

FRA VELFERDSSTAT TIL VELFERDSSAMFUNN?

Noen refleksjoner omkring velferdsstatens begrensninger - og om forutsetninger for å videreutvikle velferdssamfunnet.

Foredrag på Stavanger Sosialhøyskole, fredag 11. mai kl. 1400.

1. Velferdsstaten: fra oppbygging til konsolidering

Premveksten av velferdsstaten i løpet av de siste to generasjoner har hatt noe tilsynelatende uavvendelig over seg. Den fulgte nærmest som en logisk konsekvens av den tidligere demokratiseringen av det politiske system: Da de bredere folkegrupper fikk stemmerett og etterhvert vant større kontroll over det politiske maktapparat, begynte de etter relativt kort tid å bruke apparatet for å bedre egne levekår. Slik ble i stigende grad den demokratiserte stat også en omfordelende og utjevneende stat. Der var en tid strid om første fase i utviklingen, demokratiseringen. Om annen fase, omfordelingen, har der vært mindre uenighet. I konkurransen om stemmene i det demokratiserte politiske system har partiene formelig kappedes om å introdusere nye omfordelende velferdstiltak. Over tid har denne tendens bare forsterket seg. Spesielt sterkt kom den til uttrykk i forbindelse med etableringen av det store integrerende element i velferdsstaten, Folketrygden, i 1967.

Velferdsstaten ble altså bygget opp under økende grad av politisk enighet. Ja, oppbyggingen av den var antagelig en viktig bakgrunn for politikkens "avideologisering" på femti- og sekstitallet. Man fikk, som Herbert Tingsten uttrykte det, en utvikling "från idéer til idyll".

Oppbyggingen av velferdsstaten var hos oss, som i de andre skandinaviske land, stort sett fullført ved inngangen til syttiårene. Velferdsstaten omfattet da de fleste "vitale" velferdselementer, og den var i de viktigste henseender universell. Nordmenn hadde, kan man si, så langt det var mulig fått en statsgarantert sosial trygghet. Men dermed var imidlertid også noe av drivkraften bak det politiske reformarbeid borte. Det var ikke lenger så åpenbart hva det neste skritt skulle være. En mulig, kanskje også den mest logiske, videreførelse ville vel være å heve det generelle nivå for den velferd man ville trygge. Men på dette stadium ble man samtidig konfrontert med en ny virkelighet:

For det første ble de trygghetsgarantier som var bygget inn i velferdsstatsordningene mer kostbare å oppfylle enn noen hadde forestilt seg. For det annet ble veksten i samfunnets økonomiske bæreevne kraftig redusert. Og for det tredje oppdaget man etter hvert at utbyggingen av de offentlige velferdstilbud ikke automatisk økte menneskenes personlige velferd og trivsel. Ja, på tross av utbyggingen av velferdsstaten syntes mange til og med å registrere en økning av de sosiale og helsemessige problemer.

Man var slik plutselig konfrontert med et ubehagelig dilemma. Spørsmålet om hvordan man burde bygge velferdsordningene videre ut mistet relevans. Problemstillingen ble istedet om man skulle reagere på det uventede dilemma ved å modifisere og rasjonalisere velferdsordningene, eller bruke en kanskje raskt stigende andel av de samlede ressurser til å opprettholde de etablerte sosiale ordningene. Foreløpig kan man vel si at vi har gjort, eller forsøker å gjøre, begge deler. Vi prøver å effektivisere eksisterende tiltak, og vi leter etter områder hvor utgiftene kan reduseres uten at det får sosialt uheldige virkninger. Men samtidig fortsetter vi, så lenge det er mulig, å overføre stadig større deler av samfunnets ressurser til helse- og sosialsektoren.

Man kan si at vår velferdsstat etter en lang, enighetspreget, oppbyggingsfase, er kommet inn i en mer rolig og søkende konsolideringsfase. Idyllen er brutt om vi ikke akkurat er tilbake til ideene igjen. For å bruke Tingstens bilde, kan vi si at idyllen er brutt, og at vi nå må søke tilbake til ideene. I dette foredraget er min viktigste ide at vi må svare på velferdsstatens begrensninger og utfordringer ved å søke utover dens rammer, mot velferdssamfunnet.

2. Velferdstaten: begrepet og begrunnelsen

Under velferdsstatens oppbyggingsperiode var vi ikke så opptatt av hva vi egentlig mente med velferdsstat. Den intuitive følelsen av hva den innebar var tilstrekkelig. Nå har ettertanken satt inn, og vi er blitt mer opptatt av hvilke mål og verdier velferdstaten egentlig representerer eller bør representere. Vi er også blitt mer opptatt av velferdsstatens legitimering: hva er den dypere begrunnelse for velferdstaten?

Ordet velferd kommer av det gammelnorske velferd. Også det engelske "welfare" kommer fra dette norrøne ordet. Den vanlige forståelsen av ordet er "å leve vel", eller "ha det godt". En velferdstat er da en stat som har tatt et betydelig ansvar for at borgerne har det godt; dvs. som i noen grad har sosialisert velferdsansvaret. Dette ansvar har staten tatt på seg på to måter; dels ved løpende å sikre den enkeltes velferd - altså ved å tre til når velferdstap oppstår; og dels ved å garantere, så langt det er mulig, hver enkelts fremtidige velferd. Det siste, og ikke minst viktige, innebærer da at man heller ikke behøver å engste seg for "unødig" velferdstap. Engstelsen for fremtiden, f.eks. alderdommen, kan som kjent i seg selv representere et velferdstap.

Ved hjelp av penger kan man skaffe seg en stor del av de varer og tjenester som til sammen gir en velferd. I prinsippet kunne man derfor tenke seg at velferdspolitik i realiteten var en politikk for inntektsopprettholdelse. Det ville så være opp til den enkelte å bruke penger til å få dekket i allefall de grunnleggende velferdsbehov. Dette måtte da delvis skje ved kjøp av de direkte behovstilfredsstillende varer og tjenester, og delvis ved kjøp av trygghet, dvs. forsikring mot unødig fremtidig velferdstap. Velferdspolitikken er delvis slik. Den består i en rekke inntektstilførende ordninger, som

barnetrygd, arbeidsledighetstrygd, uføretrygd, alderstrygd osv. (til sammen en slags "samfunnslønn"). Men velferdspolitikk er noe mer enn dette. Når det gjelder visse tjenester som oppfattes som spesielt vitale, er de trukket ut av markedet og tilbudt mer eller mindre "gratis". Det dreier seg først og fremst om helsetjenester (knyttet til verdier som fellesskap, sosial integrasjon og lignende) og utdanning (knyttet til verdier som lærdom, kunnskap og kompetanse). At disse vitale tjenester er gitt spesiell status kan i noen grad sees på som en form for paternalisme. Man er ikke sikker på at alle om de bare fikk de økonomiske midler til å sikre slike tjenester, ville prioritere dem høyt nok. Et annet hensyn er at siden slike tjenester er knyttet til så fundamentale behov, er det problematisk å gjøre det med å profitere på å produsere den. Bruken av subsidier for vitale varer, særlig matvarer, kan i stor grad sees i det samme lys som de "gratis" tjenester: det offentlige står for deler av kjøpet av de varer folk bør prioritere høyest.

Spørsmålet om hvordan velferdsstaten mer allment kan begrunnes, kan angripes i to trinn. Først kan man spørre hvorfor andre enn den det direkte gjelder skal ha et ansvar for vedkommendes velferd. Dernest kan man spørre hvorfor denne eller disse andre bør være staten eller andre offentlige organer.

Det er særlig tre typer av momenter som har vært trukket frem i tilknytning til spørsmålet om hvorfor andre enn den det direkte gjelder skal ha et ansvar for vedkommendes velferd.

Man kan for det første hevde at velferdstap i stor grad skyldes forhold utenfor det enkelte individs kontroll: problemer som sykdom, ulykker, tap av forsørger, arbeidsledighet, osv., rammer ikke "fortjent", de rammer i betydelig grad "tilfeldig"; de er en følge av samfunnsmessige og andre utenomindividuelle forhold. Velferdstap rammer således "urettferdig". Urettferdigheten kan reduseres ved at man sprer omkostningene med den jevnere blant landets borgere. Forsåvidt som ingen kan være sikker på at en ikke selv vil bli rammet, skulle det også være i alles interesse å ha en kollektiv forhåndsgarantering av ansvarsspredning.

Selv om man skulle mene at velferdstap har en viktig individuell ansvarsdimensjon kan man begrunne at "samfunnet" bør ha en velferdsforpliktelse for alle: man kan se på betydelig velferdstap som et såkalt "offentlig onde". F.eks. støter og opprører det en å se at andre lider. Nød og også stor ulikhet er dessuten en mulig kilde til sosial uro og konflikt, noe også mange vil betrakte som et onde.

Endelig kan man hevde, enten nå velferdstap skyldes personlig svikt eller andre forhold, at man har en moralsk forpliktelse til å hjelpe medmennesker som rammes. Ja, man kan gå videre og hevde at det å hjelpe den som lider er moralsk utviklende. Det å hjelpe, det å ofre seg for andre, er slik sett en del av det gode liv.

Og mer generelt, det hjelpende og medansvarlige samfunn er det gode samfunn.

Disse ulike begrunnelser for velferdsstaten illustrerer også hvorfor så vidt mange forskjellige politiske retninger har kunnet argumentere ideologisk for denne.

Hvordan kan man begrunne at det er alle, via staten (det offentlige), og ikke på andre måter, som bør ha velferdsansvaret? Her skal vi peke på fire av de vanligste argumenter.

Velferdstiltak er som vi har sett prinsipielt forsikringstiltak. Hvis man lar det være opp til den enkelte å gå inn i en avtale om spredning av risiko for velferdstap vil en del la være å gjøre det. I noen grad må man altså "tvinge" folk til økonomisk å ta vare på sine egne interesser. Det kan bare skje via det offentlige; selv om man kan tenke seg at en del forsikringsordninger eller tjenesteproduksjon drives privat.

Hvis velferdstiltak skulle finansieres utenom beskatningen, og selv om medlemsskap i dem var "tvungne", ville velferdsgarantien bli sosialt nokså ulik. Jo mer ambisiøs velferdspolitikken er jo mer må den derfor være en velferdsstatspolitikk.

Særlig når det gjelder tjenesteytelsen kan det, med ikke-offentlige ordninger, bli store variasjoner i kvaliteten på tjenestene. Det er altså lettere å garantere at hjelpetiltak er faglig høyverdige, og like, hvis det skjer i offentlig regi.

Endelig er det slik at i alle fall en del ikke offentlig hjelp er forbundet med en viss usikkerhet, og slik kan skape en ydmykende avhengighet blant mottagerne av hjelpen. Hjelpen har slik også en velferdsomkostning. Det å føle seg ydmyket er i seg selv et velferdsproblem.

3. Velferdsstatens begrensninger

Velferdsstaten er som påpekt blitt bygget opp under stor grad av enighet. Den har nokså alment vært sett på som en problemløser. Ja, den skulle nesten være samfunnets almene problemløser. Men alle institusjoner har sine begrensninger. Og hva mer er, de fleste har også problemskapende sider. Velferdsstaten er neppe noe unntak.

At man nå er begynt å bli opptatt også av velferdsstatens begrensninger og problemskapende sider, bør ikke overraske, og knapt heller skremme. En institusjon som ikke tåler kritikk er i lengden mer utsatt enn en som løpende inviterer til kritikk. Men når man blir kritisk og selvkritisk bør man på den annen side heller ikke tape av syne institusjonens problemløsende evner. Kritikkløs kritikk kan være like ufruktbart som kritikkløst forsvar.

En institusjon som er bygget opp under enighet får gjerne leve i fred en stund. Men etterhvert som man får et mer hverdagslig forhold til den, begynner man å bli mer opptatt av dens begrensninger og svakheter. Fordi institusjoner, særlig offentlige, etterhvert gjerne stivner til, vil svakhetene ha en tendens til å tilta. Slik sett er det ikke så overraskende at velferdsstaten nå er kommet under sterkere kritikk. Nå kan man selvsagt hevde at det skyldes utenforliggende forhold, som økonomisk stagnasjon og nye, eller endrede, sosiale problemer. Men det er ikke uten videre gitt at disse problemer bare er utenforliggende.

Det er selvfølgelig ikke noe nytt at det stilles kritiske spørsmål ved velferdsstaten. Det er imidlertid tankevekkende at stadig flere i dag går så langt som til å hevde at velferdsstaten befinner seg i en "krise". Og det er enda mere tankevekkende at slike krisesignaler i dag sendes ut fra både faglige og politiske miljøer, og fra flere og motstridende fløyer i det politiske landskap. Kanskje foreløpig mere i våre naboland enn hos oss. Men også i vårt land ser vi at denne debatten etter hvert tvinger seg frem.

Men hvilke utviklingstrekk er det som har ledet til denne debatten om "velferdsstatens krise".

Jeg tror det her kan være fruktbart å skille mellom ulike innfallsvinkler til debatten om "velferdsstatens krise", med utgangspunkt i:

- Kostnader og finansiering.
- Forventninger og kapasitetsproblemer.
- Omfordeling og utjevning.
- Organisering og problemløsning.
- Grunnleggende strukturproblemer.

Finansieringsproblemet

Et viktig utgangspunkt for debatten er at det blir stadig mer kostbart for samfunnet å opprettholde dagens velferdsstatsordninger. Jeg skal her kort gjengi noen tall som illustrerer både nivået og utviklingen i så måte.

Dersom vi tar utgangspunkt i de "rene" sosiale utgifter som trygder og utgifter til helse- og sosialtjenesten, utgjorde disse i 1981 hele 40 % av de samlede offentlige utgifter, og ca. 21 % av landets samlede bruttonasjonalprodukt. Dette tallet har naturlig nok steget meget sterkt gjennom utbyggingen av velferdsstaten i etterkrigstiden, fra 18 % i 1950 til 40 % i 1981. Som andel av det samlede bruttonasjonalprodukt har de "rene" sosiale utgifter tilsvarende økt fra 6 % i 1950 til ca. 21 % i 1981.

Det er imidlertid viktig å understreke at disse tallene i europeisk målestokk ikke er spesielt høye. Eksempelvis utgjorde de sosiale utgifter en større andel av BNP i Sverige og Danmark. Her skal vi imidlertid merke oss at flere av landene med de høyeste sosiale ytelser allerede har måttet vedta tildels drastiske nedskjæringer.

Dette gjelder bl.a. Danmark og i særlig grad Nederland, men også Sverige.

Det er imidlertid flere forhold som tilsier at det er vanskelig å sammenligne velferdsstatens omkostninger mellom ulike land. For det første skjuler tallene fra de fleste europeiske land i dag store utgifter til arbeidsledighetstrygd, utgifter som heldigvis er mye lavere hos oss. For det andre er tallene ofte ikke i seg selv helt sammenlignbare, og dekker ofte noe ulike realiteter. For det tredje utgjør velferdsstaten naturlig nok mye mer enn det som vanligvis defineres som "sosiale utgifter", og her er variasjonene mellom landene og målingsproblemet naturlig nok enda større.

Dersom vi også regner med utgifter til f.eks. undervisning og subsidier er "velferdsstatens" andel av de offentlige utgifter på ca. 62 % av de samlede offentlige utgifter, og 32-33 % av landets bruttonasjonalprodukt.

Til sammenligning kan nevnes at ingen andre generelle formål legger beslag på mer enn rundt 5 % av de offentlige utgifter, Forsvaret bruker f.eks. 5,9 % og forvaltningen 4,4 % av disse i 1981.

Men hovedspørsmålet er allikevel ikke nivået og utviklingsretningen frem til i dag, men snarere hvorledes utviklingen vil bli i tiden fremover.

Den viktigste årsak til at velferdsstaten sannsynligvis vil bli tyngre å bære rent økonomisk i årene fremover er at pensjonsbyrden vil stige jevnt og trutt. Dette både fordi antallet og andelen eldre i samfunnet vil øke og fordi stadig fler pensjonister vil få rett til tilleggspensjon og størrelsen på denne vil øke. Trygdefinansieringsutvalget har f.eks. anslått at veksten i alderspensjonsutgiftene vil være et sted mellom 3,6 og 5,4 % pr. år frem til 1990, og noe mindre enn dette frem til århundreskiftet. Ut i neste århundre vil det igjen bli en sterk økning. I 2040 vil bare utgiftene til alderspensjon bli ca. 20% av pensjongivende inntekt i samfunnet, mot 9% i dag.

Denne utviklingen vil også kreve en betydelig utbygging av helse- og sosialtjenesten. Dette fordi gruppen over 67 år i løpet av inneværende tiår vil øke sin andel av befolkningen med 14 %, men kanskje spesielt fordi gruppen over 80 år som har det høyeste behov for pleie- og behandlingstjeneste vil vokse hele 27 % i 1980-årene. Trygdefinansieringsutvalget har bl.a. på denne bakgrunn regnet med en vekst i utgiftene til helsetjenester på inntil 3,9 % pr. år frem til 1990, og på 2,6 % det neste tiår. Men da har man vel å merke ikke tatt hensyn til den betydelige utgiftsøkning som spesielt den medisinsk-teknologiske utvikling vil medføre.

Det skal m.a.o. ikke mye fantasi og beregningsarbeid til for å konstatere at en videreføring av dagens velferdsstatsordninger vil bli stadig mer kostbar. Har vi så råd til en ukritisk videreføring av dagens mønster? Jeg tror svaret er nei, og det av flere grunner. For det

7.

første må vi innstille oss på at den økonomiske veksten vil bli lav i forhold til hva vi tidligere har vært innstilt på. Hvis vi f.eks. regner med en økonomisk vekst pr. år på gjennomsnittlig rundt 2 % frem mot 1990 og en vekst i sosial- og helseutgifter på rundt 4 % pr. år sier det seg selv at dette vil bli stadig vanskeligere å bære.

Mange vil allikevel hevde at vi må være villige til å betale en økende del av ressursene til å sikre velferdsstatens økonomiske fundament. Også det vil jeg si meg enig i. Men det er allikevel et stort og alvorlig spørsmål om hvor mye en kan øke de samlede skatter og avgifter før balansen i selve blandingsøkonomien trues og samfunnsøkonomien bli alvorlig skadelidende. Det er mye som tyder på at det høye bruttoskattenivået i de nord-europeiske stater allerede har alvorlige skadevirkninger for vekstkraften og dynamikken i den private sektor. Det problemet vil bli desto mer påtrengende med et bruttoskattenivå på over 60 %, slik resultatet lett kan bli med en videreføring av dagens mønster.

Dersom vi ønsker å fortsette opptrappingen av de sosiale utgifter uten å forsterke skattegrunnlaget og dermed svekke balansen og vekstgrunnlaget i blandingsøkonomien, finnes det m.a.o. bare en utvei: Å redusere de øvrige offentlige utgifter. Men ingen kan vel forsvare å skjære ned på utgiftene til f.eks. forsvar, u-hjelp, undervisning eller forskning? I teorien kunne det imidlertid sikkert være rom for å bygge ut velferdsstater ved å redusere og effektivisere overføringer til primærnæringene og industrien. Men det er som kjent heller ingen lett oppgave!

Konklusjonen er m.a.o. klar: Ikke minst takket være den handlefrihet oljeinntektene har gitt oss, kan vi i Norge enda ikke snakke om velferdsstatens finansieringskrise, selv om den etter hvert er blitt meget kostbar. Ser vi derimot fremover, er det tydelig at en automatisk videreføring av dagens velferdsstatsordninger vil medføre et voksende og etter hvert uoverkommelig finansieringsproblem for samfunnet.

Forventnings- og kapasitetskrise?

Men kanskje enda viktigere enn finansieringen av dagens ordninger, er de problemer som knytter seg til de stigende forventninger og nærmest uendelige behov som særlig vil rette seg mot helsetjenesten. Det er mange måter å illustrere dette på. En innfallsvinkel vil være å ta utgangspunkt i at vi i dag bruker omtrent dobbelt så mye penger på helsetjenesten som for bare 10 år siden. Allikevel har vi fortsatt køer, ja til og med "kriser" på utsatte områder. Noen har endog hevdet at helsetilstanden ikke er blitt noe særlig bedre, på tross av den massive satsing på utbygging av helsetilbudet.

Tilsvarende er det ikke særlig vanskeligere å peke på udekkede behov og helsetilbud som bør prioriteres i dag, enn det var for 10 år siden. For selv om man gjennom utbygging av sykehus og distriktsleger har maktet

8.

å behandle flere sykdommer enn man gjorde tidligere, har man også på denne måten gjort folk stadig mer oppmerksom på hvilke muligheter for behandling som foreligger. Dette vil i økende grad gjelde sykdommer og lidelser som man tidligere var innstilt "på å leve med" eller behandle på egenhånd. Det er ikke dermed sagt at det økte helsetilbud vil dekke "kunstige" eller "unødige" behov, kun at stadig flere gjennom utbyggingen av helsetilbudet blir oppmerksom på de nærmest uendelige muligheter for behandling av de fleste former for og grader av sykdom og lidelse.

Mens det jo er fullt mulig å si at befolkningens behov for eksempelvis brød, melk eller bolig er dekket, synes det derfor vanskelig å si det samme for helse- og sosialsektoren. Det vil sannsynligvis uansett bevilgninger og personell være udekkede behov for disse tjenester.

I samme retning trekker den medisinsk-teknologiske utvikling. For selv om den teknologiske utvikling på mange måter reduserer kostnadene ved f.eks. undersøkelser og behandling, kan dette på ingen måte motvirke den sterke økningen i tilbudet av nye diagnostiske og terapeutiske tjenester som følger i kjølvannet av denne. Det er f.eks. beregnet at ca. 70 % av omkostningsøkningen innen amerikansk helsetjeneste i 1970-årene skyldtes den medisinsk-teknologiske utvikling. Diagnostiske laboratorie-tjenester er et talende eksempel. Mens det i 1950 fantes 160 forskjellige typer prøver er det nå over 600. Fra midt på 1950-tallet og ut 1960-årene ble antall prøver pr. sykehuspasient fordoblet hvert femte år i USA. Siden har veksttakten vært enda raskere, ca. 15 % pr. år.

Det er heller ikke vanskelig å trekke frem andre eksempler på hvilken betydning den medisinsk-teknologiske utvikling vil ha i så måte. Tenk bare på hvilke nærmest uendelige muligheter for å forlenge livet og foreta transplantasjoner av nær sagt alle legemsdelser som teknologien vil gi rom for. Vi betrakter alle dette som positive fremskritt, men det er unektelig tankevekkende at f.eks. USAs offentlige finansierte Medicare-system, som bare utgjør en del av den samlede helsefinansiering i landet, i 1983 brukte hele 15 milliarder \$, eller mer enn hele nasjonalproduktet til Bangladesh, på behandling av amerikanere i sine siste 6 måneder.

Den medisinsk-teknologiske utvikling er i denne sammenheng et problem på to måter. For det første har den en tendens til å øke utgiftene innen helsesektoren. Og for det andre skaper den nærmest uoverkommelig forventnings- og prioriteringsproblemer ved at avstanden mellom ressursinnsatsen og hva som er medisinsk mulig bare blir større.

Velferdsstat for de ressorsterke?

En avgjørende drivkraft og legitimeringsfaktor i utbyggingen av velferdsstaten har vært ønsket om å fremme omfordeling og utjevning. Og vi har utvilsomt nådd langt i den retning.

Men det er allikevel stadig flere som stiller spørsmålet om ikke de offentlige velferdsstatsordninger i første rekke tjener de ressurssterke og forsterker ulikhetene i samfunnet. I siste nummer av Kontrast går f.eks. sosialisten og dosenten i statsvitenskap Tore Hansen hardt ut mot dagens velferdsstat: "Velmente offentlige ordninger tjener ofte som springbrett for ressurssterke sosiale grupper. Jo bedre privat økonomi, jo mer tar folk ut i offentlige ytelser. Arbeiderklassen betaler for ordninger den sjøl ikke nyter godt av."

Og det er heller ikke vanskelig å finne belegg for Hansens påstander. Stikk i strid med motivene er det f.eks. påvist at utbyggingen av områder som høyere utdanning, sterkt subsidierte kulturtilbud, voksenopplæring, barnehager og store deler av boligpolitikken faktisk har hatt en negativ utjevningseffekt.

Men gjelder også dette velferdsstaten i mer snever forstand, dvs. de rene sosiale formål? Her er nok bildet mer uklart. På den ene side synes lavere sosiale lag fortsatt mer utsatt for sykdommer og kroniske lidelser enn høyere sosiale lag. Dermed kan det jo sies at nettopp disse grupper vil være tjent med en utbygging av helsemessige og sosiale tilbud.

På den annen side synes det imidlertid å være en tendens til at de ressursvake grupper og lavere sosiale lag ikke makter å utnytte de offentlige tilbud og muligheter i den utstrekning behovene skulle tilsi, sammenlignet med ressurssterke grupper og høyere sosiale lag. F.eks. viser en undersøkelse av det psykiatriske hjelpeapparat at personer med høy problembelastning, men som likevel ikke får hjelp som oftest har lav sosioøkonomisk status.

Mens vi i Norge har gjort meget få undersøkelser av den sosiale fordelingseffekten av vårt helse- og sosialvesen, har man i Storbritannia gjort meget avslørende funn av sitt sammenlignbare Nasjonale Helsesystem. Det er påvist at ulikhetene i helsestandard mellom de ulike sosiale lag faktisk er økt siden innføringen av det nasjonale helsesystem, og at grupper med høyere utdanning og/eller inntekt nyter størst fordel av dette. Ja, allerede i 1968 kunne en av de sosialistiske arkitektene bak det britiske nasjonale helsesystem Richard Titmus desillusjonert konstatere:

"The higher income groups know how to make better use of the NHS. They tend to receive more specialist attention; occupy more of the beds in better-equipped and staffed hospitals; receive more elective surgery; have better maternity care, and are more likely to get psychiatric help than low income groups - particularly the unskilled."

Det er i det hele blitt mer og mer vanlig å stille spørsmålstejn ved den sosiale profil i velferdsstaten. Den danske sosialminister Ritt Bjerrgaard uttrykte dette dilemma slik da hun i 1981 talte i Politisk Forum i Oslo:

"Det er helt klart ikke i arbejderbevægelsens interesse at dele tilskud ud til alle og enhver og til hvad som helst. Der er ikke længere nogen mening i at give folkepension til alle, når det at modtage pension ikke længere opleves som nedværdigende. Der er ingen mening i, at et postbud, der tjener 100.000 kroner om året, skal betale tilskud til f.eks. en professor, der tjener 300.000 kroner, fordi professoren er handicappet og har udgifter på grund af sit handicap. Sociale ydelser skal gives til dem, der er dårligst stillede, og ikke til andre - til gengæld kan der så være almulig god grund til at give de dårligst stillede noget mere."

Mye tyder m.a.o. på at nettopp den radikale ide om utjevning og omfordeling tilsier at man bør stille kritiske spørsmål om dagens velferdsstat. Da kan man heller ikke unngå å stille spørsmålstegn ved selve universalitetsprinsippet som har vært et ideologisk grunnelement i oppbyggingen av velferdsstaten, dvs. forestillingen om at de offentlige velferdsordninger skulle gjelde for alle og være like for alle. Dette var utvilsomt et viktig og riktig prinsipp da det gjaldt å bevege seg bort fra forsorgsstaten og den private veldedighet. Men i en tid da svært få ikke synes å ha motforestillinger mot å motta støtte fra staten og hvor det er voksende problemer med å finansiere de offentlige velferdsordninger, er vel i de fleste tilfeller det mest sosiale å gjøre velferdsstaten mer selektiv og behovsrettet? Spørsmålet om å inntektsprøve ytelser og tilbud og konsentrere ressursene om de som trenger det mest, vil i hvert fall tvinge seg frem.

Ineffektivitet og dårlig problemløsning?

En del av kritikken mot velferdsstaten tar også utgangspunkt i de store og voksende organisasjonsmessige problemer. Det synes å være en voksende erkjennelse av at det eksisterende apparat ikke gir gode nok løsninger og høy nok effektivitet i forhold til de problemer man står overfor på helse- og sosialsektoren. Dette er også en viktig del av bakgrunnen for at mange stiller spørsmålstegn ved resultatene av den formidable tilførsel av utstyr, bevilgninger og personell som har skjedd i helse- og sosialsektoren i den senere tid, og reiser krav om "mer helse pr. krone".

Vi står også her overfor et problem med flere aspekter. Ett forhold er her selve nivået for den behandling og omsorg som gis. Det synes å være en gjennomgående tendens til at folk blir behandlet og pleiet på et mer avansert og dermed mer kostbart nivå enn det som strengt tatt er nødvendig. På sykehusene behandles f.eks. en rekke sykdommer som utmerket kunne vært behandlet på den lokale helsetasjon, og spesialsykehusene mottar pasienter som med fordel kunne ha vært behandlet på regionale sykehus. Tilsvarende blir pleiepasienter altfor ofte liggende for lenge på sykehus, mens de kunne ha vært på syke- eller pleiehjem. Årsakene til slike systematiske brudd på det såkalte LEON-prinsippet (prinsippet om behandling på laveste

omsorgsnivå) er mange. Det har dels å gjøre med ufornuftige og "skjeve" finansierings- og styringssystemer, dels med manglende utbygging av de enkle og billige behandlingstilbud og er dels et resultat av helseprofesjonens tendens til å velge "finere" og faglig mer interessante løsninger.

En annen innfallsvinkel til denne debatten er å fokusere på den rolle de ansatte og profesjonene spiller. Har vi utviklet et system som legger mer vekt på de ansatte og profesjonenes interesser enn pasientenes og klientenes behov? Det kan f.eks. her være grunn til å vise til beregninger som sier at bare ca. 10 % av den enorme ressurstilførsel som skjedde på helsesektoren i 1970-årene i realiteten kom pasientene til gode. Størstedelen kom de ansatte direkte eller indirekte til gode, i form av lønnsøkninger, innføring av arbeidsmiljøloven og andre standardforbedringer. I forlengelsen av denne problemstillingen ligger også hele spørsmålet om profesjonaliseringen av helse- og sosialsektoren. Dette kan illustreres ved å nevne at mens det i 1950 var ca. 30 forskjellige profesjoner innen helse- og sosialsektoren, var tallet ved inngangen til 1980-årene rundt ca. 130.

Den økende profesjonalisering av helse- og omsorgssektoren har utvilsomt hatt mange positive virkninger, men har også skapt en rekke problemer. Parallelt med utbyggingen av det profesjonelle hjelpeapparat har man antakelig også fått en gradvis nedtrapping av andre hjelpeformer. Det kan derfor hevdes at spesialiseringen har gått på bekostning av den generelle omsorg.

Likeledes synes det åpenbart at den utstrakte profesjonalisering har skapt økte byråkratiproblemer. Beskyttelse av profesjonenes privilegier krever nemlig byråkratiske godkjenningsordninger. Og vi ser urovekkende tendenser til at rivalisering og konflikter mellom ulike profesjoner påfører våre institusjoner ubotelig skade: Hvem er sjefen, legen eller psykologen? Er dette sykepleierens, hjelpepleierens, praktikantens eller rengjøringshjelpens ansvar? Hvor går skillet mellom overlegens eller oversykepleierens myndighetsområde? Og hvordan skal forholdstallet mellom de ulike profesjoner være i dette "teamet"?

Slike spørsmål er dessverre ikke uvanlige i dagens velferdsstat. Ja, mange vil til og med hevde at slike spørsmål og stridigheter på mange institusjoner av og til overskygger det som burde være hovedspørsmålet: Hva kan vi i fellesskap gjøre for å bedre klientens eller pasientens situasjon?

Profesjonaliseringen har også skapt en rekke andre problemer. Her skal bare stikkordmessig nevnes at den tiltagende spesialisering synes å ha svekket omsorgen og interessen for menneskets hele, og dets totale livssituasjon. Stadig flere helsearbeidere er blitt tildelt ansvar for, og innsikt i, stadig mer avgrensede deler av pasientens kropp og behov, mens færre føler ansvar for helheten og for pasienten som menneske.

Endelig vil jeg også peke på at profesjonaliseringen forsterker utgiftspresset. Det er f.eks. blitt hevdet at profesjonelle og velartikulerte eliter ofte fremmer egeninteresser i pasientenes navn. Dette er kanskje en vel sterk påstand, men vi må i det minste kunne si at det ikke er noen selvfølgelighet at det alltid er sammenfall mellom profesjonenes og brukernes interesser.

Det er også andre viktige sider ved velferdsstatens "organisasjonskrise" enn de som er nevnt her. Er det f.eks. ikke mulig å øke effektiviteten på våre sykehus betraktelig, slik man med hell har oppnådd på enkelte sykehus? Kan ikke det kostbare utstyr og de mange ansatte benyttes mer produktivt og døgnkontinuerlig enn i dag? Og stimulerer ikke ansvars- og finansieringsordningene mellom ulike organer og forvaltningsmessige nivåer til uheldig og urasjonell utnyttelse av de samlede ressurser? Om dette siste har bl.a. helseplanlegger Jan Grund uttalt at "mye arbeid både i kommuner, fylkeskommuner og staten går med til å skyve ansvaret frem og tilbake".

Velferdsstat og velferdssamfunn.

Utgangspunktet for dette foredrag stikker imidlertid dypere enn de problemer som hittil er berørt. De spørsmål vi må stille er bl.a.: Kan den offentlige velferdsstaten egentlig gi oss den generelle trygghet, omsorg og velferd som man lenge trodde den ville gi oss? Eller kan det rett og slett tenkes at en ensidig fokusering på velferdsstatens institusjoner kan bidra til å svekke de mellomliggende nettverk og frivillige og private velferdsordninger som kjennetegner et velferdssamfunn?

Denne problemstillingen kan vel kanskje best illustreres ved noen sitater og eksempler:

- Undersøkelser og rapporter synes å vise at ensomhet, kontaktløshet og rotløshet er blitt stadig mer utbredt, og i dag utgjør et større problem enn sykdommer og nød. Det er f.eks. symptomatisk at hovedbudskapet fra Einar Gerhardsen foran årets 1. mai-feiring ikke var flere reformer eller nye offentlige sosiale tiltak, men en oppfordring til enkeltmenneskene om å være mer åpne og vise større sosialt ansvar, ha mer tid og interesse for hverandre.
- Det er også et tankevekkende uttrykk for velferdsstatens begrensninger at de sosiale problemer bare synes å vokse på tross av at det aldri har vært satset mer gjennom institusjoner, profesjoner, programmer, planer og penger på å bekjempe nettopp slike problemer. Det meldes allikevel om "kriser" ved sosialkontorene og "kriser" i barnevernet. Mistilpasning, kvinnemis-handling, kriminalitet, narkotikamisbruk, gatebarn, selvmord og psykiske lidelser synes i økende grad å være en del av vår sosiale virkelighet.
- Selv husker jeg spesielt en uttalelse i radio av en sosialarbeider ved uteseksjonen i Oslo, i forbindelse med forholdene i ett ungdomsnarkotikamiljø som ble fokusert i kjølvannet på det grusomme drapet av en narkoman som fant sted i Oslo i vinter. På NRKs

moteriktige spørsmål om ikke uteseksjonen trengte mer penger og stillinger for å bekjempe slike sosiale problemer, svarte hun (fritt etter hukommelsen): "Vi er helt maktesløse så lenge naboene og nærmiljøet ikke reagerer på slike forhold som utvikler seg over lengre tid. Først når det igjen blir vanlig å "tilsnakke" naboens unger kan vi ha håp om å unngå at det utvikles slike destruktive ungdomsmiljøer."

- Det har i den senere tid også vært reist mye faglig kritikk mot velferdsstaten. Dette er en debatt som jeg antar dere kjenner godt fra før, et viktig stikkord er imidlertid velferdsstaten som klientskaper. I forlengelsen av dette har det vært hevdet at velferdsstaten bærer for mye preg av reparasjon i etterhånd, og ikke slik Harriet Holter fant grunn til å understreke i 1973 "å skape selvbarende (og forebyggende) prosesser for løsning av sosiale problemer."

Slike spredte og tilsynelatende usammenhengende kritikkpunkter mot velferdsstaten er imidlertid ikke noe nytt. Jeg vil imidlertid forsøke å ta et skritt videre, for å få dannet et bilde av hvilke grunnleggende begrensninger og problemer vi faktisk står overfor.

Som vi har understreket har velferdsstaten to hovedkjennetegn. På den ene side er den et økonomisk arrangement, en forsikringsstat, på den annen side et sett av tjenesteytende institusjoner, en ekspertstat. Ofte kan det også virke som om vi mener at velferd primært er et spørsmål om penger og fagfolk. Vi er på mange måter blitt både penge- og ekspertfiksert. Det er en ideologisk styrke for velferdsstaten, men det gjør oss også "blinde" for at velferd ikke bare kan skaffes i markeder og på kontorer, ja for at det er en del velferd som overhodet ikke lar seg skaffe slik. Denne penge- og ekspertfikseringen kan endog gjøre det vanskeligere for oss å få del i den "andre" velferden.

Til syvende og sist er vår velferd kanskje først og fremst avhengig av oss selv og vår egen innsats. Vi må gjøre noe og yte noe for å trives. Vi kan nok kjøpe oss, eller få, utdanning, men vi blir ikke dyktige eller kloke bare av det. Det fordrer også en egeninnsats, en avgjørende egeninnsats. Vi kan skaffe oss helsetjenester i markedet, men bare i begrenset grad helse. Vår helse er genetikken gitt primært en funksjon av hvordan vi lever. Helse er altså i stor grad valg, valg av livsstil.

Tilsvarende bygger vår velferd på en rekke andre faktorer som ikke velferdsstaten kan gi oss. Som eksempler kan her nevnes gleden ved selv å yte og å gi, behovet for sosial kontakt og respons fra sine medmennesker og ikke minst det å "høre til" et sted og kunne utvikle tradisjonsfølelser og identitet.

Et hovedspørsmål er om velferdsstaten bidrar til å styrke eller svekke disse essensielle elementer i et velferdssamfunn? Det er ikke lett å gi noe entydlig svar på det spørsmålet. Men det er allikevel mye som

tyder på at utbyggingen av de offentlige velferdsstatsordninger kan ha bidratt til å svekke enkeltmenneskenes ansvar og de mellomliggende nettverk.

Vi ser i dag mange tendenser til at omsorg og medmenneskelighet i økende grad blir overlatt til det offentlige og profesjonene. Vi står i fare for å komme dithen at både enkeltindividets og de mellomliggende gruppenes utfoldelse langt på vei er blitt avhengig av det offentlige og den ressurstilførsel som skjer via statlige og kommunale budsjetter. Og hva med solidariteten i dette bildet?

Et ekte solidarisk samfunn må bygges opp nedenifra. Det må springe ut fra enkeltmennesket og dets egenansvar, formidles gjennom familien og andre nærmiljøer, og praktiseres på bred front i forenings-, kirke-, organisasjons-, og arbeidsliv. Solidariteten må bygge på konkret og lett forståelig erfaring. En solidaritet som hovedsakelig kommer til uttrykk gjennom høy beskatning, et stort byråkrati og offentlig ansatte profesjonelle problemløsere vil i lengden kunne bli nokså skjør.

----- o -----

Etter en slik gjennomgang av velferdsstatens problemer og begrensninger er det lett å bli desillusjonert og overkritisk. Det er det allikevel ingen grunn til. Vi må fastholde at vår velferdsstat er en av de best utbygde i verden, og at vi har nådd meget langt i å skape likeverd og sosial trygghet. Mitt hovedpoeng er allikevel at velferdsstatsmodellen har en rekke innebygde problemer og begrensninger. Dessuten har jeg ønsket å understreke at det ofte kan være en motsetning mellom den profesjonaliserte og institusjonspregede velferdsstaten, og den form for omsorg, pleie, kontakt og medmenneskelighet som det kanskje er størst behov for i dagens samfunn.

Eller for å si det med Ritt Bjerregaard:

"Derfor er det heller ikke noget mål at stræbe efter, at der er institutionspladser til alle og enhver, til børn, til gamle, til syge, til handicappede, til afvigere, til sindssyge, til åndssvage, til grimme og til dumme, kort sagt til alle, der ikke er mellem 25 og 45, og som endå helst skal være mænd. Det er et for fattigt samfund, og det er et for kedeligst samfund."

Og hvilke konsekvenser bør vi så trekke av dette? Her må vi ikke komme i skade for å forsøke å reversere utviklingen, eller bygge ned de verdifulle velferdsstatsordninger som møysommelig er bygget opp. Tvert om må vi fortsette å bygge ut disse på områder hvor det også er store udekkede offentlige behov, f.eks. innen eldreomsorgen og helsevesenet for psykisk utviklingshemmede. Men vi må erkjenne at det også for velferdsstaten er påkrevet å stille krav om omstillinger og effektivitet, og at de tradisjonelle løsninger som mer penger, mer personell og bedre utstyr er stadig mindre egnet til å løse de velferdsproblemer vi står overfor. Vår politikk må samtidig ha et videre siktemål, utover den tradisjonelle velferdsstatspolitikk mot en politikk for velferdssamfunnet.

Dette er for øvrig et perspektiv som synes å harmonere godt med en del av de nye intellektuelle retninger vi i dag ser konturene av.

4. Nye tanker og perspektiver i samfunnsdebatten

Momenter:

- Den svenske debatten om velferdsstaten.
- Nyorientering innen kvinnebevegelsen; fokusering på trygghet og familie. (Jfr. bl.a. Betty Friedan).
- Debatten om "den tredje sektor", marked for tjenester i nærmiljøet?
- Et sosio-kulturelt perspektiv: Fra narisisme og selvrealisering til "the ethic of commitment". (Bl.a. Lasch, Yonkelowich, Bell.)

5. Hvordan videreutvikle velferdssamfunnet?

5.1. Hva menes med velferdssamfunn?

Tittelen på dette foredraget antyder at jeg setter velferdssamfunnet opp mot velferdsstaten - som et alternativ. Dette er noe misvisende. Poenget er snarere at vi må utvide perspektivet og endre vektbyggingen i den offentlige velferdspolitik.

Ordet velferdssamfunn har i mange år gått igjen i norsk samfunnsdebatt, men beklageligvis har bruken ofte implisert at man har sett det som synonymt med velferdsstat. I det norske samfunn har vi ikke vært flinke til å skille mellom stat og samfunn. På dette punkt kan vi imidlertid lære av Hegel, som la stor vekt nettopp på dette skillet. Samfunnet omfatter noe annet og langt mer enn staten.

Like lite som ordet velferdssamfunn er nytt, er det fenomenet det peker på nytt. Velferd er til alle tider blitt produsert utenfor og uavhengig av staten. Dagens "velferds-Norge" ville vært et hardt samfunn å leve i uten den velferd som skapes utenfor det formelle system, i familien, nabolaget eller det sosiale nettverk, av frivillige organisasjoner, osv.

Velferdssamfunnet omfatter en rekke sikkerhetsnett som fanger opp den som av ulike grunner får økonomiske eller andre problemer. I dette spiller velferdsstatens sikkerhetsnett - de tiltak som drives av stat og kommuner - en viktig rolle. Men samtidig spiller de nettindividene selv utvikler en sentral rolle, det være seg gjennom familiens og nærmiljøenes problemløsende evne, såvel som gjennom frivillige forsikringsordninger.

Men bildet blir gjerne noe skjevt når vi fokuserer på de sosiale sikkerhetsnett, materielle utjevningsordninger og ulike behandlingstilbud. Her må nødvendigvis de offentlige støtteordninger og velferdsordninger spille en hovedrolle. Betydningen av de ikke-offentlige sosiale ordninger blir imidlertid klarere når vi fokuserer spørsmålet som: Hvordan kan vi hindre at stadig flere får slike problemer at de blir avhengig av dette offentlige sosiale sikkerhetsnett? Hvilke forhold er det som best forebygger sykdom, narkotikamisbruk og vold i samfunnet? Og hvilke mekanismer er det som må styrkes for å hindre

at stadig flere opplever ensomhet, apati og psykiske lidelser?

Svaret på slike spørsmål finner vi neppe i velferdsstaten, snarere i velferdssamfunnet.

Dermed nærmer vi oss også en forståelse av hva en politikk for å videreutvikle velferdssamfunnet vil gå ut på. I motsetning til mye av den tradisjonelle velferdsstatsideologi må hovedmålet være "å mobilisere, ikke svekke, den ikke-offentlige velferdsproduksjon. Ikke som ett alternativ, men supplement til den offentlige velferdsstaten.

Målet må være et samfunn der ikke bare staten, men også enkeltmennesker, og frivillige grupper føler ansvar for sine medmennesker. Et samfunn der solidaritet og medmenneskelighet av den enkelte oppleves som en realitet i hverdagen, og ikke bare noe som det betales for over skattseddelen. Et samfunn der familien kan fortsette å utgjøre det grunnleggende fellesskap av kjærlighet, trygghet og omsorg på tvers av generasjonene. Et samfunn der oppgaver kan løses, kontakt og trygghet skapes og holdninger og verdier mobiliseres i utallige frivillige nettverk, nabolag, lokalmiljø, religiøst arbeid og frivillige organisasjoner. Et samfunn der det stilles krav til den enkelte, og der naboens unger også angår deg. Og ikke minst et samfunn hvor de gamle, ensomme, pleietrengende, syke og mistilpassede eller funksjonshemmede har alternativer mellom det å bli overlatt helt til seg selv, og det å bli overlatt til institusjoner og profesjoner.

Det er m.a.o. ikke snakk om å kaste velferdsstaten over bord, men å legge mer vekt på den velferdsproduksjon som foregår utenfor det offentlige. Her distanserer vi oss m.a.o. klart fra den linje Fremskrittspartiet gjennom Fr. Fr. Gundersen har tatt til orde for, som snakker om å "snu utviklingen" og "å føre oppgavene tilbake til familien".

Men hvilke konsekvenser vil så disse målsettinger ha for den politikken som skal føres?

5.2. Noen elementer i en strategi

Det vil selvfølgelig rekke for langt i dette foredraget å skissere innholdet i en bredt anlagt politikk for å styrke og videreutvikle velferdssamfunnet. Med utgangspunkt i de problemer vi hittil har drøftet, vil jeg imidlertid peke på en del sentrale elementer i en slik strategi.

Effektivisering

Vi er alle kjent med at det er vanskelig å måle effektiviteten av f.eks. helse- og sosiale tjenester. Men har vi ikke allikevel gjort dette til en sovepute? Behovet og mulighetene for en effektivisering må i hvert fall benyttes fullt ut, og kravet om "mer helse for hver krone i helsesektoren" må følges opp på alle plan. En ting er her den praktiske effektivisering som utøves på den enkelte institusjon, enda viktigere er det at vi

velger systemer og belønningssystemer som fremmer effektiv ressursbruk og riktig behandling på enklest mulig nivå. I en oversikt i The Economist for noen uker siden om "krisen" i de vestlige land helsesystemer, fremgikk det bl.a. også oppsiktsvekkende nok at det ikke var mulig å finne noen sammenheng mellom hvor mye penger det enkelte land brukte på helsetjenester og landets helsestandard. Slike sammenligninger er selvfølgelig vanskelige, men det er allikevel tankevekkende at et land som Japan svarer meget høyt på de fleste tradisjonelle "helseindikatorer" på tross av at dets helsetgifter pr. innbygger er blant de laveste i OECD-sammenheng.

Stikkord for en effektivisering av helsetjenesten er bl.a. innføring av positive motivasjons- og belønningssystemer på de enkelte enheter, oppmykning av sentrale bemanningsregler og andre standardkrav med sikte på større muligheter for lokal tilpasning, oppmykning av arbeidsmiljøloven og annet lov- og avtaleverk som hindrer en naturlig utnyttelse av ressursene på helse- og sosialsektoren, omlegninger i "gjestepasientordningen", oppfølging av "Aksjon Venteliste" og andre målrettede tiltak samt styrking av de økonomisk-administrative ledelsesfunksjoner ved helseinstitusjonene. Videre vil økt satsing på forskning omkring helsetjenesten kunne gi økt kunnskap om tjenestens effektivitet.

Omrioritering

Behovet for omrioritering av offentlige tiltak er kanskje best uttrykt i det nevnte intervju med Tore Hansen i siste nummer av Kontrast:

"Det er ikke særlig radikalt at offentlige tiltak og institusjoner skal ha evige liv": "Vi må skjære gjennom deler av profesjonskampen, og være villige til å innse at nedskjæringer i visse tilfeller kan være bra. Omrioritering og omstilling er nødvendig også i offentlig sektor, hvis vi skal makte å utvikle det virkelige fellesforbruket".

Innen helsetjenesten kan slik omrioritering bl.a. oppnås ved i større grad å skille mellom slike tjenester som skal være tilgjengelige for alle, og tilbud som f.eks. en del plastisk-kirurgiske inngrep som det kan være fristende å betrakte som mere luksusbetonte. Målet må være at de offentlige midler i første rekke konsentreres om å bygge ut det basistilbud som skal gjelde alle, og i mindre grad rettes mot spesielle tjenester som kanskje er faglig interessante men mindre relevante i en helsepolitisk sammenheng. Debatten omkring den senere tids hjertetransplantasjoner ved Rikshospitalet er imidlertid en utmerket illustrasjon på de problemer og dilemmaer vi vil møte når grensene skal trekkes, og prioriteringene gjøres. Men dette er en diskusjon vi er nødt til å ta. I den sammenheng kan jeg nevne at Sosialdepartementet nå arbeider med å oppnevne et utvalg til å utrede de spørsmål av helsepolitisk, etisk og økonomisk art som disse prioriteringsoppgaver vil reise.

I dette perspektiv vil også egenbetaling av helsetjenester ha en naturlig plass, ganske spesielt når

man nå har lyktes i å lage et system som skjermer storforbrukerne mot for høye utgifter. Egenandeler kan på denne måten være med på å skape rom for økt utbygging av, og en sterkere sosial profil på, det offentlige helsetilbud. Men egenandeler er kanskje først og fremst et bidrag til en mest mulig effektiv og rasjonell utnyttelse av helseressursene. Det er i den sammenheng verd å merke seg at Japans helsesystem, som tidligere nevnt er regnet som et av verdens mest "vellykkede" hva angår resultater og kostnader, kjennetegnes av et gjennomført system med forholdsvis høye egenandeler. Dette er ikke minst fordi man gjennom egenandeler kan påvirke bruken av tjenester og kanalisere denne mot de "ønskelige" helsetjenester, og fordi man dermed kan bygge opp en barriere mot overdreven og unødige bruk av helsetjenester. Dermed kan man også stimulere den enkelte til å vise større ansvar, interesse og omsorg for egen helse. Når vi allikevel ikke lar gå for langt mht egenbetaling av helsetjenester, må det også sees i sammenheng med at det som tidligere nevnt fortsatt finnes underforbruk av helsetjenester.

Det er ikke med dette sagt at vi i Norge bør øke egenandelene utover det nivå som nå er etablert. I framtiden vil det sannsynligvis være mer aktuelt å tenke seg mer differensierte satser for egenbetaling, med fortsatt relativt lave satser for viktige og grunnleggende helsetilbud og kanskje noe høyere egenandeler for mer luksusbetonte og marginale tjenester.

I fremveksten av velferdsstaten har vi sett en utvikling fra behovsprøvede tiltak til universelle tiltak som er en rettighet for alle. Å gjøre tiltakene universelle har vært et viktig mål. Imidlertid får vi nå større og større vansker med å betale for velferdsstaten. Kanskje bør vi igjen se nærmere på å innføre inntektsprøving, både når det gjelder økonomiske ytelser og sterkt subsidierte tjenester. Trygdefinansieringsutvalget har f.eks. foreslått at særtillegget i Folketrygden skal inntektsprøves. Spørsmålet om inntektsprøving av tjenester er vanskelig, bl.a. vet vi at det vil føre til økte administrative kostnader. Imidlertid er det i dag viktig at ytelsene treffer mer presist der hvor behovet er størst. Samtidig vet vi at det er mange som får økonomiske ytelser, som absolutt ikke har behov for det.

I forbindelse med den nye lov om helsetjenesten i kommunene ble det som kjent utløst en opprivende og forvirrende debatt om "privatisering" av helsetjenestene. Debatten bidro i liten grad til å klargjøre de alternativene vi står overfor. Her vil jeg peke på at spørsmålet om å delegere oppgaver til private og frivillige ikke er et spørsmål om å svekke velferdsstaten, men snarere om å videreutvikle denne til et velferdssamfunn. Innen f.eks. helse- og sosialsektoren er det på ingen måte snakk om å svekke eller redusere tempoet i utbyggingen av det offentlige tilbud, men snarere om å mobilisere og utløse frivillige og private krefter som kan supplere offentlige tilbud. Det er vel verken mulig eller ønskelig at det offentlige skal dekke alle behov innen f.eks. eldreomsorgen? Og ingen kan vel forestille seg at det offentlige alene skal kunne klare å

dekke det nærmest uendelige behov for helsetjenester i samfunnet, enn så snakke å sysselsette hele det voksende antall leger, sykepleiere, fysioterapeuter?

Vi må derfor heller stille spørsmålet: Hvordan kan det offentlige ansvar for helsemessig og sosial trygghet løses med bidrag også fra private og frivillige organisasjoner? Spørsmålet om å sikre rimelige arbeidsvilkår for f.eks. leger som vil praktisere utenfor det tilbud som det offentlige til enhver tid "har råd til", kan derfor umulig betraktes som noen trussel mot velferdsstaten, snarere som et naturlig element i et moderne velferdssamfunn. At et privat tilbud kommer inn som et supplement til det offentlige, forringer ikke det siste.

Forebyggelse og egenomsorg

Forebyggende virksomhet og egenomsorg må også gis en større plass i en politikk for velferdssamfunnet. Dette er dels et spørsmål om å ta på alvor sammenhengen mellom de sosiale og helsemessige problemer, og forhold i arbeidslivet, på boligsektoren, miljøspørsmål i vid forstand osv. Dette er ikke nye tanker, men det ligger likevel en stor utfordring i å forme en praktisk politikk som i større grad går på tvers av de tradisjonelle grensene for ulike sektorer. Dels er dette et spørsmål om å bygge ut primærhelsetjenesten og de mer forebyggende aktiviteter i helsesektoren. Men fremfor alt er det et spørsmål om gjennom holdningsmobilisering og praktiske tiltak å oppfordre og veilede befolkningen til å vise større ansvar og omsorg for egen helse.

Profesjonalisering

Den sterke profesjonaliseringen - særlig innen helsevesenet - som vi har hatt, skaper problemer som må angripes om samarbeid og effektivitet skal kunne utvikles. Den økte spesialiseringen skaper på den ene side situasjoner som for klientene oppfattes som absurde. På den andre side er et manglende samarbeid og en manglende fleksibilitet mellom profesjoner effektivitetshemmende. Dette gjelder både i og utenfor institusjon i helse- og sosialtjenesten. Den manglende koordineringen og fleksibiliteten er ofte også knyttet til et sett av byråkratiske regler og forskrifter som med fordel kan forenkles.

Vår strategi må her være to-delt: Dels må vi søke å motvirke tendenser til unødige og uhensiktsmessige profesjonsdannelse. Men enda viktigere vil det bli å arbeide for en bedre koordinering og fleksibilitet mellom de ulike profesjonsgrupper i framtida. Dette er ikke minst avhengig av et samarbeid med de profesjoner det gjelder. Grensene mellom profesjonene må mykes opp. I mange tilfelle virker det meningsløst når en profesjon utvikler en form for monopol på visse arbeidsoppgaver - samtidig som andre oppgaver ikke utføres fordi de ikke hører yrket til. I et spredtbygd land som Norge kan spesialiseringen føre til at hjemmeboende omsorgstrengende må forholde seg til 4 - 5 ulike personer som jevnlig kommer innom for å utføre sin del av arbeidet. Denne situasjonen er ubehagelig for den omsorgstrengende og den er kostbar for skattebetaleren. Selv om noen arbeidsoppgaver krever spesialutdannelse er

det mange som ikke gjør det. Hjemmesykepleieren må kunne sette på potetene - kanskje t.o.m. feie over gulvet - når han allikevel har reist 30 km. for å stelle et sår. Likeledes må hjemmehjelperen bli tiltrodd å bade en klient - ja kanskje også sette en sprøyte i ny og ne, forutsatt en viss opplæring og veiledning.

Familie og nærmiljø

En av de gledeligste ting som har skjedd i den senere tid er den økende forståelse for familiens avgjørende betydning for trygghet, velferð og forebyggelse av sosiale problemer. I dette lys er det tankevekkende at man for en del år siden syntes å mene at oppløste ekteskap, svekket familiesamhold og ustabile samlivsformer nærmest var å regne som en privatsak som ikke angikk samfunnet. Enten vi liker det eller ei er imidlertid familiens stilling i samfunnet endret. Nye samlivsformer, flere oppløste ekteskap, kvinnenes yrkesdeltakelse, færre barn i hver familie, er eksempler på viktige forandringer som har skjedd over en historisk sett kort periode. Disse forandringene er med på å endre betingelsene for familien som velferdsskaper, noe som igjen betyr nye utfordringer for det offentlige apparat: Nemlig å utforme tiltak mer i samsvar med de forskjelligartede behov som er tilstede, og å legge større vekt på å samarbeide med og støtte opp under familien som velferdsprodusent. Hovedpoenget er imidlertid at vi blir enige om å styrke familiens rolle og muligheter i forhold til de endrede betingelser, og ikke nøyer oss med å forsøke å "reparere" skadevirkningene av oppløste familieband. Dette er spørsmål som blir tatt opp i den familiemelding som snart skal fremmes.

Jeg var tidligere inne på den rolle nærmiljøet kan spille, og på betydningen av bedret samspill mellom det offentlige på den ene side og nærmiljøet på den annen. Når bevaring og styrking av nærmiljøet og de uformelle sosiale band blir et mål for offentlig politikk, møter en straks spørsmålet om hva slags virkemidler som kan tas i bruk. I den forbindelse er det nærliggende å peke på enkelte sentrale vilkår eller rammebetingelser for sosial integrasjon på lokalplanet. Dette går på faktorer som stabilitet i bosettingen, steder å møtes, og felles oppgaver eller aktiviteter i nærmiljøet.

Nærmiljøene blir dessuten påvirket av samfunnsutviklingen for øvrig, bl.a. når det gjelder endringene i næringslivet, omfanget av pendling og flytting, boligpolitikken og den fysiske utformingen av bomiljøene. På denne bakgrunn er det viktig å påse at de nødvendige omstillingene i arbeidslivet i størst mulig grad skjer lokalt - nettopp for å hindre at det sosiale miljøet og de uformelle hjelpeordningene brytes opp ved sterk uttynning eller utskiftning blant beboerne. Sosial kontakt, aktivitet og tilhørighet utvikles over lang tid.

I et stort antall lokalsamfunn over hele landet foregår det alt i alt en stor innsats i det frivillige nærmiljøarbeidet, ofte i form av dugnad (f.eks. ved bygging av grendehus). Og man kan nevne idrettslag,

skolekorps, misjonsforeninger osv. i samme sammenheng. En slik egenorganisering av felles aktiviteter, gjerne med støtte fra det offentlige, ivaretar viktige oppgaver på lokalplanet, utløser ubrukte ressurser, mobiliserer til ansvar for hverandre - og kan virke sosialt forebyggende. Det bør være en sentral politisk oppgave å bidra til en styrking av denne virksomheten og sikre kontinuiteten i arbeidet. I så måte er det ikke bare økonomisk støtte til materialer og utstyr som behøves, men også informasjon og veiledning. Jeg vil i den forbindelse nevne at Statens nærmiljøutvalg har fått i oppdrag å samordne de støtteordningene som alt finnes på dette området. Utvalget har dessuten gitt støtte til en hel rekke forsøksprosjekter i ulike typer nærmiljø. Dette blir fulgt opp med faglig veiledning, samtidig som det skal lages rapporter om de erfaringene som blir gjort lokalt. Det vil være nyttig å få en oversikt over ulike forutsetninger for og metoder i slikt utviklingsarbeid, også når det gjelder samarbeidet med kommunale etater.

I tida fremover skal det dessuten satses på et videre utviklingsarbeid når det gjelder de frivillige organisasjonenes rolle i nærmiljøsammenheng. Man ønsker kort sagt å stimulere til nytenkning og lokale initiativ i utviklingen av gode nærmiljøer. Derfor er det også viktig å få konkrete erfaringer om forutsetningene for dette. I 1983 ble det av Sosialdepartementet tatt initiativ til flere forsøksprosjekter for å utvikle samarbeidet mellom frivillige organisasjoner og offentlige organer i kommuner. Dette er et arbeid som vil bli fulgt opp i årene fremover.

Men når vi ønsker å satse sterkere på utvikling av samhold og samhörighet i nærmiljøet er det også nødvendig å erkjenne begrensningene for dette arbeidet. Vi vet at omsorgsbehovet, særlig blant de svært gamle, vil fortsette å øke sterkt. Vi vet også at dette vil føre til en sterk økning i behovet for offentlige tjenester - og at arbeid med sosiale nettverk ikke vil kunne resultere i at det offentlige blir avlastet for å utvikle omsorgsapparatet. Men det vil kunne føre til at velferden for den enkelte blir større.

Det utføres i dag et betydelig omsorgsarbeid utenfor det offentliges virksomhet, omfaget er antakelig flere ganger større enn den offentlige innsats. Det meste av dette arbeidet gjøres av den pleietrengendes nærmeste familie. Det er ikke realistisk å regne med at denne innsatsen kan øke i årene fremover, fordi befolkningsutviklingen vil føre til at vi får flere eldre som trenger omsorg, uten tilsvarende økning i antall yngre som kan gi slik omsorg. Dette også fordi det dessverre er grunn til å frykte at det ennå vil ta noen tid før mennene i særlig utstrekning vil delta mer aktivt i omsorgsarbeidet.

Men nettopp denne situasjonen gjør det enda viktigere å satse på å styrke samspillet mellom formelt og uformelt omsorgsarbeid. Dette er viktig dels fordi mange omsorgsytere gjør en såvidt tung jobb at det ville være umenneskelig ikke å sikre avlastning og støtte. I tillegg vil frykten for å bli stående alene med et tungt

omsorgsansvar kunne være med på å hindre mange som egentlig ønsker å påta seg omsorg i å gjøre det. Og her er vi inne på et viktig virkemiddel i effektiviseringen av "velferdsproduksjonen": Belønningssystemene må fungere slik at de stimulerer til meningsfylt innsats - ikke til verken "overbehandling" eller "underbehandling" av problemer. Og dette må gjelde for tiltak innen det offentlige system, såvel som for tiltak som retter seg mot uformelt omsorgsarbeid.