisk set har været velfærdsinstitutionernes og de tilhørende professionelles forpligtelse (McPherson & Oute, 2020). Dette kapitel zoomer ind på pårørendeinddragelse forstået som ansvarliggørelse i psykiatriske behandlingssystemer. Vi indleder med en baggrund, som rammesætter, hvordan den neoliberale reform af velfærdsstaten har umiddelbare konsekvenser for synet på pårørende til personer med psykisk lidelse og for de måder, hvorpå de forventes at bære (dele af) ansvaret for monitorering, forebyggelse og behandling. Kapitlet tager derefter udgangspunkt i empirisk materiale fra et flerstedsetnografisk feltstudie af pårørendeinddragelse i behandlingspsykiatriske velfærdstjenester. Studiet undersøgte pårørendeinddragelsens sociale kontingens og variation ved at følge fremstillinger af relationer mellem pårørende og diagnosticerede personer på tværs af tre overlappende empiriske felter: et virtuelt politisk felt, et klinisk felt og et familiefelt (Hansen, 2016). For at benytte de metoder, der var bedst egnede eller situationelt passende til at indsamle data i det enkelte felt, brugte forskeren tekstindsamling, deltagende feltobservationer, individuelle interviews og fokusgruppeinterviews¹ (Hansen, 2016). Nærværende kapitels empiriske del bygger på de policydokumenter, interviews med professionelle og pårørende og feltnoter fra feltarbejdet, hvor vi først analyserer nogle af de nyere politiske anbefalinger og vejledninger om pårørendeinddragelse i psykiatrien. Analysen af de politiske anbefalinger og vejledninger udgør konteksten for, hvordan ansvarliggørelse af pårørende udspiller sig blandt professionelle og pårørende i psykiatrisk behandlingspraksis. Dernæst analyserer vi, hvordan professionelles forvaltning af pårørendeinddragelse, i forståelsen af ansvarliggørelse, formes af både politiske idealer om effektivisering og klinisk-psykiatriske forestillinger om forholdet mellem professionelle, diagnosticerede personer og pårørende. I kapitlets afsluttende del diskuterer vi, hvordan den politisk-kliniske betoning af inddragelse og ansvarliggørelse af pårørende må ses som en subtil styringsmekanisme i den daglige praksis i sundhedstjenesternes frontlinje, der

1 Det samlede empiriske materiale fra studiet består af ca. 1.000 siders offentlige policydokumenter (anbefalinger og vejledninger), eksemplariske lærebøger om psykiatrisk pleje- og behandling, over 100 interviews med professionelle, patienter og pårørende, feltnoter fra fire måneders feltarbejde på to psykiatriske afdelinger og fem fokusgruppeinterviews med de inkluderede familier (Hansen, 2016).

effektuerer en moralsk udbytning af pårørendes ressourcer i konkurrencestatens tjeneste.

Neoliberal reform af velfærdsstaten

Den reform-politiske artikulation af inddragelse kan ses som en international tendens, der med mindre variationer afspejler sig i de enkelte landes politikker og praksisser. Tendensen kommer ofte til udtryk i konteksten af to samtidige, men modsatrettede bevægelser: systemernes svindende økonomiske grundlag, og at systemerne er underlagt øgede krav om levering af flere mere effektive og målrettede serviceydelser (Glasdam & Oute, 2018). Derfor må systemerne indfri øgede krav om at levere flere målstyrede ydelser såsom hurtigere opsporing, diagnosticering og behandling af et stigende antal diagnosticerede personer. På samme tid reduceres systemernes økonomiske og ressourcemæssige kapacitet år efter år. Med henblik på at mindske gabet mellem øgede krav og reducerede ressourcer har målsætningen været at sikre overdragelse af ansvars- og funktionsområder fra professionelle i velfærdsstatslige institutioner til diagnosticerede personer og deres pårørende i civilsamfundet (Glasdam & Oute, 2018). Ved fx at betegne pårørende som «ressourcer» for medicinsk pleje og behandling og andre sundhedsfaglige indsatser portrætteres pårørende og diagnosticerede personer og deres inddragelse overordnet set i målsætninger om systemreform, effektivisering og målstyring (Glasdam & Oute, 2018). I Skandinavien ses dette ikke bare inden for det psykiatriske område, men også på ældreområdet (Alvsvåg, 2018), kræftområdet (Glasdam, 2007), stofbehandlingsområdet og beskæftigelsesområdet (Oute & Bjerger, 2018). Disse neoliberale reformer af velfærdsstaterne former professionelles forestilling om pårørendeinddragelse i praksis (Alvsvåg, 2018; Garrett, 2019). Dels har reformerne medført, at arbejdet i disse velfærdssystemer har fået øget fokus på at individualisere (og ikke socialt orientere) diagnosticerede personers problemer og de indsatser, der skal hjælpe dem (Garrett, 2019). Dels er der kommet øget fokus på omkostningseffektivitet og nytteværdi af offentlige ydelser og velfærdsindsatser, samtidig med at indsatserne også skal være evidensbaserede (Glasdam, Sivberg & Wihlborg, 2015). Evidensbaseret praksis kan anskues som et dogme i samtidens reformer, hvor rationalisering, kvalitetsstyring

og kontrol er nøglebegreber (Olesen, 2007). Evidens betragtes som et centralt element i den styringsform, som under navnet *New Public Management* præger transformationen af den offentlige sektor (Olesen, 2007), idet evidensbaseringen handler om at differentiere mellem, hvad der virker omkostningseffektivt, og hvad der ikke virker omkostningseffektivt. Herved kan evidensbaseret viden bruges til at reducere velfærdsstatens udgifter, regulere velfærdsprofessionernes tids- og ressourceforbrug samt sikre, at evidensbaseret praksis skaber legitimitet i forhold til de statslige prioriteringer (Christensen, 2014). Det er en udbredt forestilling, at pårørendeinddragelse kan være et omkostningseffektivt supplement til standardbehandling for personer med psykiske lidelser, selvom der i realiteten mangler evidens for effekterne heraf (McPherson & Oute, 2020). I den forstand reflekterer politiske satsninger på pårørendeinddragelse og eksklusionen af erfaringsbaseret viden den iboende neoliberale ideologi, som dels styrer transformationen af velfærdsstaten og dels er med til at retfærdiggøre, at pårørende må bære behandlingsansvaret for den diagnosticerede person i de professionelles fravær (McPherson & Oute, 2020). Dette rejser spørgsmål om, hvordan de neoliberalistiske forsøg på at sikre pårørendes aktive deltagelse reelt udspiller sig i praksis. Neoliberale reformer af velfærdsstaten markerer generelt set en U-vending i forholdet mellem velfærdsstat og individ. Reformernes fokus på person-centrering virker umiddelbart humaniserende, fordi de strategisk set flytter blikket over mod individet, men samtidig flyttes blikket væk fra kritisable forhold i samfundet, på arbejdspladsen og i velfærdsstatens hjælpesystemer (Willig, 2013). I modsætning til at mennesker i 1970'erne gik sammen på barrikaderne for at møde kritisable arbejdsforhold og undertrykkelse i samfundet, faciliterer reformerne en tendens til at person-centrere sundheds- og socialfaglige velfærdsydelse. En konsekvens af reformerne er, at mennesker i dag konstant benytter forskellige teknikker til at prøve at forbedre deres egne personlige potentialer, fx via coaching i stresshåndteringen eller aktiv involvering i bedrings- og recoveryprocesser i psykiatrien. Kritikken af samfundets, arbejdspladsers eller velfærdsstaters problemer fremstilles derfor ikke længere som et kollektivt anliggende, men formuleres i stedet positivt som personlige udfordringer, som den enkelte har ansvar for (Willig, 2013). Det udtrykkes ved hjælp af kendte paroler som «ansvar for egen læring», «ansvar for egen sundhed», «din sundhed – dit valg» osv. Denne retorik kommer også til udtryk i tilgange som motiverende

samtaler, medarbejderudviklingssamtaler og selvudvikling hos psykologen (Willig, 2013). Bruger- og pårørendeinvolverende sundhedstjenester udtrykker ofte samme iboende logik. I det lys kan pårørendeinddragelse ses som en politisk strategi, der via anerkendende styringsteknikker understøtter den pårørendes og de diagnosticerede personers aktive identifikation med nogle prædefinerede, men ofte implicite, politiske mål om effektiv læring, hurtig udvikling og aktiv deltagelse i behandlingen (Glasdam & Oute, 2018). Med dansk psykiatri som case ser vi i det følgende nærmere på, hvordan denne styring og ansvarliggørelse af pårørendes selvforståelse og rolle som medbehandlere kommer til udtryk i policy og i praksis inden for de sundhedstjenester, der betegnes ved hjælp af navnet på det medicinske subspeciale psykiatri.

Pårørendeinddragelse som politisk satsningsområde

Den politiske betoning af pårørendeinddragelse fremkommer i guidelines og anbefalinger fra alle større sundhedspolitiske aktører inden for det psykiatriske område (McPherson & Oute, 2020). Et eksempel er behandlingspakkerne², hvor pårørendeinddragelse indgår som en væsentlig bestanddel. Pakkerne målrettes mod forskellige psykiatriske (og somatiske) sygdomstilstande og fungerer som et styringsværktøj til at skabe koordination, kontinuitet og effektive veje mellem specialiserede tjenester ved at sikre ensartethed og kvalitet i behandlinger af patienter med samme diagnose. Pakkeforløbene anbefaler, at pårørendeinddragelse forstås som psykoedukation til pårørende, og at professionelle anvender i alt to timer til at involvere pårørende og gennemføre psykoedukation, med det mål, at pårørende skal engagere sig i at monitorere og forebygge symptomer hos den diagnosticerede person, støtte op om behandling og reagere hurtigt, hvis der kommer symptomer på tilbagefald (Danske Regioner, 2017). I den forstand ses pårørendeinddra-

2 En behandlingspakke er et pakkeforløb med et afgrænset behandlingstilbud, hvor der er defineret en overordnet ramme for behandlingen, afhængigt af diagnosen og graden af lidelsen.

Norges behandlingspakker er inspireret af de danske behandlingspakker, og de kaldes ligeledes et pakkeforløb, se fx <https://www.helsedirektoratet.no/tema/angst-og-depresjon> og <https://morgenbladet.no/ideer/2015/09/psykiatriske-behandlingspakker-erfaringer-fra-den-danske-kliniske-dagligdag>.

gelse som et centralt, nyttigt og værdifuldt tiltag i forhold til behandlingsindsatsen og den diagnosticerede persons proces med at komme sig fra sygdom. Sammen med andre individualiserende tiltag som fx øget fokus på brugerinddragelse, åbenhed, empowerment, samarbejde, dialog og recovery fremhæves pårørendeinddragelse som et betydningsfuldt tiltag i reformen af det psykiatriske velfærdssystem (Regeringen, 2013). Det fremgår fx, at:

borgeren³ inddrages og medvirker i indsatsen, i forhold til at sikre respekt for selvbestemmelsen og i forhold til at understøtte borgerens recoveryproces. Derudover vil de pårørende i langt de fleste tilfælde være værdifulde samarbejdspartnere i borgerens forløb. (Regeringen, 2013, s. 13)

Pårørendeinddragelse opfattes her som en måde at gøre pårørende, i al fald delvist, ansvarlige for at hjælpe, behandle og pleje den diagnosticerede person med henblik på at aflaste offentlige velfærdssystemer som psykiatrien og beskæftigelsessystemet. Pårørendeinddragelse reflekterer således en subtil form for opgaveglidning fra professionelle til pårørende. Flere ansvarsområder, som tidligere lå hos de velfærdsprofessionelle, overdrages nu til civilsamfundet ad frivillighedens vej.

Satsningen kommer klart frem i anbefalingen ved navn *Koncept for systematisk inddragelse af pårørende*, der henvender sig til hele det psykiatriske velfærdsområde i Danmark.

Pårørende spiller som oftest en vigtig rolle i borgerens proces med at komme sig og kan derfor være værdifulde samarbejdspartnere for medarbejderne i kommuner og regioner. Forskning viser, at mennesker med psykiske lidelser har en reduceret risiko for tilbagefald på 45 pct. og en reduceret risiko for genindlæggelse på 22 pct., når de pårørende inddrages. Der er derfor god grund til at tænke pårørende ind tidligt i indsatsen og inddrage dem aktivt. (Socialstyrelsen & Sundhedsstyrelsen, 2014, s. 5)

Politikken accentuerer den generelle forestilling om pårørende som ressourcer for behandlings- og rehabiliteringsforløbet og henviser til de potentielle økonomiske gevinster ved systematisk pårørendeinddragelse. Dermed illustrerer

3 Borger skal i denne sammenhæng forstås som den diagnosticerede person.

uddraget den økonomisk orienterede politiske retorik og neoliberale ideologi, som gennemstrømmer idéen om, at frivillige pårørendes og andre af civilsamfundets aktørers deltagelse i den medicinske behandling kan være nyttig for konkurrencestaten (McPherson & Oute, 2020). Pakkeforløbene, anbefalingerne og vejledningerne såvel som dele af den sundhedsvidenskabelige litteratur om emnet udtrykker en nærmest identisk ideologisk forestilling om opgaveglidning fra stat til civilsamfund (McPherson & Oute, 2020). Det indebærer dels, at professionelle overdrager behandlingsansvar til civilsamfundet, i takt med at pårørende gøres til medbehandlere eller ressourcer, og dels at pakkeforløbene og anbefalingerne også organiserer og regulerer måden, professionelle kan inddrage pårørende på, fordi de implicit definerer, at «kernedydelsen» kun kan ses som selve behandlingen og overdragelsen af behandlingsansvaret til pårørende. Derved virker pakkerne og de øvrige politiske anbefalinger ved at sætte nogle ideologiske rammer for, hvordan de professionelle og pårørende *bør* agere i behandlingen af personer med psykisk lidelse.

Ansvarliggørelse i psykiatrisk behandlingspraksis

De professionelles forestilling om pårørendeinddragelse er relativt homogen og i overensstemmelse med den overordnede politik, selvom feltstudiet viser enkelte tilfælde, hvor de professionelle opsagde deres stilling på grund af de politiske krav om at lade deres praksis styre af pakkeforløbene og anvende pårørende som midler i behandlingen (Hansen, 2016). Den politisk-kliniske konstitution af de professionelles forestilling om pårørendeinddragelse er derfor både dominerende i praksis og har en særlig struktur, som kommer til syne gennem de professionelles sammenhængende måde at artikulere (udtrykke, italesætte) pårørendeinddragelse på gennem skrift, tale og handling. Deres artikulation af pårørendeinddragelse var sammensat af fire delelementer, som tilsammen karakteriserer synet herpå i praksis. Nedenfor fremstilles hvert af disse delelementer som selvstændige temaer: 1) synet på relationen mellem personen med psykisk lidelse, vedkommendes pårørende og de professionelle, 2) det ønskede outcome eller målsætningen med at inddrage pårørende, 3) metoder i pårørendeinddragelse og 4) de sociale effekter af pårørendeinddragelse.

Relationen mellem personen med psykisk lidelse, de pårørende og de professionelle

Ofte, men ikke altid, kommer forestillingen om den diagnosticerede person til udtryk gennem professionelles hyppige brug af generiske termer til at portrættere den psykiatriske patient, som ofte fremstilles som et svageligt eller sårbart, passivt og/eller infantilt subjekt, hvis umyndighed, adfærd og uansvarlighed afspejler en række mangler (deficits) hos personen (Oute, 2017). Netop den forestilling, hvor han/hun ses som et viljeløst og passivt sygdomsobjekt for behandlingen, er igen og igen blevet beskrevet i dansk og international forskningslitteratur fra det psykiatriske felt igennem mere end 50 år (cf. Goffman, 2007). Den samme forestilling artikuleres på mange forskellige måder, fx når de professionelle taler uformelt om og til patienten på morgenkonferencer, på interdisciplinære møder, på kaffestuerne, i korridorerne og til de små trivielle møder, fx ved at tiltale patienten i et fremmedgørende og overbærende service-orienteret tonefald i forbindelse med behandlingen, hvor de bruger udsagn som «nå, hvordan går det så?». Sprogbrugen virker som en omsorgsfuld måde at tage imod patienten på, men samtidig manifesterer det omsorgsfulde toneleje også en form for moderlig overbærenhed, som retorisk set placerer patienten i en inferior position. Denne infantiliserende forestilling bliver tilsvarende ekspliciteret gennem en sygeplejerskes fortælling om en patient med depression:

Når hun så kommer her, så bliver hun stille, og man kan se, hun er sådan en lille smule urolig og anspændt. [...] sådan er hun faktisk slet ikke derhjemme. Hun tager ansvar. (Sygeplejerske, 44 år)

Der er tale om et generisk menneskesyn, som er forbundet med behandlernes faglige selvforståelse (professionsidentitet), som ofte artikuleres som en stærk og dominerende forældrefigur. Dette blik har også betydning for deres syn på pårørende, da de også bruger ordet pårørende som en generisk betegnelse, der ikke skelner mellem partnere, ægtefæller, venner, familiemedlemmer, kolleger og indimellem også professionelle. På linje med de professionelle, men i modsætning til patienten, bliver pårørende ofte portrætteret som en form for stærk og ansvarlig forældrefigur. Rollen indebærer, at pårørende har en såkaldt «merforståelse» og er kom-

petente, ansvarlige, handlekraftige, rationelle, målorienterede og effektive (med)behandler-subjekter (Oute, 2017). Den grundlæggende forestilling er, at pårørende ligner de professionelle, hvad angår deres personlige egenskaber og behandlingsmæssige værdier. Samtidig forudsætter de professionelle også, at pårørende repræsenterer de egenskaber, som patienten ifølge de professionelle mangler. Denne selvfølghed kommer til udtryk i et interview:

Det er også velkendt, at patienten mange gange oplever bedringen senere, end de pårørende observerer den. (Sygeplejerske, 48 år)

Retorisk set bliver pårørende, i lighed med de professionelle, italesat som nogle, der ofte forstår patientens adfærd og følelsesliv bedre end patienten selv. Samtidig forudsættes det ofte, at pårørende repræsenterer alle de kræfter og indsigter, som den diagnosticerede person ikke har, hvorfor pårørende forventes at vikariere for de professionelle og potensere behandlingen i de professionelles fravær.

Klinisk målsætning med pårørendeinddragelse

De professionelles retorik og praksis udtrykker en målsætning om, at pårørende ønsker at tjene behandlingsinstitutionens mål ved at monitorere symptomer på tilbagefald, observere de medicinske bivirkninger, sikre medicintagning, understøtte motion og sund kost og sikre faste døgnrytmer i familiens dagligdag osv. Det fremkommer i en uformel samtale, hvor en sygeplejerske siger: «Det er vigtigt at trække på pårørende. Fx at de kan informere de professionelle om, hvis patienten holder op med at tage sin medicin». Forestillingen kommer også til syne i den daglige praksis:

Flere fra plejepersonalet har fortalt, at XX (overlægen) ofte tager pårørende med til diagnostiske samtaler, fordi pårørende kan give ham data om patientens habituelle tilstand sammenlignet med vedkommendes symptomer lige nu. De siger, at de får et mere nøjagtigt billede af patienten. (Feltnotat, klinisk felt)

Uddragene illustrerer de professionelles relativt ensartede målsætning om behandlingsoptimering og opgaveglidning. Den forestilling bliver også uformelt betonet, her af en læge under de professionelles fællesundervisning i pårørendeinddragelse. Lægen ekspliciterer, at de «aldrig har haft en chance for at få det menneske [patienten] udredt [uden den pårørende]» (feltnotat). I den forstand bliver de professionelles målsætninger nært beslægtet med de politiske målsætninger med pårørendeinddragelse, men samtidig er de også informeres af kliniske opfattelser af, hvad pårørende bør deltage i.

Professionelles metoder i inddragelsen af pårørende

Ifølge de professionelle kommer ønsket om at bruge pårørende også til udtryk blandt pårørende selv. Det viser sig, når professionelle forklarer, at pårørende særligt efterspørger de professionelles ekspertviden for at kunne understøtte behandlingen.

*De pårørende vil rigtig gerne hjælpe, men hvordan gør jeg lige det?
(Sygeplejerske, 48 år)*

Forskning peger dog på, at særligt pårørende, som befinder sig i begyndelsen af deres samlevers sygdomsforløb, søger ekspertviden om, hvordan de bedst kan hjælpe (McPherson & Oute, 2020). Det udtrykkes her af en mandlig pårørende:

*Jeg skal lære en hel masse om, hvad der foregår inde i hendes hoved.
(Ægtefælle, 44 år)*

Dels går disse pårørendes ønske om information om behandlingsmulighederne og øget deltagelse i behandlingsforløbet hånd i hånd med de politisk-kliniske anbefalinger, og dels er disse ønsker med til at legitimere de professionelles syn på pårørende som midler for behandlingen. Pårørende har dog ofte hverken en sundhedsfaglig uddannelse eller de samme formelle kompetencer og rettigheder som professionelle. Derfor bliver det legitimt for de professionelle først at involvere pårørende som informationskilde om

patienten i udredningen af dennes lidelse og i den akutte behandlingsfase, mens de professionelle anvender psykoedukation som metode til at inddrage pårørende i den længerevarende behandlings- og forebyggelsespraksis. Psykoedukation bliver af professionelle forstået som et struktureret undervisningsforløb for pårørende, som rummer flere forskellige elementer. Professionelle underviser pårørende i basal psykopatologi, psykofarmakologi, kognitive udfordringer (forbundet med psykiske lidelser), og hvordan pårørende bør kommunikere med den diagnosticerede person og drage omsorg for sig selv i hverdagen. Dette foregår ofte i undervisningsforløb på flere uger, som bygger på et lærer-elev-forhold, hvor de professionelle er eksperterne, som overfører deres viden 1:1 ved at tanke pårørendes, og indimellem også de diagnosticerede personers, vidensreservoirer op. Det gøres i forventning om, at den pårørende og patienten kan gå hjem og interagere i rollen som henholdsvis en god medbehandler og en lydige, passiv patient (McPherson & Oute, 2020). Undervisningen henviser til den pårørende som en generisk kategori:

Med henvisning til Det Ethiske Råds nationale anbefaling om pårørende i psykiatrien forklarede underviseren: «Man er jo ikke født som pårørende, man skal lære at være det.» (Feltnote, fællesundervisning)

I lighed med den politiske dagsorden om at satse på pårørendeinddragelse i transformationen af det psykiatriske velfærdssystem orienteres de professionelle forestilling om psykoedukation mod at «deinstitutionalisere» psykiatrisk behandlingspraksis. Det foregår uformelt gennem at inkludere pårørende i psykiatriens arbejdsstyrke ved at sikre, at de pårørende kan overtage ansvaret for den diagnosticerede persons pleje, (behandlings-)compliance og døgnrytme i hverdagen. Processen implicerer, at de professionelle aktivt arbejder hen imod at installere et subtilt behandler-patient-forhold mellem pårørende og deres familiemedlemmer i hverdagen. I modsætning hertil fokuserer pårørendeinddragelsen *ikke* på at facilitere familiens proces med at genvinde et meningsfuldt og tilfredsstillende hverdagsliv, herunder at håndtere konkrete problemer og forbedre pårørendes rettigheder og handlemuligheder. Satsningen på psykoedukation betyder, at pårørende hverken bliver set som en naturlig del af psykiatriens velfærdssydelser eller reelt bliver

involveret i klassifikationer af deres families problemstillinger og formuleringer af den hjælp, systemet tilbyder. Dette udtrykkes eksplicit og ofte selvfølgelig af de professionelle:

Det er klart, vi er her for patienten, så vi kan jo ikke tilbyde behandling eller på den måde give støttende samtaler til pårørende. Det er ikke en del af vores tilbud. (Sygeplejerske, 51 år)

Professionelle anvender som sådan aktivt argumentet om, at samtaler med pårørende ikke er en del af «vores tilbud», til at afvise, at pårørende kan få hjælp og støtte til at håndtere deres byrder og familiens problemer. Selvom nogle professionelle, som ofte vælger at opsigte deres stilling i psykiatrien, er bevidste om en parallelt eksisterende forestilling om, at de aktivt bør involvere pårørendes perspektiver og oplevede byrder i tilrettelæggelsen af behandlingstilbuddet, er forestillingen ude af trit med den dominerende politisk-kliniske forestilling om pårørendes deltagelse (Hansen, 2016). Konflikten mellem disse perspektiver er tydelig, når sygeplejersker og læger latterliggør det at fokusere på pårørendes perspektiver og byrder ved at lave jokes som «nå, er det dem, der kommer til parterapi i dag?» eller ved at betone deres egen legitimitet til at definere behandlingen med vendinger som «der kan godt gå lidt for meget pårørende i den» (feltnoter, 2012).

På trods af at det politiske fokus på at overdrage behandlingsansvaret fra professionelle til pårørende er ækvivalent med det dominerende kliniske perspektiv derpå, artikuleres pårørende i humaniserende termer, og derfor er den politisk-kliniske forestilling vanskelig at få øje på. Fx advokerer både de politiske anbefalinger og de professionelle for øget «åbenhed» over for at «anerkende de pårørendes perspektiver», som flere professionelle formulerede det. Anerkendelsen af de pårørendes perspektiver forudsætter imidlertid, at de pårørende er oplært i medicinske forståelser af den diagnosticerede persons sygdom, adfærd og behandling, hvorved de reelt kan levere observationer til professionelle og vikariere som behandlere i de professionelle fravær. Der udtrykkes ofte en implicit anerkendelse af pårørende, fx da en sygeplejerske siger: «[Pårørende] er i hvert fald medvirkende til, at det går så godt». Derved tilkendegiver de professionelle, at pårørende kan både optimere behandlingen og være frivillige og gratis vikarer for de professionelle.

Denne anerkendelse ses også, når de professionelle forsøger at få pårørende til at «støtte meget op om sygdomsforløbet», ved at pårørende skal overtale diagnosticerede personer til at tage imod eller fortsætte behandlingen, og/eller ved at «tage over» for vedkommende. Fx forklarer en hustru til en diagnosticeret mand, hvordan professionelle bad hende sørge for, at hendes mand tog imod ECT-behandling, trods hans modvilje mod dette:

Hver gang der skulle tages stilling til noget, så var det mig, de [sygeplejerskerne] kom og spurgte ad. Altså, jeg anede jo ikke noget om det. Da han skulle starte på sin ECT-behandling [electroconvulsive therapy], så kom de også. Det var mig, der skulle sørge for, at han sagde ja til det. Og jeg anede jo ikke hvad. Så havde jeg jo bare de her skrækkfilm. Altså, jeg troede jo ikke engang, at de brugte behandlingen mere [...] Og så skulle man sidde der og overtale sin mand til at tage de her behandlinger, når man ikke engang selv vidste, hvad det var. (Hustru, 40 år)

Det ses, hvordan de professionelles målsætning med og tilgang til at inddrage pårørende i behandlingen går hånd i hånd med, at de pårørende moralsk set er nødsaget og forpligtet til at involvere sig i at hjælpe deres familie-medlem, selvom de og den diagnosticerede person er frustrerede og ambivalente i forhold til at få overdraget ansvaret fra de professionelle (McPherson & Oute, 2020). Belastningen og den moralske udbytning af de pårørende er ikke en eksplicit intention hos de professionelle, men opleves som naturlig for de professionelle i behandlingsinstitutionen. Det kommer til syne gennem de professionelles sprogbrug. Eksempelvis udtrykker en sygeplejerske: «[På vores afdeling er pårørende] en kæmpe, kæmpe ressource, for at vi kan få den, vi holder af, til at få det godt igen». Involvering i udredning, psyko-education og anerkendelse af de pårørende i behandlingen virker således gennem en blid identifikation med rollen som medbehandler og en gnidningsfri overdragelse af behandlingsansvaret.

Sociale effekter af pårørendeinddragelse

Professionelle har ofte blik for pårørendes ambivalens og byrder, men artikulerer samtidig, at de som behandlere ikke er forpligtet til at hjælpe pårørende, selvom involveringen kan belaste relationen mellem den diagnosticerede og den pårørende. En sygeplejerske ekspliciterer:

[Pårørende] magter ikke at stå med det hele selv – og ansvaret for børnene. Man kan høre, at pårørende er så fyldt af sygdommen og så frustrerede, at de fuldstændig glemmer omsorgen og empatien for patienten. Så ramte er de faktisk nogle gange.

Alligevel forventer professionelle ofte, at pårørende bærer ansvaret for familiens problemer og samtidig forbliver empatiske over for den diagnosticerede person. Trods de professionelles blik for pårørendes byrder fastholder professionelle ofte forestillingen om, at pårørende kan «mangle forståelse» og have svært ved at forblive empatiske medbehandlere over tid. Derfor opstår der en diskrepans mellem de professionelles forestilling om pårørendevinvolvering og de pårørendes perspektiver på det at håndtere hverdagslivet med en person med psykisk lidelse. En pårørende fortæller:

Der fik jeg tilbudt at gå til sådan noget familieundervisning eller sådan noget. [...]. Og det har jeg ikke fået noget ud af. [...] Det meste af det, de fortæller os, det er noget, vi ved på forhånd, fordi vi alle sammen har mange års erfaring med at være sammen med en psykisk syg, ikke også? Og det snakkede jeg også med nogle af de andre om. Vi ville gerne have haft lejlighed til at være lidt sammen. [...]. Det kunne have været dejligt, hvis nu jeg havde snakket med nogle af de andre på holdet, hvor de også kunne sige ... og hvor vi sådan kunne bruge hinanden i forhold til «Hvordan gør du så?» «Jamen jeg gør sådan. Hvad gør du så?» Og «Jeg synes, det her er svært, og jeg er ved at brække mig over det her». Altså så vi ligesom kunne have brugt hinanden som sparringspartnere. (Kvinde, 44 år)

Eksemplet er et ekko af forskning om pårørendes kritiske erfaringer med at leve med en person med psykisk lidelse (McPherson & Oute, 2020). Det

illustrerer, at pårørendeundervisningen ofte har begrænset værdi for dem, bl.a. fordi de selv opsøger viden tidligt i forløbet, både på nettet og blandt behandlere og bekendte. Feltstudiet og forskning peger på, at pårørende ofte opfatter sparring med andre pårørende som værdifuld i modsætning til basal indføring i allerede kendt viden og identifikation med en behandlerrolle, som der ikke er solid evidens for effekterne af (McPherson & Oute, 2020).

Diskrepansen skaber nogle højspændte situationer, hvor professionelle og pårørende forhandler deres forventninger til de pårørendes involvering og aktive deltagelse. Med reference til det infantiliserende blik på den psykiatriske patient artikulere en professionel eksempelvis, at de pårørendes rolle er «lidt som at være en forælder» for deres familiemedlem i forbindelse med psykoedukation. En pårørende svarer herefter: «Nej, han er ikke mit barn». Denne og ækvivalente typer af udvekslinger signaler, at pårørende grundlæggende er skeptiske over for den politisk-kliniske forestilling. Samtidig bliver den reelt aldrig udfordret, da den ligger som en underlæggende præmis for det at være inkluderet som pårørende. Ligeledes ses diskrepansen i forbindelse med undervisning i emnet «egenomsorg», hvor de pårørende skal lære at «passe på sig selv». Selve tematikken reflekterer netop et misforhold, fordi pårørende skal lære, at de både må overtage behandlingsansvaret og selvstændigt og egenhændigt må håndtere de byrder og emotionelle og sociale problemer, der opstår i familiens hverdag som følge af den diagnosticerede persons situation og den pårørendes nye rolle som medbehandler. Spændingen mellem den politisk-kliniske forestilling og de pårørendes relativt homogene forestilling om deres inddragelse bliver fx adresseret af en sygeplejerske under et interview:

Jeg kan godt forstå, det kan være en belastning [at leve med en person med psykisk lidelse]. [...] vi er nødt til at tænke på, at det altså er patienten, der er i centrum for vores behandling. (Sygeplejerske, 48 år)

Det viser, at professionelle ofte kender til, at pårørende oplever væsentlige sociale og emotionelle byrder. På trods heraf fokuserer pårørendeinddragelsen på, at pårørende forventes at være ressourcer for behandlingssystemet uden reelt at blive anerkendt for de byrder, de bærer for deres gratis tjenesteydelser. Dette misforhold er tydeligt, når pårørende stiller spørgsmål, som

omhandler deres spesifikke situation, i forbindelse med møder med professionelle. Her benytter professionelle ofte ensartede strategier til at afvise pårørendes ønsker om at dele deres erfaringer og diskutere personlige problematikker, fx begrundes afvisningen af pårørendes perspektiver med «vi har dårlig tid», «vi må prioritere ressourcerne» og «vi mangler samtykke fra patienten». Selvom dette rationale ofte er implicit i daglig praksis, har systemets kerneydelse, de professionelle menneskesyn og arbejdsdelingen stor betydning for forvaltningen af politiske krav om involvering af pårørende og eksklusion af pårørendes perspektiver i praksis.

Afsluttende perspektiver

Kapitlet viser, hvorfor pårørendes perspektiver og oplevede byrder systematisk ekskluderes i psykiatrisk behandling, fordi satsningen på pårørendeinddragelse indgår i en bredere politisk bestræbelse på at facilitere opgaveglidning af sundhedsfaglige ydelser og indsatser fra de psykiatriske behandlingsinstitutioner til civilsamfundet.

Kapitlets kritiske bidrag ligger i at perspektivere den fænomenologisk-hermeneutisk orienterede interviewforskning om person-centrerede indsatser i psykiatriske velfærdstjenester, som beskriver pårørendes erfaringer med at blive inddraget. Den forskning har ofte vanskeligt ved at begrebsliggøre, hvorfor professionelle, patienter og pårørende ofte giver udtryk for et misforhold mellem deres forestillinger om involvering (McPherson & Oute, 2020). Selvom pårørendeinddragelse principielt kan være en humaniserende orientering mod recovery, må pårørendeinddragelse reelt betragtes som en dehumanisering af pårørende. Det skyldes, at begrebet anvendes til at gøre pårørende ansvarlige for tidlig opsporing, diagnostik og effektiv behandling med henblik på at undgå ressourceforbruget forbundet med tilbagefald og indlæggelse (Glasdam & Oute, 2018).

Kapitlet lægger sig tæt op ad tidligere forskning i recovery og velfærdsstatens forandringer. Trods recovery-begrebets flertydighed benyttes det ofte som et politisk styringsredskab (Harper & Speed, 2014). Givet at pårørendeinddragelse forventes at understøtte recovery, må pårørendeinddragelse også betragtes som et styringsredskab, der inviterer mennesker til at se psykiske lidelser og behandlingen heraf som den enkeltes ansvar – og

ikke statens (Harper & Speed, 2014). Ansvarliggørelse af både diagnosticerede og pårørende kan ses som et person-orienteret styringsværktøj, der retter sig mod at styre enkeltindviders opfattelse af situationer og adfærd ved at underkaste deres selvforståelse politiske eller institutionelle mål. Det grundlæggende perspektiv i at se pårørendeinddragelse som styringsværktøj er, at selve deltagelsen orienterer sig mod at kultivere et klinisk orienteret gensidighedsforhold mellem stat og individ og mellem patient og pårørende (Hansen, 2016). Styringsformen handler samtidig om at sikre, at behandlingsarbejdet effektiviseres og ikke forstyrres af velfærdsprofessionernes faglighed og værdisæt (Glasdam & Oute, 2018).

Disse politiske strategier kan derved ses som en form for styring, hvis virkningsformer den danske sociolog Rasmus Willig ser som symbolsk glidecreme (Willig, 2013). Metaforen giver blik for, hvordan inddragelse af pårørende virker ved at smøre den diagnosticerede persons og den pårørendes aktive identifikation og derved øge sensibiliteten over for rollen som en lydlig patient og deltagende pårørende, der tjener konkurrencestaten ved at fungere som ressourcestærk og fleksibel medbehandler, med henblik på at aktualisere, potentielle og effektivisere behandlingen og reguleringen af patienten. Samtidig er pårørendeinddragelse tænkt som en måde at skabe friktionsfrie møder mellem system og patient, hvor den pårørende tænkes at fungere som glidecremen, der kan få det hele til at glide hurtigt, behageligt og billigt. Det betyder, at pårørendeinddragelse, specifikt psykoedukation, forventes at kunne fungere som smørelse til at få overdraget ansvaret for forebyggelses-, pleje- og behandlingsopgaver fra velfærdsstaten til den enkelte (familie), under forestillingen om at det kan ske friktionsfrit og med øget følsomhed (Willig, 2013). Som politisk styringsteknologi retter pårørendeinddragelse sig således mod at forme pårørendes selvforståelse og aktive rolle som medbehandlere i konkurrencestatens tjeneste. Selvom nogle pårørende tager denne opgave på sig, er det ikke altid så friktionsfrit som (fag)politisk ønsket. Det skyldes dels, at pårørende ikke altid identificerer sig med de roller, de tildeles, og dels at negligeringen af de menneskelige problemer og byrder forbundet med at være pårørende til en diagnosticeret person kan danne grundlag for konfliktfyldte situationer mellem systemets aktører og pårørende. Desuden må det bemærkes, at der ikke finder en intentionel dehumanisering af pårørende sted, men det må forstås i konteksten af psykiatriens organisatoriske indretning. Psykiatrien rummer hverken fagligt, politisk eller

temporalt megen plads til reelt at involvere pårørendes oplevede byrder eller reelt at anerkende pårørendes egne perspektiver på tilrettelæggelsen af den hjælp, der tilbydes i praksis. Udelukkelsen af mulighederne for at arbejde med pårørendes perspektiver og byrder på humanistiske og demokratiske måder er derfor allerede indlejret i selve konstruktionen af det psykiatriske system. Disse strukturerende forhold effektuerer det gammelkendte problem: Den dominerende måde at forvalte pårørendeinddragelse på, som politisk redskab i praksis, styrker det eksisterende magtforhold mellem professionelle, patienter og pårørende ved at vende inddragelsesbegrebets oprindelige emancipatoriske potentiale på hovedet. Det betyder, at pårørendeinddragelse, ligesom begreber som patientinddragelse eller recovery, er blevet perverteret (Oute, 2017). Det kan ligestilles med forholdet mellem sadisten og den submissive figur i et sadomasochistisk spil. Pårørendeinddragelsen indsætter og forstærker netop dominansforholdet mellem professionelle og pårørende, hvor pårørende trænes i at identificere sig som frivillige subjekter, hvis funktion er at tjene konkurrencestatens behov. Historisk set virker dette netop paradoksalt, da begreberne oprindeligt skulle bidrage til øget medborgerskab, forbedrede rettigheder og demokratisk indflydelse på klassifikationer af problemstillinger og den hjælp, der tilbydes i velfærdssystemet. Kapitlet understreger derfor, hvordan inddragelsestænkningen reflekterer en langt bredere ideologisk U-vending, hvor det samtidig stigende antal behandlingskrævende personer og reducerede ressourcer gøres til pårørendes individuelle ansvar ved at manifestere en gnidningsfri transformation af velfærdsstaten og tilblivelse af en konkurrencestat (Willig, 2013).

Referencer

- Alvsvåg, H. (2018). Den skandinaviske velfærdsstat – udvikling af sundhedsvæsenet med vægt på ældreomsorgen. I S. Glasdam & F.F. Jacobsen (red.), *Gerontologi – perspektiver på ældre mennesker* (s. 63-88). Gads Forlag.
- Christensen, S. (2014). Når velfærdsstaten skal trimmes. *Asterix*, 20-23.
- Danske Regioner, D. (2017). *Pakkeforløb for depressiv enkelt-episode*. Danske Regioner.
- Garrett, P.M. (2019). What Are We Talking About When We Talk About 'Neoliberalism'? *European Journal of Social Work*, 22(2), 188-200. <https://doi.org/10.1080/13691457.2018.1530643>.
- Glasdam, S. (2007). *Inklusion og eksklusion af kræftpatienters pårørende i en onkologisk klinik – ph.d.-afhandling* (2. udg.). PUC, Viborg-Seminariet.
- Glasdam, S. & Oute, J. (2018). Professionals' Involvement of Relatives – Only Good Intentions? *Journal of Organizational Ethnography*, 8(2), 211-231. <https://doi.org/10.1108/JOE-01-2018-0003>.
- Glasdam, S., Sivberg, B. & Wihlborg, M. (2015). Nurse-Led Interventions in the Concept of Randomized Controlled Trials – Critical Perspectives on How to Handle Social Contexts. *International Journal of Multiple Research Approaches*, 9(1), 1-23. <https://doi.org/10.1080/18340806.2015.1076756>.
- Goffman, E. (2007). *Asylums – Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Aldine Transaction.
- Hansen, J.O. (2016). *Den sociale konstruktion af pårørendeinddragelse i behandlingspsykiatrien – et flerstedsetnografisk feltstudie af politiske, kliniske og depressionsramte familiers diskurser om inddragelse og deres effekter*. Research Unit of User Perspectives, University of Southern Denmark.
- Harper, D. & Speed, E. (2014). Uncovering Recovery: The Resistible Rise of Recovery and Resilience. I E. Speed, J. Moncrieff & M. Rapley (red.), *De-Medicalizing Misery II: Society, Politics and the Mental Health Industry* (s. 40-57). Palgrave Macmillan.
- McPherson, S. & Oute, J. (2020). Responsibilisation of Caregivers in Depression – the Limitations of Policy-Based Evidence. *Social Theory & Health*, 19, 347-361. <https://doi.org/10.1057/s41285-020-00136-y>.
- Olesen, S.P. (2007). Tidens optagethed af «evidens» – hvad gør den ved praksis i socialt og pædagogisk arbejde? *Vera: tidsskrift for pædagoger*, 9, 8-17.
- Oute, J. (2017). «It Is a Bit Like Being a Parent» – a Discourse Analysis of How Nursing Identity Can Contextualize Patient Involvement in Danish Psychiatry. *Nordic Journal of Nursing Research*, 38(1), 1-10. <https://doi.org/10.1177/2057158517706314>.
- Oute, J. & Bjerge, B. (2018). Ethnographic Reflections on Access to Care Services. *Journal of Organizational Ethnography*, 8(3), 279-297. <https://doi.org/10.1108/JOE-12-2017-0064>.
- Pedersen, O.K. (2011). *Konkurrencestaten*. Hans Reitzels Forlag.

- Regeringen, U. o. P. (2013). *En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser – resumé af hovedrapport: rapport fra regeringens udvalg om psykiatri*. S.l.: Regeringens udvalg om psykiatri.
- Richardson, H.B. (1948). *Patients Have Families* (4. udg.). New York: Commonwealth Fund.
- Socialstyrelsen & Sundhedsstyrelsen (2014). *Koncept for systematisk inddragelse af pårørende*. Socialstyrelsen.
- Willig, R. (2013). *Kritikkens U-vending*. Hans Reitzels Forlag.

Klevan, T. & Sælør, K.T. (2022). Storebror flytter hjem? Om deinstitusjonalisering og det psykiatriske blikk. I H. Vike, B. Karlsson & R. Sundet (Red.), *Velferdsstatens transformasjoner* (s. 277–296). Fagbokforlaget.
DOI: <https://doi.org/10.55669/oa200912>

12

Storebror flytter hjem?

Om deinstitusjonalisering og det psykiatriske blikk

Trude Klevan & Knut Tore Sælør

Innledning

Profesjonelle tjenester til mennesker som opplever utfordringer relatert til psykisk helse og/eller rusmidler, har gjennom tidene vært uløselig knyttet til så vel hjelpe- som maktaspekter. Hvordan den profesjonelle bistanden forstås og utøves, må ses i lys av en historisk og kulturell kontekst. Deinstitusjonalisering er et fremtredende trekk ved utviklingen av helsetjenester fra 1970-tallet og frem til i dag, og innebærer en delvis avvikling av institusjoner som for eksempel sykehjem, vernehjem og sykehus for ulike grupper med kronisk syke. Nedbygging av de store institusjonene har i stor grad preget psykisk helsevern og rusomsorgen (Husøy, 2012). Deinstitusjonalisering av tjenester innen psykisk helse- og rusarbeid settes gjerne inn i en forståelsesramme

knyttet til humanisering av tjenestene. Den har vært styrt av omfattende politiske reformer innenfor psykisk helse- og rusfeltet både internasjonalt og nasjonalt, som for eksempel Stortingsmelding nr. 25 Åpenhet og helhet (Sosial- og helsedepartementet, 1997), Opptrappingsplanen for psykisk helse (Sosial- og helsedepartementet, 1998) og Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). I disse ulike politiske dokumentene legges et helhetlig menneskesyn til grunn, og psykisk helse forstås både som et personlig og sosialt fenomen (Karlsson & Borg, 2013). Fokuset beveges dermed fra et individrettet syn til å forstå psykisk helse ut fra et mer helhetlig perspektiv der hele mennesket og de kontekster det inngår i, påvirker og påvirkes av den psykiske helsen. I tråd med et slikt syn legges det vekt på utvikling av hjemmebaserte tjenester for at personer som erfarer psykisk uhelse, skal kunne leve et mest mulig selvstendig liv i sitt lokalmiljø. Fokus på hjemmebaserte tjenester knyttes altså gjerne til tanken om behovet for å utvikle mer humane tjenester, der hjemmet som arena antas å gi bedre mulighet til å møte brukeren som en person og der hjelpetiltakene kan forankres i persons og familiens hverdagsliv (Karlsson & Borg, 2013).

Til tross for uttalte humanistiske argumenter for deinstusjonalisering kan det også være grunn til å utforske nærmere hvordan forflytningen av tjenestene inn i folks hjem kan forstås og hvilke konsekvenser det kan ha for både brukere av tjenestene og deres pårørende (Topor et al., 2016). Bidrar en forflytning av tjenester nødvendigvis til nye og mer humane praksiser? Eller kan det også argumenteres for at tradisjonelle psykiatriske forståelser og det psykiatriske blikk fremdeles preger tjenestene, om enn i en mer tilsløret form?

I dette kapittelet setter vi deinstusjonalisering og utvikling av hjemmebaserte tjenester inn i en historiske ramme. Vi vil anvende noen eksempler fra akutte ambulante team og såkalte ACT-team for å drøfte hvorvidt hjemmebaserte tjenester representerer noe nytt, eller om de også kan forstås som «mer av det samme». I denne sammenheng bruker vi noen sitater som er hentet fra kvalitative intervjuer som inngår i Klevans doktorgradsavhandling om erfaringer med ambulante akutteam (2017). Vi anvender også sitater fra norske sangtekster. Noen av sitatene kommenteres ikke eksplisitt, mens enkelte presenteres kort. Leseren står fritt til å fortolke hvordan sitatene kan forstås og hvordan de kan bidra til å gi mening til den øvrige teksten. Begrepet «det psykiatriske blikk» brukes til å reflektere over og diskutere forståelser, praksiser og maktforhold innen psykisk helse- og rusarbeid. Vi

vil også reflektere over hvilke mulige konsekvenser deinstitutionalisering og forflytning av det psykiatriske blikket inn i hjemmene kan ha for brukere av tjenestene og deres pårørende. Avslutningsvis vil vi reflektere kritisk over hvordan nye, humaniserende og frigjørende praksiser i psykisk helse- og rusarbeid også kan virke disiplinerende og kontrollerende på måter som kan være vanskelig å avdekke. I den videre teksten benytter vi av praktiske hensyn begrepet psykisk helsearbeid som et felles begrep, vel vitende om at det innen psykisk helse- og rusarbeid også finnes ulike tradisjoner og røtter.

Det psykiatriske blikket

Hei, kom inn!

Vi ser deg i kamera – vi jobber under jorda

Vi kjenner dine vaner ved hjelp av elektroder på vitale organer

Kom inn er du snill – vi veit hva du vil

Et lukket rom – mørklagt og trangt

Her finnes ingen dører eller ankeinstans

Du må tro på det du hører

Alt vi sier er sant

(Kjøtt, 1981)

Begrepet det psykiatriske eller medisinske blikket krediteres Foucault og er hentet fra hans bok *Klinikkens fødsel* (Foucault, 2000). Blikket representerer den rasjonelle og kausale forståelsen av psykiske lidelser. Galskap sidestilles på denne måten med somatiske sykdommer, og gjennom naturvitenskapelige forståelsesrammer og løsninger kan den dermed forklares og temmes. Slik innfører Foucault et skille mellom ufornuft og fornuft – der galskapen eller ufornuften må forklares ved bruk av fornuften. Gjennom dette skillet blir galskapen ifølge Foucault frarøvet sitt eget språk. Språket for galskapen blir fornuftens domene gjennom medisinvitenskapens kolonisering av den.

Det psykiatriske blikket betegner legens evne til gjennom observasjon å kunne se hva som «egentlig feiler» pasienten. Fordi blikket knyttes til én bestemt profesjon og fagdisiplin, får den medisinske fagdisiplinen definisjonsmakt til å vurdere hva som feiler folk. Hvordan pasienten selv eller andre

vurderer situasjonen, blir underordnet. Sykdommen ble dermed gjort til et objekt som kunne studeres uavhengig av «den sinnslidende» selv. Det kan hevdes at erfaringskunnskapen på denne måten ble frarøvet mye av sin betydning.

Storebror ser deg

Ideen om det medisinske blikk kobles gjerne til 1700-tallsfilosofen Bentham og hans panoptikon. Såkalte panoptiske fengsler og asyl er bygget med utgangspunkt i Benthams ideer og filosofi. Utformingen kan bestå av en rund bygning inndelt i kakestykkelignende rom eller celler med gitterdører. Midt i bygningen står et tårn hvorfra man kan se alle de innsatte eller innlagte, uten at de selv kan vite når de blir overvåket eller ikke. Dette skaper ifølge Bentham en følelse av en usynlig allvitenskap og bidrar til en internalisert overvåking hos beboeren (Miller & Miller, 1987).

Foucault brukte ideen om panoptikonet og panoptisme som metafor for det moderne, disiplinerende samfunn og dets tilbøyelighet til å observere og normalisere. Vel så mye som direkte, fysisk overvåking handler panoptisme om den indre og internaliserte *opplevelsen* av å bli overvåket. Gjennom internalisering av normaliteten disiplineres ikke bare tankene, men også kroppen (Davenport, 2000; Heaton, 1999; Topor et al., 2016). En slik internalisert overvåking og disiplinering er imidlertid ikke bare å forstå som negativ. I komplekse og urbane samfunn kan lydighet og disiplinering også forstås som viktige forutsetninger for å forhindre totalt kaos.

Historisk tilbakeblikk

Hvordan mennesker med psykiske vansker er blitt behandlet gjennom historien, kan knyttes til samfunnsmessige forhold og samfunnets behov, sammen med ulike moralske og filosofiske strømninger. Behandlingen av de såkalte sinnslidende var i Norge frem til 1800-tallet ikke adskilt fra de fattige og trengende. Mennesker som av ulike årsaker falt utenfor i samfunnet, var i hovedsak familienes ansvar. Før reformasjonen på 1500-tallet ble de fattige betraktet som en del av Guds samfunnsorden, noe som ga de fromme og troende anledning til å utøve barmhjertighet. Etter reformasjonen ble fattig-

dom etter hvert betraktet som en synd og som tegn på sviktende moral hos den enkelte. Dette synet heftet også ved de sinnslidende. Et skille mellom verdig og uverdigg trengende oppsto. I praksis dreide dette seg om et skille mellom de som ikke *kunne* arbeide og de som ikke *ville* arbeide (Høyersten, 2009; Stamsø, 2017; Vatne, 2006).

Befolkningsvekst og urbanisering med påfølgende ordens- og tiggerproblemer førte på 1700-tallet til det som gjennom Foucault (2005) er blitt kjent som «den store innesperringens tid». Private hjelpeordninger og legdordninger var ikke lenger tilstrekkelige for å opprettholde orden. Mange av de trengende ble plassert på tuktt- eller arbeidshus og satt i tvangsarbeid, eller holdt innesperret under elendige forhold i såkalte dollhus eller dårehus. Offentlig tiltak i denne perioden bar preg av å være lite differensierte, og grensene mellom omsorg for syke, fattighjelp og kontroll med kriminalitet var flytende. Et vesentlig poeng ved den store innesperringen er at den ikke først og fremst sprang ut av en tanke om å hjelpe de trengende, men snarere om å kontrollere dem (Foucault, 2005; Vatne, 2006).

Med opplysningstiden fulgte en sterk tro på fremskritt og på menneskets potensial. Ideen om at naturvitenskapen kunne løse de fleste problemer, også av menneskelig natur, sto sterkt. Dette fikk konsekvenser for synet på de sinnslidende og hvordan de burde behandles. Med bakgrunn i tanker og idealer fra opplysningstiden og den franske revolusjon utviklet det som går under navnet moralsk behandling seg.

Den moralske behandlingen kan forstås som et skritt på veien mot behandling av de sinnslidende som en særegen gruppe med særskilte behov. Gjennom den moralske behandling ble eldre tiders undertrykkende og inhumane behandling, med utstrakt bruk av tvang og brutal fysisk avstraffelse, erstattet av idealer som respekt, vennlighet og verdighet. Samtidig ble tvang og kontroll av mennesker som ble ansett som ikke å forstå sitt eget beste, betraktet som nødvendig. Eksempelvis kan bruk av belter, skjerming og isolasjon i psykiatrien tilbakeføres til denne tiden. Fokus for den moralske behandlingen var å bedre pasientenes indre kontroll og moral. En kan således argumentere for at utvikling av den indre kontrollen hadde til hensikt å erstatte den ytre kontrollen. Omsorgen for de sinnslidende som ble utviklet i denne perioden, hadde, til tross for sine klare humanistiske trekk, også preg av kontroll og oppdragelse gjennom moralsk undertrykkelse og ydmykelse. De store asylene som i samme tidsrom så dagens lys, reflekterte begge

disse tendensene: en mer respektfull og human behandling av de gale og en rekke kontrollerende tiltak (Foucault, 2005; Høyersten, 2009; Vatne, 2006).

Opprettelsen av de store asylene på 1800-tallet var inspirert av opplysningstidens nyoppdagelser innen naturvitenskap. Sykdom i hjernen ble etter hvert sett som årsak til sinnslidelse. Ifølge Høyersten (2009) bidro dette også til endringer i synet på den sinnslidende. Den sinnslidende hadde en sykdom og var ikke lenger et moralsk suspekt individ. Den medisinske diskursen ble dermed den ledende og dominerende innen omsorgen for de sinnslidende. I Norge fikk vi sinnssykeloven i 1848 som stadfestet galskap som et medisinsk anliggende, og det første statlige sinnssykeasylet ble bygget på Gaustad i 1855.

Hjelp og kontroll

Selv om det å yte hjelp gjerne forbindes med uselviske og humanistiske handlinger med siktemål om å gjøre godt for andre, har den profesjonelle hjelpen innen psykisk helsearbeid en broket historie. Hjelpen som til enhver tid er blitt gitt til mennesker med psykiske vansker, avspeiler også samfunnets behov for kontroll. Kontroll trenger, som tidligere nevnt, ikke bare å være negativt. Norvoll (2013), som har forsket på tvang og bruk av skjerming i psykiatriske avdelinger, beskriver for eksempel at en viss grad av kontroll er nødvendig for å opprettholde sosial orden. Det kan også argumenteres for at en grad av kontroll over enkelte individer eller grupper kan være nødvendig for å beskytte andre såkalte sårbare gruppers interesser og velbefinnende, til tross for at dette da kan gå ut over førstnevnte gruppes autonomi. Et aktuelt eksempel kan være barn av foreldre med psykisk helse- og/eller rusproblemer, der foreldrenes og barnas interesser kan komme i konflikt med hverandre. Her vil mange hevde at det kan være nødvendig å iverksette kontrollerende tiltak med foreldrenes helsetilstand av hensyn til barna. Ulike studier som utforsker barns erfaringer som pårørende, beskriver at mange har opplevd destruktiv adferd og manglende omsorg knyttet til foreldrenes psykiske vansker og/eller rusproblemer. Mange har også erfart mangelfull støtte fra andre voksne og hjelpeapparatet (Kallander, 2020; Kufås et al., 2015).

Hjelp og kontroll inngår alltid i historiske, sosiale, kulturelle og politiske kontekster – og avspeiler samfunnets holdninger og kunnskapshorisont. Veien fra å utøve hjelp til å gjøre direkte skade er kanskje ikke så lang

som vi liker å tro. Innen psykisk helsevern har det gjennom tidene utviklet seg en rekke praksiser som vi i dag hoderystende betrakter som inhumane. Dette har skjedd med støtte, eller i hvert fall stilltiende samtykke, fra gode hjelpere. Skillet mellom de andre og oss handler kanskje først og fremst om tid og sted. Kanskje befinner de andre og deres praksiser og valg seg nærmere oss enn det vi noen ganger liker å tro?

Karl Ove Knausgård sier det slik:

For å beskytte oss, bruker vi den sterkeste avstandsmarkøren vi kjenner, demarkasjonslinjen som går mellom «vi» og «de». De'ets avstand er veldig, det kaster disse nære historiske begivenhetene ned i en slags middelalderisk avgrunn (...). De aller fleste av oss mener det alle mener, gjør det alle mener, og det gjør vi fordi dette «vi» og dette «alle» er det som bestemmer normene, reglene og moralen i et samfunn (Knausgård, 2011, s. 791).

Når noen er blitt et «de», er det lett å ta avstand. Hvorvidt våre samtidige praksiser innen psykisk helsearbeid vil bli betraktet som hjelpende eller inhumane kontrollregimer av fremtidige psykisk helsearbeidere, gjenstår å se.

Hvor finner vi blikket i dag?

Et blikk sprer seg ikke av seg selv, men trenger drahjelp gjennom å manifesteres som diskurser og praksiser, både på overordnet og lokalt nivå. På et overordnet nivå kan dette blant annet handle om hva som teller som gyldig kunnskap. På et mer lokalt nivå vil det vise seg gjennom praksiser som samsvarer med det som da blir ansett som gyldig kunnskap. Den medisinske forståelsen som det psykiatriske blikket baserer seg på, har hatt, og har, gjennomslagskraft ved å gi inntrykk av at det finnes klare årsaker til psykisk lidelse med adekvate løsninger og behandlinger (Foucault, 2005). Grundig og riktig diagnostisering av psykiske lidelser blir i mange miljøer vurdert som grunnleggende for å kunne gi riktig behandling. Diagnostisering innenfor psykisk helsearbeid blir også utsatt for kritikk både fra ulike fagmiljøer og brukermiljøer, blant annet begrunnet med erfaringer som tilsier at psykiske lidelser *ikke* kan sammenlignes med somatiske sykdommer, og at de snarere må forstås og behandles kontekstuellet (Aarre, 2011, 2018; Ekeland, 2011).

Den erfaringsbaserte kunnskapen kommer imidlertid i mange sammenhenger til kort. De medisinsk-orienterte praksiser gir inntrykk av at psykisk helsehjelp langt på vei lar seg standardisere og måle. Faglige forståelser og tilnærminger som ikke passer inn under det psykiatriske blikket og ikke lar seg måle og standardisere, får lett et troverdighetsproblem. Når praksis skal utvikles, blir dermed alternative forståelser og tilnærmingene ofte ikke vektlagt på samme måte. Den objektive kunnskapen som det psykiatriske blikket forfekter, får forrang fremfor den mer subjektive erfaringskunnskapen (Klevan et al., 2019).

Spredning av det psykiatriske blikket handler ikke bare om spredning av et fags forståelser og forklaringer, men også om sammenhengen mellom dette fagets forståelsesmåter og politiske krefter og styresett. I Norge og flere andre vestlige land førte økende velferdsutgifter på 1980-tallet til bekymringer og krav om tiltak for strammere økonomisk styring av staten. Flere reformer innenfor psykisk helsevern på 1990- og 2000-tallet er basert i økonomisk og kunnskapsmessig effektivisering og standardisering. De begrunnes i det som er blitt kjent som New Public Management. New Public Management benytter markedet som logikk og modell, også for helsetjenester (Karlsson, 2015). Markedsorientert styring og kontroll rammer dermed også inn fagkunnskapen. Fokus er på effektivitet, standardisering og målbarhet. Praksiser som passer inn i denne terminologien og som lar seg evaluere etter NPM-standarder, blir de foretrukne og knyttes gjerne til «best practice» (Karlsson, 2015; Klevan et al., 2019). Målbare og standardiserte praksiser knyttes i tillegg til kvalitet, også opp mot rettferdig fordeling av tjenester og forutsigbarhet for pasientene. Sammenfiltrering av helsepolitiske styringsformer og den «sanne» evidensbaserte kunnskapen kan imidlertid argumenteres for å hindre andre forståelsesformer fra å komme frem i lyset. Effektiv og målbar hjelp blir ensbetydende med god hjelp. Kunnskap som fremhever subjektive erfaringer og mangfold, passer derimot dårligere inn i New Public Management-tankegangen og blir lett marginalisert (Karlsson, 2015; Karlsson & Borg, 2013; Kroken & Madsen, 2016; Stamsø, 2017).

Markedsliberalistiske tendenser kan forstås som også å være knyttet til endringer i psykisk helsefeltet. Økende kritikk av inhumane og totalitære forhold ved de tradisjonelle institusjonene, men også fokus på effektivisering og lønnsomhet i psykiske helsetjenester, var viktige argumenter for

nedlegging av institusjoner og gradvis oppbygging av det som vi gjerne benevner som lokalbasert psykisk helsevern (Fakhoury & Priebe, 2007; Topor et al., 2016). Deinstitusjonalisering og utvikling av hjemmebaserte tjenester kan dermed hevdes å være tuftet på så vel humaniserende som økonomiske argumenter. Dette kommer tydelig frem når det gjelder utvikling av for eksempel ambulante akutteam innenfor spesialisthelsetjenesten. Hensikten med ambulante akutteam beskrives ofte som todelt. Den ene er å tilby hjelp lokalt og å forhindre unødvendige innleggelser. Den andre er mer verdibasert og handler om å bidra til å utvikle mer humane tjenester innen psykisk helsevern. En slik sammenblanding av økonomiske og velgjørende hensikter i tjenestene kan bidra til å underkommunisere underliggende kunnskaps-hierarkier og maktforhold. Hva teller som god hjelp, og hva slags kunnskap etterspørres når tjenesten skal evalueres? Til tross for at deler av rasjonale bak opprettelsen av ambulante akutteam altså kan sies å være verdibasert, fokuserer hovedtyngden av evaluering og forskning på akutteam kostnader og innleggelsesrater – altså om akutteam faktisk bidrar til å redusere antall innleggelser og om helseforetakene sparer penger. Hva brukere og pårørende erfarer som god hjelp, er i mindre grad utforsket og vektlagt (Johnson et al., 2008; Klevan, 2017).

Institusjoner for fall – eller på flyttefot?

Nedbygging av institusjoner ga utover på 80-tallet grobunn for fremvekst av nye tjenester. Gjennom intensjonene uttrykt i Opptrappingsplanen i 1999 skjøt utviklingen av det lokalbaserte psykiske helsevernet virkelig fart. Folk skulle få hjelp der de bodde og oppholdt seg, og behovet for å inngå i sosiale sammenhenger og å kunne bo og leve selvstendig ble anerkjent. Det lokalbaserte psykiske helsevernet utviklet seg både på kommunalt nivå og gjennom utvikling av distriktspsykiatriske sentre innenfor spesialisthelsetjenesten (Norvoll, 2013; Sosial- og helsedepartementet, 1998).

Det store flertallet av personer med alvorlige psykiske helseplager bor i dag i egen bolig. Et flertall av disse mottar oppfølging fra kommunale tjenester og til dels også fra spesialisthelsetjenesten. Disse tjenestene dreier seg særlig om medisinsk hjelp og ulike former for psykososial bistand. Mange brukere gir uttrykk for å være fornøyde med å motta lokalbaserte tjenester og

oppgir blant annet at de opplever større grad av frihet og jevnbyrdighet. På-
rørende uttrykker på sin side ofte mer blandede erfaringer (Borg et al., 2012;
Klevan et al., 2016). I løpet av de siste årene er det blitt utviklet ulike former
for oppsøkende tjenester og team. Hensikten er å utforme tjenester som er
tilpasset den enkeltes behov og legge til rette for et best mulig liv. Allikevel
kan hverdagslivet oppleves ensomt og innholdsløst, på tross av ambisjonene
om å legge til rette for deltakelse i lokalsamfunnet (Sælør et al., 2021), ikke
ulikt den segregerte tilværelsen som fanges i dette tekstutdraget fra bandet
The Aller Værste!:

Jeg bor i velferdsghettoen -- Jeg er plassert i huset for de blinde
Men øynene mine er laserstråler -- Jeg ser bevegelsen bak gardinen
Jeg sitter oppi huet mitt -- Og ser på livet der ute
Jeg ser de har dårlig samvittighet -- For det levende livet der ute
Jeg veit det bare er kroppen -- Bare fra nakken og ned
Å jeg veit det ikke er huet – Ja jeg veit det ikke er huet – Men jeg er like mye
krøpling for det

(The Aller Værste!)

Samtidig som det er viktig å lytte til folks positive erfaringer, er det også vik-
tig å reflektere over hvilke konsekvenser det kan ha når hjelpen, og dermed
også kontrollen, beveger seg inn i den private sfære. Øye og Norvoll (2013)
peker på at det å være innskrevet i såkalte åpne og frivillige tjenester også
kan bære preg av subtile former for makt og kontroll. Trusler om innleg-
gelse og press om å ta imot behandling kan benyttes og medføre et slags krav
om normalisering. De som ikke føyer seg etter kravene og ikke samarbeider
om behandlingsopplegget, kan risikere å bli oppfattet som behandlingsresis-
tente eller ute av stand til å vurdere sitt eget beste. Det å for eksempel motta
såkalt «tett oppfølging» fra psykiske helsetjenester kan bidra til at man også
utenom kontaktpunktene med tjenestene forsøker å oppføre seg i tråd med
de normer helsevesenet og samfunnet ellers forfekter. På denne måten kan
det argumenteres for at internalisering av normer om normalitet som faller
inn under det psykiatriske blikket, bidrar til å konstruere en form for «indre
panoptikon».

Men det ble jo kunstig, for jeg måtte jo passe på hva jeg sa, hele veien. Jeg visste jo ikke hva de i teamet rapporterte videre hvis jeg sa noe om suicidalitet og sånn. Jeg måtte passe på hele veien.

Til tross for kunnskapsutvikling og samfunnsmessige endringer som har virket inn på psykiatrien som fagfelt, er det motsetningsfylte forholdet mellom behandling og sosial kontroll fremdeles tydelig i våre moderne tjenester (Norvoll, 2013; Vatne, 2006). Pasienter og pårørende kan for eksempel inviteres til å komme med sine ønsker for behandlingen, men disse ønskene kan fort bli avfeid med begrunnelse i pasientens sykdomstilstand. Avstanden mellom 1700-tallets moralske «de»-praksiser og dagens «vi»-praksiser er dermed kanskje ikke alltid så stor?

«Blikket» inn i de tusen hjem?

Gjennom at den profesjonelle bistanden i økende grad er blitt flyttet fra institusjonene og inn i hjemmet, kan det argumenteres for at det psykiatriske blikket også har spredd seg inn de tusen hjem. Som tidligere nevnt omtales lokalbasering av psykisk helsevern ofte i positive termer. Ved at de profesjonelle har beveget seg vekk fra sin arena og over på brukerens og pårørendes hjemmebane, kan det argumenteres for at nye former for profesjonelle roller og samarbeid kan oppstå (Borg & Karlsson, 2013). Samarbeid i hjemmet gir økt mulighet for kontekstuelle og fylldigere forståelser, og vi kan tenke oss at det psykiatriske blikket utvides ved at hverdagslivet og relasjoner i de hjemlige kontekster inkluderes. Således åpnes det opp for muligheten til å se flere sider av brukerne – vedkommende er ikke bare en pasient, men en person med et hjem, et liv og kanskje noen gode relasjoner. Samarbeid kan oppstå og utvikles rundt det som i mange sammenhenger benevnes som «de små ting», som hverdagen er fylt av og som ofte er det som betyr mest for folk (Klevan et al., 2017; Ness, 2016). Å kunne ta seg av potteplantene, hilse på naboens katt eller drikke morgenkaffen på sitt eget kjøkken sammen med en samboer – disse små tingene som i betydning egentlig er ganske store. En tidligere mottager av hjelp fra ambulant akutteam beskrev betydningen av «de små tingene» slik:

Vi kjørte ut til havet, bare sitte der i sjøkanten. Og bare sånne ting var helt utrolig godt, bare komme vekk fra huset. Sitte der i sjøkanten og bare slappe av, bare den timen. Det var så fint. Det er sånne gode ting som jeg husker.

Og – samtidig som oppfølging i hjemmet helt klart muliggjør en utvidelse av det psykiatriske blikket – er det også en risiko for at de små ting og hverdagen formes og defineres av blikket?

Når blikket inntar hjemmet – er det blikket som endres gjennom hjemmet, eller hjemmet som endres gjennom blikket? Bli ikke bare brukeren, men også dennes pårørende definert gjennom blikket?

Pårørende og nye roller

Jeg ville følt litt sånn ubehag ved å ha hjelpen hjemme i stua vår, oppi sofaen hvor vi pleier å sitte og kose oss og spise middag ... At vi liksom skulle ha akutteamet inne, hjemme hos oss i stua. Hjemme er hjemme! Behandling, det kan skje et annet sted.

Begrepet pårørende slik det brukes og forstås i dag, er egentlig relativt nytt. Pårørende ble tidligere ofte sett på som en del av sykdomsbildet og kunne i mange tilfeller bli avskåret fra kontakt med sin nærstående. Gjennom nedbygging av institusjoner og lokalbasering av psykisk helsevern har pårørende derimot fått en ny og viktig funksjon. De betraktes i mange sammenhenger som ressurser og viktige samarbeidspartnere, og pårørendes rettigheter er nedfelt i lovverk og retningslinjer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020; Helsedirektoratet, 2017).

Samtidig viser også flere studier hvordan pårørende opplever at de som en følge av lokalbasering av psykisk helsevern blir pålagt et stort ansvar for sine nære og at bistanden fra det offentlige ofte ikke er tilstrekkelig. Pårørende kan oppleve å bli en nødvendig forutsetning for at det overhodet skal være mulig for deres nære å bo og leve selvstendig og motta lokalbaserte tjenester (Borg et al., 2012; Klevan et al., 2016). Klevan (2017) har utforsket erfaringer med hva som erfares som hjelpsom hjelp fra ambulante akutteam ved psykiske kriser. Selv om mange pårørende ga uttrykk for å verdsette hjel-

pen de hadde fått fra akutteamet, ga også mange uttrykk for en opplevelse av at hjelpen som ble gitt, ikke var tilstrekkelig og at de som nære pårørende måtte ta et betydelig ansvar. Dette handlet om alt fra å gi omsorg til praktisk hjelp og til hele tiden å vurdere om det «er trygt nok».

Altså, jeg la meg jo og sov, og sønnen min lå vegg i vegg. Men jeg lå veldig på alerten og fulgte med. Hva skjer på natten? Kan han finne på å ta sitt eget liv? Så det var jeg som gjorde de vurderingene.

Sett fra pårørendes ståsted kan noe av deres manglende tilfredshet handle om en rolleendring de mer eller mindre blir pålagt. Pårørende kan hevdes å ha blitt innlemmet i det psykiatriske blikket – både ved at de selv er blitt gjenstand for blikket og ved at de kanskje også må utøve blikket overfor sin nærstående.

Det har generelt vært begrenset fokus på hvordan hjemmebaserte tjenester innen psykisk helsevern ikke bare er en hjelpeinstans, men også en kontrollinstans hvor de pårørende havner i landskapet mellom hjelp og kontroll i hjemmet. Heaton (1999) beskriver hvordan deinstitusjonaliseringen innen psykisk helsevern kan ha medført at pårørende går inn i en form for utydelig og uformell helsearbeiderrolle, og tilskrives et ansvar for å yte omsorg og følge opp den psykiske tilstanden til sine nærstående. Dette kan medføre belastning på de pårørende og på relasjonen med den de er pårørende til. Vi kan tenke oss at pårørende på denne måten blir en del av den profesjonelle bistandens spenninger mellom hjelp og kontroll. Stensrud (2016) har undersøkt erfaringer med tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon (TUD) fra et pasient-, pårørende- og ansattperspektiv. De pårørende opplevde at de var i en form for skvis. De opplevde å ha et stort ansvar for den som var under behandling, men at de ble tilsidesatt av profesjonelle hjelpere når avgjørelser skulle tas. Som vi har vært inne på tidligere, finnes det ulike former for oppsøkende tjenester for folk som strever med psykisk helse- og/eller rusproblemer. Hensikten er nok god, men det er også andre sider ved det å flytte hjelpeapparatet hjem til folk. Når Fanden leser Bibelen, finner han som vi kjenner til de utroligste ting. Tar vi en kikk på ACT-Håndboken, synes vi blant annet det kan være verdt å merke seg følgende:

En av de første oppgavene for et nyetablert team, kan derfor være å opprette en «behandlingslinje» mellom ACT og aktuell sengepost og trekke fastlege/legevakt, kriseteam og eventuelt pårørende aktivt inn i dette arbeidet. Det siste for å ha en plan rundt mulige innleggelseser når ACT ikke er på jobb og dersom teamets lege/psykiater av ulike grunner ikke kan være innleggende lege (Aakerholt, 2013, s. 19).

Så er det slik at mange pårørende setter pris på å bli inkludert i behandling, men er de nødvendigvis innstilt på alle oppgavene og ansvaret dette innebærer? Det blir i alle fall tydelig at tjenestene til tider er nødt til å lene seg på de pårørende og at behandlingsapparatet har en del å være takknemlige for. Mon tro om de pårørende får kvelds-, helgedags- og overtidstillegg når «ACT ikke er på jobb?». Vi finner uansett følgende påpekning i ovennevnte ACT-Håndbok:

Behandlere i oppsøkende team får mye ekstra informasjon fordi de beveger ut av kontorene og inn i brukers hjem. Det er ikke alltid brukerne ser dette eller tenker over konsekvensene. Derfor må behandlerne bruke mye tid på å diskutere fag og etikk når «kontoret blir flyttet hjem til bruker» (Aakerholt, 2013, s. 26).

Vår hensikt er på ingen måte å diskreditere hjemmebaserte tjenester som akutteam og ACT-team, eller andre former for oppsøkende tiltak. Det kan allikevel være på sin plass å undre seg over hva hensiktene bak ulike tiltak er, og ikke minst hvilke utilsiktede virkninger de medfører. Intensjonen er antakelig å legge til rette for at folk kan bo hjemme i større grad, og kunne motta tjenester der de bor, men her er det vel også penger å spare for det offentlige? Pårørende yter en enorm innsats året rundt, og mange vil gjerne å bidra. Samtidig opplever flere å ikke få den støtte og anerkjennelse de kanskje trenger og fortjener, og at de i liten grad blir involvert i samarbeid med tjenestene på måter de selv ønsker. Det må vi ta på alvor (Klevan et al., 2016; Weimand et al., 2011).

Involvering av pårørende i det psykiske helsearbeidet kan også medføre at pårørende og deres eget liv blir gjenstand for det psykiatriske blikket. På den ene siden kan dette hevdes å ha bidratt til en synliggjøring og anerkjennelse av de pårørende. For mange pårørende har det å få anerkjennelse

for at man har en viktig rolle vært betydningsfullt. Samtidig er det i økende grad blitt anerkjent at rollen har noen omkostninger. Et medisinsk eller psykiatrisk blikk inn i hjemmet kan kanskje bidra til å synliggjøre at rollen som pårørende kan ha betydelig innvirkning på den pårørendes egen helse, både fysisk og psykisk.

Men hva favnes av blikket? Pårørendes handlinger og reaksjoner, familiens liv og relasjoner blir en del av de profesjonelle helsearbeiderens observasjons- og vurderingsgrunnlag. Det er ikke lenger bare pasientens symptomer og funksjon i det daglige som skal observeres og vurderes, men også de pårørendes. Ulike former for familie- og nettverkstilnærminger som har økt i utbredelse de senere årene, trekker pårørende med som en ressurs i behandlingen – samtidig som ulike forhold ved de pårørende også blir observert av blikket. Heaton (1999) beskriver dette som at de pårørende blir deltager i det hun kaller blikket-stafetten, der ansvar for kontroll og overvåking delegeres nedover i hierarkiet samtidig som de også selv blir et objekt for blikket. Kanskje kan de som av ulike årsaker mottar hjelp av et ACT-team tjene som et eksempel på denne omtalte blikk-stafetten?

Spredning av det psykiatriske blikket inn i hjemmet påvirker altså både brukere og pårørende og samarbeidet med de profesjonelle hjelpere på ulike måter. Skillet mellom det institusjonelle livet og livet der hjemme blir mer utydlig. Dette kan ha mye bra ved seg. Normalisering av psykiske helseplager og muligheter for å kunne leve et meningsfullt liv i lokalmiljøet til tross for psykiske helseplager, oppleves av de fleste som positivt. Ut fra et slikt perspektiv kan man på mange måter hevde at deinstitutionaliseringen har vært en suksess. Det er blitt anerkjent at «alle har en psykisk helse» og at psykiske helseplager ikke trenger å stå i motsetning til å leve gode liv, hverken for den enkelte eller dennes familie. Samtidig kan man stille spørsmål ved i hvor stor grad brukere av psykiske helsetjenester faktisk gis anledning til å leve selvstendige liv. Som tidligere nevnt mottar det overveldende flertall av tjenestemottakere tiltak fra ulike deler av det psykiske helsevernet. Kan denne utstrakte bruken av tjenester inn i hjemmet, med de pårørende som både med-kontrollører og kontrollerte, betraktes som en subtil form for kontroll og masse-normalisering inn under det psykiatriske blikket?

Nytt blikk på gamle praksiser, eller?

Dersom vi legger til grunn at skillet mellom folks hverdagsliv og det psykiatriske blikket utviskes, vil så folks tanker og praksiser i det daglige styres av en indre moral som utvikles i samhandling med, og under overvåking av, representanter for det psykiatriske blikket? Dersom det psykiatriske blikket blir en del av den indre moral, vil dette kunne bidra til selvdisiplinering. Ønsket om det normale liv blir rettesnoren for denne indre moralen. Innebærer frigjøring og deinstitusjonalisering dermed en form for reinstitusjonalisering der den enkeltes internaliserte moral og verdier kan utgjøre en ny form for panoptikon?

En effektiv måte å ufarliggjøre og stilne uro på, det som utfordrer den gjengse moral og normer for hva som er normalt eller ikke, kan være gjennom prosesser som ofte benevnes som kolonisering (Grant, 2015). Ved at profesjonelle tar over og definerer hva *noe* er – bestemmer de også hva som er den «rette forståelsen» av dette *noe*. Ved at psykiske helsetjenester utvikles i en retning der folk i størst mulig grad skal bo hjemme og motta lokalbaserte tiltak, vil et vesentlig spørsmål være hvordan man kan sikre at praksisene blir reelt brukerorienterte og ikke preges av det Øye og Norvoll (2013) kaller «overflatetenkning». Fremfor å fremme mangfold og ulike måter å leve livet sitt på, kan hvorvidt man lykkes handle om i hvor stor grad man evner å bli mest mulig normal og veltilpasset. Samtidig skal det heller ikke underkjennes at mange mennesker nettopp ønsker å være en del av den såkalte «normalen». Å få lov til å være en del av normalen eller å velge å ikke være det, bør uansett være gjenstand for reelle valg. Spørsmålet er kanskje ikke hvorvidt man skal få lov til å etterstrebe å definere seg innenfor normalbegrepet, men hvorfor det ikke skal være like legitimt å definere seg utenfor det.

Noen tanker avslutningsvis

Hva som til enhver tid defineres som hjelp og kontroll, er situert i kontekster, både lokalt, historisk og kulturelt. Hva som er hjelp, defineres ut fra det dominerende blikket – et blikk som formes og bæres av det «vi-et» forstår som knyttet til sannhet og moral. Ved å falle innenfor den dominerende defi-

nisjonen av hjelp, kan såkalte hjelpsomme praksiser lett bli fritatt fra kritiske betraktninger og spørsmål. Som både Foucault og Knausgård påpeker, er det mye lettere å være innenfor enn utenfor den dominerende hjelpe-diskursen. Det er ensomt å stå utenfor, mens man innenfor befinner seg i godt selskap.

Nye praksiser betraktes ofte som forbedring. Og når man ser tilbake på behandlingen av «de gale» og hvordan holdninger og tjenester har utviklet seg frem mot vår tid, er det vanskelig å være uenig i at mye har blitt bedre. Det virker innlysende at etablering av hjemmebaserte tjenester som en erstatning for de store institusjonene er en utvikling i en mer human retning. Og samtidig – tenkte ikke tidligere helsearbeidere det samme om sine egne praksiser? Ved å være lojale og dyktige helsearbeidere føyer vi oss til et «vi» og dette «vi-ets» sannheter. Forsvinner vi ikke lett inn i den dominerende diskursen? Lojalitet og bekjennelse til et bestemt blikk innebærer alltid en risiko for å bli del av unyanserte og i verste fall skadelige praksiser. Spørsmålet vi bør fortsette å stille oss selv, er dermed: Hvordan vil ettertiden vurdere våre tenkemåter og handlinger?

Som fagfolk har vi ikke bare ansvar for å tilegne oss oppdaterte ferdigheter og kunnskap, og gjennom det bidra til å yte det som til enhver tid regnes som «best practice» i tjenestene. Vel så viktig er det å stille spørsmål om hva som til enhver tid regnes som kunnskap og hvilke hensikter denne kunnskapen tjener. Praksiser og kunnskap som gir rom for refleksjon og bevegelighet, er i så henseende av stor betydning. Elisabeth Minnich (2017) har skrevet om hvordan inhumane praksiser og kunnskapsformer kan utvikle seg, utført av tilsynelatende «helt vanlige mennesker». Hun beskriver betydningen av å være oppmerksom på hva man til enhver tid tar del i, og hvordan mennesket har et konstant ansvar for å tenke og stille kritiske spørsmål. Vi lar hennes ord avslutte kapittelet:

To be attentive is to be able to be startled back into thought, to become again able to be in touch with the originality of all that is around us, and so also to be aware of what we are actually doing, here and now (s. 75).

Referanser

- Aarre, T.F. (2011). Fem prinsipper for godt psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(2), 164–168.
- Aarre, T.F. (2018). *En mindre medisinsk psykiatri*. Universitetsforlaget.
- Borg, M., Haugård, E. & Karlsson, B. (2012). «Uten oss går det ikke» – pårørendes erfaringer med psykisk krise. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 8(2), 16–29.
- Borg, M. & Karlsson, B. (2013). Hjemmet som samarbeidsarena – muligheter og begrensninger i lokalbasert psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(02), 105–113.
- Davenport, B.A. (2000). Witnessing and the medical gaze: how medical students learn to see at a free clinic for the homeless. *Medical Anthropology Quarterly*, 14(3), 310–327.
- Ekeland, T.-J. (2011). *Ny kunnskap – ny praksis: Et nytt psykisk helsevern* (Erfaringskompetanse.no 2011:1). Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- Fakhoury, W. & Priebe, S. (2007). Deinstitutionalization and reinstitutionalization: major changes in the provision of mental healthcare. *Psychiatry*, 6(8), 313–316.
- Foucault, M. (2000). *Klinikkens fødsel*. Hans Reitzels Forlag.
- Foucault, M. (2005). *Sindssygdом og psykologi*. Hans Reitzels Forlag.
- Grant, A. (2015). Demedicalising misery: Welcoming the human paradigm in mental health nurse education. *Nurse Education Today*, 35(9).
- Heaton, J. (1999). The gaze and visibility of the carer: a Foucauldian analysis of the discourse of informal care. *Sociology of Health & Illness*, 21(6), 759–777.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid* (St. meld. nr. 47 (2008–2009)). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000ddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2020). *Vi – de pårørende: Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan* (Bd. 11/2020). Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.
- Helsedirektoratet (2017). *Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Husøy, G. (2012). Fra asyl til åpen omsorg – et tilbakeblikk. *Michael*, 9, 238–245.
- Høyersten, J.G. (2009). Sinnslidelsenes historie – noen temaer og tablåer. *Reiser i tid og rom, Michael*, 6, 136–149.
- Johnson, S., Needle, J., Bindman, J.P. & Thornicroft, G. (2008). *Crisis resolution and home treatment in mental health* (Bd. 13). Cambridge University Press.
- Kallander, E.K. (2020). *Children affected by parental illness or parental substance abuse: young carers, well-being and quality of life* [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Oslo.
- Karlsson, B. (2015). Markedsliberalistiske forskyvninger i det psykiske helsefeltet – om forholdet mellom politisk styring og faglig disiplinering. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 11(2), 153–162.

- Karlsson, B. & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid: Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Gyldendal Akademisk.
- Kjøtt (1981). Under jorda [sang]. På Op. MAI.
- Klevan, T. (2017). *The importance of helpful help in mental health crises: experiences, stories, and contexts – a qualitative exploration* [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Sørøst-Norge.
- Klevan, T., Davidson, L., Ruud, T. & Karlsson, B. (2016). «We are different people»: A narrative analysis of carers' experiences with mental health crisis and support from crisis resolution teams. *Social Work in Mental Health*, 14(6), 658–675. <https://doi.org/10.1080/15332985.2015.1133471>
- Klevan, T., Karlsson, B. & Ruud, T. (2017). «At the extremities of life» – Service user experiences of helpful help in mental health crises. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 20(2), 87–105.
- Klevan, T., Sundet, R. & Sælør, K.T. (2019). Ensretting, standardisering og kunnskapsbasert praksis – autoetnografi som motstand? *Forskning og forandring*, 2(2), 105–123. <https://doi.org/10.23865/fof.v2.1523>
- Knausgård, K.O. (2011). *Min kamp: Sjette bok*. Oktober.
- Kroken, R. & Madsen, O.J. (2016). *Forvaltning av makt og moral i velferdsstaten: fra sosialt arbeid til «arbeid med deg selv»?* Gyldendal Akademisk.
- Kufås, E., Faugli, A. & Weimand, B.M. (2015). *Når jeg ser han, får jeg sånn stikk i hjertet ... Barn og ungdom som har foreldre med rusmiddelproblemer – en kvalitativ levekårsstudie*. IS-2398, Issue. Helsedirektoratet.
- Miller, J.-A. & Miller, R. (1987). Jeremy Bentham's panoptic device. *October*, 41, 3–29.
- Minnich, E.K. (2017). *The evil of banality: on the life and death importance of thinking*. Rowman & Littlefield.
- Ness, O. (2016). De små ting – om relasjonell etikk og samarbeid i psykisk helse- og rusarbeid. I B. Karlsson (Red.), *Det går for sakte ... i arbeidet med psykisk helse og rus* (s. 58–73). Gyldendal Akademisk.
- Norvoll, R. (2013). *Samfunn og psykisk helse: samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Gyldendal Akademisk.
- Sosial- og helsedepartementet (1997). *Åpenhet og helhet: Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* (St.meld. nr. 25 (1996–1997)). Sosial- og helsedepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/b0c5168d7b574157977a877d2a68aa17/no/pdfs/stm199619970025000dddpdfs.pdf>
- Sosial- og helsedepartementet (1998). *St.prp. nr. 63 (1997–98). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006*.
- Stamsø, M.A. (2017). *Velferdsstaten i endring: Om norsk helse- og sosialpolitikk* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Stensrud, B. (2016). *Experiences with outpatient commitment orders from the perspectives of patients, relatives and staff – A qualitative study* [Doktorgradsavhandling, UiT Norges arktiske universitet].
- Sælør, K.T., Kippenes, M., Klevan, T. & Andvig, E. (2021). A tale from the Glass Dome: A narrative analysis of social housing, living conditions and recovery. *Nordisk velfärdsforskning / Nordic Welfare Research*, 6(1), 44–55.

- The Aller Værste! De invalide [sang]. På *Materialtretthet*. Den Gode Hensikt.
- Topor, A., Andersson, G., Bülow, P., Stefansson, C.-G. & Denhov, A. (2016). After the asylum? The new institutional landscape. *Community Mental Health Journal*, 52(6), 731–737.
- Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne: relasjonens betydning i miljøterapi*. Gyldendal Akademisk.
- Weimand, B.M., Hedelin, B., Hall-Lord, M.L. & Sällström, C. (2011). «Left alone with straining but inescapable responsibilities»: relatives' experiences with mental health services. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(11), 703–710.
- Øye, C. & Norvoll, R. (2013). Psykisk helsearbeid i et makt- og kontrollperspektiv. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse: samfunnsvitenskapelige perspektiver* (s. 73–97). Gyldendal Akademisk.
- Aakerholt, A. (2013). *ACT-håndbok*. 2. utg. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, Sykehuset Innlandet HF.

Sundet, R. (2022). «Intet unntak uten en regel»: Om brudd som muligheter for en stat som vil oss vel. I H. Vike, B. Karlsson & R. Sundet (Red.), *Velferdsstatens transformasjoner* (s. 297–314). Fagbokforlaget.
DOI: <https://doi.org/10.55669/oa200913>

13

«Intet unntak uten en regel»

Om brudd som muligheter for en stat som vil oss vel

Rolf Sundet

Den norske velferdsstaten

Velferd, å ferdes vel, i en stat som sørger for at vår ferd fra vogge til grav skjer vel. Vike, Debesay og Haukelien (2016) identifiserer velferdsstatens glansperiode fra rundt 1960 til 2005. Velferdsstaten baserer seg på prinsipper om å sikre sine medborgere i situasjoner med sykdom, arbeidsledighet, alderdom og utfordringer, hvor en er avhengig av andre. Staten tar på seg oppgaven å yte tjenester til dem som trenger slike. I tillegg søker den å utjevne økonomiske forskjeller gjennom å sikre overføringer som for eksempel barnetrygd. Og alderstrygd. Velferdsstaten er på mange måter et vellykket prosjekt. En økonomisk utvikling fra andre verdenskrig via oljealderen og fram til i dag har sikret meg og mine en utdanning, trygg, god utdanning, sosial sikkerhet og gode helsetjenester.

Å være borger i velferdsstaten betyr på den ene siden, gjennom tillit og vilje til å se staten som en velgjører, å avgi autonomi til denne staten (Vike, Debesay & Haukelien, 2016). På den andre siden, i dagens situasjon, styrkes en skepsis til staten knyttet til spørsmålet om velferdsstaten er i ferd med å endres på negative måter. Å avgi autonomi har betydning å innordne seg regler som gjelder for arbeidslivet når det gjelder arbeidstid, lønn, arbeidsmiljø, faglighet og yrkesetikk. Som lønnsinntaker har jeg akseptert den skatten og de avgiftene som pålegges meg. Jeg har akseptert at de ressurser som staten forvalter, fordeles til dem som trenger det mest. Syke, fattige, arbeidsledige, eldre eller andre med særskilte behov og utfordringer, aksepteres som personer som har forrang når ressurser fordeles. Det betyr at jeg er villig til å bidra til fellesskapet med en mulighet for ikke å få annet igjen enn vissheten om at om jeg skulle trenge hjelp og støtte, så vil jeg få det. Jeg har akseptert at forskjellige personer har forskjellige behov. Jeg har akseptert at et rettferdig samfunn og et tilbud til befolkningen innebærer at vi får forskjellige tiltak og ulik grad av hjelp. Rettferdighet innebærer forskjellighet, samtidig som vi sammen i velferdsstaten arbeider med å redusere sosiale og økonomiske ulikheter. Dette er grunntrekk i velferdsstaten slik jeg har lært den å kjenne gjennom min oppvekst og deltagelse i den.

Til tross for at velferdsstaten langt på vei må sies å være et vellykket prosjekt, tydeliggjøres nå utfordringer. Vi kjenner finanskrisene både fra 80-tallet og fra det første tiåret i vårt årtusen. Hver gang ordet «finanskrise» dukker opp, styrkes budskapet om å effektivisere og økonomisere offentlig sektor (Kroken & Madsen, 2016). «Avstanden mellom forpliktelsene som offentlige myndigheter har påtatt seg på den ene siden, og på den andre siden kapasiteten til å yte, har økt dramatisk» (Vike et al., 2016, s. 17). Økende forpliktelser fra politikeres side, og spørsmål om vilje til finansiering skaper et spenningsfelt som forplanter seg på alle nivåer i den norske staten, fra det politiske hvor partiene strides om å tilby det beste samfunnet, til nivået hvor helse- og sosialarbeidere skal realisere velferdsstatens mål og idealer. I dette spenningsfeltet trådte en idé inn på den samfunnsmessige arenaen. Det var ideen om å etablere organiseringsformer og metoder som i stedet for å fortsette å sende penger inn i det offentlige systemet, i stedet skulle bidra til at ressurser og finanser ble stykket opp og håndtert i enkeltkomponenter for at de dermed skulle kunne utnyttes og kontrolleres bedre. Det begrepet som mest blir forbundet med denne ideen, er New Public Management (NPM).

New Public Management

NPM faller inn under den politiske ideologien som omtales som neoliberalisme. Neoliberalismen er det frie markedet og frihandelens ideologi. «Begreper som 'gründer', 'entreprenørskap' og 'valgfrihet'» (Madsen, 2017, s. 133) gis forrang, mens ord som «... 'solidaritet', 'samhold' og 'samhørighet'» (Madsen, 2017, s. 133) er i tilbakegang. Det selvstyrte og initiativrike individet blir framhevet som ideal. Det autonome enkeltindivid blir «det altomfattende politiske referansepunktet ... som alle de politiske partiene til venstre eller høyre er nødt til å forholde seg til» (Madsen, 2017, s. 136). Ideen er at sosial rettferdighet oppnås best gjennom markedet og dets mekanismer. Privatisering og avregulering skal sette individet fri til å realisere uanede muligheter innenfor det frie marked. I offentlig virksomhet er målsetninger å forbedre kostnadseffektivitet og styrke en resultatorientering. Det er strategier for økt effektivitet, ansvarstaking og produktivitet innenfor en markedsliberal ramme som skal sørge for at denne målsetningen blir realisert.

Dette har ført til store endringer for den enkelte helsearbeider. For eksempel blir idealet innenfor psykisk helsevern at terapi skal bli kortere. Terapeuten skal være en spesialist som følger anbefalte spesifikasjoner for terapeutisk virksomhet. Høy grad av kontroll via dokumentasjons- og overvåkingssystem vektlegges. Datasystem som Distribuert Informasjons- og Pasientdatasystem i Sykehus (DIPS) legger føringer for hvordan og hva som fagfolk skal dokumentere. Utredning, diagnostikk og behandling skal bidra til økt effektivitet, produktivitet og ansvarlighet.

Erfaringer med NPM har tydeliggjort en rekke dilemmaer og utfordringer for helsearbeidere (Sundet, 2021). Disse dilemmaer og utfordringer har nødvendiggjort en forståelse av hva det vil si å være en del av vårt psykiske helsevern. Erfaringer viser at intet system er perfekt – det er alltid noe og noen som ikke passer inn. I møtet med slike begrensninger i psykisk helsevern for barn og unge må det være en viktig del av jobben å søke å overskride disse i møtet med den enkelte bruker og pårørende. Erfaringene med NPM i psykisk helsevern har vist at systemets svakheter må kompenseres av den enkelte helsearbeider. Det innebærer at den enkelte helsearbeider må foreta brudd med de styrende prinsipper for den tjenesten de er del av, for å realisere velferdsstatens egne målsetninger om et rettferdig og likeverdig behandlingstilbud (Meld. St. 34, 2015–2016). Dette innebærer et stort ansvar

og en potensiell belastning for denne helsearbeideren. I det følgende vil jeg beskrive hvordan dette er blitt tydelig i praksisen til Familieteamet.

En familiebasert praksis

Det begrepsmessige holdepunktet for Familieteamet er *familiebasert praksis* (Sundet, 2016a). Sentralt i denne praksisen er samarbeid (Sundet, 2011). Målgruppen er familier som trenger et mer intensivt tilbud enn det en poliklinikk kan gi, og det er familier som har prøvd annen behandling uten ønsket resultat. Startstedet for samarbeidet er hva familien ønsker skal skje og hva de vil oppnå gjennom kontakten med teamet. Samarbeid innebærer å skape muligheter for å respondere på hverandres innspill. De målene som settes, søkes nådd gjennom at de forskjellene som deltagerne representerer, anvendes som materiale for det terapeutiske arbeidet. Familiens og terapeutenes forskjeller i alder, bakgrunn, rolle, erfaringer og perspektiver gir muligheter for å oppdage nye veier for utvikling i familiens liv. Det er terapeutenes oppgave å legge til rette for at samarbeidet kan etableres og vedvare.

Når vi møter en familie, har familiemedlemmene forskjellig innstilling til å starte samarbeidet. En eller begge av foreldrene har en sterk bekymring knyttet til en eller flere av barna angående skole, venner eller annet – og en eller begge ønsker derfor kontakt med oss. Andre i familien kan av forskjellige grunner være skeptiske til et slikt samarbeid. Mange barn og unge har erfaringer med at det å sette seg ned å snakke om problemer bare fører til flere vansker. Foreldre og andres bekymring blir lett opplevd som beskyldninger om at noe er «feil» med dem eller at de er årsaken til problemer i familien. Mange er derfor skeptiske til det å sette seg ned å snakke sammen med oss. De har erfaringer med å ikke bli hørt. Mennesker i terapi/behandling opplever ikke å bli forstått på måter som passer deres egen opplevelse. Nøling og et «nei» til terapeutens innspill og forståelser er derfor avgjørende for vårt arbeid, fordi det er gjennom familiemedlemmenes nøling og «nei» at vi får vite hva vi *ikke* skal arbeide med. Nøling, å være avventende eller direkte å si «nei» blir et startsted for brukerne og terapeutene, og kan deretter finne ut hvordan de kan arbeide sammen. Hva kunne det lønne seg å gjøre? Hvilke forståelser vil være mest til hjelp for både familien og oss terapeuter i vårt samarbeid?

En familiebasert praksis innebærer at alle familiemedlemmene må være i sentrum. Alles stemme må høres, tas hensyn til og utforskes. Fokus for arbeidet må være familiens stemmer, i betydningen mangfoldet av forskjellige og felles anliggender som uttrykkes av familiemedlemmene. Et sentralt redskap er å anvende standardiserte verktøy for kontinuerlig tilbakemelding fra familiene (Sundet, 2012, 2014). Tilbakemelding fra familien på hva som skjer i vårt samarbeid. Er vi til hjelp? Skjer det en ønsket utvikling? Hva med vårt, terapeutenes, bidrag? Bidrar vi til at samarbeidet fungerer? Har vi en terapeutisk allianse som fungerer? Er det noe vi bør gjøre annerledes? Summen av dette er det som kalles en skreddersydd behandling (Wampold & Imel, 2015).

I arbeidet med slike tilpasninger til familienes ønsker og behov er vår erfaring at endringer i velferdsstaten skaper utfordringer. Mange av utfordringene er utilsiktet fra helsebyråkratiet sin side, hvor en kan spørre om byråkratets forordninger er til skade for enkeltklienter og familier? Hva innebærer dette for oss som helsearbeidere, vi som er forpliktet til å yte helsehjelp på en forsvarlig og likeverdig måte? Hva da, når statens egne mål om rettferdig og likeverdig behandling står i motsetning til dennes forordninger og anvisninger? La oss vende blikket mot velferdsstatens nye styringsformer.

En problematisk trekant

Hvordan er det NPM-orientert ledelse og organisering søker å realisere velferdsstatens prinsipper og idealer? Målet er forsvarlig, rettferdig og likeverdig behandling for alle (Meld. St. 34, 2015–2016). I dag søkes dette oppnådd gjennom bruk av nasjonale pakkeforløp med beskrivelser av «... normerende pasientforløp for diagnoser eller grupper av pasienter» (Helsedirektoratet, 2019a, s. 1). Erfaringene som drøftes i dette kapittelet, er gjort da *Veilederen for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge* (Helsedirektoratet, 2008) var rådende. De betingelsene denne satte opp for arbeidet, finner vi i dag igjen i *Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern for barn og unge* (Helsedirektoratet, 2019b). Begge beskriver en systematisk sekvens av handlinger som starter med utredning. Denne skal ende i en diagnose som blir veiledende for hvilke behandlingsmetoder som skal anvendes. Den rådende ideen er klar; diagnosen skal bestemme behandlings-

metode. Brukermedvirkning settes i høysetet, men det er i beste fall uklart om hvordan forholdet mellom utredning og diagnose på den ene siden og brukerperspektiv på den andre, skal forstås og utøves. I pakkeforløpet sies følgende: «Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP) Øst og Sør har utviklet en elektronisk håndbok for oppsummert forskning om effekt av tiltak ved psykiske lidelser hos barn og unge (buphandboka.no)» (Helse- direktoratet, 2019c, s. 2). Selv om den understreker at behandlingsvalg skal drøftes med brukerne, er både målsetning og fokus for behandlingen bestemt av diagnosen. Det er lett å tenke seg at dette innebærer valg av behandlingsmetode, særlig fordi en bør ha et kunnskapsbasert grunnlag for sine valg av behandling. Hva er så dette kunnskapsgrunnlaget? Det er den medisinske modellen og dens kunnskapsformer, ikke brukernes stemme, som skal legges til grunn for arbeidet.

Evidensbasert kunnskap er sentralt i utviklingen av de moderne helse-tjenestene (Force, 2006). Det randomiserte kontrolldesignet (RKD) er den forskningsmetoden som gis sterkest vekt og mest sentral posisjon i denne utviklingen. Nært knyttet til den posisjonen er den medisinske modellen. RKD har over de siste 30–40 årene vært knyttet til en spesifikk idé (Anjum, 2016). Ideen, eller snarere det metodiske prinsippet i den medisinske modellen, er at når du har en diagnose, og en behandlingsmetode som har vist seg å ha effekt for en bestemt diagnosegruppe, må metoden brukes på alle individer i denne gruppen. Sagt på en annen måte; den medisinske modellen passer inn i et kunnskapsbilde hvor det er relasjonen mellom tilstand/lidelse/diagnose og metode som er avgjørende, ikke relasjonen mellom bruker og terapeut, selv om denne relasjonen skal inkluderes i arbeidet. Gjennom standardiserte utredninger skal den profesjonelle aktøren/terapeuten sette en diagnose som så peker ut den metoden som det er korrekt å bruke. Den medisinske modellen og RKD utgjør to sider av en trekant. La oss gå til den siste siden; NPM-prinsipper.

Å stå til ansvar er en sentral verdi i helsevesenet. Innenfor NPM sikrer man dette ved standardisering av det som skal gjøres. Begrunnelsen for standardisering er, som vi så ovenfor, å finne i den medisinske modellen og bruken av RKD. Ideen er at samme diagnose gir samme metode. Ved å standardisere, i betydning på forhånd bestemme hvilke metoder som skal brukes ved hvilke diagnoser, og at dette dokumenteres i journalsystemet, skal en sikre forsvarlig behandling. Samtidig bygger dette på ideen om at den rette

behandling alltid er den som er funnet å virke i en RKD. En slår flere fluer i en smekk. Ansvarlig og effektiv behandling sikres gjennom å standardisere hva en skal gjøre. En standardisert manual som spesifiserer hvordan terapeuten skal gjennomføre behandlingen, er et krav ved RKD. Sist, men ikke minst vil en hele tiden ha oversikt over hvilke ressurser som brukes. Så snart diagnosen er satt, kan en beregne hvor mye ressurser som skal brukes på hver sak. Ikke bare hva en gjør, hvor en gjør det og med hvem, standardiseres, men hvor mye tid som skal anvendes. Det er lett å se fordelene ved en slik trekant for både politikere, byråkrater og ledere av helseinstitusjoner. Den trekanten som den medisinske modellen, RKD og NPM-prinsippene utgjør, befester et system som skal sikre et likeverdig, rettferdig og effektivt tilbud. Så hva er problemet?

Et avgjørende problem er at når vi har en metode som er undersøkt med RKD, vet vi ikke bare at en andel får hjelp, men også at det er en andel pasienter som ikke får hjelp. Ved å prioritere en spesifikk metode for en diagnosegruppe står en i fare for å marginalisere dem vi vet ikke får hjelp. Det som er problemet, er forholdet mellom de realitetene vi står i som behandlere, og de forskningsresultater som søker å representere denne realiteten. Når noen ikke får hjelp, må en konkludere med at terrenget er mer sammensatt enn kartet som bare inkluderer de som får hjelp. I stedet for å endre kartet der dette ikke passer med terrenget, er det tegn som tyder på at det innenfor NPM er en tendens til å ville endre terrenget slik at det passer til kartet; de modellene og standardene som ligger på bordet. Erfaringene fra Familieteamet er at ledelsen lett leter etter aspekter ved pasient eller familien som kan forklare eventuell mangel på endring. Gjennom begreper som «manglende motivasjon», «utilgjengelig for terapi» eller «lav mentaliseringsevne» omgjøres metodiske begrensninger til personlige begrensninger. Det er unødvendig å bruke ressurser der hvor folk ikke er tilgjengelig eller motivert for hjelp, så dermed kan saken avsluttes og penger spares. Problemet er bare at forskningen peker en annen vei.

Avgjørende forskningsfunn

Gjennomgående funn fra metaanalyser av forskning på psykoterapi viser at psykoterapi gir gode resultater. Den gjennomsnittlige psykologisk lidende personen som mottar psykoterapi, vil ha det bedre enn 80 % av de som ikke mottar psykoterapi (Wampold & Imel, 2015). Samtidig understreker forskningen at dette resultatet viser at det er personer som ikke får hjelp av de undersøkte metodene. Ingen metode er til hjelp for alle. Videre er konklusjonen at de samlede funn innenfor psykoterapiforskningen ikke gir noen støtte til den medisinske modellen (Wampold & Imel, 2015). Det er lav støtte for at diagnoser kan brukes som prediktor for hvilket utfall terapi vil gi (Duncan, 2010). Diagnose er først og fremst en billett til helsetjenester i velferdsstaten. Den er også en kommunikasjon om lidelse, men har samtidig den faren at diagnosen kan bidra til eksklusjon og sosial isolasjon gjennom stigmatisering. Sist, men ikke minst er diagnosen en måte å beskrive tilstander, smerte og lidelser på. Diagnoser er beskrivelser som forbereder terapeuter på hva denne kan erfare i møtet med den som har fått diagnosen. Innenfor den ovennevnte trekanten er diagnosen et redskap for valg av metode, til tross for at det er lite dokumentert sammenheng mellom diagnose og resultat av terapi (Duncan, 2010). I stedet er *den terapeutiske alliansen*, tidlig opplevd endring og et empatisk og godt samarbeid empirisk begrunnet (eller dokumentert?) som kunnskapsbasert praksis (Norcross & Lambert, 2019).

Innenfor dagens evidensbaserte metoder er målet for standardiserte utredninger å komme fram til den rette diagnosen. Jeg har forsøkt å finne forskning som utforsker sammenhengen mellom utredning og utfall av terapi, men finner lite eller ingen forskning på dette. Denne situasjonen har ført til dilemmaer for Familieteamet etter som kravene til å legge utredning og diagnostikk, med påfølgende behandlingsplaner, som grunnlag for vår behandlingspraksis er blitt sterkere og sterkere. Vår erfaring er at vi må arbeide med allianse og samarbeid med brukere/pasienter *før* vi kan starte utredning og diagnostikk. I den grad en starter arbeidet med anbefalte behandlingsmetoder som er evidensbaserte, må det utføres på en måte som understøtter og utvikler allianse og samarbeid. Dette er særlig viktig i kontakten med barn og unge. Familieteamet har erfaringer med utrednings-trotte barn og unge hvor utredningen har *hindret* et godt behandlingsarbeid. Med fokus på bruk av standardiserte tester rapporterer barnet, den unge og/

eller foreldrene opplevelser av ikke å bli hørt, forstått eller trodd (Sundet, 2011). Manglende hjelp og framgang er direkte knyttet til at familien opplever seg presset inn i et format hvor fokus er på at terapeuten; en ekspert som alltid vet best og mest. Eksperten skal finne ut hvilke feil, lidelse, problem, skade eller lyte som er til stede, snarere enn at familien møtes på det de kommer med. I den familiebaserte praksisen er det viktig å forstå noe *sammen* med familien, mer enn at terapeuten, gjennom sin teoretiske og forskningsbaserte kunnskap, skal sitte utenfor situasjonen og forstå den henviste og dennes familie.

Familieteamet har erfart at velferdsstaten med dens ambisiøse målsettinger forvitrer innenfra i spennet mellom krav til hva systemene krever at vi skal gjøre, og møte familier som viser hva som faktisk fungerer. Standardisering av tilbud får den paradoksale effekten for vår målgruppe at de hindres fra å få behandling som virker. Det er en klar konklusjon fra psykoterapiforskningen at behandlingsopplegg må skreddersys til den enkelte klient og familie (Norcross & Lambert, 2019). Ved å vektlegge standardisering og den medisinske modellen blir tilbudene basert på en idé om «den generaliserte pasient». Unike personer må i dag i stor grad tilpasse seg denne teoretisk konstruerte «pasienten». Terrenget må endres fordi kartet er vedtatt. Det blir overvåket og kontrollert av helsetilsyn og ledere i helseforetak og kommuner at det brukes rett. I dette spenningsfeltet, med dilemmaer mellom hva som virker og hva som bestemmes, arbeider terapeuter og helsetilbydere hver dag. Vi skal realisere en velferdsstat bestemt av generelle veiledningsdokumenter, regler og forordninger som er basert på forskning på grupper av personer. Dette skal skape et rettferdig og likeverdig helsetilbud. Det store spørsmålet er hvor mye det som gjelder for mange, også gjelder for den enkelte? Der den enkelte ikke passer inn, står en i fare for at det som hjelper mange, i beste fall ikke er til hjelp, i verste fall at behandling som ikke passer, kan være skadelig for noen barn, unge og deres familier. Vi må diskutere hva slike dilemmaer har gjort for velferdsstatens praksis.

Brudd som nødvendig helsehjelp

I møtet med våre målgrupper er praksis blitt formet ut fra de responser vi har fått på hva vi har gjort sammen med familiene. Vi har lært og utført på bakgrunn av tilbakemeldinger vi får når det gjelder utfall av hva vi gjør, hva vi må beholde og endre av våre arbeidsformer (Sundet, 2012). I våre erfaringer fra dette arbeidet trer følelsen av at vi gjør noe «galt» fram. Samtidig at dette «gale» er til hjelp for familiene. Det er gjennom brudd på veiledere og sentrale ideer fra politikere, helsebyråkrater og ledere i helseforetaket at vi har vært til hjelp. Vi har passet oss vel for ikke å bryte relevante lover, samtidig som vi har gjort valg som oppleves å være på kanten av det som anbefales eller kreves gitt veiledning og forordninger fra våre myndigheter. Hver gang vi finner oss i en slik situasjon, erfarer vi at dette har å gjøre med at vi velger å ta familien som utgangspunkt og følge dennes preferanser, kunnskaper og anvisninger. Gjennom å følge familien erfarer vi både å være til hjelp og at vi foretar brudd som skaper følelsen av «å gjøre noe galt».

Å følge innebærer å avpasse metode etter familiens preferanser, som betyr å tro på familiens historie om viktige hendelser og særlig krenkelser. Via hva familien sier, søker vi å finne ut hvordan gå sammen med dem. Målet er utforskning som skaper muligheter for hvordan de og vi skal bevege oss videre, de som familie og vi som terapeuter. Oppmerksomheten rettes mot det som skjer opplevelsesmessig i øyeblikket. Den metaforen som er blitt viktig for oss, er «å få smake på det»; at vi som terapeuter tillater oss å kjenne noe av det samme som familien kjenner. Dette muliggjør større forståelse av hva familien står overfor; hvorfor deres perspektiver er forskjellige fra våre. Sentralt er samtalene om det som berører oss i møtet med familien, og om de forskjeller som eksisterer både i familien og mellom dem og oss. Dette innebærer å la alle perspektiver være gyldige. Samtidig forfordeler vi familiens perspektiv når vi ikke kommer til enighet. Våre erfaringer tilsier at forfordeling fører oss videre og åpner opp uante muligheter. Å følge handler om å forstå noe sammen i stedet for å forstå personen(e). Vår oppgave er ikke å forstå den andre, men at den andre og vi forstår noe sammen, et felles fokus. Det er når vi klarer å følge på denne måten at brudd oppstår. Brudd som handler om hva vi må gjøre for å være til hjelp. Det betyr ikke at det vi bryter med, ikke kan være til hjelp i andre saker, men det betyr at dette er en praksis hvor en må være forberedt på å gjøre brudd.

En måte å forstå slike brudd på er at de ikke er «brudd», men rett og slett et unntak fra en regel, en forordning eller et perspektiv. Et unntak peker ut en regel, et hovedperspektiv. Unntaket blir med det et avvik fra noe som i hovedsak er gjeldende. Når vi i teamet har drøftet med våre ledere at vi står overfor muligheten av å måtte bryte med regler og forordninger, er svaret at det er greit så lenge vi begrunner dette i journalen. Problemet er at mesteparten av det vi gjør, er unntak. For det andre; hvis vi definerte dette som unntak, da opprettholdt vi et hovedperspektiv, den medisinske modellen. Hvis vi aksepterte dette lederperspektivet, lot vi ledelsen marginalisere både vårt faglige perspektiv og oss terapeuter. Vi ville forbli avvikere i et system hvis hovedmodell var den medisinske modellen. Vi valgte å se unntak på en annen måte. Når dette kapitlet har tittelen «intet unntak uten en regel», peker dette på at unntaket angir regelen som et avvik fra det som er gjeldende i vår arbeidssammenheng. I arbeidet med vår målgruppe har det vært nødvendig å marginalisere regler og forordninger for å være til hjelp. Å bryte med og ikke følge regler, forordninger, ideer og perspektiver tydeliggjøre et selvstendig perspektiv som bør være like dominerende som det medisinske perspektivet. Med dette som utgangspunkt presenteres en oversikt over brudd slik teamet har formulert disse. Våre brudd skjer innenfor tre hovedområder: 1) profesjonelle forståelser og aksepterte perspektiver, 2) terapeutrollen og akseptert kunnskap, og 3) byråkratiske, organisatoriske og administrative veiledere og retningslinjer.

Profesjonelle forståelser og aksepterte perspektiver

Den medisinske modellen må forstås nettopp som en modell. En modell passer i noen sammenhenger, i andre ikke, og det må vedkjennes at andre modeller finnes. Et eksempel er Wampold og Imels (2015) kontekstuelle modell. Argumentet er at denne modellen forklarer funnene fra psykoterapiforskning bedre enn den medisinske som, ifølge dem, mangler evidens. En tredje modell kan kalles samarbeidsmodellen. Basert på Grenness (2000) foreslås følgende definisjon:

(P)sykoterapi utgjør en dialogisk, idiosynkratisk og prosessbestemt syntese av handlinger og ideer hos klienter og terapeuter. Denne kan, men må ikke, kulminere i en ny, lokal teori med forklarende og prediktiv validitet for de spesifikke klientenes livssituasjon hvis dette passer med deres mål og ønsker. Terapi utgjør en koevolusjon mellom klient og terapeut mot en emergent realitet hvor hovedfaktorene består av: 1) å skape rom for klientens bruk av egne ressurser, 2) å forsikre klientens positive opplevelse av alliansen med terapeuten, og 3) å forsterke klientens referanseramme eller forandringsteori.

Dialogisk har å gjøre med å vite hvordan man skal gå videre i arbeidet og samtidig ta vare på alle stemmene til de som deltar i arbeidet (Shotter, 2010; Rober, 2017). Dette handler ikke om representativ kunnskap, men om praktisk kunnskap; hvordan vi koordinerer våre handlinger for å kunne fortsette sammen. Fokus er spesifikke mål, og å oppleve sammenhenger som reduserer opplevelser av smerte og lidelse, med økte muligheter for å gå videre i sine liv på mer foretrukne måter. Denne dialogiske prosessen er idiosynkratisk. Den vil aldri være en gjentakelse av noe som tidligere er angitt i en teoretisk formulering eller en praktisk situasjon. Generell kunnskap kan brukes som forslag til hvordan man skal fortsette, men må alltid realiseres i det enkelte tilfellet. Hvordan en går videre, vil alltid ha unike aspekter i tillegg til mulige likheter med andre (Smedslund, 2012). Prosessbestemt innebærer at det som skjer, er fullt ut bestemt av hva som skjer i de faktiske dialogene, interaksjonene og forholdene mellom de konkrete deltakere i terapien. Det betyr at ekstraterapeutiske elementer alltid vil være knyttet til det faktiske samværet og samspillet mellom deltakerne. Et mulig resultat av dette dialogiske og prosessbestemte arbeidet kan være en forklaring eller lokal teori om klientenes opplevelser, livsbetingelser og endringene eller mangelen på slike. En slik forklaring er ikke en nødvendig betingelse for terapi. Det er når klienten uttrykker behovet for forklaringer at slike har en funksjon innenfor dette perspektivet på psykoterapi. Hva som er en nødvendig betingelse, er at prosessen med psykoterapi er preget av koevolusjon hvor gjensidighet og felles responsivitet er sentralt. Utviklingen av det terapeutiske arbeidet er et resultat av gjensidig innflytelse. Det oppstår en realitet der klientene kan bruke sine ressurser, hvor klientene opplever alliansen som positiv og nyttig, og at de faktiske måtene å oppleve sitt daglige liv på blir styrket. Denne realiteten

er emergent, i betydningen av at den helheten som det terapeutiske arbeidet innebærer, er noe annet enn summen av dets deler.

Den medisinske modellen knytter seg an til biopsykososiale årsaks- og endringsmekanismer, den kontekstuelle knytter seg til forventninger om endring gjennom tro på en teori som gir terapeut og bruker handlingsmuligheter som skal skape endring. Den samarbeidsorienterte følger dette, men knytter seg ikke bare til profesjonelle teorier, men teorier og forståelser som bruker og terapeut skaper sammen innenfor en god allianse og som styrker brukerens mål og preferanser. Den samarbeidsorienterte og den kontekstuelle modellen bryter med den dominerende posisjonen som den medisinske modellen har innenfor psykisk helsevern. Konsekvensen er problem med å følge en handlingssekvens hvor en starter med en utredning, deretter diagnose som opphav til metodevalg med formulert behandlingsplan. Siste ledd i sekvensen er behandlingsstart. For Familieteamet blir derimot arbeid med allianse og styrking av familiens perspektiv prioritert som startsted. Dette innebærer å bryte med den biopsykososiomedisinske modellen. Vår erfaring er at denne lett tvinger fram en arbeidsdeling mellom personell spesialisert i de forskjellige områdene (bio-psyko-sosio-medisin). Denne form for «spesialisert» arbeid finner vi ofte står i motstrid til vår samarbeidsorientering hvor det viktige ikke er spesialiserte delområder, men at terapeutene kan skape allianse og samarbeid med familien og opprettholde dette over tid uansett faglig bakgrunn.

Terapeutrollen og akseptert kunnskap

For Familieteamet er anbefalte behandlingsmetoder aldri mer enn nettopp, anbefalinger. Manualer, standardiserte utrednings- og arbeidsmåter og deres teorier er pedagogiske og vil foreslå handlinger og arbeidsmåter. Det endelige valget av modell og arbeidsmåter skjer alltid sammen med familien og hvor deres stemme er avgjørende. Dette betyr at brukermedvirkning blir et ledende prinsipp i den familiebaserte praksisen overordnet både klinisk erfaring hos terapeuten og forskningsbasert kunnskap. Disse er supplerende til familiens og terapeutenes valg når det gjelder hvordan starte, gå videre og hva innholdet i arbeidet skal være. I Familieteamets arbeid er det i en rekke situasjoner blitt avgjørende å bryte med et kunnskapsideal som set-

ter det generaliserte i sentrum. Vi besitter generalisert kunnskap, men denne er underordnet den familien vi arbeider sammen med. I en rekke familier vi har møtt, har kravet om å anvende generalisert kunnskap ført til marginalisering og fremmedgjøring av familien. Å miste respekten for det generaliserte har vært avgjørende i arbeidet sammen med disse familiene. Ikkevitende posisjon (Anderson, 1990), bekymringsposisjonen (Rober, 2017) og å tåle usikkerhet (Seikkula & Arnkil, 2006) settes i høysetet i stedet for en spesialistbasert sikkerhet. Fokus blir mer på beskrivelser enn på forklaringer. I den grad vi arbeider med forklaringer, er det noe familien og vi søker å skape sammen. Gjennomgående er det nødvendigheten av å utfordre og bryte med forklaringer som dominerer psykisk helsevern. Det er utenfor rammen av dette kapittelet å drøfte spesifikke eksempler på slike dominerende forståelser. Det som er viktig, er ikke å henfalle til rene individualiserende perspektiv. For oss er et individ aldri alene. Det finnes alltid en annen person, en kontekst, en idéverden, en situasjon hvor personer er sammen og som vi terapeuter må inkludere i samarbeidet.

Byråkratiske, organisatoriske og administrative veiledere og retningslinjer

Farene ved å bryte veiledere og retningslinjer innebærer å balansere på grensen av det juridiske. Et juridisk sverd henger over hodet på alle helsearbeidere. Argumentet som dette kapittelet fører fram, er at diagnostikk og utredning ikke er kunnskapsbaserte praksisformer. Kapittelets påstand er at det er ideologi og (fag)politikk som ligger til grunn for dette. Trekanten – den medisinske modellen, RKD, NPM – innebærer en politisering av det terapeutiske rom. Denne politiseringen inviterer terapeuter til å bli partipolitisk uavhengige, statlig lønnede, politiske aktivister som arbeider for å sikre at de som faller utenfor systemets anbefalinger, regler og veiledere, får et rettferdig og likeverdig tilbud (Sundet, 2018). At det er juridiske og arbeidsmessige konsekvenser av sterk negativ art ved brudd var erfaringer som ble gjort i teamet ved at avdelingsledelsen understreket at brudd på forordninger helt klart kunne medføre et personlig juridisk ansvar hvis noe skjedde med pasienten. Å se brudd som en behandlingsmessig nødvendighet for å kunne være til hjelp, ble avvist.

For å være til hjelp må våre behandlingsplaner være så fleksible at de er på grensen av å kunne formuleres. Det gjør at de aldri er helt «korrekte». Vi har erfart at vi må bryte med ledelsens ideer om hvor lenge vi skal ha kontakt, hvor mye ressurser vi bruker og hvordan vi forstår vårt arbeid. Våre spesialisterklæringer tilpasses familiens behov uten at vi «lyver». Vi anvender til familiens fordel at det er mange måter å forstå en situasjon på. Vi bryter med ideer om hva som er spesialisthelsetjenestens jobb og hva som er kommunens jobb. Sentralt er at vi ikke så det å avslutte saker som noe som var sentralt i vårt arbeid. Dette betydde at vi holdt saker åpne og lot familien selv bestemme når de skulle ha samtale med oss, hvor ofte og om en skulle avslutte eller ikke. Å overgi autonomi og bestemmelse over slike deler av kontakten med familien erfarte vi var avgjørende i å være til hjelp. For oss ble dette en reell gjennomføring av kontinuitet og hurtig tilgjengelighet. Samtidig erfarte vi at ledere som var fjernere enn vår daglige leder, hadde liten forståelse for dette, selv om vi kunne vise at ved å overgi autonomi til familien, kunne vi arbeide med mange flere familier enn når vi tok hånd om hvor mye behandling som skulle gis. Gjennomgående søkte vi å underordne vårt arbeid familiens endringsteorier, kunnskapsbase, preferanser og tidligere erfaringer. Prisen vi betalte, var hele tiden å være i tvil om hvor mye vi var innenfor, på eller over grensen, av det som føringer og veiledere tilsa. I dag er det klart at vi aldri var over grensen, men kanskje heller aldri innenfor. Vi var og er et team på grensen, og det var det som gjorde det mulig for oss å være til hjelp.

Avslutning

Dette kapittelet er skrevet i takknemlighet til den velferdsstaten jeg har levd mitt liv i. Den har tatt godt vare på meg og mine. Jeg ønsker at den også kan sikre våre etterkommere. Samtidig har det å leve og virke innenfor velferdsstaten gitt en forståelse av at ingen systemer er perfekte. Dette tydeliggjør seg under økonomisk og sosiale utfordringer. Det vil alltid være noen som faller utenfor, som faller mellom stoler og hvor det dominerende tilbudet innenfor de forskjellige statlige organisasjoner og system som helsevernet, barnevern og sosiale tjenester, ikke passer. Det må derfor bygges inn et sikkerhetsnett som en sentral del av velferdsstaten. Sikkerhetsnettet må være

enheter og team med fagpersoner som har kunnskaper og ferdigheter som aktiveres når en møter personer og deres familier som representerer unntak fra regler (veiledere, forordninger, retningslinjer). Unntak peker på at regelen er utilstrekkelig som rettesnor for hvordan være til hjelp. Brudd på regelen nødvendiggjøres for å realisere velferdsstatens målsetninger om et likeverdig og rettferdig tilbud. Kapittelets påstand er at på lang sikt vil et slikt sikkerhetsnett føre til mindre økonomiske utgifter, enn hvis en lar de som ikke passer inn i tilbudet, forbli marginalisert og uten hjelp. Sikkerhetsnettet innebærer å erkjenne at de som er satt til å overvåke brudd, som for eksempel Helsetilsynet og jurister, like mye som behandlere, står i fare for å gjøre vold på brukere og familier gjennom å stå på at regler skal følges. Å skape og opprettholde et sikkerhetsnett innebærer å trene helse- og sosialarbeidere til å kunne bryte med regler. En slik trening må innebære å trene helsearbeideren til å arbeide under betingelser av systematisk tilbakemelding fra brukere og deres familier (Sundet, 2014). Overordnet betyr det å redusere det grepet som generalisert kunnskap har på den enkelte helse- og sosialarbeider, og trene disse til å utvikle og bruke idiosynkratisk kunnskap. Kunnskap om den enkelte bruker og dennes familie som unike personer er, i siste instans, alltid fasiten for hva som er til hjelp og ikke.

Referanser

- Anderson, H. (1990). Then and now: A journey from «knowing» to «not knowing». *Contemporary Family Therapy*, 12, 193–197.
- Anjum, R.L. (2016). Evidence-based or person-centered? An ontological debate. *European Journal for Person-Centered Healthcare*, 4(2), 421–429.
- Duncan, B. (2010). *On becoming a better therapist*. American Psychological Association
- Force, A. (2006). APA presidential task force on evidence based practice. *American Psychologist*, 61, 271–285.
- Grenness, C.E. (2000). *Evolusjonsrealisme*. Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Helsedirektoratet (2008). *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2019a). Om Helsedirektoratets normerende produkter. Beskrivelse av alle normerende produkter Helsedirektoratet utgir, og hva som er forskjellen på dem. <https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter>.
- Helsedirektoratet (2019b). Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern for barn og unge. Psykiske lidelser – Barn og unge. <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge>.
- Helsedirektoratet (2019c). *Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern for barn og unge. Behandling og oppfølging – psykiske lidelser, pakkeforløp barn og unge*. <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge/behandling-og-oppfolging-psykiske-lidelser-pakkeforlop-barn-og-unge>
- Kroken, R. & Madsen, O.J. (2016). Forvaltning av makt og moral i velferdsstaten. I R. Kroken & O.J. Madsen (Red.). *Forvaltning av makt og moral i velferdsstaten. Fra sosialt arbeid til «arbeid med deg selv»? (s. 10–25)*. Gyldendal Akademisk.
- Madsen, O.J. (2017). *Den terapeutiske kultur*. 2. utg. Universitetsforlaget.
- Meld. St. 34 (2015–2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering*. Det kongelige Helse- og omsorgsdepartement.
- Norcross, J.C. & Lambert, M.J. (2019). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55 (4), 303–315.
- Rober, P. (2017). *In therapy together. Family therapy as a dialogue*. Palgrave.
- Seikkula, J. & Arnkil, T.E. (2006). *Dialogical meetings in social networks*. Karnac.
- Shotter, J. (2010). *Social construction on the edge. 'Witness'-thinking & embodiment*. Taos Institute Publication.
- Smedslund, J. (2012). The bricoleur model of psychological practice. *Theory & Psychology*, 22(5), 643–657.
- Sundet, R. (2011). Collaboration: Family and therapists' perspectives of helpful therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(2), 236–249.
- Sundet, R. (2012). Therapist perspectives on the use of feedback on process and outcome: Patient-focused research in practice. *Canadian Psychology*, 53(2), 122–130.

- Sundet, R. (2014). Patient-focused research supported practices in an intensive family therapy unit. *Journal of Family Therapy*, 36(2), 195–216.
- Sundet, R. (2015). Arbeid i ambulante team og familieenheter – funn fra en forskende kliniker. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(1), 39–49.
- Sundet, R. (2016a). Forskning på lokal praksis i psykisk helsevern for barn og unge. Del I: En familiebasert praksis. *Fokus på familien*, 1, 45–66.
- Sundet, R. (2016b). Forskning på lokal praksis i psykisk helsevern for barn og unge. Del II: Den nomadiske tenkemåten og ambulant arbeid. *Fokus på familien*, 43(2), 113–131.
- Sundet, R., Kim, H.S., Ness, O., Borg, M., Karlsson, B. & Biong, S. (2016). Collaboration: Suggested understandings. *Australian and New Zealand Journal of Marital and Family Therapy*, 37, 93–104.
- Sundet, R. (2018). En autoetnografisk beretning om veien til autoetnografi. I B. Karlsson & M. Borg (Red.), *Perspektiver på psykisk helse- og rusarbeid. Recovery, erfaringsbasert kunnskap og samarbeidsbasert kunnskapsutvikling* (s. 161–173). Fagbokforlaget.
- Sundet, R. (2021). A just assemblage in mental health services – the necessity of and possibilities for service diversity. *Frontiers in Psychology*, 12, Article 726385.
- Vike, H., Debesay, J. & Haukelien, H. (2016). Betingelsene for profesjonsutøvelse i en velferdsstat i endring. I H. Vike, J. Debesay & H. Haukelien (2016). *Tilbakeblikk på velferdsstaten. Politikk, styring og tjenester*. (s. 14–39). Gyldendal Akademisk.
- Wampold, B.E. & Imel, Z.E. (2015). *The great psychotherapy debate. The evidence for what makes psychotherapy work*. 2. utg. Routledge.

Del III

Lokal innovasjon i velferdsstaten

Kobro, L.U. (2022). Ny vin i gamle sekker?
Entreprenørskap som drivkraft for sosiale
innovasjoner. I H. Vike, B. Karlsson & R. Sundet
(Red.), *Velferdsstatens transformasjoner*
(s. 317–343). Fagbokforlaget.
DOI: <https://doi.org/10.55669/oa200914>

14

Ny vin i gamle sekker?¹

Entreprenørskap som drivkraft for sosiale innovasjoner

Lars U. Kobro

Mind the gap!

Troen på offentlig innsats og koordinering som de viktigste tannhjulene i samfunnets velferdstjenester var en avgjørende premisse for utviklingen av den nordiske velferdsstaten (Vike, 2004; Kuhnle, 1983; Østerud, Engelstad & Selle, 2003). Når grensene for velferdsstatens ekspansjon blir stadig tydeligere, letes det etter nye løsninger i mange retninger. Ett søkelys rettes mot mennesker og miljøer med nye ideer og såkalte «entreprenørielle» ferdighe-

1 Lukas 5.37. «Og ingen fyller ny vin i gamle skinnsekker. For da vil den nye vinen sprengte sekkene, vinen renner ut, og sekkene blir ødelagt.»

ter. «Det er gründere, forskere og dyktige mennesker som må skape ideene og mulighetene», sa statsministeren i sin nyttårstale i 2018² hvor hun fulgte opp noen poenger fra sin egen tale året før. Da brukte hun mye tid på å løfte fram enkeltmennesker som «med små grep skaper tydelige innovasjoner på velferdsområdet», som hun sa. Hun trakk fram et eksempel; sykepleieren i et kommunalt bokollektiv i Gjøvik. Sykepleieren så at de eldre spiste lite, flere var underernært. Frokost, lunsj og middag var ferdig servert kl. 13.30. Etter en del runder fikk han argumentert for å få flyttet middagen til senere på dagen, og samtidig åpne for mer tid og hygge ved hvert måltid. Forbedringene ble raskt merkbare på flere parametere. De eldre ble blidere og mer aktive, de gikk markant opp i vekt, sov bedre om natten og reduserte bruk av medisiner betydelig. Nær 60 prosent av eldre i institusjon er underernært. «... på Gjøvik skapte ett enkeltmenneskes idé og initiativ bedre og mer verdig liv for mange», avsluttet daværende statsminister sin historie om entreprenørskap.

Målt opp mot mange internasjonale referanser, fungerer fortsatt den norske velferdsstaten godt. Likevel finnes det synlige gliper og gap som ikke kan løses kun med penger eller flere folk i omsorgsykker. En rekke av kapitlene i boken her, og et stort antall stortingsmeldinger, peker på velferdsstatens grenser. Gapet mellom forventninger og leveranse øker – *mind the gap* (Meld. St. 14 (2020–2021), Meld. St. 19 (2018–2019), Meld. St. 29 (2016–2017), Meld. St. 30 (2019–2020), Meld. St. 32 (2020–2001)).

Å vende seg mot private initiativ for å finne nye og bedre løsninger på identifiserte utfordringer i velferdssamfunnet er ikke nytt (Loga, 2018; Andersen & Hulgård, 2016; Enjolras & Strømsnes, 2018; Enjolras et al., 2021). De siste årene har det likevel vokst fram en ny plante i floraen av velferdsprodusenter. Skjønt ny? Enkelt-idealister med entreprenørielle ferdigheter har alltid bidratt med nye ideer og initiativer i samfunnet, med engelske Florence Nightingale, våre egne Hans Nielsen Hauge og Fredrikke Marie Qvam³ er markante eksempler. Er dagens sosiale entreprenører derfor bare et nytt ord for gamle kjenninger? Eller er det virkelig ny vin i gamle

2 <https://tv.nrk.no/serie/statsministerens-nyttaarstale/2018/NNFA61000217/avspiller>

3 Gründer bak dagens Norske Kvinners Sanitetsforening som i 1896 startet opp de første helsestasjoner for kvinner og barn, i dag en kommunal tjeneste; Helsestasjoner.

sekker? Hvordan vil det i så fall gå i møte mellom ny kraft og gamle skinn? Det bibelske bildet peker mot dramatiske konsekvenser; de gamle sekkene vil revne under kraften av den nye vinen. Vi trenger neppe å følge metafoeren så langt. Men vi bør likevel spørre om det nye entreprenørskapet som vi ser tendenser til, representerer noe reelt nytt – og i så fall, hvorfor vokser det ikke raskere i norsk kontekst hvor behovet for fornyelse virker å være så høyaktuelt?

Bare en ny retorikk – eller også en ny metodikk?

Over hele Europa finner vi bekymring for om at eksisterende velferdssystemer er «ill-equipped to deal with emerging social needs» (Wallace, 2013, s. 4). «We are desperately in need of a different set of ideas» (Leadbeater, 2012, s. 11). I Norge kommer lignende bekymringer til uttrykk fra flere hold, ledsaget av håp om at innovatører fra ulike sider av samfunnet skal kunne bidra med å finne løsninger. «Sosiale entreprenører kan bidra til offentlig sektors innovasjonsarbeid på alle nivå» (Departementene, 2018, s. 7). «Mange mennesker faller utenfor og får ikke ta del i storsamfunnet via arbeidslivet i sosiale nettverk eller på andre måter. Her kan de sosiale entreprenørene hjelpe oss med å skape et samfunn med muligheter for alle» (KMD, 2017, s. 2). «Sosialt entreprenørskap handler om å finne nye løsninger på samfunnsmessige problemer og kan bidra til å skape et samfunn med muligheter for alle» (Meld. St. 14 (2020–2021)). I «Folkehelsemeldinga» (Meld. St. 19 (2018–2019)) heter det under overskriften *Innovasjon og framtidsette løysingar*: «Det offentlege kan ikkje løyse utfordringane åleine. Handlingsplanen vil derfor omfatte tiltak for å skape synergjar i samarbeid mellom offentlig, privat og frivillig sektor» (Ibid., s. 119). Også stortingsmeldingen om innovasjon i offentlig sektor framhever sosiale entreprenører som innovasjonsdrivere (Meld. St. 30 (2019–2020), s. 80). Arbeids- og sosialdepartementet sier i sin stortingsmelding om mindre utenforskap (Meld. St. 32 (2020–2021)): «Økt kunnskap i arbeids- og velferdsforvaltningen om sosialt entreprenørskap, hvilke muligheter som ligger i samarbeid med sosiale entreprenører og hvordan dette samarbeidet kan gjennomføres i praksis er viktig.» Mange flere styringsdokumenter kunne vært trukket fram, uansett peker de i sum på sosialt entreprenørskap som en potensiell og villet driver for nød-

vendig fornyelse av et helse- og velferdssamfunn under press, og enkeltmenneskers bidrag til fornyelse nevnes ofte som kilde til slik fornyelse.

Den politiske retorikken er det siste tiåret fulgt opp av en markant økt interesse for sosialt entreprenørskap og innovasjon blant private stiftelser og fond (se en opplisting i Kobro, 2019b). I mange regioner og byer etableres det inkubatorer og nettverk, det skrives veiledere, håndbøker, regionale planer, det arrangeres konferanser og møteplasser med fokus på temaet. *Ungt entreprenørskap* melder om økende interesse fra elever og studenter, for etablering av elevbedrifter, ungdomsbedrifter og studentbedrifter med sosiale formål, og på Universitetet i Sørøst-Norge er vi selv med i opprettelsen av SESAM⁴, et uttrykk for samme trend.

Utbredelse av sosialt entreprenøriell praksis blant organiserte sosiale foretak er imidlertid begrenset (Kobro, 2017).

Før 1990 var begrepet sosialt entreprenørskap knapt nevnt i Norden (TemaNord, 2015). Foreløpig er det fortsatt, i europeisk målestokk, få sosiale entreprenørskapsvirksomheter i Norge (Kobro, 2019). For noen få år siden viser en kartlegging litt under 300 virksomheter (Kobro et al., 2017; Kobro, 2019). Til sammenligning var antall sosiale entreprenørskapsvirksomheter i Skottland, med omtrent like mange innbyggere, estimert til 5200 i samme tidsrom (Sinclair et al., 2018). Mye tyder riktignok på at tallet i Norge er økende (Kobro, 2019b; Enjolras et al., 2021), men det beskjedne omfanget er likevel påfallende. Til tross for mye politisk retorikk, nevnt ovenfor, er det altså foreløpig lite entreprenøriell metodikk i den norske velferdsstatsmodellen – i det minste i form av sosiale entreprenørielle virksomheter. Entreprenørskap på velferdsområder må forstås i lys av den sosiale, politiske og kulturelle konteksten det foregår innenfor (Enjolras et al., 2021; Eimhjellen & Loga, 2016; Kobro, 2017; Gustavsen & Kobro, 2012; Hauge & Wasvik, 2016). En forståelse av den norske velferdsstatsmodellen må derfor ligge til grunn for en forståelse av dagens situasjon og for et eventuelt pek framover mot hva som kan komme til å skje på feltet.

4 www.usn.no/sesam

Et kort historisk riss over sosialt entreprenørskap

Grunnlaget for velferdssamfunnet ble i sin tid skapt av enkeltmennesker. Ildsjeler og altruister; det vi i dag ville kalt *entreprenører*. De etablerte tilbud og tiltak for utvalgte målgrupper på private initiativ. Noe vokste etter hvert til store bevegelser og landsdekkende organisasjoner (Selle, 1992, 1996; Kuhnle & Selle, 1990; Sivesind, 2008; Kuhnle, 1983). Flere av organisasjonene finnes fortsatt, selv om de *oppgavene* de startet med, i hovedsak er overtatt av det offentlige. Fredrikke Marie Qvam etablerte helsestasjoner for kvinner og barn, forløperen til det som ble Norske Kvinners Sanitetsforening. Helsestasjoner (med ulike lokale merkelapper) er i dag et kommunalt anliggende, for bare å nevne ett eksempel.

Selv om entreprenørskap har vært en tydelig innovasjonskraft gjennom hele velferdssamfunnets historie, representerer likevel *dagens sosiale entreprenører* sannsynligvis noe nytt. Dagens ildsjeler kombinerer på en ny måte sitt sosiale engasjement for å tette gliper som de ser eller selv opplever i samfunnet, med bruk av ulike *forretningsmodeller*. Entreprenørene driver sin sosiale virksomhet, ikke først og fremst i form av frivillig gratisarbeid, i stedet legger de en forretningsmodell i bunn av virksomheten. Det er dette som gir oss det første sporet til hvordan dagens sosiale entreprenørskap representerer noe nytt – en ny form for ideelt arbeid.

Modeller som kombinerer økonomisk og sosial ideell virksomhet, ble for alvor tatt i bruk i Europa på begynnelsen av 1990-tallet, først knyttet til kooperativbevegelsen i Italia (Loga, 2018), deretter spredte det seg raskt. I løpet av tre tiår har en rekke europeiske land, EU-kommisjonen, OECD, Nordisk Råd og andre overnasjonale organisasjoner og nettverk utviklet strategier, planer og aktiviteter for underbygning og utvikling av slik virksomhet; *social innovation*, *social entrepreneurship* og *social enterprise* på engelsk (Departementene, 2018; Eimhjellen & Loga, 2016; Kobro, 2018). Det foreløpig litt uklare begrepet *sosialt entreprenørskap* i Norge må leses inn i dette bildet.

Mange sosiale entreprenører er ildsjeler, som sine forløpere, men de er også noe mer. La oss foreløpig kalle dem *hybride sosiale ildsjeler*. De står med det ene beinet i en tradisjon av sterk humanistisk idealisme og det andre i forretningsdrift. Metaforen med de to beina strekkes dessverre litt ut av proporsjon når vi må peke på at de har et bein også i en tredje tradisjon. Og det er

dessuten der mange entreprenører føler at de står stødigst. Det handler om at de er *endringsagenter*. De er innovatører med sans for opprør, en viss grad av kjetteri hvor de med praktiske ideer protesterer mot inngrødde vaner. De har ofte en freidig frimodighet i å utfordre det bestående. Svakheten med bilde av folk som står med beina i tre tradisjoner samtidig, er kanskje likevel et poeng å ta med videre fordi det viser at øvelsen er «umulig», i alle fall svært krevende for dem det gjelder. I denne sammenhengen tør vi minne om det litterært sett langt bedre bibelske bildet, fra kapittelelets tittel. Det peker på at det ofte ikke er lett å komme med noe nytt når det nye må passe inn i etablerte rammer – i alle fall ikke om det bestående er stivt og lite fleksibelt. Det er krevende både for de som representerer det nye og dem som skal ta det imot. Fra innsiden av de eksisterende systemene, fra dem som vokter de vanene som dominerer der, kan det oppleves som om det nye vil sprengte alt det man selv har stått for og representert i lang tid (Kobro & Bjørnerud, 2021).⁵ Det er vanskelig nok å endre praksis i en enkelt virksomhet; på et NAV-kontor, et sykehjem eller i en skole, eller annet – enda vanskeligere er det å endre praksis i flere institusjoner samtidig; i et helt system hvor vaner er sementert i både kultur og struktur. Selv om endringsagenter ofte oppfattes som bry-somme opprørere, får de likevel en heltstatus i samfunnet – men det forbeholdes dem som lykkes. Og heltstatusen kommer ofte etter lang tid.

Kor e alle helter hen?⁶

Nye ideer og ny innsikt møtes først av latterliggjøring, deretter motarbeides de, før de til slutt omtales som selvsagt.⁷ Flere sosiale entreprenører har opplevd en slik reise.⁸

5 En fryktmotivert motstand mot endring fra dem som føler eierskap til det som blir utfordret, har fulgt mennesker og organisasjoner i all tid. Allerede Machiavelli beskrev dette på 1500-tallet (Trond Berg Eriksen, 2006). Se også avsnittet om Omgivelsenes ansvar, her.

6 Jan Eggum.

7 Et sitat som ofte tilskrives opplysningsfilosofen Arthur Schopenhauer. Det er usikkert om opphavet til innsiktens «tre stadier» egentlig er Schopenhauers, men en rekke vitenskapsmenn og -kvinner har uansett brukt denne tredelingen i sine kommentarer til hvordan nye ideer og kunnskap møtes i omgivelsene. Se: <https://cs.uwaterloo.ca/~shallit/Papers/stages.pdf>

8 Informasjon fra en rekke personlige samtaler vi har hatt med sosiale entreprenører de siste 5 årene.

No Isolation er et entreprenørielt firma, etablert i 2015, kjent for den lille roboten A1. Sosial isolasjon og ensomhet kan skape utenforskap. Barn og unge med langtidsfravær fra skolehverdagen er derfor en utsatt gruppe. A1 kan plasseres ut i klasserom (eller andre steder) og bidra til å redusere ufri-villig ensomhet og sosial isolasjon gjennom en godt brukertilpasset senso-risk digital kommunikasjonsløsning. Løsningen er utviklet av gründer Karen Marcussen Dolva (født 1990), som så problemet i eget nettverk og som der-for begynte å stille spørsmål om ikke også teknologi kan brukes til «varme oppgaver». Ideer har ført til nye produkter og selskapet No Isolation har i dag «distriktskontorer» i London og München.

Morten Nyborg i Fredrikstad hadde et hjerte for byens «løse fugler». Han så at de i tøffe hverdager hadde problemer med å stå imot alkoholtørst og andre rusmidler. En dag fikk han ideen om å sette sammen et fotball-lag med gutter (etter hvert også jenter) med slike utfordringer, for trening og kameratskap på formiddagstid – formiddagene var tøffe å komme gjen-nom uten arbeid eller annet å foreta seg. I samarbeid med Fredrikstad Fot-ball etablerte han det første Gatelagsfotballaget. Tanken viste seg å være god. I dag har 28 norske fotballklubber egne «Gatefotballag», alle i nært samar-beid med kommunens rus- og psykiatritjeneste, men likevel som en selvsten-dig og dokumentert entreprenøriell måte å løse et sammensatt problem på (Kobro et al., 2019; Thompson et al., 2019; Ogundipe et al., 2020). Virksom-heten er nå inne på statsbudsjettet og koordineres av en felles stiftelse nasjo-nalt, på vegne av de involverte klubbene.⁹

Sykehusklovnene «behandler» barn og unge på norske sykehus med humor og lek. Sykehus er deres arena, men selv er de en frittstående ide-ell organisasjon utenfor helseforetakene. De er en organisasjon med tydelige sosiale formål, men de kombinerer dette med en forretningsmodell som sik-rer inntekter til lønn og drift. Klovneri er betalt arbeid. Vi vil komme tilbake til definisjoner og prinsipper nedenfor. Her slår vi bare fast at miksen mellom idealisme og forretning ikke gjør Sykehusklovnene til en privat helsetjeneste. Vi må gå et skritt nærmere entreprenørenees aktivitet for riktig å forstå hvilken type fornyelse de eventuelt kan bidra med i velferdsstatens transformasjon – og vi må gi slipp på forenklete modeller om samfunn bestående av tre sektorer.

9 www.fotballstiftelsen.no

Et trangt rom for entreprenørskap?

Vi har sett i en rekke kapitler at velferdssamfunnet er presset på mange felt. I arbeidsinkludering, boligpolitikk, skole og oppvekst, eldreomsorg, innvandring, kriminalitetsomsorg, rus, psykisk helse, med mer, er situasjonen krevende. Selv om omfanget er begrenset, finner vi sosiale innovasjonsforsøk og entreprenørskap på mange av disse områdene (Kobro, 2015). Det er imidlertid mye som tyder på at det er i *arbeidsintegrering* for utsatte grupper at sosialentreprenørskapsfeltet vokser mest. Internasjonalt har dette en egen betegnelse – *WISE, work integration social enterprise* (Spears & Bidet, 2005). I Norge har vi ingen klare distinksjoner innenfor feltet, det er ikke engang slik at feltet sosialt entreprenørskap samlet sett omtales entydig i norsk offentlighet.

Det er naturligvis ikke et mål at alle alltid må ha samme oppfatning om gitte fenomener, men det er en fordel for en opplyst samtale at sentrale begreper har et noenlunde avklart meningsinnhold før vi eventuelt begynner å diskutere praktiske og politiske implikasjoner. Det er derfor en utfordring at debatten om velferdssamfunnets utfordringer og behov for mer sosial innovasjon og entreprenørskap beveger seg mellom ulike oppfatninger av hva dette egentlig er (Hauge, 2017; Loga et al., 2016).

Sosialt entreprenørskap er forbundet med «... et knippe av begreper, de såkalte SE-begreper: *social enterprise, social entrepreneurship, social economy, social innovation og solidarity economy*. Det knytter seg også til andre begreper som omhandler nye samspillsformer mellom privat og frivillig sektor som *mixed economy, social impact, filantropi og bedrifters samfunnsansvar (CSR)*» (Loga, 2016, s. 12). Det er ikke overraskende at det finnes ulike internasjonale forståelser av konseptet, fordi begreper utvikler seg innenfor gitte sosiale, økonomiske og politiske forhold (Kerlin, 2010; Defourny & Nyssens, 2010). I et nettverk av internasjonale forskere og forskningsmiljøer på fagfeltet¹⁰ deles da også en holdning om at konseptet *ikke bør* lukkes i en allmenngyldig internasjonal definisjon. Det vil kunne passe kun noen avgrensede politiske, kulturelle og nasjonale sammenhenger (Defourny & Nyssens, 2012). Men hvorfor begrepene er så tilsynelatende flytende

10 www.emes.net

innenfor en gitt nasjonal sammenheng, er mindre åpenbart. «Manglende klarhet og delt operativ forståelse/definisjon av sosialt entreprenørskap kan skape usikkerhet og delvis holdningsmessig motstand til sosialt entreprenørskap» (Meld. St. 32 (2020–2021)). En grunn til uklarhet kan være at enkelte kan se fordeler ved å opprettholde en tvetydighet ved begreper. Det kan gi rom for eksperimentering og utprøving av ulike aktiviteter for ulike aktører, uten at noen faller utenfor feltet eller tvinges inn i konforme rammer (Caulier-Grice et al., 2012; Sinclair et al., 2018). En vag avgrensning av konseptet kan også være opportunt for politikere som på den måten kan understøtte sosialt entreprenørskap ut fra ulike verdimesige motiver (Teasdale, 2011; Sinclair et al., 2018).

Til tross for dette bør begrepet ha en tydelighet som er klar nok til at fenomenet kan diskuteres meningsfullt i en offentlig samtale, og ikke minst for at det skal kunne *prøves ut i praksis* (Ayob, Teasdale & Fagan, 2016; Eimhjellen & Loga, 2016; Sinclair et al., 2018; Hulgård, 2007, 2010; Kobro et al., 2017; Loga 2017, 2018).

Omgivelsenes ansvar

Skal vi kunne forstå og utvikle adekvat politikk og praksis for velferdsinnovasjoner gjennom entreprenørskap, må forestillingene om dette som et solo-spill korrigeres kraftig. For at nye ideer skal slå rot og gro til innovasjoner, ikke strande som fikse ideer, må det foregå endringer i miljøet der innovasjonen skal *virke*. Nye ideer forutsetter tilpasninger av eksisterende tankemønstre og institusjonalisert praksis (Selznick, 1957; Christensen et al., 2006). Gamle vaner sitter gjerne dypt i gamle organisasjoner – og kommunesektoren i Norge er snart 300 år. Kontekstualisering er en forutsetning for innovasjon. Det nye må virke i en sammenheng.

I korthet er innovasjon noe som er nytt og nyttig, og som blir *nyttiggjort*¹¹. Vi som vokste opp med Petter Smart, assosierer kanskje innovasjon med oppfinnelser. Det er en feilslutning. Oppfinnelser blir bare innovasjoner om de settes i produksjon og blir brukt – gjort *nyttige*. De færreste av Pet-

11 www.ks.no/fagomrader/innovasjon/framtidas-kommune/n3-nytt-nyttig-nyttiggjort/

ter Smarts oppfinnelser finner vi igjen i hverdagens Andeby. De var kanskje likevel ikke så nyttige, eller så lot de seg rett og slett ikke nyttiggjøre. Det kan være mange grunner til det. Helikoptertegningene til Leonardo da Vinci var i sin tid opplagt *nye* – og *nyttig* ville helikopter sikkert også vært, men det manglet energiressurser til å drive rotoren rundt for å skape løft. Ideene lot seg ikke *nyttiggjøre* fordi avgjørende betingelser ut over selve ideen manglet. Slike eksterne hindre mot ellers nye og nyttige ideer kan som i dette tilfellet handle om umoden teknologi, det kan være manglende finansiering, feil kultur/holdninger i omgivelsene, begrensninger i juridisk handlingsrom, manglende politiske prioriteringer, og mye annet. Jeg nevner alt dette fordi det kan trolig sette oss på sporet av forklaringen på det relativt beskjedne omfanget av sosialt entreprenørskap i Norge. Eksterne forhold, kjennetegn ved systemet rundt entreprenørskapets innovasjon representerer avgjørende betingelser.

Profesjonsinteresser, prestisje og eierskap til de tjenestene og den kompetansen som blir utfordret, er en slik ekstern betingelse. Machiavelli skrev om dette allerede på 1500-tallet da han identifiserte motstand fra dem som opplever sin identitet truet av reformer og endring som en avgjørende motkraft mot utvikling. Vi slår sannsynligvis inn åpne dører om vi peker på at entreprenører innenfor rammen av det norske velferdssystemet kan møte profesjonsinteresser og profesjonsprestisje som hindre mot innovasjon. «Du må'kke komme her og komme her!» (Øystein Sunde, 1994).

Entreprenørskapet blir gjerne knyttet opp til innovasjonens siste fase; implementeringen. Det er der vi finner *nyttiggjøringen*. Vi må tilbake til Andeby: Petter Smart var ingen entreprenør, nettopp fordi entreprenørskapet handler om å finne gode måter å implementere nesten-ferdige innovasjoner på. De er nesten-ferdige fordi innovasjonen ikke er komplett før den er tatt i bruk. For å komme dit må rammebetingelser ofte endres, og dem har innovatørene generelt lite makt over, aller minst i en offentlig dominert velferdsstat som vår. *The difficulty lies not so much in developing new ideas as escaping from the old ones*, sa John Maynard Keynes. Det er ofte noen som «eier» de gamle metodene og arbeidsmåtene, og de kan ha sterke følelser og prestisje knyttet til dem. Derfor er radikalt entreprenørskap ofte avhengig av at kritiske betingelser i omgivelsene endres på en slik måte at det ryddes plass til det nye. Det er krevende, og det ligger som regel utenfor idéskaperens egen kompetanse og mandat, kanskje også utenfor hennes interesser. «Mens

fornuftige mennesker tilpasser seg omgivelsene, jobber ufornuftige mennesker med å endre dem», sa politikeren og forfatteren George Bernard Shaw, før han la til at alt framskritt derfor er resultat av ufornuftige menneskers anstrengelser.¹² Det er derfor entreprenørskap krever mot og vilje til å være «ufornuftig» i etablissementets øyne – og hvem vil ha et slikt rykte? Er det en kultur for, og finnes det institusjonelle åpninger for ufornuftig kjetterskap i det norske velferdssystemet?

Både prosess og resultat

Det bildet forskning foreløpig tegnet av sosiale innovatører, viser at det skapes sosial verdi i en sosial prosess; en prosess fra idéunngang til implementering, og det skjer i en stedlig kontekst. Bureau of European Policy Advisers (BEPA), et ekspertpanel som foretar analyser og gir innspill til EU-kommisjonen på konkrete samfunnsutfordringer, har i flere runder gitt råd om sosial innovasjon og sosialt entreprenørskap. I rapporten *Social Innovation in the European Union* (BEPA, 2010) skriver de at sosialt entreprenørskap nettopp skaper ... *social value by providing new solutions to unsolved social challenges through participatory and empowering processes* (Ibid., s. 7). De understreker at den *måten* (prosesser) som sosialt arbeid håndteres på, er viktig for å skape ny sosial verdi. Dette videreføres i EUs politikk på området. *Social innovations are innovations that are social in both their ends and their means* (European Commission, 2013, s. 6). Entreprenørskapet handler med andre ord ikke bare om resultater. Sosial verdi skapes også i de prosessene hvor det legges til rette for nye måter å forstå problemer på, og nye måter å arbeide med dem. Det må derfor skapes egnede rammer for medborgerskap, deltakelse og empowerment for å skape entreprenørielle prosesser (Del Castillo et al., 2016; Kobro & Bjørnstad, 2020). Ut fra slike prosesser kan det (i beste fall) vokse fram nye og nyttige resultater og virkninger, men selve prosessen er altså også i seg selv en sosial verdi. Dette betyr at innovasjonsarbeidets effekter og de innsatser som fører fram dit, henger uløselig sammen. Dette peker videre mot en innsikt om at enkeltpersoners ideer og

12 Fra skuespillet *Man and Superman*, G.B. Shaw (1903).

soloprestasjoner sjelden er et tilstrekkelig grunnlag for sosialt entreprenørskap/innovasjon. Det peker også fram mot et poeng knyttet til myndighetenes rolle, både lokalt og sentralt, nemlig at de i betydelig grad må legge til rette for brede, åpne og kreative prosesser litt utenfor de vante rammene av hvordan man er vant til å jobbe. Dette fordrer sannsynligvis endring av både formelle prosedyrer og et dominerende mindset.

På sporet av en innsikt som kan brukes til noe?

Brede, deltakende kreative prosesser handler om at mennesker både «nedenfra» og «ovenfra», som vi ofte sier, møtes likeverdig – og dermed er metaforikken om «nede» og «oppe» uhensiktsmessig. Å møtes i «øynehøyde» er et bedre bilde (Kobro & Bjørnerud, 2021; Nordaunet, 2021). Det handler om å skape ... *new ideas (products, services, and models) that simultaneously meet social needs more effectively than alternatives and create new social relationships or collaborations* (BEPA, 2010, s. 24). Sosialt entreprenørskap kan representere én mulig vei for mer sosial innovasjon i så henseende. I så fall bør det både underbygges og bygges ut – og som i enhver annen byggeprosess bør vi kjenne til hvilket materiale vi bygger med, hvilket endelig bringer oss til en beskrivelse av hva det sosiale entreprenørskapet er laget av.

En nordisk ekspertgruppe definerer sosialt entreprenørskap som innovasjoner rettet inn mot definerte *sosiale formål*; altså udekkede helse-/velferdsbehov hos identifiserte mennesker eller grupper. Entreprenørskapet gir bidrag som er *nyskapende* (TemaNord, 2015), og det drives av arbeidets sosiale resultater. Samtidig kjennetegnes det av en forretningsmodell som gjør virksomheten *økonomisk selvstendig*; det sikrer levekraft over tid. Ekspertgruppen legger videre stor vekt på at innsatsen skal ha *sterk medvirkning* med reell involvering av virksomhetens målgruppe. The European Union Commission for Employment, Social Affairs and Inclusion uttrykker denne siste dimensjonen slik:

Social innovation is not only about finding alternative solutions to gaps in the market and public sector, but it is about finding the best ways to empower people – especially deprived groups – through their active involvement in the innovative process (Sinclair et al., 2018, s. 2).

Den nordiske ekspertgruppen peker til sist på at entreprenørskapet som regel preges av samarbeid *på tvers av fagfelt* og sektorer. Det er kjent at innovasjonsimpulser ofte oppstår og trives best i kunnskapsfelt og i kunnskapskulturer preget av ulikhet (Ekelund, 2019; Drucker, 1985; Aasen & Amundsen, 2011; Skyttermoen & Vaagaasar, 2015). Tverrfaglighet og samarbeid på tvers av kompetansemiljøer og tradisjoner er derfor en styrke for entreprenørskapet. I praksis er ikke det så lett. Entreprenører med nye ideer og initiativ som utfordrer bestående praksis, møter ofte et system av sektorer, siloer, profesjoner og institusjonelle vaner.

Innovasjoner understøttet av samskaping

Når vi nå har pakket opp det sosiale entreprenørskap i en rekke komponenter, er det på tide å montere det hele sammen på en måte som gjør at det kan brukes. Det er krevende, men det virker lovende når det lykkes (Kobro, 2019).

Det er rikelig dokumentert at sosialt entreprenørskap gjerne utspiller seg i møter mellom interessenter og logikk fra flere ulike sektorer og kompetanser (Dees, Emerson & Economy, 2002; Austin, Stevenson & Wei-Skillern, 2006; Nicholls, 2008; Eimhjellen & Loga, 2016; Kobro, Borg, Karlsson & Vike, 2019; Ekelund, Andvig & Kobro, 2019; Kobro & Bjørnerud, 2021). *In social entrepreneurship, the innovations are often blurring the boundaries between the three sectors: state, market and civil society* (Andersen & Hulgård, 2016). Vil man krysse kompetanser og profesjoners ulike forståelser av problemers årsak og aktuelle løsninger, må man sørge for at mennesker møtes på arenaer og i aktiviteter som stimulerer diversitet.

When people talk about social enterprise or talk about social entrepreneurs, they just focus on the individuals. The work and the people that we meet is not about an individual doing any one thing, it's about people collectively coming together to affect change in their community for the wider benefit (Sinclair, 2018, s. 1323).

Hvis alle tenker likt, eller er sosialisert i samme virkelighetsforståelse, spiller det liten rolle hvor mange man samler. I et innovasjonsperspektiv er det bedre om man samler tre som tenker ulikt, enn 300 som tenker likt.

Nå kan det hevdes at det å samarbeide på tvers av sektorer er selve DNA-et i den norske samfunnsmodellen (Tranøy & Østerud, 2001). I lys av dette er det derfor litt overraskende at en modell som nettopp bygger på tverrgående samarbeid, frambringer så få sosiale entreprenørielle virksomheter. Det kan reises spørsmål om den klassiske og konvensjonelle samarbeidsformen vi kjenner i norsk samfunnsliv, er blitt så godt innarbeidet at den i seg selv undergraver praksisformer med *andre* tverrforbindelser. Nobelprisvinner i økonomi, Elinor Ostrom (2009), pekte allerede i 1965 på hvordan entreprenører bak offentlige sosiale reformer og innovasjoner brukte samarbeid og kontakter på tvers, *ut over eksisterende samarbeidsformer*, som strategi. Hun pekte tidlig på at kombinasjoner av nye tverrgående kontakter ofte gir langt bedre resultater enn om utfordringer forsøkes løst gjennom tradisjonelle modeller og samarbeidsformer. Også samarbeidsmodeller kan bli konforme. En montering av sosialentreprenørskapets komponenter; sosialt formål, innovasjonshøyde, selvstendig økonomi, medvirkning og tverrfaglighet, krever kompetanse, interesse og ressurser fra mange deler av samfunnet. Spørsmålet må da naturlig stilles om vi har et velferdssystem hvor vi ofte og oppriktig nysgjerrig møtes på tvers av kompetanser, profesjoner og interesser?

En ny logikk for bedre og bredere samarbeid

Tiltakende etterspørsel etter sosial innovasjon og entreprenørskap kan ende opp som tomme ord og slag i luften om vi ikke skaper plass for slikt entreprenørskap. Vi har organisert velferdssamfunnet på en måte hvor offentlig sektor utgjør en avgjørende ramme for sosialt entreprenørskap. Mange sosiale entreprenører strever med å finne sin plass i dette forholdsvis profesjonsdominante og forvaltningsmessig fragmenterte systemet (Kobro, 2017, 2019b). Vanene stikker dypt. I flere tiår etter krigen var offentlig sektor preget av planstyring; en forvaltning med forutsigbarhet og planmessighet som bærende verdier. Et planleggende og kontrollerende byråkrati er gradvis bygget opp og ut, men gradvis utviklet det seg en supplerende forståelse,

inspirert av amerikanske teorier og ledelsesprinsipper, skapt for å håndtere kompleksitet og sammensatte kvalitetskrav (Hood & Dixon, 2015; Rønning, 2021; Vike, 2004; Ansell & Torfing, 2021). Prinsippene ble ganske ukritisk konvertert til offentlig sektor – det vi i dag kjenner som New Public Management (NPM) (Hood & Dixon, 2015). Verdiene fra NPM slo inn som dominerende ledelses- og organisasjonsprinsipper i de fleste av velferdsstatens tjenestoområder.¹³ Et tredje verdsett som delvis står opp i kontrast til de to ovenstående, er i ferd med å vokse fram. Det handler om å sette borgernes, kundenes eller brukernes sammensatte behov i sentrum av tjenesters design og produksjon – eller retttere; det er relasjonene mellom mennesker som bruker velferdstjenester og dem som tilbyr dem, som står i sentrum. Den som best forstår sosiale behovs kompleksitet, er innbyggeren selv. Hun må derfor være med som aktiv deltaker i planlegging og produksjon. Det var Elinor Ostroms forståelse og dokumentasjon av borgernes roller som premissleverandører for produksjon, inklusive tjeneste- og produkt*innovasjoner* som ga grunnlag for hennes nobelpris. Hun viste hvordan vanlige borgere kan være kilder til offentlige innovasjoner ved at de, under gitte betingelser, kan fylle rollen som endringsagenter og at det å krysse fag- og sektorgrenser på mange måter er folks naturlige atferd. Å dele livet opp i faglige komponenter og divisjoner er både byråkratiets og markedets måte å håndtere virkeligheten på. Sosiale entreprenører gjør det ikke. De er aktører som lar ting henge sammen slik det oppleves at de gjør i «virkeligheten». De trives dårlig med å bli tvunget inn i administrative/byråkratiske rammer. Fordi sosiale problemer er sammensatte både i årsak og løsning, finner sosiale entreprenører relevant kunnskap, inspirasjon og ideer hos personer og i miljøer mange steder. I brede partnerskap settes nye og nyttige løsninger sammen, i tillit.

En slik fremgangsmåte skaper andre problemforståelser og det avstedkommer andre ideer til løsninger enn byråkratiet og markedet tilbyr alene. Noe av det mest utypiske, og derfor ofte provoserende sett med blikket innover mot den sektorinndelingen vi er vant til å tenke på om velferd, er sosial-entreprenørskapets blanding av idealisme og humanitet. Vi må derfor se litt nærmere på den miksen.

13 Se blant annet omtale av dette i Rolf Sundes kapittel om barne- og familiepsykiatrien i kapittel 13.

Humanisme og penger

Not all social entrepreneurs are engaged in social businesses, sier en av pionerene på feltet, en annen nobelprisvinner; Muhammad Yunus (fredsprisen i 2006) (Yunus, 2009, s. 32). Men selv om ikke alle sosiale endringsagenter velger å etablere kommersiell virksomhet, griper likevel mange til økonomiske forretningsmodeller for å sikre bærekraft (Nyssens, 2006; Kerlin, 2010; Ridley-Duff & Bull, 2011; Defourny, Hulgård & Pestoff, 2014; Hulgård & Andersen, 2015; Kobro et al., 2017; Kobro, 2019; Eimhjellen & Loga, 2016; Sivesind, 2008). De modellene de utvikler, er likevel utypiske i et markeds-perspektiv. De er ... *a fundamental new way of doing business* (European Commission, 2015, s. 6). Miksen av humanitære og økonomiske verdier smaker ikke like godt for alle. Humanisme og penger oppfattes å høre til hver sine verdener. En innblanding av kjøp og salg i entreprenørskapet forstyrer derfor bildet for dem som ønsker å forstå verden i enkle modeller. Det blir «rotete» å forholde seg til sosiale entreprenørielle virksomheter dersom vi bare har tre sektorer å velge mellom; privat, offentlig og ideell/frivillig sektor. Da havner entreprenørskap på velferdsområdet raskt i gruppe med private velferdsaktører, eller til og med som *velferdsprofitører*. Men forenklinger fortegner ofte virkeligheten. Praktisk orientert sosialt entreprenørskap passer ikke inn i en tredeling av verden.

Mange sosiale foretak springer ut av ideelle organisasjoner eller foregår innenfor rammen av dem. Kirkens Bymisjon har et arbeidstilbud for sterkt rusmiddelbelastede personer hvor ulike aktiviteter (rydding og utendørs renhold, produksjon av notatbøker og glassengler, m.m.) frembringer produkter og tjenester som selges i privatmarkedet med en prislapp. Tjeneren hjelper personer med tunge rus- og psykiatriutfordringer til rusfrie dager og helse gjennom økt selvrespekt. Pengene de tjener, føres tilbake til dem selv etter en fastlagt modell hvor deltakerne får en dagslønn etter innsats under det som startet under merkelappen «Lønn som fortjent». Salg av ulike gatemagasin i en rekke norske byer er organisert på lignende måte, halvparten av salget går direkte til selgeren. En rekke frivillige organisasjoner driver økonomisk virksomhet med lønnet personell og med inntekt fra salg av produkter og tjenester. Frelsesarmeens Fretex er et velkjent eksempel, mange andre er så nyskapende og entreprenørielle at de uten videre faller trygt innenfor begrepet sosialt entreprenørskap. Men er de da ikke likevel en del av frivil-

lig sektor? Ja, hvis vi må tviholde på sektormodellen, men må vi det? Kanskje er det riktigere å si at det er sosial entreprenøriell virksomhet innenfor rammen av en frivillig organisasjon – et annet sted kalt «den nye frivilligheten» (Kobro, 2021). Et annet utviklingstrekk som kan forstyrre vår forståelse av samfunnet i tre avgrensede sektorer, er at den vanligste inntektskilden til sosiale entreprenørskapsforetak i Europa er avtaler med lokale myndigheter/kommuner og andre offentlige kunder (European Commission, 2015). I det hele tatt er kontakten og grensdragningene mellom sosiale entreprenører og den kommunen der aktiviteten deres utspiller seg, ofte så flytende at det er kunstig å plassere partene i hver sine sektorer (Brøgger, 2017; Eimhjellen & Loga, 2016). Å fortolke samfunnet i tre sektorer fungerer stadig dårligere som analytisk grunnlag for å forstå hva sosiale entreprenører er, hva de gjør og hvilken rolle de kan spille i velferdssamfunnets transformasjon. Velferdssamfunnet er kanskje fortsatt juridisk, politisk og delvis finansielt organisert i tre sektorer, men i praksis – slik de ulike aktører opererer, de arenaene som brukes og den aktiviteten som utspiller seg der, det har i betydelig grad sprengt rammene for sektorsamfunnet. Så selv om institusjonell logikk og vaner fra sektorsamfunnet fortsatt preger formelle bestemmelser og rammer i samfunnet, samsvarer slik logikk stadig dårligere med den praksisen som utspiller seg der.

«Kom som du er – og bli som oss», er en lite egnet holdning å møte innovasjonsideer med. Det er interessant å registrere at både politisk ledelse og velferdsforvaltningens ledelse ønsker partnere som utfordrer sektorlogikken, men når de originale innspillene kommer, virker de i mindre grad villige til å slippe til alternativer.

«Vi lever framleis, men forstår bakleis», sa salige Kierkegaard. Det er ingen tvil om at vi gjennom mange tiår har holdt det gående med å organisere helse og velferd i avgrensede sektorer – kognitivt, politisk og finansielt, mens sektorene i realiteten er i ferd med å flyte over i hverandre i nye hybride operative løsninger. Sett gjennom sektorsamfunnets prisme, må sosialt entreprenørskap enten være ideelt, kommersielt eller offentlig.

En entreprenøriell innsats på tre nivåer

Hvis vi nå fortsetter å bevege oss mot hva entreprenørskapet gjør på velferdsområdet, vil det kunne være nyttig å identifisere dette på tre ulike nivåer. De tre handler om hvor og hvem de retter sin aktivitet mot; om de retter seg mot enkeltindivider, organisasjoner og lokalsamfunn, eller mot samfunnet som helhet. Inndelingen er gjort for oversiktens skyld, i virkeligheten finnes det rikelig av eksempler på at sosiale entreprenører krysser grenser mellom disse nivåene. Entreprenører har ofte den karakteren – de liker å krysse grenser.¹⁴

Typisk for mange entreprenører på helse- og sosialområder er at de er rigget for å løfte enkeltmennesker. *Medarbeiderne AS* er «Et snilt lite selskap. Vi ansetter ikke folk for å levere tjenester, vi leverer tjenester for å ansette folk», sier de om seg selv. Bedriften henter glass, metall, elektronikk og annet spesialavfall fra privatadresser i Stor-Oslo gjennom en abonnementsordning. Mennesker med rusbakgrunn sliter ofte med å få jobb. Risikoen for tilbakefall er høy, særlig blant de som er uten arbeid. *Medarbeiderne AS* tilbyr meningsfullt lønnet arbeid eksklusivt til mennesker med ruserfaring som selv i stor grad er med på å organisere og utforme tjenesten. *Monsterbedriften AS* har et lignende opplegg. De ansetter kun personer som av ulike årsaker har problemer med å finne plass i det ordinære arbeidsmarkedet på bakgrunn av personlige utfordringer knyttet til helse og livsstil. For mange handler dette om vold og utagerende atferd. De har mye energi, for å uttrykke det slik, og det er ikke alltid den har vært kanalisert i sunne eller lovlige former. «Gjennom å gi tillit, støtte og klare rammer, får arbeidstakerne mulighet til å vise sine ressurser og det de kan bidra med. De som kommer til oss gjør arbeidet selv, men vi er med som støttespillere», sier initiativtakerne. Fokuset for begge de to firmaene ovenfor er å bygge virksomheten på den enkelte arbeidstakerens ressurser hvor målgruppen er sterkt involvert i drift og utvikling. Folk er ressurser, ikke problemer.

Ikke alle sosiale virksomheter handler om å skaffe folk arbeid, selv om «arbeidslinja» er det området hvor sannsynligvis flest sosiale entreprenører opererer innenfor, både internasjonalt og i Norge (Spears & Bidet, 2005;

14 Vi gjør i dette kapittelet ikke noe nummer av å beskrive hvilke organisasjonsformer sosiale entreprenører kan velge, og hvilke de velger. Se en slik redegjørelse i Kobro et al. (2017) og Kobro (2019).

European Commission, 2015; Loga, 2017; Kobro et al., 2017) *Blues Factory AS* bruker musikk og opplevelser med å spille i band som grunnlag for å gi innsatte i norske fengsler, løslatte, og ungdom som av ulike grunner faller utenfor ordinære utdannings- og arbeidslivsløp, opplevelse av tilhørighet. Deltakerne blir også her sett som en ressurs i stedet for et problem. Blues- og rockemusikere brukes som instruktører og støttespillere både innenfor og utenfor soningsinstitusjoner. Initiativtakeren er selv en bluesmusiker med rulleblad. *Aktivitetsdosetten* er et entreprenørielt tilbud med tydelig helseprofil. Virksomheten retter seg mot eldre på institusjon. De tilbyr en metode for å øke aktivitet for beboere på sykehjem, tilpasset beboernes individuelle interesser og behov. «Dosetten», som består av den daglige aktivitet, lages med aktiv brukermedvirkning. Foretaket sier selv at slik individuelt tilpasset aktivitet har helsegevinst på linje med farmasøytisk medisin. Tjenesten er utviklet i tett samarbeid med kommunale sykehjem, og det fungerer mer eller mindre som en integrert del av sykehjemmenes tilbud.

Noen sosiale entreprenørielle virksomheter retter sin innsats mot organisasjoner og systemer mer enn mot enkeltindivider direkte, som ovenfor. *Sykehusklovnene*, tidligere nevnt, arbeider for å fremme helse og glede for barn som er pasienter ved norske sykehus. Selv om bedre hverdager for barn på sykehus er «slutt målgruppa», retter virksomheten seg mot helseforetak. *JodaCare AS* retter også sin innsats mot organisasjoner; kommunale tjenester for hjemmeboende mennesker med hjelpebehov er deres kunder. Når gründeren bak selskapet oppdaget hvor vanskelig det var å kommunisere effektivt med ulike deler av det kommunale tjenesteapparatet om forhold knyttet til hennes egen pleietrengende mor, fikk hun ideen om en digital tjeneste. *JodaCare* tilbyr kommuner en digital løsning for å lette samarbeid og kommunikasjon mellom ulike offentlige hjelpetjenester, pårørende og brukere. I stedet for å kommunisere på tvers av aktører og tjenester gjennom notatbøker på brukerens kommode, nattbord eller i telefonanrop som «aldri besvares», kommuniseres det i dag mer friksjonsfritt over en felles digital plattform. Løsningen ville aldri latt seg realisere innenfor en av de berørte sektorene alene, forklarer gründeren. Samarbeid på tvers av fag, sektorer og interesser, med brukernes behov og preferanser i sentrum, er en bærende idé bak løsningen.

Det tredje nivået som sosiale entreprenører kan operere på, er samfunnet som helhet. *Forandringsfabrikken* begynte som endringsagenter i 2008,

med formål om å forandre norsk barnevern. «Ideer er enkel og effektiv: Hvis vi lytter til hva barn og unge sier er nyttig, og hva som må forandres, så får vi systemer som gir bedre hjelp», sier de.¹⁵ Virksomheten har etter oppstarten engasjert seg på flere velferdsområder; skole, psykisk helse, vold og overgrep, og andre kommunale oppvekstområder. I Forandringsfabrikken er det barn og unges egne erfaringer som er den mest sentrale ressursen i arbeidet. De arbeider med å endre nasjonale lover, kommunale forvaltningssystemer og en rekke andre rammebetingelser. De siste årene har Forandringsfabrikken fokusert mye på barn/ungdoms psykiske helse. Barn med egne erfaringer fra offentlig psykisk helsetjeneste har god kunnskap om tjenesten, de har derfor både ideer og klare råd til hva som kan gjøres annerledes og bedre med tjenestene, enten det er skolehelsetjeneste, PPT, BUP, utekontakt eller annet. Organisasjonen har sin egen metode som de kaller *forandringsmetodikk*, hvor barn/unge som de kaller «proffer», spiller sentrale roller som påvirkere og endringsagenter, og det er systemet som må endres, ifølge «proffene».

Utvikling eller avvikling?

Det har de siste 30–40 årene foregått en dreining av europeiske velferdsstater mot økt privatisering og individualisering. Trenden har skapt et annet rammeverk for sosiale ildsjeler enn det som var tilfellet i den statlig dominerte, universelle velferdsstatsmodellen som preget hele Europa etter den andre verdenskrigen (Titmuss, 1987; Esping-Andersen, 1990; Vike, 2004, 2018). Utover på 70-tallet begynte de europeiske velferdsstatssystemene å smuldre opp – unntaket var Norden (Borzaga & Santuari, 2003; Enjolras et al., 2021). Det ble lagt større vekt på individuelt ansvar, på bekostning av offentlig kollektivt ansvar for alle innbyggernes velferd. En rekke tilbud for befolkningens helse ble privatisert – det utviklet seg mange steder en «velferdsindustri». Vi har ikke sett dette i samme grad i Norge. De endrede betingelsene i europeiske velferdsstater førte til at det åpnet seg et nytt handlingsrom for initiativer «nedenfra» – heller ikke dette har vi sett i Norge. De to forholdene henger sannsynligvis sammen. Det har i liten grad vært plass til entrepre-

15 www.forandringsfabrikken.no

nørielle initiativer utenfor de etablerte rammene i velferdssektoren – før nå. *The times they are a'changin'*¹⁶ «De siste tiårene har vært en gyllen periode for norsk økonomi, også for offentlige finanser. Viktige økonomiske trender har pekt vår vei. Nå brytes trendene», sto det å lese i den forrige Perspektivmeldingen (Meld. St. 29 (2016–2017)), uten at den løftet behovet for (sosial) innovasjon særlig høyt. Perspektivmeldingen 2020 var tydeligere på dette: «Samarbeid mellom offentlig og privat sektor gjennom anskaffelser, tjenesteleveranser og partnerskap er svært viktig for å bidra til økt innovasjon i offentlig sektor» (Meld. St. 14 (2020–2021), s. 334). Men politiske forventninger, ønsker og signaler er én ting – hva som skjer i praksis, er en annen. Det er dette vi har forsøkt å tydeliggjøre i dette kapittelet. Hvordan vil så dette utvikle seg framover? La oss avslutte med å driste oss til noen frampek.

I debatten om velferdssamfunnets framtid finner vi to posisjoner (Enjolras et al., 2021). Den ene handler om å legge vekt på effektivisering og innsparing, og privatisering oppfattes gjerne å være en farbar vei. Privatisering kan bevege velferdssamfunnet i retning av økt frivillighet eller mot mer kommersielle tjenester. Begge er uttrykk for privatisering, og kombinasjoner av dem er mulig (Gilbert, 2002; Borzaga & Santuari, 2003; Hulgård, 2010). Den andre retningen vektlegger behov for mer medbestemmelse, direkte demokrati, solidaritet og brukerstyring (Hart, Laville & Cattani, 2010; Hulgård & Andersen, 2015; Pestoff, 2009; Andersen et al., 2018, Kobro, 2018; Russell, 2020). I begge posisjonene kan det åpne seg nye rom for sosialt entreprenørskap (Torfing, Sørensen & Røiseland, 2017; Ansell & Torfing, 2021). Dagens oppmerksomhet om sosialt entreprenørskap kan med andre ord åpne dører, både for mer effektivitet og billigere løsninger, eller mot mer borgermedvirkning, brukermakt og demokrati. Dette paradokset kan gi grobunn for å spørre om sosialt entreprenørskap i så fall er et spesielt egnet bidrag i en transformasjon av dagens velferdssystem, eller om det like mye kan være et skritt mot en gradvis avvikling. En leting etter gode svar på det spørsmålet bør etter vår vurdering sette søkelys på det praksisfeltet hvor sosiale entreprenører både utfordrer og blir utfordret. Bedre enn å diskutere fenomenet prinsipielt eller føye til stadig mer retoriske virkemidler, er det

16 Bob Dylan.

etter alle solemerker om vi fokuserer på hva de sosiale entreprenørene *gjør* og hvilke *virksomheter* aktiviteten har (Defourny, Hulgård & Pestoff, 2014; Ridley-Duff & Bull, 2011; Andersen et al., 2018; Ansell & Torfing, 2016, 2021; Russell, 2020). Det er sannsynligvis bare én måte å finne ut om velferdsentreprenører skaper innovasjon og fornyelse, og det er å se om virkningene av deres aktivitet er ny, nyttig og om det blir nyttiggjort. En slik praksisnær tilnærming vil være avhengig av begreper og språkbruk med best mulig presisjon. *The proof of the pudding is in the eating*, sies det – og det gjelder sannsynligvis mange ting i samfunnet, også det sosiale entreprenørskapet. *Just do it*, er det en skoprodusent som sier, og hvis vi parafaserer det videre med kapittel-tittelens bibelske bilde, er det slik at vi bør smake den nye vinen, ikke bare snakke om den. Den *kan* representere et nytt smaks- og næringstilskudd i velferds-samfunnet. Den bør i så fall helles over i nye forberedte og forbedrede strukturer og modeller, tilpasset entreprenørskap og innovasjon. Å helle den nye vinen i gamle sekker er uansett, med bibelsk autoritet, sannsynligvis en dårlig løsning.

Referanser

- Andersen, L.L. & Hulgård, L. (2016). Social Entrepreneurship: Demolition of the Welfare State or an Arena for Solidarity? I L. Lundgaard Andersen, M. Gawell & R. Spear (Red.), *Social Entrepreneurship and Social Enterprises: Nordic Perspectives*. (s. 22–40). Routledge.
- Andersen, L.L., Espersen, H.H., Kobro, L.U., Kristensen, K., Skar, C. & Iversen, H. (2018). *Demokratisk innovasjon. Teorier og modeller for samskapende sosial innovasjon i norske kommuner*. Universitetet i Sørøst-Norge/SESAM/KS. Skriftserie 24:2018.
- Andreassen, T.A. (2011). Innovasjoner som kjempes fram: Fra politisk nytenking til institusjonell nyskaping. I H.C.G. Johnsen & Ø. Pålshaugen (Red.), *Hva er innovasjon? Perspektiver på innovasjonsforskning* (s. 270–289). Høyskoleforlaget.
- Ansell, C. & Torfing, J. (2016). *Handbook on Theories of Governance*. Edward Elgar Publishing.
- Ansell, C. & Torfing, J. (2021) *Public Governance as Co-creation: A Strategy for Revitalizing the Public Sector and Rejuvenating Democracy*. Cambridge Studies in Comparative Public Policy. Cambridge University Press.
- Austin, J., Stevenson, H. & Wei-Skillern, J. (2006). Social and commercial entrepreneurship: Same, different, or both? *Entrepreneurship Theory and Practice*, 30(1), 1–22. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1111/j.1540-6520.2006.00107.x>
- Ayob, N., Teasdale, S. & Fagan, K. (2016). *How social innovation 'came to be': Tracing the evolution of a contested concept*. Cambridge University Press.
<https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-social-policy/article/how-social-innovation-came-to-be-tracing-the-evolution-of-a-contested-concept/CC8DCF59DC5268FCC0DEEDF883DB9E09>
- BEPA – Bureau of European Policy Advisers (2010). *Empowering people, driving change: Social innovation in the European Union*. European Commission.
- Borzaga, C. & Santuari, A. (2003). *New trends in the non-profit sector in Europe: The emergence of social entrepreneurship*. The Non-profit Sector in a Changing Economy.
- Brøgger, B. (2017). *Sosialt entreprenørskap i Norge*. Cappelen Damm Akademisk.
- Caulier-Grice, J., Davies, A., Patrick, R. & Norman, W. (2012). *Defining social innovation: A deliverable of the project: «The theoretical, empirical and policy foundations for building social innovation in Europe»*. European Commission – 7th Framework Programme. European Commission, DG Research.
- Christensen, C.M., Baumann, H., Ruggles, R. & Sadtler, T.M. (2006). Disruptive innovation for social change. *Harvard Business Review*. http://www.cnid.cl/wp-content/uploads/2015/10/Disruptive-Innovation-for-Social-Change_2006.pdf
- Dees, J.G., Emerson, J. & Economy, P. (2002). *Strategic tools for social entrepreneurs: Enhancing the performance of your enterprising nonprofit*. John Wiley & Sons.
- Defourny, J. & Nyssens, M., (2010). Conceptions of social enterprise and social entrepreneurship in Europe and the United States: Convergences and divergences. *Journal of social entrepreneurship*, 1(1), 32–53.

- Defourny, J. & Nyssens, M. (2012). The EMES Approach of Social Enterprise in a comparative perspective. *EMES WP WP*. https://emes.net/content/uploads/publications/EMES-WP-12-03_Defourny-Nyssens.pdf
- Defourny, J., Hulgård, L. & Pestoff, V. (2014). Introduction to the «SE Field». I J. Defourny, L. Hulgård & V. Pestoff (Red.), *Social enterprise and the third sector: Changing European landscapes in a comparative perspective*. Routledge.
- Del Castillo, J., Khan, H., Nicholas, J. & Finnis, A. (2016). *Health as a Social Movement – Power of people in movements*. NESTA publication.
- Departementene (2018). *Samarbeid om sosialt entreprenørskap*. Rapport fra tverrdepartemental arbeidsgruppe.
- Drucker, P.F. (1985). *Innovation and Entrepreneurship*. Routledge.
- Eimhjellen, I. & Loga, J. (2016). Utvikling av sosialt entreprenørskap i Norge. Rapport 9, 2016. Uni Research.
- Ekelund, B.Z. (2019). *Unleashing the Power of Diversity. How to Open Minds for Good*. Taylor & Francis Ltd.
- Ekelund, B.Z., Andvig, E.S. & Kobro, L.U. (2019). Co-creating housing strategies: Hosting five families with housing challenges. I M. McKergow & P. Pugliese (Red.), *The Host Leadership Field Book: Building Engagement for Performance and Results*. s. 11–20. Edinburgh: Solutions Books.
- Enjolras, B. & Strømsnes, K. (Red.) (2018). *Scandinavian Civil Society and Social Transformations. The Case of Norway. Nonprofit and Civil Society Studies. An International Multidisciplinary Series*. Springer
- Enjolras, B., Loga, J.M., Kobro, L.U. & Hauge, H.A. (2021). Social Enterprises in Norway: Models and Institutional Trajectories. I J. Defourny & M. Nyssens (Red.), *Social Enterprise in Western Europe Theory, Models and Practice*. s. 166–181. Routledge.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. University Press.
- European Commission (2013). *Guide to social innovation*. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion. https://ec.europa.eu/eip/ageing/library/guide-social-innovation_en.html
- European Commission (2015). *A map of social enterprises and their eco-systems in Europe – Synthesis report*. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion.
- Gilbert, N. (2002). *Transformation of the welfare state. The silent surrender of public responsibility*. Oxford University Press.
- Gustavsen, K. & Kobro, L. (2012). *Sosialt entreprenørskap som ledd i innsatsen mot fattigdom*. Telemarksforskning Rapport 305.
- Hart, K., Laville, J.L. & Cattani, A.D. (2010). *The Human Economy*. Polity Press.
- Hartley, J. (2005). *Innovation in Governance and Public Services: Past and Present*.
- Hauge, H.A. & Wasvik, T.M. (2016). Social enterprise as a contested terrain for definitions and practice: The case of Norway. I Andersen, L.L., Gawell, M. & Spears, R. (Red.), *Social Entrepreneurship and Social Enterprise. Nordic Perspectives*. s. 76–92. Routledge.

- Hauge, H.A. (2017). *Mutual learning programme. DG Employment, Social Affairs and Inclusion. Host Country Discussion Paper – Norway. Social enterprise in Norway – caught between collaboration and co-optation?* Peer Review on «Fostering social entrepreneurship to tackle unmet social challenges».
- Hood, C. & Dixon, R. (2015). *A government that worked better and cost less?: Evaluating three decades of reform and change in UK central government.* Oxford University Press.
- Hulgård, L. (2007). *Sociale entreprenører – en kritisk indføring.* Hans Reitzels Forlag.
- Hulgård, L. (2010). Discourses of social entrepreneurship: variations of the same theme? I J. Defourny, L. Hulgård & V. Pestoff. (Red.), *Social Enterprise, Social Entrepreneurship, Social Economy, Solidarity Economy: An EMES Reader on the «SE Field».* Work Paper 10/01, EMES European Research Network.
https://base.socioeco.org/docs/wp_10-01_hulg_rd_web.pdf
- Hulgård, L. & Andersen, L.L. (2015). *Sosialt entreprenørskap og sosial innovasjon. Nordisk Ministerråd rapport: Sosialt entreprenørskap og sosial innovasjon. Kartlegging av innsatser for sosialt entreprenørskap og sosial innovasjon i Norden (s. 31–58).* Nordisk Ministerråd.
- Kerlin, J.A. (2010). A comparative analysis of the global emergence of social enterprise. *Voluntas*, 21(2), 162–179.
- KMD; Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2017). *Veier til samarbeid. Sosiale entreprenører som samarbeidspartnere i offentlig sektor – eksempler og ideer.*
- Kobro, L.U. & Bjørnerud, A.M. (2021). *Samskapende velferdsinnovasjon – Ny kompetanse på vei mot «felleskapskommunen»?* Sluttrapport USN Skriftserien 70/2021
- Kobro, L.U., Borg, M., Karlsson, B. & Vike, H. (2019). *Recovery på banen. Gatelag som samskapende sosial innovasjon i norske kommuner.* USN, Skriftserien 16/2019.
- Kobro, L.U. (2017). Sosialt entreprenørskap i Norge – Politisk retorikk eller ny metodikk? *Stat & Styring*, 1(2017), 38–41.
- Kobro, L.U. (2018). *Social Enterprises and their Ecosystems in Europe. Country fiche NORWAY.* Rapport under programmet: Social enterprises and their ecosystems in Europe. European Commission.
- Kobro, L.U. (2019). *Sosialt entreprenørskap: Økt synlighet og større handlingsrom? SESAM-rapport.* Universitetet i Sørøst-Norge, Senter for Sosialt Entrepenørskap og Samskapende Sosial Innovasjon.
- Kobro, L.U. (Red.) (2018). *La oss gjøre det sammen. Håndbok i samskapende sosial innovasjon.* KS og USN/SESAM.
- Kobro, L.U., Rønnes, R., Eggen, F.W. & Skar, C. (2017). *Statlige rammevilkår på ramme alvor – Sosialt entreprenørskap i norsk offentlig kontekst.* USN skriftserie nr. 14:2017.
- Kuhnle, S. (1983). *Velferdsstatens utvikling Norge i komparativt perspektiv.* Universitetsforlaget.
- Kuhnle, S. & Selle, P. (1990). *Frivillig organisert velferd – alternativ til offentlig?* Alma Mater.
- Leadbeater, C. (2012). *It's cooperation stupid: Why Richard Dawkins, Thomas Hobbes and Milton Friedman got it wrong.* IPPR/Co-operatives UK.

- Loga, J. (2017). *Frivillighet og forretning – En kunnskapsoversikt om nye former for samspill mellom sivilsamfunn og marked*. Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor, Bergen/Oslo 2016.
- Loga, J. (2018). Sivilsamfunnets roller i velferdsstatens omstilling. *Norsk sosiologisk tidsskrift*, 2(1), 58–73.
- Loga, J., Eimhjellen, I., Eschweiler, J., Ingstad, E., Stokstad, S. & Winsvold, M. (2016). *Sosiale entreprenører – partnerskap for nye løsninger*. Rapport 1, 2016. Uni Research.
- Meld. St. 14 (2020–2021). *Perspektivmeldingen*.
- Meld. St. 19 (2018–2019). *Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn*.
- Meld. St. 29 (2016–2017). *Perspektivmeldingen*.
- Meld. St. 30 (2019–2020). *En innovativ offentlig sektor – Kultur, ledelse og kompetanse*.
- Meld. St. 32 (2020–2001). *Ingen utenfor – En helhetlig politikk for å inkludere flere i arbeids- og samfunnsliv*.
- Nicholls, A. (2008). *Social entrepreneurship: New models of sustainable social change*. Oxford University Press.
- Nordauet, O.M. (2021). I psykisk helsearbeid er relasjonen grunnlaget for helsehjelpen. *Sykepleien*. Publisert 04.05.2021. <https://sykepleien.no/fag/2021/04/i-psykisk-helsearbeid-er-relasjonen-grunnlaget-helsehjelpen>
- Nyssens, M. (2006). *Social Enterprise. At the Crossroads of Market, Public Policies and Civil Society*. Routledge.
- Ogundipe, E., Borg, M., Thompson, T., Knutsen, T., Johansen, C. & Karlsson, B. (2020). Recovery on the pitch: Street football as a means of social inclusion. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 7, 231–242.
- Pestoff, V. (2009). *A democratic architecture for the welfare state*. Routledge.
- Ridley-Duff, R. & Bull, M. (2011). *Understanding social enterprise. Theory and practice*. Sage Publications.
- Russell, C. (2020). *Rekindling Democracy. A Professional's Guide in CitizenSpace*. Cascade Books, Eugene, Ogon. USA.
- Rønning, R. (2021). *Innovasjon i offentlig sektor. Innover eller bli innover*. Universitetsforlaget.
- Schumpeter, J.A. (1934). *The theory of economic development*. Harvard University Press.
- Selle, P. (1992). Voluntary organisations and the welfare state: The case of Norway. *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 14(1), 1–15.
- Selle, P. (1996). *Frivillige organisasjoner i nye omgjevnader*. Alma Mater.
- Selznick, P. (1957). Leadership in administration: A sociological interpretation. *Harper & Row*, 62, 67–68.
- Sinclair, S., Mazzei, M., Baglioni, S. & Roy, M.J. (2018). Social innovation, social enterprise, and local public services: Undertaking transformation? *Social Policy & Administration*, 52(94), 1317–1331.
- Sivesind, K.H. (2008). *Halvveis til Soria Moria – ikke-kommersielle velferdstjenester, politikkenes blinde flekk?* Institutt for samfunnsforskning/Institute for Social Research.
- Skyttermoen, T. & Vaagaasar, A.L. (2015). *Verdiskapende prosjektledelse*. Cappelen Damm Akademisk.

- Spears, R. & Bidet, E. (2005). Social enterprise for work integration in 12 European countries: A descriptive analysis. *Annals of Public and Cooperative Economics*, 76(2), 195–231.
- Teasdale, S. (2011). *What's in a name? Making sense of social enterprise discourses*. Public Policy and Administration.
- TemaNord (2015). *Social entrepreneurship and social innovation. Initiatives to promote social entrepreneurship and social innovation in the Nordic countries*. TemaNord. Nordisk Ministerråd Copenhagen.
- Thompson T., Knutsen, T., Johansen, C., Borg, M. & Karlsson, B. (2019). *Gatelagsfotball som Recovery på banen – «Verdens beste ettervern?»*. Forskningsrapport nr. 1. 2019. Universitetet i Sørøst-Norge, Senter for psykisk helse og rus.
- Titmuss, R.M. (1987). *The philosophy of welfare: Selected writings of Richard M. Titmuss*. Edited by Brian Abel-Smith and Kay Titmuss. Allen & Unwin.
- Torfinn, J., Sørensen E. & Røiseland, A. (2017). *Transforming the public sector into an arena for co-creation: Barriers, drivers, benefits and ways forward*. Administration and Society.
- Tranøy, B.S. & Østerud, Ø. (Red.) (2001). *Den fragmenterte staten. Reformer, makt og styring*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Vike, H. (2004). *Velferd uten grenser. Den norske velferdsstaten ved veiskillet*. Akribes.
- Vike, H. (2018). *Politics and bureaucracy in the Norwegian welfare state. An anthropological approach*. Palgrave Macmillan.
- Wallace, J. (2013). *The rise of the enabling state: A review of policy and evidence across the UK and Ireland*. Carnegie Trust.
- Yunus, M. (2009). *Creating a world without poverty: Social business and the future of capitalism*. Public Affairs.
- Østerud, Ø., Engelstad, F. & Selle, P. (2003). *Makten og demokratiet. En sluttbok fra Makt- og demokratiutredningen (1998–2003)*. Gyldendal.
- Aasen, T.M. & Amundsen, O. (2016) *Innovasjon som kollektiv prestasjon*. Gyldendal Akademisk.

Hauge, H.A. & Vike, H. (2022). Under radaren. Kommuneansattes innovasjonsarbeid i samhandling om tjenester til barn, unge og familier. I H.Vike, B. Karlsson & R. Sundet (Red.), *Velferdsstatens transformasjoner* (s. 344–364). Fagbokforlaget.
DOI: <https://doi.org/10.55669/oa200915>

15

Under radaren

Kommuneansattes innovasjonsarbeid i samhandling om tjenester til barn, unge og familier

Hans A. Hauge & Halvard Vike

Innledning

Kommunale helse- og velferdstjenester er over tid blitt mer spesialiserte, og mennesker i utsatte livssituasjoner har ofte behov for mer enn én tjenestetype. Dette gjelder ikke minst for barn, unge og familier, som får tjenester regulert av lovverk blant annet for helse, oppvekst og barnevern. Innenfor alle tjenestetyper, ikke minst helse- og velferdstjenester, psykisk helsearbeid, PPT, barnevern, skoler og barnehager, ønsker ansatte samhandling for å heve kvaliteten på tjenestene. Det er bred faglig og politisk tilslutning til et

overordnet folkehelseperspektiv som vektlegger samhandling for å koordinere innsats når behovet for tjenester er der («en dør inn»), og samhandling for å forebygge sykdom og sosiale problemer («tidlig innsats»). Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008–2009)) er bare ett av mange eksempler på dette.

Likevel har det vist seg vanskelig i praksis å utvikle gode organisatoriske løsninger for samhandling mellom tjenestene. Erfaringene som analyseres i dette kapittelet, illustrerer dette. Vårt datamateriale er fra 18 tverrprofesjonelle grupper av kommunale ledere med til sammen 120 deltakere som henholdsvis i 2014, 2016 og 2018–19 deltok i en skreddersydd videreutdanning om samhandling mellom kommunale tjenester til barn, unge og familier. Over en periode på 1–2 år hadde de mandat fra sine respektive toppledere (rådmannsnivå, politisk ledelse) til å utvikle innovative løsninger for samhandling mellom tjenester til barn, unge og familier i utsatte livssituasjoner. Vi fulgte ledergruppene gjennom prosessen fra utvikling til iverksetting av innovasjonsprosjekter. Dataene som ble generert underveis, er egnet til å belyse spørsmål som er gitt lite oppmerksomhet i tidligere forskning. Det finnes mange mer eller mindre forskningsbaserte anbefalinger om samhandling, men lite forskning om hva som påvirker muligheter for samhandling i ulike kontekster (Krane et al., 2017; Sandvin et al., 2022). Sandvin et al. har nylig påpekt at forskningslitteraturen i Norge i hovedsak har tatt utgangspunkt i politiske målsettinger, og ofte mangler en mer distansert analytisk forståelse av gjensidighet i sosiale relasjoner der økt samhandling er ønsket og/eller påkrevet – så vel som et større systemperspektiv på samhandlingens kontekster (s. 148–151). Videre er det, som påpekt av Fuglsang og Rønning (2014), behov for studier av hvordan innovasjon muliggjøres og begrenses av kontekstene ansatte i offentlig sektor jobber i. Norske kommuneorganisasjoner er komplekse med et stort mangfold av tjenester, og de har begrensede muligheter til å etablere grenser med henvisning til manglende ressurser (Vike, 2004). Dette kapittelet bidrar med kunnskap om muligheter og begrensninger for innovasjonsarbeid i kommunale tjenester.

Problemstillingen vi belyser, er: Hvordan påvirker administrativ styring kommunale lederes muligheter til å utvikle og iverksette innovative løsninger for samhandling mellom tjenestene? Kommunale mellomledere forventes å engasjere seg i innovasjonsarbeid for å gjøre tjenestene bedre og mer

kostnadseffektive, men de forventes også lojalt å følge opp beslutninger fra overordnede styringsnivåer. De siste tiårene er handlingsrommet deres innskrenket av styringssystemer som standardiserer arbeidsprosesser, og som krever at mye tid brukes på dokumentasjon og kontroll (Berg, 2014; Teigen et al., 2013). I praksis har de fått større ansvar for resultatene av styringen. Innovasjon blir derfor et tvetydig fenomen, som viser både til oppfølging av styring og til faglig motivert samhandling på tvers av styringssystemer. I forlengelsen av Richard Sennetts (1977, 1980, 1998) arbeider utvikler vi et analytisk perspektiv på konsekvenser av at sentral styring ikke primært er forankret i faglig autoritet og gjensidige forpliktelser mellom aktører på ulike hierarkiske nivå, men i hensynet til kostnadskontroll.

Kommunen som kontekst for innovasjonsarbeid

Den nordiske velferdsstaten skiller seg fra andre vestlige demokratier på flere måter. I Norden ble velferdsstaten i høy grad utviklet gjennom lokale eksperimenter som statlige myndigheter senere videreutviklet og systematiserte. Historisk sett har norske kommuner hatt en betydelig grad av selvstyre. Dette selvstyret ble blant annet brukt til å imøtekomme lokale sosiale behov gjennom samarbeid på tvers av tjenester, styringsnivåer og samfunnssektorer (Teigen et al., 2013). I etterkrigstiden kom profesjonsutøvere i kommunene til å spille en stadig viktigere rolle i oppbyggingen av velferdsstatens tjenester. Initiativet til innovasjoner kom ofte fra mellomledere og ansatte i kommunenes førstelinje (Berg, 2014). Velferdsstaten ble derfor både desentralisert og ambisiøs, og det er den fremdeles. For profesjonsutøvere er forventninger om at tjenestene skal være behovsdrivet, lett tilgjengelige, individuelt tilpassede og ikke statusavhengige «selvsagte». For politiske myndigheter er det «selvsagt» å høyne ambisjonene for tjenesteutvikling og nedfelle disse som rettigheter i lovverket. Befolkningen etterspør «selvsagt» også flere og bedre tjenester. Samlet sett er det svært høye forventninger til hva innovasjon kan bidra til i tjenesteutøvelse.

Velferdsstater i alle vestlige demokratier har siden 1970-tallet strevd med et gap mellom ambisjoner og ressurser til å realisere disse (Baglioni, 2017). For politiske myndigheter er det lite attraktivt å senke ambisjonene, og søkelyset er i stedet rettet mot velferdsstatens organisering og profesjo-

ners yrkesutøvelse. Helt fra 1980-tallet er velferdsstaten i Norge og Vesten for øvrig blitt «skulda for å vere byråkratisk, dyr, lite effektiv og klientskappande, og profesjonane vart skulda for å 'mjøle si eiga kake' på kostnad av klientar og brukarar» (Djupvik & Eikås, 2016, s. 128). De siste tiårene er det gjennomført mange reformer og omorganiseringer for å øke kontroll over kostnader og redusere profesjonsutøveres autonomi, i all hovedsak inspirert av New Public Management (NPM) som styringsideologi. Et hovedgrep innenfor NPM er å kombinere tiltak «ovenfra og ned» som sentralisering av beslutningsmakt, budsjettkontroll, dokumentasjon, standardisering og effektivisering, med «nedenfra og opp» valgfrihet og deltakelse for tjenestemottakere. Ansvar for å realisere mål effektivt er delegert til tjenestene og profesjonsutøverne. I teorien kombinerer NPM økonomisk og demokratisk styring med tilrettelegging for innovasjon i tjenestene, innenfor rammene av et markedsøkonomisk og avbyråkratisert institusjonelt system. Erfaringene har vist at det ikke fungerer slik i praksis.

Med data fra flere studier allerede i perioden 1991–2001 sammenlignet Berg (2014) ledes handlingsrom for innovasjon før, under og etter NPM-inspirerte reformer. Hun fant at innføring av kontrollsystemer og standardiserte prosedyrer førte til at lokale innovative tilnærminger ble nektet videreført, med den begrunnelse at alle skulle få det samme tilbudet uavhengig av hvor de bodde. Lederne følte lite eierskap til styringssystemene, og anså tiden de brukte på å følge opp rapporteringskrav som bortkastet. Tjenestene ble mer byråkratiserte enn før reformene, og handlingsrommet for innovasjon ble innskrenket. Det foreligger mange lignende eksempler på at sterkere sentral styring har redusert tjenestenes og profesjonsutøvernes autonomi (Vike, 2004). Styringssystemene og standardisering av tjenestene (og tilgangen til dem) reduserer mulighetene til så vel skjønnsbasert profesjonsutøvelse som innovativ tjenesteutvikling. I vår egen forskning har vi påvist at ansvaret for kapasitetsutfordringer i tjenestene – kort sagt at politisk ledelse vedtar mer enn tjenestene har ressurser til å levere – desentraliseres fra stat til kommune, og fra kommuneledelse til de enkelte tjenestene og profesjonsutøverne (Vike, 2018; Vike et al., 2002, 2016). En slik «desentralisering av dilemmaer» når knappe ressurser skal fordeles, skaper systematiske og asymmetriske forskyvninger av makt og ansvar mellom ulike beslutningsnivåer i velferdsstaten. Profesjonsutøvere blir pålagt ansvar de ikke har makt og myndighet til å forhandle om betingelsene for å ivareta, og føler ofte at

de ikke strekker til. De har dermed verken den autonomi eller den autoritet de er avhengige av for å kunne begrunne sin skjønnsutøvelse i daglig drift. Det er mulig at slike tendenser motvirkes av at mange organisasjoner er i ferd med å bli mer «post-hierarkiske» og sterkere preget av styring gjennom nettverk blant heterogene enheter. I boken *Remaking Market Society* hevder for eksempel Palumbo og Scott (2018, s. 45) at «The role of management here becomes the art of facilitating organizations that can reorganize themselves» (Stark, 2009, s. 31). Vi er imidlertid skeptiske til en slik (optimistisk) diagnose av offentlig sektor, i hovedsak nettopp fordi ansvaret for å realisere de politiske ambisjonene i velferdspolitikken er så uavklart. Det kan synes som om det presserende behovet for å avgrense tjenestene stadig mer, som framfor alt framstår som et administrativt lederansvar, står i mer eller mindre skarp motsetning til det tjenesteutøverne oppfatter som sitt grunnleggende mandat. *Frakobling* framstår som en pragmatisk strategi for å møte de uoversiktlige konsekvensene av dette. Palumbo og Scott hevder, igjen med referanse til Stark, at «post-hierarkiske» organisasjoner er mer preget av «more crosscutting network structures, reflecting the greater interdependencies of complex collaboration» (Stark, i Palumbo & Scott 2018, s. 44). Dette er trolig riktig, men kommunale tjenester er samtidig, og trolig primært, kjennetegnet av at kryssende nettverksstrukturer underordnes motsetningen mellom ansvaret for tilstrekkelige og gode nok tjenester på den ene siden, og hensynet til systematisk avgrensning av tjenestene på den andre.

Innovasjon i offentlige virksomheter

Med bakgrunn i ovenstående kan det hevdes at det grunnleggende politiske og byråkratiske dilemmaet i velferdsstaten siden 1980-tallet har vært å finne nye måter å kombinere økende ambisjoner med økonomisk begrunnede strategier for å effektivisere tjenestene. Den økende interessen for begrepet «innovasjon» kan forstås på bakgrunn av dette. Begrepet ble opprinnelig utviklet for å analysere økonomisk og teknologisk utvikling i næringslivet. Den politiske interessen for innovasjon i offentlig sektor har sammenheng med innføring av markeds- og forretningsøkonomiske prinsipper for produksjon og styring av offentlige tjenester (Langergaard, 2011). Innovasjon

blir da å forstå som et ideal for å utvikle bedre og billige tjenester slik at velferdsstatens økonomiske bærekraft sikres, men også som en type aktivitet som bestilles av politisk ledelse.

De fleste definisjoner av «innovasjon» viser til kombinasjonen av to prosesser, henholdsvis nyskaping og verdiskaping (Fuglsang & Rønning, 2014). Nyskapingen kan være skrittvis og gradvis («inkrementell») eller mer plutselig og omfattende («radikal»), og den kan være ukjent fra før eller ny i en bestemt kontekst eller organisasjon (Andersen et al., 2015). Det nye kan manifestere seg blant annet i tjenester, produkter, teknologi, organisering og ledelse (Bekkers et al., 2011). Den andre prosessen, verdiskaping, gjør det innlysende at innovasjon ikke kan bety det samme i privat og offentlig sektor. Når verdier ikke primært knyttes til økonomisk vinning, men til for eksempel prinsipper for likebehandling, selvbestemmelse og relasjonelle kvaliteter i tjenestene, blir også konsekvensene av innovasjon flertydige: Endringer som er bra for noen, kan være dårlige for andre, både for tjenestemottakere og ansatte (Osborne & Brown, 2013; Wegener, 2015). Innovasjon i offentlige virksomheter er følgelig et komplekst fenomen, som manifesterer seg ulikt og får ulike konsekvenser i relasjoner mellom for eksempel profesjonsutøvere og tjenestemottakere.

Fuglsang og Rønning (2014) forstår innovasjon som et resultat av samhandling («co-action») og forhandlinger mellom aktører som til daglig har forskjellige praksiser, men som utvikler ny praksis sammen. Slik sett handler innovasjon i offentlig sektor om «nedenfra og opp»-prosesser. Sørensen og Torfing (2011) argumenterer for en tilsvarende forståelse av «samarbeidsdrevet innovasjon», i motsetning til en forståelse av at innovasjon kan bestilles og implementeres «ovenfra og ned». Det interessante i vår sammenheng er nettopp at «innovasjon» kan ha ulikt meningsinnhold henholdsvis i et styringsperspektiv og i et praksisperspektiv i kommunale tjenester. Vår antagelse er at dette har sammenheng med at styring og faglig autoritet er svakt koblet.

Innovasjon som fleksibel oppfølging av styring

Forventningene til kommunale profesjonsutøvere om å engasjere seg i innovasjon kan ses i sammenheng med et større utviklingsmønster både i samfunns- og arbeidslivet. Richard Sennett utdyper i flere bøker (se Sennett, 1977, 1980, 1998) hvordan idealer om mer fleksibilitet, teamarbeid, nettverksamarbeid, autonomi og innovasjonsevne kan true viktige oppgaver som stabile institusjoner ivaretar, eksempelvis omfattende og komplekse forpliktelser overfor mennesker i utsatte livssituasjoner. Den konvensjonelle formen for autonomi profesjonsutøvere hadde, handlet om autorisert skjønnsutøvelse, hvor faglige valg fikk legitimitet gjennom topplederes og politiske myndigheters beslutninger, og der toppledere og politiske myndigheter hadde en sterk forpliktelse til å bidra til å sikre at deres ambisjoner ble reflektert i tjenesteutøvernes vilkår for å realisere dem. Samtidens form for profesjonell autonomi kan – sett med Sennetts analytiske blikk – forstås i en helt annen betydning: Arbeidet med å finne innovative løsninger er definert av abstrakte mål, løsrevet fra hensynet til allerede eksisterende forpliktelser, og uten garantier for at noen vil dele ansvaret for eventuell fiasko. Den tradisjonelle «byråkratiske» autoriteten profesjonsutøvere hadde, undergraves av en i prinsippet autonom form for styring, som søker å unngå forpliktende ansvar (som truer fleksibilitet og reduserer handlingsrommet). Fleksibilitet fører i så fall til at profesjonsutøvere får ansvar for å håndtere utfordringer administrative ledere krever løst på nye måter, men som de verken kan gi retning, rammer eller tilstrekkelig tillit til å realisere (Sennett, 1998). Dette mønsteret synes å bli reflektert i relasjoner mellom aktører som forventes å samhandle horisontalt. De utsettes for en betydelig risiko fordi de bør være kreative, men mangler ofte redskaper (framfor alt delegert autoritet) som kan hjelpe dem i å etablere gjensidige forpliktelser på tvers av administrative og faglige grenselinjer.

Innovasjon blir i så fall å forstå som at profesjonsutøvere styrker sin evne til stadig å tilpasse seg og følge opp skiftende systemkrav, men samtidig mister sin fleksibilitet i selve tjenesteutøvelsen – for eksempel når det gjelder å opprettholde balansen mellom kapasitet, kvalitet, tilgang og individuell tilpasning. Endringer profesjonsutøvere ønsker gjennomført, har ofte et motsatt siktemål; mer forutsigbarhet i systemkrav og større fleksibilitet i tjenesteutøvelse for å imøtekomme tjenestemottakeres behov. Imidlertid

skal betydningen av at profesjonsutøvere også kan ha faglig egeninteresse i innovasjonsarbeid ikke undervurderes. Nyskaping for bedre å ivareta tjenestemottakeres behov er et sentralt tema i profesjonsutøvelse. Vårt poeng er ikke at profesjonsutøvere med nødvendighet er ofre for vilkårlig styring. Det er et empirisk spørsmål om de ansatte får tilstrekkelig autonomi og autoritet til å iverksette innovasjoner de ønsker i samhandlingen mellom tjenestene. Muligheter til å gjennomføre endringer handler derfor om hvilke betingelser ansatte har for å forvalte spenningene mellom faglig og administrativt ansvar de er pålagt. Hvis erfaringene viser at betingelsene er gode, må forklaringer på at de ikke lykkes med innovasjon slik de ønsker, søkes andre steder, for eksempel i hvilken kompetanse de har i innovasjonsarbeid.

Metodisk tilnærming

Denne studien bygger på dokumentasjon fra lederopplæringsprogrammet *Samhandlende lederskap for tjenester til barn, unge og familier* (heretter «Samhandlende lederskap»), som er gjennomført tre ganger (2014, 2016, 2018–19) med til sammen 120 deltakere fra 18 kommuner. Universitetet i Sørøst-Norge (USN) utviklet programmet som ble «skreddersydd» på oppdrag for KS i Buskerud, Telemark og Vestfold. Kommuner og ikke enkeltpersoner hadde anledning til å delta i programmet. Hver kommune deltok med mellom tre og tolv deltakere, med et gjennomsnitt på seks deltakere i hver kommunegruppe. Hver gruppe måtte ha et mandat fra sin kommunaledelse til å gjennomføre endringer i samhandlingen mellom tjenestene. Formålet med «Samhandlende lederskap» var primært å gi kompetansestøtte til innovasjonsarbeid, men også å gi tilbud om formell lederkompetanse til deltakere som selv valgte å ta en individuell eksamen. Deltakerne hadde leder- eller nøkkelstillinger, eksempelvis som koordinatorene og prosjektledere, i ulike tjenester i kommunen. Kommunale toppledere (rådmenn, ordførere og kommunestyrerepresentanter) ble invitert, men ingen i slike posisjoner valgte å delta. Derimot stilte mange kommunegrupper med kommunalsjefer.

Denne studien baserer seg på dokumenter deltakerne selv skrev i tilknytning til opplæringsprogrammet (som plandokumenter, arbeidskrav mellom samlinger og individuelle oppgaver), og våre notater fra veiledning

av gruppene, i sum et stort antall tekster på alt fra noen få til 40 sider. Dokumentasjonen ble utarbeidet innenfor rammene av et samarbeid mellom USN og kommunegruppene, hvilket gjør at denne studien bygger på en aksjonsforskningstilnærming. En slik tilnærming er særlig relevant for å dokumentere prosesser, fordi partene møtes over tid og engasjerer seg i å forstå hvordan sosiale praksiser kan endres (Hauge, 2011). Dokumentasjonen viser hva deltakerne gjorde, hva de tenkte rundt det de gjorde, og hvilke planer de fortløpende la og reviderte på ulike tidspunkter, og er derfor egnet til å belyse innovasjonsprosesser.

Samtidig gir aksjonsforskningstilnærmingen flere utfordringer. Som ansvarlige for programmet kan vi uforvarende ha påvirket deltakerne til å tilpasse beskrivelsene av erfaringene de gjorde til våre forventninger, og slik sett «sile» informasjonen de ga oss. I hvilken utstrekning dette kan ha skjedd, har vi ikke oversikt over, men det er ikke grunn til å tro at det var et stort problem. Et premiss for samarbeidet om kommunenes innovasjonsarbeid var at «vi (USN) sier hva vi vil, dere (kommunegruppene) gjør hva dere vil». USN deltok aldri i beslutninger om hva eller hvordan gruppene skulle jobbe i egen kommune. Mest sannsynlig var strukturen på lederopplæringsprogrammet det som påvirket kommunegruppene mest. Deltakerne måtte dokumentere og reflektere over egne erfaringer mellom hver samling. Flere deltakere kommenterte underveis at de sannsynligvis ikke ville prioritert å gjøre dette hvis det ikke hadde vært et krav i lederopplæringsprogrammet. Det er slik sett sannsynlig at USN påvirket kommunegruppene til å jobbe mer refleksivt med innovasjonsarbeidet enn de ellers ville gjort.

Aksjonsforskningstilnærmingen gir noen interessante analytiske muligheter til kunnskapsutvikling. Forsøkene på å endre sosial praksis i retning av bestemte mål, slik kommunegruppene prøvde å gjøre, kan sammenlignes med å bevege seg i et delvis ukjent landskap (Hauge, 2011). Selv om man har forestillinger om hvordan landskapet ser ut, eksempelvis fordi man har gått i lignende landskaper tidligere, er det ikke gitt hvilke hindringer og snarveier som vil dukke opp underveis. Turene gjennom landskapet kan forstås som «reiseruter», og erfaringene med å gå slike ruter kan deles med andre, eksempelvis i form av anbefalinger om hvor det er lurt eller mindre lurt å gå. Resultatet blir da prosesskunnskap om hvordan sosiale praksiser kan endres, i dette tilfellet innovasjon i samhandling om kommunale tjenester. Erfaringene fra slike turer kan også brukes til å utvikle kunnskap om selve landska-

pet, i dette tilfellet altså kunnskap om kommunale tjenester som kontekst for ansattes innovasjon. Vi gjør bruk av denne landskapsmetaforen i analysene av resultatene i studien.

Studien er meldt til og tilrådd av NSD Norsk senter for forskningsdata. Formålet med studien er å belyse de ansattes arbeidspraksis, og det har ikke vært behov for personsensitive data i analysene.

Samhandlingstemaer i kommunegruppene

I analysene av dataene startet vi med å identifisere likheter og forskjeller mellom gruppenes erfaringer, for deretter særlig å undersøke mulige forklaringer på forskjeller. Den mest slående likheten mellom deltakerne¹ i «Samhandlende lederskap» var at de med svært få unntak ga uttrykk for høy motivasjon for samhandling mellom tjenestene i egen kommune. De fortalte om erfaringer med at det er viktig, men også vanskelig, å koordinere tjenestene til dem med størst tjenestebehov. De var særlig opptatt av å dreie ressursbruken over mot tidlig innsats og forebygging. De tok i høy grad for gitt at bedre samhandling ville gi bedre tjenester. Ingen av deltakerne ga uttrykk for at de primært ønsket mer ressurser eller mer støtte fra andre tjenester til tjenesten de selv jobbet i. De var positivt innstilt til hverandres mulige bidrag, og forventet at de ville lære av og komplementere hverandre. Mange fortalte at de følte seg forpliktet til å få til samhandling av hensyn til tjenestemottakerne, og at det var viktig for dem med konkrete resultater. Mange fortalte imidlertid også at de hadde vært med på lignende initiativer tidligere, uten at det hadde gitt endret praksis som resultat.

Ingen av gruppene hadde et mandat fra toppledelsen i egen kommune som la sterke føringer på hvordan de skulle jobbe. I praksis ble det derfor til at alle gruppene brukte en del tid innledningsvis på å klargjøre mandatet og konkret hva de ville gjøre. Et tydelig mønster var at deltakerne snakket seg fram til enighet i gruppa, og mer informerte enn samarbeidet med toppledelsen i egen kommune om beslutninger. Å gi slik informasjon ble van-

1 I det følgende vil «deltakere» brukes som fellesbetegnelse for alle informanter i studien av «Samhandlende lederskap».

ligvis omtalt som «å forankre hos ledelsen». Gruppene fikk gjennomgående «tommel opp» til å fortsette med det de hadde bestemt seg for. Det var uforutsigbart for oss hvilke temaer gruppene ville velge å jobbe med for å bedre samhandlingen mellom tjenestene. Først i ettertid kunne vi konstatere at de fordelte seg noenlunde likt mellom fire temaområder:

1. Utvikling av lederteam på tvers av tjenester
2. Implementering av modeller for bedre samhandling
3. Utvikling av ny formell organisasjon i forbindelse med kommunesammenslåing
4. Utvikling av uformell organisering

Alle gruppene valgte å jobbe med oppgaver som faller inn under definisjoner av innovasjon som kombinasjonen av prosesser for nyskaping og verdiskaping i egen kontekst. Nedenfor redegjøres det først for *likheter mellom kommunegruppene innenfor* hvert temaområde, med hensyn til målene de satte seg, hvordan de jobbet for å realisere målene, hvilke erfaringer de gjorde, og hvordan erfaringene kan forstås i lys av perspektivene på innovasjon beskrevet tidligere. Deretter analyseres *forskjeller mellom kommuner avhengig av hvilket temaområde de valgte*. Avslutningsvis i denne delen viser vi til likheter i erfaringer mellom alle de 18 kommunegruppene. Disse likhetene viser sannsynligvis til sentrale kjennetegn ved kommunale tjenester som kontekst for innovasjonsarbeid.

Utvikling av lederteam på tvers av tjenester

Fire av kommunegruppene valgte å jobbe med å forbedre samhandling i eget lederteam for tjenester til barn, unge og familier. Med ett unntak var disse teamene på virksomhetsledernivå. Teamene var typisk nyetablerte, men de fleste deltakerne hadde tidligere erfaringer med at samhandling mellom tjenester eller mellom ledere i kommunen kunne være vanskelig.

Lederteam-gruppene var særlig opptatt av å bedre relasjonene mellom gruppemedlemmene. De engasjerte seg i spørsmål om hvilke verdier de sammen skulle forplikte seg på, og involverte i liten utstrekning toppledelsen eller andre ansatte i kommunen. De var opptatt av å diskutere «strategiske» spørsmål, eksempelvis om hvorvidt de «riktige» tjenestene og ledere på «rik-

tig» nivå var representert i teamet. De beskrev ofte hva de hadde snakket om på et abstrakt eller generelt plan, men snakket seg sjelden fram til enighet om hva de konkret kunne gjøre for å forbedre samhandlingen mellom tjenestene de ledet.

Vi foreslo for deltakerne i disse gruppene at de kunne «snu rekkefølgen», gjennom først å igangsette konkrete forsøk på å forbedre samhandling mellom tjenestene de var ledere for, og deretter bruke erfaringene som et felles utgangspunkt for å diskutere verdier og strategier. Deltakerne var jevnt over positive til dette, men fant det vanskelig å enes om hva de kunne gjøre. I noen av gruppene både var og forble relasjonene mellom flere av deltakerne vanskelige. Det var tydelig at flere opplevde dette som ubehagelig både på et personlig og et profesjonelt plan. Over tid utviklet deltakerne bedre forståelse for hverandres kompetanser og perspektiver, men det er uvisst om dette førte til bedre samhandling.

Implementering av modeller for bedre samhandling

Fire av kommunegruppene valgte å jobbe med implementering av modeller for å forbedre samhandling mellom tjenestene. En av kommunene hadde en egenutviklet modell, mens de tre andre kommunene ville implementere ekspertutviklede og kontekstuavhengige modeller for samhandling. Modellene var pedagogisk gjennomarbeidede, og beskrev i detalj aktiviteter og prosedyrer for å ivareta krav til dokumentasjon av tjenesteyting.

I alle de fire kommunegruppene var det høye forventninger til at modellene kunne forbedre samhandling. Gruppene brukte mye tid på å informere kollegaer i kommunen skriftlig og i møter. De oppfordret til spørsmål, og tilbød veiledning. De la detaljerte planer for egen arbeidsinnsats, og for hva som måtte gjøres på ulike tidspunkter. Alle de fire gruppene fikk positive tilbakemeldinger i egne kommuner, men svært få av deres kollegaer tok modellene i bruk. Gruppene brukte mye tid på å prøve å forstå hvorfor dette skjedde, og følte at de bare fikk høflige, men uklare svar når de spurte kollegaer om forklaringer. Noen av gruppene engasjerte toppledelsen i kommunen, som stilte opp på møter eller sendte ut informasjon om at det var forventet at alle ansatte skulle bruke modellen, men dette fikk i praksis få eller ingen konsekvenser. En mulig forklaring på dette er at modellene ble forstått mer som forankret i administrativ styringslogikk enn i substansielle

behov i tjenestene. Modellene kan i så fall forstås som løsninger på behov ansatte ikke opplever at de har (Ulvestad, 2003).

Utvikling av ny formell organisasjon

Fem av kommunegruppene valgte å samarbeide om utvikling av ny formell organisasjon i forkant av kommunesammenslåinger. Det ene samarbeidet omfattet to kommuner på vei mot sammenslåing, og det andre tre kommuner i samme situasjon. Felles for disse kommunegruppene var at de ønsket å bidra til videreføring av eksisterende god praksis i den nye kommunen. De var opptatt av å sammenligne erfaringer, og å videreføre det beste fra hver kommune.

Tematisk jobbet gruppene fram forslag til organisering for bedre koordinering av tjenester, dreining av ressurser mot forebygging og tidlig innsats, og hensiktsmessig samhandling mellom ledere for tjenester til barn, unge og familier. Forslagene kan forstås som utredningsarbeid. De fant det lett å dele oppgaver med hverandre, og dokumentene de utarbeidet, var viktige både for samarbeidet mellom deltakerne og for framdriften i arbeidet.

Gruppene opplevde at de jobbet under tidspress, fordi kommunesammenslåingene var forholdsvis nært forestående. Imidlertid fant de det vanskelig å komme i dialog med dem som jobbet med å utforme ny kommuneorganisasjon. De fikk tilbakemelding om at organisasjonskartene først måtte tegnes og nye ledere ansettes før de kunne få svar på om initiativene de tok, var relevante for den nye kommunen. Følgelig var disse gruppene usikre på hvilket mandat de hadde. Når de først fikk kontakt med toppledelsene i de eksisterende kommunene, fikk de positive tilbakemeldinger, men ingen avklaring på om arbeidet deres ville følges opp. Gruppene endret innholdet i utredningene underveis, avhengig av «signaler» om hva det var ønskelig at de jobbet med. Beslutningene de tok underveis, ble dermed en slags søkeprosess, uten tydelige mål.

Utvikling av uformell organisering

Fem av kommunegruppene valgte å jobbe med videreutvikling av allerede pågående samhandling mellom tjenestene. To av disse etablerte lavterskeltilbud til unge, en tredje gruppe utviklet en modell for å koordinere bruk av res-

surser på tvers av tjenester, mens de to siste gruppene utviklet programmer for nyansatte. Felles for de tre førstnevnte gruppene var at de ønsket å fristille kollegaer til raskt å kunne mobilisere samarbeid ved behov i kompliserte saker, eller til å samhandle om forebyggende arbeid. De to siste gruppene utviklet opplæringsprogrammer slik at nyansatte skulle få kjennskap til alle tjenester det ville bli relevant for dem å samarbeide med, blant annet gjennom hospitering og felles opplæring. Selve utviklingen av disse programmene ble en anledning for gruppene til å klargjøre hvordan samhandlingen mellom tjenestene burde være, basert på erfaringer med konkrete utfordringer i egen kommune.

Felles for disse fem gruppene var at erfarne kommunalsjefer var pådrivere. De var alle tydelige på at målet var å få til bedre samhandling i praksis, men de var lite eller ikke styrende med hensyn til hvordan målet skulle realiseres. De etablerte en arbeidsform med stor takhøyde for å fremme og diskutere ideer. Deltakerne modifiserte sine forståelser og fremgangsmåter etter som de høstet erfaringer med aktivitetene de engasjerte seg i.

Ingen av gruppene i dette temaområdet ønsket å implementere innovasjoner i kommunens formelle organisasjon. De begrunnet dette med tidligere erfaringer med omorganisering, som de hadde opplevd som tidsødende og lite effektivt. I stedet jobbet de i hovedsak uformelt og relasjonelt, og utviklet gjensidige forpliktelser til å samarbeide ved behov. Endringene de gjennomførte, var slik sett personavhengige. De var usikre på hvor lenge endringene kunne opprettholdes, men dette så ikke ut til å legge noen vesentlig demper på entusiasmen de hadde.

Analyse av likheter og forskjeller mellom samhandlingstemaer

Med landskapsmetaforen beskrevet tidligere som analytisk ramme kan kommunegruppenes erfaringer med hvert av de fire temaområdene utlegges slik: Gruppene som ville bedre samarbeidet i lederteam, kom aldri langt fra utgangspunktet, og gikk mye i sirkler. De som ville implementere modeller for samhandling, møtte raskt en fjellvegg i form av manglende oppfølging fra kollegaer, og brukte det meste av tiden på å finne ut av hvordan fjellveggen kunne forseres. Gruppene som ville bidra til å utvikle ny kommuneor-

ganisasjon, gikk på med mye energi, men var usikre på hvor de var og om de gikk i riktig retning. Gruppene som utviklet uformell organisering, følte glede over at de gikk i retning av målet de satte seg, men var usikre på hvor lenge de fikk lov til å gå.

Det er interessant at gruppene gjorde lignende erfaringer innenfor samme temaområde, samtidig som det er tydelige forskjeller avhengig av temaet de valgte. Selvfølgelig er dette en fortettet sammenstilling av erfaringene, som ikke synliggjør andre og muligens relevante likheter og forskjeller mellom kommunegruppene. Likevel gir landskapsmetaforen et perspektiv på hvordan kommuneorganisasjonen som kontekst muliggjør og begrenser innovasjon, forstått som samhandling og forhandling om gjennomføring av endringer i praksis (Fuglsang & Rønning, 2014). Vi kommer tilbake til implikasjoner av disse funnene i den avsluttende diskusjonen.

Evalueringer av «Samhandlende lederskap» som opplæringsprogram viser at det store flertallet av deltakerne var godt fornøyde med hvordan programmet hadde bidratt til deres egen kompetanseutvikling og personlige utvikling som leder. Samtidig var mange skuffet over at de «ikke hadde kommet lenger» med å forbedre samhandling mellom tjenestene. I alle gruppene ble knapphet på tid vist til som en viktig årsak til dette. Deltakerne var allerede presset på tid i daglig drift, slik at det rent logistisk var en utfordring å møtes. Dette problemet ble forsterket når gruppene skulle mobilisere kollegaer som også hadde lite tid til å bidra.

Mange av deltakerne var dessuten i tilnærmet konstant beredskap for plutselige behov i tjenestene. Eksempelvis var det vanlig i undervisnings-samlinger at flere av deltakerne hadde mobiltelefonene på i tilfelle noe skulle «brenne» i kommunen. De måtte være fleksible for å «presse inn tid» til samarbeid i kommunegruppene. Flere kommenterte at «vi får jo ikke ekstra tid til dette her», og «det er ingen som tar arbeidsoppgavene mine mens jeg er borte». Deltakerne syntes å akseptere at de måtte bidra med ulønnet merarbeid, og at de ikke kunne forvente å få ressurser til innovasjonsprosessen. Til tross for dette utgangspunktet framsto, som tidligere beskrevet, alle gruppene som motiverte. Verken knapphet på tid eller motivasjon til å yte en innsats ut over ordinær arbeidstid kan forklare at gruppene gjorde forskjellige erfaringer.

Det som derimot sannsynligvis gjorde en forskjell mellom gruppene, var kompetansen til kommunalsjefene som ledet gruppene som jobbet med

utvikling av uformell organisering, altså temaområde fire. De hadde alle profesjonsutdanning «i bunn» og mange års erfaring fra arbeid i tjenestene, men også mange års erfaring med politiske og administrative prosesser i sine respektive kommuner. De hadde følgelig mye kunnskap om hvordan ulike deler av organisasjonen fungerte, og de var dyktige prosessledere som tilrettela for medvirkning samtidig som de sørget for framdrift. Ingen av dem foreslo endringer i kommunens formelle organisasjon. Det var de uformelle relasjonene som ble styrket, ikke bare gjensidige personlige forventninger om at de ville få hjelp av hverandre, men også at de ved behov kunne organisere seg for å koordinere sine innsatser uten å måtte gå tjenestevei.

Basert på erfaringene med ulike «reiseopplevelser» kan landskapsmetaforen også brukes som analytisk ramme for å forstå kjennetegn ved det institusjonelle terrenget som danner konteksten for innovasjon i tjenester til barn, unge og familier. På tvers av temaer gruppene jobbet med, hadde de nokså like utgangspunkt i form av høy motivasjon, posisjonsmakt i kommunens oppveksttjenester, og mandat fra kommuneledelsen for turen mot mål om bedre samhandling. Uavhengig av hvor de gikk, hadde de alle store muligheter til å påvirke beslutningen om hvilket mål de gikk mot (toppledelser engasjerte seg lite), de måtte dog ofte stoppe for å gjøre andre ting som hastet (være fleksible i forhold til uforutsigbare driftsoppgaver), de måtte bruke mye tid på å vente på hverandre for å holde turfølget samlet (travle avtalebøker), deres vilje til ekstrainsats var avgjørende for framdriften (ingen ekstra ressurser), og det var usikkert om målet var verdt innsatsen (fordi organisasjons- og budsjettendringer kunne endre forutsetninger og prioriteringer). Likhetene i gruppenes erfaringer viser sannsynligvis til viktige fellesstrekk i norske kommuneorganisasjoner som institusjonelle kontekster for innovasjonsarbeid.

Diskusjon: Innovasjon under radaren for administrative styringssystemer

Disse forskjellige «reiserutene» på vei mot et mål om bedre samhandling gir også grunnlag for en tentativ analyse av kommunale tjenester som institusjonelt landskap for innovasjon. Likheter i erfaringer på tvers av kommunegruppene er særlig relevante for dette formålet. En slående observasjon er

at toppledelsene i kommunene som hovedregel ikke engasjerte seg i innholdet i det gruppene arbeidet med, og heller ikke allokerte tid eller andre ressurser til gruppedeltakerne. Så lenge de ansatte fulgte opp sine forpliktelser i daglig drift, fikk de «tommel opp» til å gjøre mer eller mindre hva de ville, men det var tilsynelatende også alt de fikk. En rimelig, men i denne studien ikke undersøkt antakelse, er at dette primært skyldtes at toppledelsene måtte prioritere andre styringsoppgaver. Eksempelvis kan oppfølging av endringer i direkte og indirekte styring fra overordnet myndighet, utvikling og drift av kommunens egne styrings- og dokumentasjonssystemer, samt forsøk på å håndtere gap mellom krav og kapasitet i dimensjonering av tjenester være oppgaver som fra et administrativt styringsperspektiv må ha førsteprioritet. Ansvaret for faglig ledelse i å forvalte innholdet i samhandling mellom tjenestene framsto i praksis som en oppgave som ikke var viktig eller relevant nok ut fra styringshensyn, og som var «desentralisert» til mellomlederne.

Administrativ styring og faglig ledelse er to ulike sosiale prosesser som må være koblet sammen for at kommuneorganisasjonen skal kunne tilpasse tjenestene til befolkningens behov. I alle kommunene syntes denne koblingen å være svært løs. Dette kan i så fall bidra til å forklare hvorfor de ansatte både var fullt belagt med å følge opp driftsoppgaver og at de samtidig kunne engasjere seg i innovasjonsarbeid mer eller mindre etter eget forgodtbefinnende: De ansattes autonomi til å utøve faglig ledelse fant sted på utsiden av styringssystemene, med få om noen synlige konsekvenser for kommunenes ressursbruk og formelle organisasjoner. Selv om grunnene toppledelsene hadde for ikke å engasjere seg ikke kom tydelig fram, var den viktigste implikasjonen av deres tilbakeholdenhet tydelig: De ansatte var hele tiden usikre på om det arbeidet de gjorde, ville få konsekvenser for daglig drift, og i så fall hvilke konsekvenser, og over hvor lang tid.

De relativt beskjedne resultatene hver av kommunegruppene oppnådde, kan dermed forstås som en uintendert konsekvens av en todimensjonal frakobling: frakobling mellom administrativ og faglig ledelse, og mellom autonomi og autoritet. Mellomlederne er forholdsvis autonome i å ta initiativ til innovasjonsarbeid, men får ikke iverksatt innovasjoner uten toppledelsens autoritet. Interessant nok synes problemet å være motsatt ved styring. Sannsynligvis er en medvirkende forklaring på at kommunegruppene som ville implementere modeller for bedre samhandling møte en «fjellvegg» av taus motstand fra sine kolleger, at de fikk toppledelsen til å gi beskjed om at

modellene skulle brukes. Kollegene kan ha forstått modellene som eksempler på endring for endringens skyld (Amundsen & Kongsvik, 2008), initiert av toppledere med liten faglig autoritet. Når endring blir den primære agenten, og vi alle blir ofre for den, skriver Sennett (1998, s. 114), vil autoriteten forsvinne fordi ingen vil kunne bli holdt til ansvar. Den administrative styringen framstår da nærmest som autoritetsløs og autonom i relasjon til dilemmaer den selv ofte bidrar til å skape, ganske særlig ved at den distanserer seg fra substansielle problemstillinger om hvordan knappe ressurser best kan prioriteres. Styringen frigjøres i realiteten fra ansvaret for at vilkårene for suksess er tilgjengelige for dem som skal utføre bestillingen.

Det vi her påviser, er uttrykk for noe annet og mer enn kompetanseutfordringer i forhold til innovasjon, organisasjonsutfordringer, manglende målorientering, svak styring, manglende effektivitet, for liten vekt på tverrfaglighet, for liten bevissthet om faren for fragmentering og lignende. Problemet synes verken å være de ansattes kompetanse eller ledere som ikke gir ansatte autonomi, men derimot frakoblingen mellom administrativ styring og faglig ledelse. Det er gode grunner til å følge opp disse resultatene i framtidig forskning. For det første var dette fenomenet observerbart i samtlige deltakerkommuner. For det andre var det overordnede temaet, samhandling om tjenester til barn, unge og familier i utsatte livssituasjoner, utvilsomt viktig nok til å forvente forpliktende engasjement fra toppledelsene. Så vel bedre koordinering for de med størst behov som satsing på tidlig forebyggende innsats fremheves som viktig på tvers av politikknivåer. Hvis toppledelsene i kommunene engasjerer seg lite i disse utfordringene, er det liten grunn til å forvente at de vil engasjere seg mer i andre innovasjonsutfordringer hvor de ansatte er pådrivere for å endre samhandling mellom tjenester.

Det er vanskelig å se for seg hvordan denne tilstanden kan endre seg så lenge staten lovfester stadig nye rettigheter og delegerer stadig mer ansvar for å innfri rettighetene til kommunene, uten at tilstrekkelige ressurser følger med. De ansatte møter forventninger både om å praktisere i samsvar med styringssystemer og å engasjere seg i innovasjonsarbeid, men resultatene fra denne studien viser at disse forventningene ikke er i balanse. I hovedsak må de ansatte følge opp styringskrav, og innholdet i tjenestene de yter blir mer fragmenterte og mindre fleksible enn om de hadde hatt bedre betingelser for innovasjonsarbeid. Dermed er det en reell fare for at velferdssta-

tens kommunale tjenester forstås som lite innovative, mens realiteten er at de ansatte har motivasjon og forutsetninger for innovasjonsarbeid som ikke nyttiggjøres på grunn av påtrengende og uforutsigbare styringssystemer. Innovasjonene de ansatte utvikler, går under radaren på styringssystemene, som verken etterspør, dokumenterer eller investerer i dem. I denne forstand er ikke frakoblingen mellom administrativ styring og faglig ledelse, og mellom autonomi og autoritet kun et institusjonelt problem. Den undergraver også forutsetningene for at mellomledere og ansatte kan utvikle og iverksette innovasjoner.

Referanser

- Amundsen, O. & Kongsvik, T. (2008). *Endringskynisme* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Andersen, O.J., Bondas, T. & Gårseth-Nesbakk, L. (2015). Innovasjoner i offentlig tjenesteyting – begrepsavklaring, vilkår og forskningsmuligheter. I O.J. Andersen, T. Bondas & L. Gårseth-Nesbakk (Red.), *Innovasjoner i offentlig tjenesteyting: Vågal reise med behov for allierte* (s. 19–36). Fagbokforlaget.
- Baglioni, S. (2017). A Remedy for All Sins? Introducing a Special Issue on Social Enterprises and Welfare Regimes in Europe. *Voluntas* 28(6), 2325–2338. <https://doi.org/10.1007/s11266-017-9929-y>
- Bekkers, V., Edelenbos, J. & Steijn, B. (2011). *Innovation in the Public Sector Linking Capacity and Leadership*. Palgrave Macmillan.
- Berg, A.M. (2014). Organizing for Innovation in the Public Sector. I L. Fuglsang, R. Rønning & B. Enquist (Red.), *Framing Innovation in Public Service Sectors* (s. 144–161). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315885612-14>
- Djupvik, A.R. & Eikås, M. (2016). *Organisert velferd: Organisasjonskunnskap for helse- og sosialarbeidarar* (3. utg.). Samlaget.
- Fuglsang, L. & Rønning, R. (2014). Introduction: Framing Innovation in Public Service Sectors: A Contextual Approach. I L. Fuglsang, R. Rønning & J. Edelenbos (Red.), *Framing Innovation in Public Service Sectors* (s. 15–31). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315885612-8>
- Hauge, H.A. (2011). *How can employee empowerment be made conducive to both employee health and organisation performance? An empirical investigation of a tailor-made approach to organisation learning in a municipal public service organisation* [Doktorgradsavhandling, University of Bergen]. Bergen Open Research Archive. <https://hdl.handle.net/1956/5040>
- Krane, L., Makarova, A. & Brøndbo, P.H. (2017). *Kunnskapssammenstilling om faktorer som påvirker samhandling mellom velferdssektorene om utsatte barn og unge* (RKBU Nord Rapport 3 2017). UiT. http://kriminalitetsforebygging.no/wp-content/uploads/2018/11/Kunnskapssammenstilling_om_faktorer_som_pavirker_samhandling_mellom_velferdssektorene.pdf
- Langergaard, L.L. (2011). *Innovating the publicness of the public sector: A critical, philosophical discussion of public sector innovation* [Doktorgradsavhandling]. Roskilde Universitet.
- Osborne, S.P. & Brown, L. (2013). *Handbook of innovation in public services*. Edward Elgar.
- Palumbo, A. & Scott, A. (2018). *Remaking market society: A critique of social theory and political economy in neoliberal times*. Routledge.
- Sandvin, J.T., Lo, C. & Breimo, J.P. (2022). På stedet hvil? En kritisk analyse av norsk forskning om samhandling i helse- og omsorgstjenesten. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 63(2), 141–153.
- Sennett, R. (1977). *The fall of public man*. Alfred A. Knopf.

- Sennett, R. (1980). *Authority*. W.W. Norton & Company.
- Sennett, R. (1998). *The corrosion of character: The personal consequences of work in the new capitalism*. W.W. Norton & Company.
- Stark, D. (2009). *The Sense of Dissonance. Accounts of Worth in Economic Life*. Princeton University Press.
- St.meld. nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009/id567201/>
- Sørensen, E. & Torfing, J. (2011). *Samarbejdsdrevet innovation i den offentlige sektor*. Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Teigen, H., Aarsæther, N. & Ringholm, T. (2013). Innovatør frå alders tid. I H. Teigen, N. Aarsæther & T. Ringholm (Red.), *Innovative kommuner* (s. 15–30). Cappelen Damm Akademisk.
- Ulvestad, J. (2003). Folkeopplysning som dialog – utopi eller mulighet? Om forholdet mellom opplysning og hjelp – makt og posisjon. I H.A. Hauge & M. Mittelmark (Red.), *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?* (s. 101–122). Fagbokforlaget.
- Vike, H. (2004). *Velferd uten grenser: Den norske velferdsstaten ved veiskillet*. Akribes.
- Vike, H. (2018). *Politics and bureaucracy in the Norwegian welfare state: An anthropological approach*. Palgrave Macmillan.
- Vike, H., Brinchmann, A., Haukelien, H., Kroken, R. & Bakken, R. (2002). *Maktens samvittighet: Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Gyldendal Akademisk.
- Vike, H., Debesay, J. & Haukelien, H. (2016). *Tilbakeblikk på velferdsstaten: Politikk, styring og tjenester*. Gyldendal Akademisk.
- Wegener, C. (2015). Et innovationsbegreb på den offentlige sektors præmisser. I O.J. Andersen, L. Gårseth-Nesbakk & T. Bondas (Red.), *Innovasjon i offentlig tjenesteyting: Vågal reise med behov for allierte* (s. 64–83). Fagbokforlaget.

Forfatterpresentasjoner

Ellen Andvig er dosent emerita innen psykisk helsearbeid og er tilknyttet Universitetet i Sørøst-Norge. Forskningsinteresser er sosiale forhold relatert til rus- og psykisk helsearbeid.

Rose-Marie Bank er sykepleier med master i klinisk psykisk helsearbeid og videreutdanning i samarbeidsbasert forskning innen psykisk helsearbeid. Hun er medforsker, timelærer og forskningsmedarbeider, tilknyttet Senter for psykisk helse og rus ved Universitetet i Sørøst-Norge. Hennes forskningsinteresser er blant annet psykisk helse og hagebruk, psykisk helse og relasjon til natur, recovery-nærende aktiviteter og miljøer, samt bruker-medvirkning i forskning.

Marit Borg er professor emerita i psykisk helsearbeid ved Senter for psykisk helse og rus, Universitetet i Sørøst-Norge. Forskningsinteresser er lokalbasert psykisk helse og rusarbeid, sosiale perspektiver på psykisk helse og rusproblemer, recovery og samarbeidsbasert forskning og praksiser.

Kristin Briseid er postdoktor ved Universitetet i Agder, førsteamanuensis i omsorgsforskning ved Universitetet i Sørøst-Norge (Senter for omsorgsforskning, sør) og tidligere førsteamanuensis i sosialt arbeid ved VID vitenskapelige høyskole. Som forsker interesserer hun seg for velferdsstatlig endring, for forholdet mellom stat og kommune og for de kommunale velferdstjenestenes møte med utsatte pasient- og brukergrupper.

Elisabeth Fosse er dr.polit. og professor i helsefremmende arbeid. Fosse arbeider ved Institutt for helse, miljø og levekår (HEMIL) ved Universitetet i Bergen. I sin forskning har Fosse studert utforming og iverksetting av folkehelsepolitikk og tiltak, med særlig vekt på politikk for å utjevne sosiale helseforskjeller.

Stinne Glasdam er ph.d. og universitetslektor ved Lunds universitet, Health Sciences Centre. Glasdams forskningsfelt beveger seg inden for medicinsk sosiologi, primært med fokus på profesjon og profesjonaliseringsstrategier, etik, kræft, antibiotikaresistens, covid-19 og eldreområdet. Aktuelt er Glasdam optaget forskjellige studier omhandlende covid-19 og (sosiale) medier samt etnografiske studier inden for palliative care og eldreområdet.

Monika Knudsen Gullslett er professor i psykisk helse og digitalisering. Hun er utdannet organisasjons- og websosiolog fra UiO (1999). Hun har videre tatt en doktorgrad innen helse og folkehelse ved NHV og UiA (2016). Gullslett har bred erfaring knyttet til forskning innen psykisk helse og organisering og utvikling av velferdstjenester på ulike nivå, spesielt med fokus på brukererfaring og medvirkning. Gullslett har vært ansvarlig for videreutdanning innen psykisk helse og rus, samt koordinert, undervist og veiledet studenter ved master i psykisk helsearbeid og digitalisering og innovasjon i helse- og velferdstjenester ved Universitetet i Sørøst-Norge. Gullslett er i dag ansatt både ved Nasjonalt senter for helseforskning og USN.

Hans A. Hauge er sosiolog, med PhD om myndiggjøringsprosesser i arbeidslivet. Hans forskningsinteresser er samhandling mellom og ledelse av tjenester til utsatte barn og familier, integrering av flyktninger i norsk skole, arbeidsinkludering, og tverrsektorielt/sosialt entreprenørskap. Han har mye erfaring fra veiledning i kommunalt utviklingsarbeid, og har utviklet mange videreutdanningstilbud særlig rettet mot ansatte i velferdsstatens tjenester. Han er p.t. instituttleder ved Universitetet i Sørøst-Norge.

Hans Einar Hem er førstelektor (emeritus) i helse-, sosial- og velferdslag/sosialantropologi ved Universitetet i Sørøst-Norge, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Institutt for helse-, sosial- og velferdslag, og adjunct associate professor ved Thammasat University i Bangkok. Han er også bonde, og driver med frukt og kornproduksjon. Faglig jobber han med antropologiske perspektiver på velferdsstaten, og på global helse.

Liv Hanson Ausland er førstelektor innen helsefremmende arbeid og er ansatt ved Universitetet i Sørøst-Norge. Forskningsinteresser er helsefremmende arbeid, folkehelse og arbeidsliv.

Bengt Karlsson er professor i psykisk helsearbeid ved Senter for psykisk helse og rus, Universitetet i Sørøst-Norge. Forskningsinteresser er Åpen dialog i ulike praksiser, psykisk helse og menneskerettigheter og Recovery.

Trude Klevan er førsteamanuensis i psykisk helsearbeid ved Senter for psykisk helse og rus, Universitetet i Sørøst-Norge. Forskningsinteresser er erfaringer med hjelpsom hjelp innen psykisk helse og rusarbeid, recovery og samarbeidsorienterte praksiser og kritisk metode- og kunnskapsutvikling innen kvalitativ forskning.

Lars Ueland Kobro er statsviter (cand.polit.) og master i faglitterært forfatterskap. Seniorforsker i sosial innovasjon og entreprenørskap. Lars har i mange år arbeidet med sosialt entreprenørskap, med utredninger og praksisnær forskning både i norsk, nordisk og europeisk kontekst. Han er forfatter av en rekke fagrapporter om samskaping og sosialt entreprenørskap. Han var blant annet redaktør av KS' «Håndbok i lokal samskapende sosial innovasjon». Kobro er i dag seniorforsker i Senter for sosialt entreprenørskap og samskapende sosial innovasjon, Universitetet i Sørøst-Norge.

Jeppe Oute er ph.d. og førsteamanuensis i psykisk helse- og rusarbeid ved Universitetet i Sørøst-Norge. Oute er har forsket i familie- og brukerperspektiver på hverdagslivet med psykisk lidelse og recovery i mer enn ti år. Oute er opptatt av velferdsetnografiske studier av organiseringen og behandlingsskiltur i psykisk helse- og rustjenester og kritisk sosiologiske studier av psykisk helse- og ruspolitikk.

Jon Reiersen er førsteamanuensis i samfunnsøkonomi. Arbeidssted/institusjonell tilknytning: Universitetet i Sørøst-Norge, USN Handelshøgskolen, Institutt for økonomi, historie og samfunnsvitenskap.

Rolf Sundet er spesialist i klinisk psykologi og professor emeritus ved Universitetet i Sørøst-Norge. Sundet har publisert vitenskapelige artikler og lærebokkapitler blant annet om familieterapi, tilbakemeldingssystem, samarbeid og brukermedvirkning i arbeid innenfor psykisk helsevern. Forskningsinteresse er forståelse og utvikling av lokale praksiser som faller utenfor evidensparadigmet. Han arbeider i tillegg privat som veileder og foreleser.

Knut Tore Sælør er førsteamanuensis i psykisk helse- og rusarbeid ved Senter for psykisk helse og rus, Universitetet i Sørøst-Norge. Interesserer seg blant annet for ulike faktorer som kan legge til rette for eller hindre bedring og ulike former for kvalitativ forskning – aller helst i samarbeid med andre. Han er også opptatt av hvordan klimakrisen påvirker menneskers helse – og at alt henger sammen med alt.

Steffen Torp er dr.philos. og professor i helsefremmende arbeid ved Forskningsgruppe for helsefremmende arbeid i nærmiljø, Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag, Universitetet i Sørøst-Norge. Torps forskning har i første rekke satt søkelys på hvordan helse skapes i arbeid og fritid og hvordan folk med helseutfordringer best kan inkluderes i arbeidslivet.

Halvard Vike er professor i sosialantropologi og ansatt ved Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag ved USN samt forskningsprofessor ved Telemarksforskning. Han har utgitt en rekke artikler og bøker på norsk og engelsk, spesielt om temaer knyttet til velferdsstaten. Hans forskningsinteresser omfatter for øvrig politikk, demokrati, profesjoner, byråkrati, historisk sosiologi/antropologi, kognitiv antropologi og egalitarisme.

Sammendrag og nøkkelord

1. Velferdsstatens kommunalisme

Halvard Vike

Sammendrag: Kapitlet handler om transformasjonene som foregår i den norske velferdsstaten, og tar for seg grunnleggende endringer i de sosiale relasjonene denne samfunnsmodellen består av: forholdet mellom folkevalgte, byråkrater og førstelinjeansatte; relasjonen mellom staten, kommunene og brukerne; forholdet mellom ledere og ansatte, og endringer i relasjonene mellom velgerne og deres representanter. Det kapitlet framfor alt vil forsøke å forklare, er: Hvordan ble velferdsstaten en så stor suksess, og hvilke sosiale og politiske faktorer ligger til grunn for den? Hvordan ble tilliten skapt historisk? Hvorfor har ikke en omfattende offentlig sektor ført til mer systematisk ydmykelse? Hovedhypotesen er at velferdsstaten primært er et lokalt fenomen med opphav i gjensidighetsformer som historisk har oppstått i lokale samfunn, videreutviklet av frivillige organisasjoner og deretter «overtatt» av kommunene og så statlige myndigheter. Transformasjonene som pågår i vår tid, forstås i dette kapitlet som en overgang til en mer sentralstyrt orden. Den synes å innebære at tradisjonelt svært tilgjengelige institusjoner med lavt tyngdepunkt gradvis blir mer kontrollert av politiske og byråkratiske eliter som framfor alt motiveres av å kontrollere institusjonelle grenser. Velferdsstatens framvekst var mulig fordi desentralisert og spredt makt gjorde disse elitenes innflytelse begrenset.

Nøkkelord: kommuner, konflikt, motstand, gjensidighet, stat, byråkrati, sentralisering, offentlige tjenester, grasrotbyråkrater, tillit

Abstract: The chapter discusses contemporary transformations in the Norwegian welfare state and takes issue with changing social relations involving relationships between elected representatives, bureaucrats, and street-level service providers; between the state, municipalities and users; between managerial elites and employees, as well as changing relations between the population and their representatives. What the chapter aims to highlight is above all questions such as why the welfare state became such a success, and what social and political factors made the experiment possible in the first place. Historically, how did trust emerge? Why hasn't a very big public sector led to widespread alienation? The main hypothesis forwarded is that the welfare state is a local phenomenon which emerged from forms of reciprocal social forms in local communities, elaborated by voluntary associations, incorporated in municipalities and later by the state authorities. In this chapter, contemporary transformations are understood as expressions of a transition to a more centralized political and administrative order. This transition seems to involve a process whereby institutions that traditionally were highly accessible and characterized by a «low level of gravity» gradually become controlled by political and bureaucratic elites that are mainly motivated by their perceived need to control institutional boundaries. The historical emergence of the welfare state was possible due to decentralized and dispersed form of power that used to make these elites' influence rather limited.

Keywords: municipalities, conflict, resistance, reciprocity, state, bureaucracy, centralization, public services, street-level bureaucracy, trust

2. Hvorfor har vi små inntektsforskjeller i Norge – og betyr det noe for folkehelsen?¹

Jon Reiersen & Steffen Torp

Sammendrag: I internasjonal sammenheng har Norge og de andre nordiske landene tradisjonelt hatt små inntektsforskjeller. Hva har bidratt til å skape denne situasjonen, og hva er konsekvensene av små inntektsforskjeller for folkehelsen? Vi framhever og analyserer to hovedkanaler for inntektsutjevning i Norge. For det første viser vi hvordan koordinerte lønnsforhandlinger og solidarisk lønnspolitikk bidrar til små lønnsforskjeller. For det andre viser vi at velferdsstaten bidrar til ytterligere inntektsutjevning. Vi fremhever også at det er viktige forbindelser mellom fordelingen av lønn bestemt i arbeidsmarkedet og den politiske oppslutningen om en universell og omfattende velferdsstat. Videre argumenterer vi for at små inntektsforskjeller er forbundet med bedre folkehelse. Til slutt diskuterer vi hvorfor de nordiske landene, til tross for relativt små inntektsforskjeller, fremdeles har betydelige sosiale ulikheter i helse.

Nøkkelord: lønnsforhandlinger, lønnsammenpressing, velferdsstat, inntektsulikhet, tillit, folkehelse

Abstract: In an international context, Norway and the other Nordic countries have low income inequalities. What forces have contributed to creating this situation, and what are the consequences of low income inequalities for public health? We highlight and analyse two major channels for income equalisation in Norway. First, we show how coordinated wage bargaining and solidaristic wage policy contribute to small wage differences. Second, we show that the welfare state also contributes to small income differences. We also highlight that there are important spillovers between the distribution of wages decided in the labour market and the political support for a universal and comprehensive welfare state. Furthermore, we argue that low income

1 Takk til Kristin Briseid, Liv Kirsti Brunstad, Joachim Thøgersen og Gry Tengmark Østenstad for svært gode kommentarer til tidligere versjoner av kapittelet. Takk også til Halvard Vike og Rolf Sundet for god hjelp og nyttige innspill underveis i arbeidet med kapittelet.

inequality is associated with better public health. Finally, we use the insights from our analysis to discuss why the Nordic countries, despite low income inequalities, still have substantial social inequalities in health.

Keywords: wage bargaining, wage compression, welfare state, income inequality, trust, public health

3. Arbeidsliv og folkehelse i en verden i endring

Steffen Torp & Jon Reiersen

Sammendrag: Dette kapittelet handler om hvordan globalisering og endringer i teknologi kan påvirke det norske arbeidslivet og hvordan dette igjen kan påvirke folkehelsen. Norge er kjennetegnet av små lønnsforskjeller og høy sosial tillit i internasjonal sammenheng. Dette kan tilskrives blant annet sentrale og solidariske lønnsforhandlinger mellom sterke og godt organiserte fagforeninger og arbeidsgiverforeninger, og en arbeidsmiljølov som vektlegger demokrati på arbeidsplassen og myndiggjøring av arbeidstakere. Globalisering med økt arbeidsinnvandring, New Public Management, atypiske arbeidskontrakter og teknologiske endringer som resulterer i automatisering, digitalisering og delingsøkonomi, kan være en trussel mot en velfungerende norsk arbeidslivsmodell og de positive effekter denne har for den norske velferdsstaten og for folk flest. Dersom politikere og andre sentrale samfunnsaktører ikke håndterer denne utviklingen på en klok måte, vil trolig utviklingen resultere i høyere lønnsforskjeller og lavere sosial tillit – og dermed dårligere folkehelse.

Nøkkelord: globalisering, teknologi, arbeidsmarked, helsefremmende arbeidsplasser, folkehelse, nordisk velferdsmodell

Abstract: In this chapter, we focus on how globalization and changes in technology may affect the Norwegian working life and how this in turn may affect health and well-being. In a comparative perspective, Norway has low wage inequality and high social trust. It is believed that this is largely because

of strong unions and employer organizations that engage in central and «solidaristic» wage negotiations, and a working environment act focusing on workplace democracy and empowerment of employees. Nevertheless, globalization with increased labour migration, adoption of so-called neo-liberal human resource management policies, atypical employment contracts and technological changes resulting in automation, digitalization and a sharing economy may challenge the well-functioning Norwegian working life model and the positive outcomes it has for the Norwegian welfare state and for all citizens. If politicians and working life stakeholders do not cope with these challenges wisely, recent and future developments in Norway's labour market will result in greater income inequality, less societal trust, and poorer public health.

Keywords: globalization, technology, labour market, workplace health promotion, public health, Nordic welfare model

4. Kan folkehelsearbeidet bidra til en styrking av velferdsstaten?

Elisabeth Fosse & Steffen Torp

Sammendrag: I løpet av 1930-årene ble levekår (f.eks. akseptabel inntekt, sunne boliger og sosiale velferdsgoder) i økende grad ansett som forutsetninger for god folkehelse. Denne forståelsen var grunnleggende for utviklingen av de nordiske velferdsstatene. Etter 1950-årene ble denne forståelsen til dels erstattet med et fokus på individers livsstil og helseatferd. På grunn av økt sosial ulikhet globalt revitaliserte WHO (2008) fokuset på levekårs betydning for helse gjennom rapporten «Closing the gap in a generation». I 2012 innførte Norge folkehelseloven, som i sterk grad vektlegger reduksjon av sosial ulikhet i helse, og gir kommunene et særlig ansvar for dette. Forskning viser at norske kommuner mener de har muligheter for å redusere sosial ulikhet i helse, og i tråd med folkehelseloven har de ansatt folkehelsekoordinatorer og etablert tverrfaglige nettverk for å oppnå dette. Å utjevne en sosial gradient i helse er imidlertid sterkt avhengig av at helse- og velferds-

politikken på nasjonalt nivå støtter opp om et slikt arbeid. Folkehelseloven kan bidra til å styrke den framtidige norske velferdsstaten, men man kan ikke da støtte seg kun på kommunal folkehelsepolitikk. Politikk og forpliktelser på nasjonalt nivå må også støtte opp om rettferdig fordeling av levekår og velferdsgoder.

Nøkkelord: folkehelse, sosiale determinanter, velferdsstat, helsefremmende arbeid, kommune, Norge

Abstract: In the 1930s, living conditions (such as fair income, healthy housing and social welfare benefits) were increasingly understood as a prerequisite for good public health. This understanding was crucial for the development of the Nordic welfare states. After the 1950s this focus was somewhat overrun by a medical focus on individuals' lifestyle and health behaviour. Because of increased social inequity in health globally, the WHO (2008) revitalized the focus on living conditions as crucial for population health with the report «Closing the gap in a generation». Norway adopted a Public Health Act (PHA) in 2012 with a strong focus on reducing social inequity in health, giving municipalities a particular responsibility. Research shows that municipalities in Norway believe they are able to reduce inequity in health, and they have, in accordance with the PHA, prepared overviews of population health, employed public health coordinators, and established cross-sectorial groups to fight social inequities. Still, it seems that levelling the social gradient in public health is strongly dependent on health and welfare policy at a national level. The PHA can contribute to strengthening the future welfare state but it cannot depend only on municipal public health policy. National policy and commitment also need to be in place to achieve fair distribution of living conditions and welfare.

Keywords: public health, social determinants, welfare state, health promotion, municipality, Norway

5. Velferdsstatlig universalisme – en saga blott?

Kristin Briseid

Sammendrag: Kapitlet drøfter hvorfor og hvordan universalismen bygges ned i det norske samfunnet, der velferdsstaten ofte regnes for å være både universalistisk og svært populær. Diskusjonens empiriske utgangspunkt er det kommunale psykisk helsefeltet. Kapitlet legger frem og drøfter funn fra et etnografisk feltarbeid om Eldres posisjon i dette feltet. Feltet beskrives som kjennetegnet ved systematiske brudd på prinsippet om universalisme. Disse bruddene blir forstått som eksempler på en type velferdsstatsendring som medfører nedbygging av universalismen. Med utgangspunkt i empiriske funn og et teoretisk rammeverk viser kapitlet at en sentral drivkraft bak slik universalistisk nedbygging er statens forsøk på å «løse» et økonomisk kapasitetsproblem uten altfor åpenbart å utfordre den sterke, norske troen på universalisme. Paradoksalt nok fungerer troen på universalisme – inklusive troen på staten og statens vilje og evne til å skape universalisme – som en katalysator for nedbyggingen av universalismen.

Nøkkelord: universalisme, eldre, psykisk helse, tro, tillit

Abstract: The chapter discusses why and how universalistic decline is produced in a society (the Norwegian society) where the welfare state, commonly assumed to be universalistic, still seems very popular. The discussion takes the municipal mental health field as its empirical point of departure. Findings from an ethnographic fieldwork about this field and older people's position in it are presented and discussed. The field is described as characterised by systematic violations of the principle of universalism. The violations are understood as examples of welfare state change leading towards universalistic decline. With reference to the empirical findings and a theoretical framework, the chapter shows that a key driving force behind universalistic decline is the state's attempt to «solve» an economic capacity problem without challenging too blatantly the strong, Norwegian belief in universalism. Paradoxically, universalistic belief – including belief as trust in the state and its will and capacity to produce universalism – works as a catalyst for universalistic decline.

Keywords: universalism, older people, mental health, belief, trust

6. Recovery i psykisk helsefeltet

Et eksempel på neoliberalistisk forvandling i den norske velferdsstaten?

Bengt Karlsson, Trude Klevan & Marit Borg

Sammendrag: Kapitlet tar utgangspunkt i recoveryperspektivet innenfor psykisk helse- og rustjenester i Norge. Vi dokumenterer og diskuterer motsetningene mellom recovery og nyliberal politikk i velferdsstaten. Recovery forstås som et opprør som rettet seg mot psykiatrisk kunnskap og praksis samt den institusjonelle sykehuspsykiatrien. Kapitlet beskriver hvordan nyliberalistisk tenkning utfordrer det opprinnelige innholdet og kunnskapsforståelsen i recovery. Det skapes et press mot at recoveryorienterte praksiser tilpasses New Public Management hvor det vektlegges en kunnskapsmessig smal evidensforståelse. Vi konkluderer med at recoveryperspektivet trues av å bli kolonisert og fremmedgjort fra sine røtter i menneskerettigheter og tilpasset til individualistisk standardisering og økonomisering av recovery.

Nøkkelord: psykisk helse- og rustjenester, recovery, new public management, kolonisering

Abstract: This chapter focuses on the recovery perspective in mental health and substance abuse services in Norway. We discuss the contradictions between recovery and new liberal policies and practices. Recovery is understood as a protest and rebellion against the prevailing psychiatric knowledge and practice as well as the institutional hospital psychiatry. We outline how new liberal thinking challenges the original content and knowledge base in recovery. The recovery-oriented practices are being standardized and adjusted to New Public Management, emphasizing a narrow evidence base. We conclude that the recovery perspectives are being colonized and alienated from the roots by standardization. We conclude that the recovery perspectives are being colonized and alienated from the roots in human rights and are adjusted to an individualistic standardization.

Keywords: mental health and substance abuse services, recovery, new public management, colonization

7. Likhet møter identitetspolitikk

Hans Einar Hem

Sammendrag: Kapittelet tar utgangspunkt i bokens grunnidé; et kritisk og problematiserende blikk på endringene som skjer med den norske velferdsstaten. En av redaktørene for boken, Halvard Vike, har i en rekke bøker og artikler vist hvor viktig *egalitarisme* er for den universelle velferdsstaten. I dette kapittelet argumenterer jeg for at det norske samfunn også var *klasse-delt*, og at et villet *klassekompromiss* var en like sterk forutsetning for bygging av velferdsstaten, og et hovedelement i opplevelsen av likhet. Dette klassekompromisset skjedde ved at Arbeiderpartiet greide å forene underklassene i byene og på landet og med det fikk den nødvendige politiske styrke. Jeg analyserer så muligheten for å vedlikeholde opplevelsen av likhet ved hjelp av begrepet anerkjennelse slik Frances Fukuyama og Axel Honneth har etablert dette begrepet knyttet til identitetspolitikken. Jeg tror ikke den norske velferdsstaten greier å håndtere møtet mellom universell likhetsideologi og identitetspolitikk. Også i Norge lander vi på å skille ut «de andre» og gjøre noen likere når det kommer til det harde, som det gjør med innvandring og det gjorde i koronakrisa.

Nøkkelord: egalitarisme, Arbeiderpartiet, velferdsstatens politiske grunnlag, identitetspolitikk, anerkjennelse, «othering», diskriminering, Vike, Fukuyama, Honneth

Abstract: This chapter departs from the book's basic idea: A critical and problematizing look at the changes the Norwegian society and the Norwegian welfare state are undergoing today. In a series of books and articles, Halvard Vike has shown how important *egalitarianism* is for the universal welfare state. In this chapter I argue that Norwegian society also has *class* divides, and that an intended *class compromise* was more important for the building of the welfare state and is a vital element in the experience of equality. The class compromise happened through the unification of the rural and urban underclasses into the Labour Party, and through that gained the necessary political strength. I then go on to analyze the possibilities of maintaining the experience of equality by looking at the concept of *recognition* according to Francis Fukuyama and Axel Honneth, and *identity politics*. I do not believe

that the Norwegian welfare state will be able to handle the confrontation between universal egalitarianism and identity politics. In Norway we also make «some more equal than others» when we face crises, such as strong waves of immigration or the coronavirus pandemic.

Keywords: egalitarianism, the Labour Party, the political foundation of the welfare state, identity politics, recognition, othering, discrimination, Vike, Fukuyama, Honneth

8. Kirkens Bymisjon som tillitsskapende velferdsaktør

Ellen Andvig & Monika Knutsen Gullslett

Sammendrag: Personer med rusutfordringer får ofte utilstrekkelig hjelp og støtte etter løslatelse fra fengsel, og mange har liten tillit til hjelpesystemene. Hjelpesystemene har en utfordring når det gjelder å ivareta behovet for et stabilt hverdagsliv for denne gruppen. Hensikten med dette kapittelet er å belyse hvordan tjenesteytere i Kirkens Bymisjon (KB) arbeider for å gi et helhetlig tjenestetilbud og etablere tillit hos personer med rusutfordringer og fengselsbakgrunn. KB tilbyr hjelp og støtte knyttet til bolig, helseproblemer, sosiale aktiviteter og det å få seg jobb. Tjenestene som tilbys, utvikles i nært samarbeid med personen selv, frivillige, ansatte og private bedrifter. Når brukerne får den praktiske hjelpen og støtten de trenger, utvikler det seg tillitsfulle relasjoner mellom brukere og tjenesteytere. I drøftingen framheves det hvordan KBs tjenesteytere viser at de har troverdighet i møte med brukerne. Troverdighet blir her forstått som det å ha *evne, velvilje og integritet i sitt arbeid*. Denne troverdigheten bidrar til at både brukere, bedrifter og samfunnet i sin helhet får tillit til dem. I KB lærer de ulike samarbeidspartnere av hverandre. De utvikler ny kompetanse og nye måter å arbeide og samarbeide på, noe som kan forstås som samskaping.

Nøkkelord: rusutfordringer, helhetlig tjenestetilbud, Kirkens Bymisjon, tillit, samskaping

Abstract: Persons with substance abuse challenges often experience insufficient help after release from prison, and they often lack trust in support systems. The welfare state's agencies face a challenge in safeguarding the needs of these persons in achieving a stable everyday life. The purpose of this chapter is to shed light on how service providers of the Church City Mission (CCM) work to provide holistic services and build trust among persons from this group. They provide housing support, health support, work support, social activities and ordinary employment in private companies. The services are developed in collaboration with the users themselves, volunteers, professionals and the private companies. When the users get practical help as well as comprehensive support, they develop relationships of trust with the providers. The users rely on the providers' actions because they trust them. We find that the providers of CCM prove in practice that they have ability, benevolence and integrity, understood as trustworthiness. CCM's trustworthiness makes users, private companies and society trust them. All parties (service providers, volunteers, private companies and users) learn from each other and create new competences and ways of working. This way of working may be understood as co-creation.

Keywords: substance use challenges, holistic services, Church City Mission, trust, co-creation

9. Fængselsøya i velferdsstatens skjærgård

Liv A. Hanson Ausland & Ellen Andvig

Sammendrag: Dette kapittelet handler om i hvilken grad forhold i fengsel kan gjenspeile verdiene i den norske velferdsstaten. Fængsel har ofte en negativ innvirkning på levekårene til innsatte etter at de er løslatt. Bastøy fængsel er et lavsikkerhetsfængsel i Oslofjorden, hvor fysiske og sosiale omgivelser understøtter helsefremmende faktorer. Bastøy fængsel tillater innsatte å ta ansvar, gjøre valg og å ha en viss kontroll på prosessen med å komme tilbake til samfunnet. Disse fængselsforholdene gjenspeiler verdiene i den norske velferdsstaten, som å bekjempe utenforskap, sosial ulikhet og kriminalitet.

Dette kan bidra til en vellykket løslatelse fra fengselet og bidra til at den løslatte blir «en god nabo» i fremtiden. En god vei fra fengsel til samfunn kan redusere samfunnskostnader i form av mindre kriminalitet og bedre helse for enkeltpersoner og samfunn. Det er viktig at samfunnet i fremtiden bevarer åpne fengsler som praktiserer humanistiske verdier og praksis. Fengselspraksis som kvalifiserer innsatte til å komme tilbake til samfunnet på en god måte, bør oppmuntres og støttes.

Nøkkelord: helsefremmende fengsel, løslatelse, åpent fengsel

Abstract: This book chapter addresses whether prison conditions reflect the values of the Norwegian welfare state. Imprisonment often has a negative effect on the living conditions of inmates after they are released. At Bastøy Prison Island, a low-security prison in the Oslofjord, the physical and social environment generates supporting environments. The conditions at Bastøy prison allow inmates to take on responsibility, possess choices, and grant a certain amount of control over the process of returning to society. These prison conditions reflect values of the Norwegian welfare state, such as combatting social marginalization, inequality and crime. This may contribute to a successful release from prison and have a decisive effect upon prisoners' reintegration into society. A successful reintegration can improve health, reduce crime, and reduce costs to society. It is important to preserve and develop low-security prisons with humanistic values and practices – practices where inmates are encouraged to develop competencies that prepare and qualify them for a return to society.

Keywords: health promotion, prisons, prisoners, reintegration to society

10. Da jeg møtte Trygdebeistet, meg sjøl og egen forskning i døra

En autoetnografi

Knut Tore Sælør, Rose-Marie Bank, Halvard Vike & Rolf Sundet

Sammendrag: I dette kapitlet presenterer vi en autoetnografisk beretning om hvordan det å samarbeide med NAV kan oppleves som å møte det vi har betegnet som Trygdebeistet. Den autoetnografiske delen formidler noen av førsteforfatterens erfaringer med deler av velferdsstaten fra ulike perspektiver. Disse inkluderer det å være sykepleier, forsker og pårørende gjennom en periode på tjuefem år. Leseren blir så introdusert for autoetnografi som metode, og hvilke styrker et subjektivt ståsted kan ha når man utforsker strukturer som velferdsstaten. I den siste delen av kapitlet drøfter de fire forfatterne hva den autoetnografiske delen kan fortelle oss om en velferdsstat i en tid preget av store endringer og innstramminger. Vi trekker veksler på ulike perspektiver og erfaringer fra og med velferdsstaten, som klinikere, forskere og det å være mottaker av helse- og sosialtjenester. Vi diskuterer hvordan kutt og begrenset tilgang til en velferdsstat som tradisjonelt er blitt opplevd som solid og universalistisk, kan redusere tilliten som en velferdsstat i stor grad er avhengig av.

Nøkkelord: autoetnografi, pårørende, NAV, velferd, byråkrati

Abstract: In this chapter, we present an autoethnographic tale of how encountering the Norwegian Labour and Welfare Administration (NAV) may be experienced as coming face to face with what we have named the Welfare beast (*Trygdebeistet* in Norwegian). The autoethnographic element conveys some of the first author's experiences with different aspects of the welfare services from the perspectives of being a registered nurse, researcher and as next of kin over the past twenty-five years. Readers are then introduced to autoethnography as method, and what strengths a subjective stance may have as a way of exploring structures such as the welfare state. In the final part of the chapter, the four authors discuss what the autoethnographic story might tell us about the welfare state in a time of big changes and austerity. We draw on different perspectives and experiences with and from the welfare

state, as clinicians, researchers and from being in the «the receiving end» of health and social services. We discuss how cutbacks and limited accessibility to a welfare state that is traditionally perceived as solid and universalistic may decrease the trust upon which the welfare state largely depends.

Keywords: autoethnography, next of kin, NAV, Norwegian Labour and Welfare Administration, welfare, bureaucracy

11. Opgaveglidning og ansvarsforskydning i konkurrencestaten

Et etnografisk studie af inddragelse og ansvarliggørelse af pårørende i psykiatrisk praksis

Jeppe Oute & Stinne Glasdam

Sammendrag: Med udgangspunkt i policydokumenter, interviews med professionelle og pårørende og feltnoter fra et etnografisk feltarbejde undersøger kapitlet, hvordan transformationen af den traditionelle velfærdsstat og tilblivelsen af den neoliberale konkurrencestat i Danmark har betydning for, at pårørendeinddragelse forstås som ansvarliggørelse i psykiatriske behandlingssystemer. Pårørende forventes i dag at bære en stadig større del af ansvaret for monitorering af deres familiemedlemmers sundhed, sygdomsforebyggelse og sundhedsfaglige behandling. I lyset af psykiatriske velfærdspolitikker viser analysen, hvordan ansvarliggørelsen udspiller sig blandt professionelle og pårørende i praksis, herunder hvordan professionelles måde at forvalte inddragelsen på både formes af politiske idealer om effektivisering og klinisk-psykiatriske forestillinger om forholdet mellem professionelle, diagnosticerede personer og pårørende. Afslutningsvis diskuterer kapitlet, hvordan pårørendeinddragelse og lignende begreber som recovery må ses som subtile styringsmekanismer, der effektuerer en moralsk udbytning af diagnosticerede personers og pårørendes ressourcer i konkurrencestatens tjeneste.

Nøgleord: styringsteknologi, velfærdsetnografi, ansvarliggørelse, pårørende, konkurrencestat

Abstract: Based on policy documents, interviews with professionals and relatives and field notes from an ethnographic fieldwork, this chapter explores how the transformation of the traditional welfare state and the emergence of the neoliberal competitive state in Denmark constitute how caregiver involvement can be understood as responsabilization in mental health services. Today, relatives are expected to bear responsibility for monitoring the illness, preventing disease and managing the mental health treatment of their family members. In the light of recent mental health policies, the analysis shows how this signals a form of responsabilization that emerges and plays out among professionals and relatives in practice. This casts light on how professionals' decision-making regarding the involvement of relatives is shaped by both political ideals of efficiency and traditional, clinical views of the relationship between professionals, diagnosed individuals and relatives. Finally, the chapter discusses how the involvement of relatives and similar concepts such as recovery must be seen as subtle managerial technologies that bring into effect a moral exploitation of the resources of diagnosed persons and relatives in favour of the competitive state.

Keywords: managerial technology, welfare ethnography, responsabilization, relatives, competitive state

12. Storebror flytter hjem?

Om deinstitusjonalisering og det psykiatriske blikk

Trude Klevan & Knut Tore Sælør

Sammendrag: Profesjonelle tjenester til mennesker som opplever utfordringer relatert til psykisk helse, har gjennom tidene vært uløselig knyttet til så vel hjelpe- som maktaspekter. De siste tiårenes deinstitusjonalisering blir gjerne satt inn i en forståelsesramme knyttet til humanisering av tjenestene. I dette kapittelet utforsker vi hva som kan skje når det vi benevner som «det psykiatriske blikk», flyttes fra institusjonene og ut i folk sine hjem og hverdagsliv. Vi reflekterer over mulige konsekvenser forflytningen av «blikket» kan ha for brukere og deres pårørende. Ved å sette «blikket» inn i en historisk

ramme diskuterer vi hvordan forståelser og praksiser i psykisk helsetjenester også uomtvistelig inngår som deler av maktforhold. Vi antyder en mulig risiko for at slike forhold kan fremstå som mer tildekket og dermed vanskeligere å avdekke innenfor konteksten hjemmebaserte og såkalte humane tjenester.

Nøkkelord: deinstitutionalisering, psykisk helse, hjemmebaserte tjenester, det psykiatriske blikk, makt

Abstract: Throughout history, services and support targeting persons experiencing distress related to mental health and/or substance abuse issues have been related to aspects of both help and power. The deinstitutionalization that has taken place during the recent decades is commonly connected to an understanding of a humanizing of these services. In this chapter, we explore what happens when what we refer to as the «the psychiatric gaze» is moved from inside the institutions into people's homes and everyday life. We reflect on the possible consequence this transfer of the «gaze» may have on service users and family carers. Situating the «gaze» in a historical framework, we discuss how understandings and practices in mental health services are also evidently part of power relations. However, we suggest that in the context of home-based and so-called humanistic services, such aspects may be more subtle and therefore difficult to reveal.

Keywords: deinstitutionalization, mental health and substance abuse, home-based services, psychiatric gaze, power

13. «Intet unntak uten en regel»

Om brudd som muligheter for en stat som vil oss vel

Rolf Sundet

Sammendrag: Kapitlet omhandler erfaringer fra arbeid i Familieteamet (FT) ved Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling ved Drammen sykehus, Vestre Viken, HF. Et arbeid i velferdsstatens tjeneste med å realisere statens målsetninger for barn, unge og familier som erfarer psykiske helseutfordringer, hvor spørsmålet om velferdsstatens endringer meldte seg med stor styrke. Kapitlet gir en framstilling av mine erfaringer, refleksjoner og noen konklusjoner knyttet til dette arbeidet. Overordnet peker erfaringer for det første på at realiseringen av velferdsstatens målsetninger kan bringe oss helse- og sosialarbeidere på kant med det systemet som vi er satt til å betjene. For det andre viser jeg at vi kommer på kant med systemet fordi vi må bryte regler, føringer og forordninger. Jeg viser at slike brudd er nødvendige for at vi skal kunne oppfylle velferdsstatens målsetninger.

Nøkkelord: psykisk helse, barn og unge, familierterapi, brudd på regler og rutiner, velferdsstatens målsetninger

Abstract: The chapter deals with experiences from work in the Family Team (FT) at the Department of Child and Adolescent Psychiatry, Drammen Hospital, Vestre Viken, HF, which functions to realize the state's objectives for children, young people and their families who experience mental health challenges and where the issue of the welfare state changes arose with great force. The chapter provides a presentation of my experiences, reflections and conclusions related to work in the welfare state's service within mental health care for children and young people. Overall, experience indicates that, firstly, the realization of the welfare state's objectives can put health and social workers at odds with the system we are tasked with operating. Secondly, being on edge about breaching the authorities' rules, guidelines and regulations is central to achieving the welfare state's objectives.

Keywords: mental health, children and adolescents, family therapy, breaching rules and regulations

14. Ny vin i gamle sekker?²

Entreprenørskap som drivkraft for sosiale innovasjoner

Lars U. Kobro

Sammendrag: Når grenser for velferdsstatens ekspansjon blir merkbar, ropes det på innovasjon og innovatører. En rekke offentlige dokumenter peker på behov for mer sosialt entreprenørskap. Hvorfor er det da så få sosiale entreprenører i Norge, sammenlignet med de fleste andre vesteuropeiske land? I dette kapittelet ser vi nærmere på hva sosialt entreprenørskap er og hvordan fenomenet passer inn i den norske velferdsmodellen. Til tross for at det er stor etterspørsel etter innovatører, virker det til å være lite handlingsrom for deres måte å arbeide på. I kapittelet blir sosialt entreprenørskap beskrevet som en innovasjonsdriver med fem kjennetegn. Vi følger opp med en diskusjon av hvordan dette passer inn i norsk sammenheng.

Selv om innovasjon og entreprenørskap ofte springer ut av enkeltpersoner og mindre miljøer, må både strukturelle og kulturelle betingelser understøtte, ikke undergrave slike nye og nyttige initiativer. Kapittelet avslutter med å se framover mot hvordan sosialt entreprenørskap i Norge kan komme til å utvikle seg. Det pekes på to mulige retninger. Den ene handler om effektivisering og innsparing innenfor en ramme av økt privatisering, den andre går i retning av demokratisering og medbestemmelse. De to kan naturligvis kombineres, men står i så fall i fare for å ende i en miks av motsetningsfulle løsninger. Vi hevder at vi i stedet for å fortsette som i dag, i en situasjon preget av mye politisk retorikk og teoretiske diskusjoner, i stedet vil ha større nytte av om oppmerksomheten flyttes til hva sosiale entreprenører *gjør* og hvilke *virksomheter* aktiviteter har.

Nøkkelord: sosial innovasjon, sosialt entreprenørskap

Abstract: When the limit for the welfare state's expansion becomes clear, innovation and innovators are called upon. A number of public documents in Norway point out the need for greater social entrepreneurship. It seems

2 Lukas 5.37. «Og ingen fyller ny vin i gamle skinnsekker. For da vil den nye vinen sprengte sekkene, vinen renner ut, og sekkene blir ødelagt.»

as if the table is set for actors with new and useful solutions. Nevertheless, there are far less social enterprises in Norway than in all comparable countries. The problem seems to be that there is little space for social entrepreneurship within the conventional sectoral framework of the Norwegian welfare model, both structural and cultural. The chapter describes social entrepreneurship as an innovative driver with five characteristics, with a subsequent discussion of how this fits into the Norwegian welfare state context. Although innovation and entrepreneurship often spring from individuals and smaller groups, it is dependent on political, financial, legal and cultural support. When looking ahead, two possible directions are pointed out. One concerns efficiency and savings with increased privatization as a pathway. The other points more towards democratization and co-creation/co-production. The two can be combined, but in such a case, would be at risk of ending up in an unclear mix of sub-optimal solutions. Instead of continuing, as today, producing political rhetoric and endless theoretical discussions, it will probably be of greater benefit to shift focus to what social entrepreneurship does and what impact it has. Instead of just talking about the new wine, it's probably a better idea to taste it. Pouring new wine into old wineskins seems, according to the bible, most likely to be a bad choice.

Keywords: social enterprise, social entrepreneurship, social innovation

15. Under radaren

Kommuneansattes innovasjonsarbeid i samhandling om tjenester til barn, unge og familier

Hans A. Hauge & Halvard Vike

Sammendrag: Samhandling mellom tjenester er en stadig tilbakevendende utfordring i kommunale helse- og velferdstjenester til barn, unge og familier. Samhandling er nødvendig for tidlig innsats og forebygging, og har derfor store konsekvenser for tjenestenes kvalitet, tjenestemottakernes liv og velferdsstatens bærekraft. I denne studien analyserer vi erfaringene til 18 grupper av kommunale mellomledere som deltok i et lederopplæringsprogram.

Alle gruppene hadde mandat til å bedre samhandling og bidra til å skape innovasjon i sine respektive kommuner. Både likheter og forskjeller mellom gruppene erfaringer er interessante for å forstå muligheter for innovasjon i kommunale tjenester. På tvers av ulikheter erfarte alle gruppene manglende forpliktelse fra toppledelsen i kommunene når det gjaldt å iverksette innovative løsninger. Likevel var mellomlederne motiverte for innsats, hvilket kan ses i sammenheng med lange tradisjoner for at profesjonsutøvere engasjerer seg i tjenesteutvikling. Imidlertid ga ikke arbeidet resultater som var relevante nok i et administrativt styringsperspektiv. En konsekvens av dette er at innovasjoner som kunne vise seg å være særs relevante for bedre samhandling om tjenester til barn, unge og familier, gikk «under radaren». Dette fenomenet kan forstås som resultat av en frikobling mellom autonomi og autoritet. Kommunale mellomledere er forholdsvis autonome i å ta initiativ til innovasjonsarbeid, men får ikke iverksatt innovasjoner uten toppledelsens autoritet. Motsvarende har toppledere autonomi til å beslutte, men svak faglig autoritet.

Nøkkelord: offentlig innovasjon, velferdsstaten, kommunale tjenester, ledere, aksjonsforskning, Norge

Abstract: Improving collaboration between municipal services for children, youth and families is a recurring challenge with major implications for the sustainability of welfare states. In this study we analyse the experiences of 18 groups of municipal middle managers mandated to improve such collaboration. The groups participated in a customised leadership training program. They had full discretion in choosing what activities to engage in as part of the program. Groups choosing similar activities had similar experiences, thereby providing insight into innovation processes using specific approaches to collaboration. Transcending differences between groups was a lack of engagement from municipal top-level managers. The groups were not allotted control over resources, and the top-level managers made no commitments to implement their innovations. The willingness of middle managers to nevertheless engage in innovation to improve collaboration can be accounted for by a long tradition of professionals' engagement in innovating welfare services. However, this form of leadership engagement does not produce effects immediately relevant to administrative management systems,

and is thus not recognised as important to invest in. Consequently, innovations highly relevant to the quality of municipal services to children, youth and families go «under the radar», leaving both middle and top-level managers with autonomy but without authority.

Keywords: public innovation, welfare state, municipal services, managers, action research, Norway