

Transisjonsbegrepet og velferdsstaten

Michael 2011; 14: 516–29.

Styres utviklingen av helse og velferd – i større grad enn vi er klar over – av langsomme, umerkkelige prosesser som gradvis ser ut til å erstatte kollektiv med individualistisk tenkning?¹ Er dette i så fall prosesser som kan vise seg å bli avgjørende over tid? I Storbritannia reverseres kollektive ordninger og i USA er det vanskelig å få til fellesskapsløsninger innenfor helse og velferd. Vi skimter en «amerikanisering» av helse og velferd også hos oss.² Velferdsstaten er tilsynelatende kommet på «rødlista», dvs. den er blitt «endangered species», åpenbart uten at beslutningstakerne har sett konsekvensene tydelig nok.

Kan sosialhistoriens transisjonsbegrep bidra til å forklare hva som skjer? Er det trekk ved selve tidsånden og hvordan denne forandrer seg, som kan belyse prosessen bedre? I denne artikkelen drøftes dette på bakgrunn av den historiefaglige tilnærmingen som ser på langtidselementers utvikling, eksemplifisert med den demografiske transisjon, videre på Maslows hierarki for behovsdekning og Goffmanns teorier om utviklingen av selv'et, foruten på Veblens teori om selv-markerende forbruk som motiverende drivkraft.

Det antydes at en slik tenkemåte kan gi ny forståelse og ideer til nye tilnæringer for å bevare en sosial utvikling som det tidligere har vært stor politisk enighet om.

- 1 Spørsmålet kan stilles på bakgrunn av en økende bekymring for hvordan den heldekkende, universelle og statlig finansierte National Health Service i Storbritannia gradvis og nærmest ubønnhørlig går i oppløsning og dreies mot kommersialiserte tjenester og økende klasseskiller i helse spørsmål, en utvikling som også spores i Norge. De politiske hindringene for å innføre en universell helsetjeneste i USA på 2000-tallet påkaller på samme måte også betydelig interesse i Norge.
- 2 Et seminar ved Institutt for samfunnsmedisin ved Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet (NTNU) i Trondheim 23. oktober hadde temaet «Velferdsstaten på rødlista» og drøftet de bekymringene som omtales her. Denne artikkelen dekker en del av argumentasjonen i forfatterens innlegg «Er samfunnsmedisinen rød» ved seminaret.

Da moderne offentlig statistikk ble innført, var det som om et sceneteppes ble trukket til side. Samfunnet sto fram som et tablå som kunne studeres både på tvers og på langs. I Norden var Sverige først ute med Tabellverket fra 1749, det nåværende Statistiska Centralbyråen. For forståelsen av sammenhengen mellom helse og levekår var registreringen av dødsårsaker meget viktig. Det var prestene som sto for registreringen i den første tiden, basert på detaljerte veiledninger. I Norge kom systematisk statistikk over helseforholdene senere. Men fra 1853 har vi fylldige og dekkende oversikter som følge av at prinsippene for hvordan medisinalberetningene som distriktslegene skulle sende inn skulle være, ble revidert.³

I medisinalberetningene leser vi om hvordan helse og levekår var ute i grender og lokalsamfunn. Hvis vi studerer disse beretningene, på lokalt nivå og som redigert, aggregert informasjon på fylkesbasis og nasjonalt, kommer der fram et større tverrsnittsbilde. Studerer vi medisinalberetninger fra år til år, kommer det fram *trender*. Det er kanskje ikke så store forandringer f. eks. fra et enkelt år til det neste, men på lang sikt skjer det mye.

De gradvise omstillingene kan gjelde konkrete samfunnsforhold, økonomi, levekår og folkehelse. Det vil hele tiden være en mengde parallelle prosesser som foregår, mange av dem stille og rolig, men med stor betydning etter hvert.

Det er også *trender* i oppfatninger og holdninger til viktige spørsmål.⁴ Hele tiden foregår det tilpasninger i samfunnet, både individuelt og kollektivt, slik at endringer som egentlig er dramatiske, ikke får så stor oppmerksomhet. Dessuten flettes en lang rekke slike *trender* inn i hverandre og påvirker hverandre, slik at man i løpet av en tidsperiode egentlig får et annet samfunn.

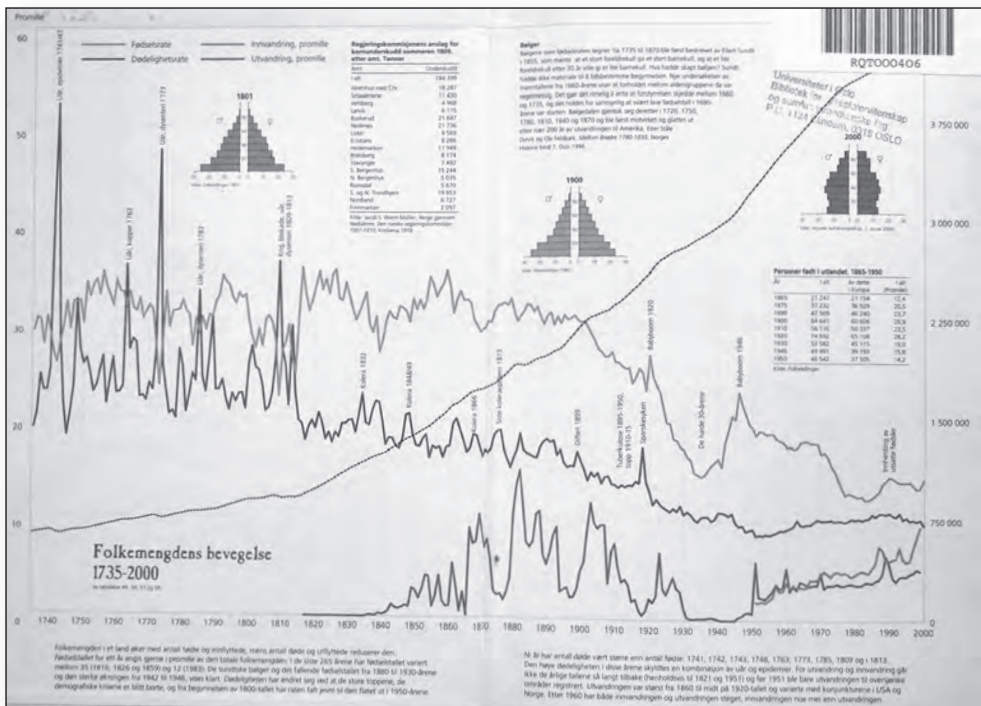
Transisjonsbegrepet i befolkningsutviklingen

Historiens mest typiske og kjente *transisjon*, dvs. overgang fra en type samfunn til en annen, er den såkalte *demografiske transisjon*. Det er rimelig å se om transisjonsbegrepet også kan være nyttig ved studiet av andre slike stille overganger.

Den demografiske transisjon er betegnelsen på det som skjer når en befolkning endrer det demografiske mønsteret fra å ha en svingende dødelighet på et høyt nivå, kombinert med et tilsvarende høyt fødselstall, til å ha en

3 Se: Imhof AE, Larsen Ø. *Sozialgeschichte und Medizin – Probleme der quantifizierenden Quellenbearbeitung in der Sozial- und Medizingeschichte*. Oslo/Stuttgart: Universitetsforlaget/Fischer, 1975.

4 Listen over faktorer som forandres er lang og variert, fra sekulariseringen av samfunnet til hygieniske standarder i hjemmet. I Larsen Ø. *Epidemic diseases in a period of change*. Oslo; Unipub forlag, 2000 er det dokumentert på grunnlag av medisinalberetningene hvordan både sykdomsspekteret og holdningene til sykdommene undergikk store endringer i perioden 1868-1900.



Figur 1: Den demografiske transisjon i Norge er framstilt i en god oversiktsfigur som står på innsiden av permene i Statistisk Årbok for 2000 fra Statistisk sentralbyrå. I Norge tok den demografiske transisjonen ca. 130 år, fra dødelighetsfallet begynte i 1815 til det flatet ut på et nivå rundt en tredel rundt Den annen verdenskrig. Fallet i fødselstall begynte imidlertid ikke før rundt 1890. Vi ser uten videre hvordan det norske samfunnet gradvis forandrer karakter på grunn av befolkningsendringene. I andre land som gjennomgår denne prosessen, f. eks. i utviklingsland på 1900- eller 2000-tallet, kan imidlertid det hele skje på betydelig kortere tid, men med de samme utviklingselementene. Den demografiske transisjon ser ut til å være en universell prosess som en eller annen gang finner sted i de fleste samfunn. Tidspunktet for når den inntreffer, er imidlertid avhengig av en rekke ytre og indre forhold.

forholdsvis stabil dødelighet på et lavt nivå og et tilsvarende lavt fødselstall. Til denne endringen i mønster hører en forskyning i tid, slik at dødeligheten faller først. Deretter faller fødselstallet, noe faseforskjøvet. Følgen av dette blir at man i en periode får en akselerert befolkningsøkning. I 1800-tallets Norge ble denne kompensert med urbanisering og emigrasjon (figur 1).

Innsikt i disse demografiske endringene er nødvendige for å forstå sosiale, økonomiske og politiske prosesser i den samme perioden. Forutsetninger og beslutningsgrunnlag forandres fra tiden før prosessen begynte,

gjennom den, og til tiden etterpå. Men det er også omvendt: Innsikt i andre grunnleggende samfunnsprosesser, også med transisjonspreg, vil være nødvendig for å forstå *når* den demografiske transisjonen fant sted, *hvilken form* den antok, og *hvorfor* det skjedde.

Transisjonsbegrepet generelt

Samme betraktningmåte som for befolkningsutviklingen kan også anvendes på andre prosesser i samfunnet. Også andre trender trer tydelig fram. Innenfor medisinen er det f. eks. naturlig å tenke på den *epidemiologiske transisjon*, dvs. endringene fra et samfunn der både sykkelighet og dødelighet var dominert av infeksjonssykdommene og til en situasjon der disse er blitt trengt tilbake og erstattet med andre sykdommer og dødsårsaker. Dette skjedde i den vestlige verden i løpet av 1900-tallet, først med alminnelig velferdsøkning, forebyggende medisin og hygieniske tiltak som drivkraft, senere også fordi effektiv antimikrobiell behandling ble tilgjengelig.

For Norges vedkommende er det også rimelig å snakke om en *hygienisk transisjon* som pågikk i forløpet av 1900-tallet. Eksempel: Bad og WC ble ikke standard i norske bolighus før etter Den annen verdenskrig. Nå er det selvfølgelig, og vi tenker ikke på at det egentlig ikke er det.

Utdanningstransisjonen beskriver det faktum at folk stort sett blir bedre og bedre utdannet, og også lenge slik at barna ofte fikk bedre utdanning enn sine foreldre. Dette har vært en politisk villet utvikling som har gjort det kunnskapsmessige grunnlaget for beslutninger i stort og smått annerledes enn i f. eks. besteforeldrenes generasjon.

Media- og informasjonstransisjonen behøves ikke beskrives nærmere, da alle ser de betydelige endringene som skjer her i vår samtid.

Økonomiske transisjoner foregår hele tiden og er kan hende noe av det som i størst grad langsomt forandrer vår hverdag. Lønns- og prisutvikling forteller ikke bare om hvordan levekårene endrer seg, men også om hvordan forholdet mellom verdier forandrer seg innbyrdes over tid.⁵ Innen økonomien spiller studiet av historiske trender en stor praktisk rolle, blant annet innenfor formuesforvaltning.

Transisjoner behøver ikke være endelige og irreversible. De kan også være midlertidige. Endringene kan gå tilbake. Man kan *en viss tid* ha hatt et annerledes samfunn, men så er endringene blitt reversert. Eksempel: Fra tiden rundt første verdenskrig utviklet Norge seg til å bli et samfunn der bortimot halve befolkningen var sigarettrykere. Hundre år senere har denne trenden snudd og røykehyppigheten er på god vei tilbake. Hvis man har

5 Se blant annet Hodne F. *Norges økonomiske historie 1815-1970*. Oslo: Cappelen, 1981.

sigarettøykingens dokumenterte helseeffekter in mente, sier det seg selv at denne transisjonen fra et lavt alminnelig sigarettforbruk til et samfunn med et høyt forbruk og tilbake igjen, blir en medisinhistorisk forklaringsfaktor på mange plan.

Transisjoner kan ha ulik sosial utbredelse i grupper av samfunn, de kan inntreffe på ulik tid for ulike subgrupper, og de kan ha forskjellig varighet og form.

Innenfor temaene helse og velferd kan det identifiseres transisjoner i f. eks. oppfatningene av menneskeverd, oppfatningene av hva rimelig god helse egentlig er, hva omforent velferd består i, og i hvordan oppfatningene av helse og velferd avveies opp mot andre verdier.

Et viktig felt der det kan være interessant å lete etter trender over tid, og en transisjon, er i synet på *jeg's* posisjon og viktighet i forhold til andre individers *jeg*. Menneskesyn i sin alminnelighet undergår langsomme, men viktige forandringer. Enkeltindividets selvoppfatning går inn under dette, og er kanskje en nøkkel til å forstå mange utviklingstrekk.

En politisk utvikling kan mange ganger forklares bedre ved å se ikke bare på denne i seg selv, men på transisjoner i kontekstfaktorene. Hvordan skal man så hankses et knippe av tråder som må følges over tid?

Kontekstens struktur

Transisjonsbegrepet blir et verktøy i studiet av et historisk fenomenets *kontekst*.

Det er ingen ny tanke. Men det fordrer ofte en egen historisk tilnærming, nemlig å skaffe til veie og bearbeide større mengder komparativt, oftest kvantitativt materiale. Denne historiske retningen utviklet seg spesielt i Frankrike på 1920-tallet,⁶ med opprettelsen av det som kom til å hete tidskriftet *Annales ESC*⁷ i 1929 som en milepæl. Dette tidsskriftet og gruppen bak det viet seg spesielt til denne typen studier, det ble en *skole*.

Et sentralt punkt i *Annales*-skolens bestrebelser var å se på historiens bakenforliggende, langsgående utviklingstrender, *les éléments de longue durée*.

Etter hvert ble dette også preferansenes, synsmåtenes, eller «tidsåndens» langsgående utvikling, *l'histoire de la mentalité*. I 1960 og 1970-årene kulminerte dette med at historikeren Fernand Braudel (1902-85) og kolleger

6 Innen norsk økonomisk historie var dette også klart. I 1932 opprettet professoren i statistikk i Oslo fra 1927, fra 1937 professor og rektor ved Norges Handelshøyskole i Bergen, sosialøkonomen Ingvar Brynhjulf Wedervang (1891-1961) et arkiv for priser og lønninger som ga forskningsmateriale for langtidstudier av økonomiske trender. Se blant annet artikkel av Preben Munthe i *Norsk Biografisk Leksikon*.

7 *Annales d'histoire économique et sociale*, flere navneskifter, 1946-1993: *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations (Annales ESC)*.

lanserte den syntetiserende retningen *l'histoire nouvelle*, en overgripende historieskriving.

Metoden ble også anvendt i Norden og for nordiske materialer. Den sveitsisk-tyske historikeren Arthur E. Imhofs (f. 1939) arbeider om utviklingen av helse, dødelighet og dødsårsaker var noen av de første, nordiske studiene der nye sosiale sammenhenger trådte fram ved kvantifiserende behandling av historisk primærmateriale – for Imhofs del også materiale fra tiden på 1700-tallet før Tabellværket begynte sine systematiske innsamlinger.⁸

Spesielt for å belyse sosialhistoriske problemstillinger viste *Annales*-skolens tilnærminger seg å fungere godt.⁹ Men det var én viktig forutsetning som gjorde at denne forsknings- og forklaringsretningen kunne skyte fart fra rundt 1970 – den elektroniske databehandlingen. Kombinert med andre retninger som også vokste seg opp og fram, som «history from below», «oral history» og den sosialt orienterte medisinhistorien, kastet dette nytt lys over fortiden, også i Norge. I historiske tilbakeblikk var nå konteksten for alvor kommet med.

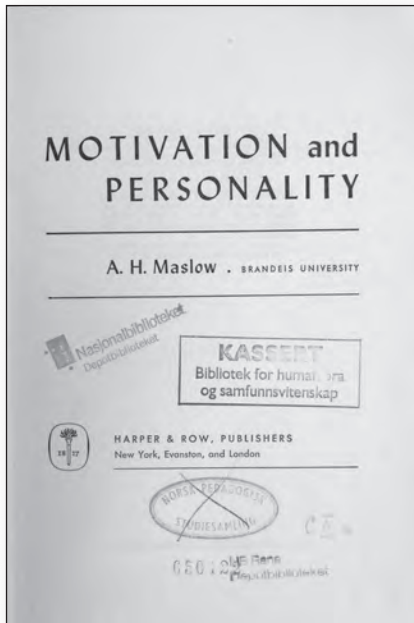
Menneskets natur og de gradvise forandringene

Transisjonstenkningen behandler fortidens historiske prosesser på *gruppenivå*. Enkeltindividene trer fram som medlemmer av en gruppe og som aktører i en kontekst i forandring. De er imidlertid aktører på en litt spesiell måte. Dels agerer de nok *selv*, men det er ut fra premisser som delvis er *lagt av konteksten*. Fordi transisjonene skjer med små skritt og ikke er dramatisk merkbare i en hverdag som ofte har kort tidsperspektiv både forover og bakover, preges premissene for egen atferd av en kontinuerlig, ofte umerkelig *tilpasning*. Det ville derfor være interessant om man kunne vite noe mer om individenes balanse mellom egen vilje og kontekstilpasning, herunder *motivene* for individuell handling og samhandling. Hvordan svarer disse med menneskenes egentlige natur? I hvilken grad er mennesket et «flokkdyr», og i hvor stor grad er det individualist? Til vårt tema velferdsstaten: Hvordan er drivkreftene for individet til å operere i større eller mindre kollektiver? I hvilken grad står egennyttens i første rekke?

Den amerikanske sosiologen Abraham Maslows (1908-70) behovshierarki fra 1950-årene er blitt kulturelt fellesgods og har gått inn i våre

8 Imhof AE. *Aspekte der Bevölkerungsentwicklung in den nordischen Ländern 1720-1750*. I-II. Bern : Francke, c. 1976.

9 Se en oversikt for den første tiden i Imhof AE, Larsen Ø. *op. cit.* 1975.



Figur 2: Abraham Maslows bok fra 1954.

allmenne oppfatninger av dette.¹⁰ (Figur 2) Først, dvs. nederst i behovshierarkiet, må de fysiologiske behovene dekkes for å opprettholde livet. Da er enhver seg selv nærmest. Dernest kommer dekning av behovet for trygghet, deretter melder oppfyllelse av sosiale behov seg. Her har fellesskap med andre en åpenbar nytteverdi. Så kommer behovet for anerkjennelse, og øverst i pyramiden behovet for selvrealisering.

På alle Maslows nivåer kan det være et behov for samhandling med andre, men på ulike måter. For de nederste trinnene kan den dominerende motivasjonen for samhandling være egen nytte for å opprettholde livet slik man ønsker, mens individet på de neste trinnene agerer og *finner identitet* sammen med andre. Hvem man *selv* er, er man i forhold til *andre*.

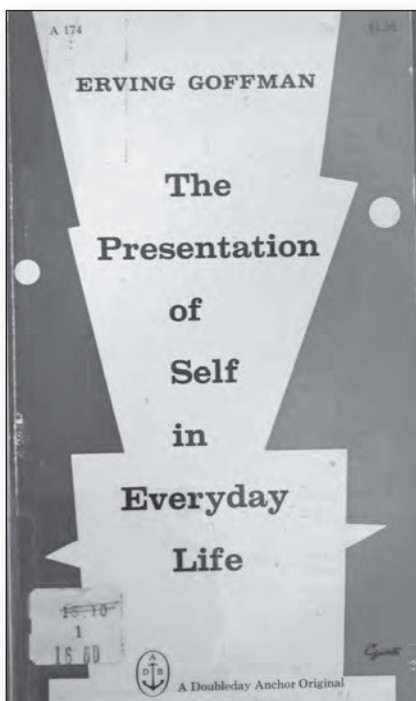
På de to øverste trinnene skjer imidlertid behovstilfredsstillelsen ikke nødvendigvis gjennom å samhandle, men gjennom å *markere avstand* til andre. Dette passer sammen med den kanadiske

sosiologen Erving Goffmanns (1922-82) studier over selvoppfattelse, også i 1950-årene, om hvordan *selvet* etableres i samspill med individet og de andre.¹¹ Samfunnet er sammensatt av individer som er *aktører* i forhold til hverandre, ifølge Goffmann, som dermed la ny vekt på rollespill-tenkningen for forståelsen av menneskelig atferd. Igjen fikk man i samfunnsvitenskapene og i allmennheten en ny måte å se på verden på. (Figur 3)

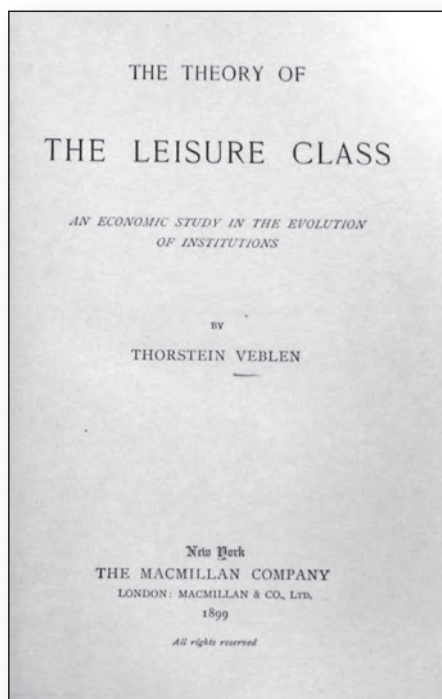
For moderne vestlige samfunn som de er blitt i dag, kan det imidlertid være fruktbart å se på menneskets atferd på behovshierarkiets øverste trinn, der det for mange mest er anerkjennelse og selvrealisering som mangler. Behovene i hierarkiets lavere trinn er allerede dekket, og det er blitt selvfølgelig at det er slik.

10 Maslow A. *Motivation and personality*. New York, Evanston, London : Harper & Row, 1954. I forordet redegjør han for hvordan dette er en oppsummering av arbeidet som er oppstått over en årrekke. Behovshierarkiet omtales ofte som en pyramide med fem trinn, men i kapitlet *Higher and Lower Needs* s. 146-154 er det en langt mer detaljert gjennomgang, og det vises til denne. (Se forøvrig på stempelen på det eksemplaret som er avbildet her – de viser en viktig boks skjebne før noen reddet den og den kom til Deporbiblioteket i Mo i Rana !)

11 Goffmann E. *The Presentation of Self in Everyday Life*. New York: Doubleday Anchor, 1959.



Figur 3: Erving Goffmans bok om selvet (1956), her en utgave fra 1959.



Figur 4: Thorstein Veblens bok fra 1899 la føringer for hvordan sosiologien skulle utvikle seg i århundret som fulgte. En beskjeden liten bok, uten litteraturhenvisninger eller noter, bare med et krystallklart resonnement som trer fram når leseren først er kommet inn i språkbruken.

Når samfunn og livsbetingelser gradvis endres, blir også mulighetene annerledes for at menneskets natur skal kunne komme fram fra trykket av ytre omstendigheter. Men hvordan er egentlig menneskets natur?

Thorstein Veblen og forståelsen av de vestlige samfunn

Den moderne sosiologiens opphavsmann i USA, den norskættede Thorstein Veblen (1857-1929), skrev om menneskers atferd i forhold til hverandre allerede i 1899.¹² (Figur 3) Hans bok *The Theory of the Leisure Class* bygger

12 Veblen T. *The Theory of the Leisure Class*. New York: Macmillan, 1899.

på observasjoner av nyrike amerikaneres atferd i hans samtid, der trangen til å stikke seg fram, vise seg fram i forhold til andre, syntes å ha vært et kjernepunkt. Han lot begrepet *conspicuous consumption*, det påfallende forbruk, forbruk for å vise seg fram, være en sosial markør. Gjennom det påfallende forbruket, gjennom å vise raus omgang med goder som for andre var sjeldne og ettertraktingsverdige, signaliserte man posisjon og avstand.

Senere har uttrykket «veblenisering» blitt brukt om det fenomenet at mange simpelthen styrer sitt forbruk av varer og tjenester ikke bare av hva som er hensiktsmessig og prisgunstig, men også av at disse varene og tjenestene har en pris som man er villig til å betale, nettopp fordi den er høy. Dermed gir prisen varene eller tjenestene en ønsket verdi som sosial markør.¹³ Enklere sagt: En høy pris kan være høy fordi den er høy.

Eksempel: På veiene møter vi i 2014 biler som har en pris som ny fra f. eks. 200 000 kroner til f. eks. fem ganger denne prisen. Det de har felles, er at de bringer fører og passasjerer trygt fra A til B i løpet av omtrent samme tid. Men likevel er det et marked for biler i alle prisleier.

Så vidt man kan tolke Veblen, anså han denne trangen til å hevde seg, ta opp konkurransen med de andre gjennom selvmarkerende atferd, å være et grunnleggende trekk ved menneskenaturen. Og når det gjelder forbruk, mente han at det er en lovmessighet at vi strekker oss etter akkurat der grensen går for hva som er mulig for oss. Det er det som stimulerer mest.¹⁴

Viljen til å markere seg gjennom forbruk og atferd er avhengig av gruppen man identifiserer seg med. Eksempel: Et dyrt armbåndsur er bare en sosial markør blant dem som har – eventuelt kjenner – de dyre armbåndsur. For andre er det bare en klokke som viser tiden.

I sin argumentasjon penset Veblen også over mot helt andre livsområder. Å ta utdanning, mente han, kunne også være en form for å være *conspicuous*, å stikke seg fram og markere avstand til de andre – kanskje ikke så underlig i et samfunn der det å ta utdanning kunne være en kostbar affære. Å drive sport blir også nevnt i hans bok på samme måte, likeledes det å ikke arbeide som en atferd som i seg selv er *conspicuous* og som markerer avstand til dem som må gjøre det.

Alle trendene i tiden utgjør til sammen *tidsånden*. Hvis vi følger Veblen, er kanskje behovstilfredsstillelsen, «the constitution of self» og selvmarkeringen, f. eks. gjennom økonomisk «veblenisering», en del av menneskets

13 Se f. eks. Bagwell LS, Bernheim BD. Veblen Effects in a Theory of conspicuous Consumption. *The American Economic Review* Jun 1996; 86,3; ABI/INFORM GLOBAL, s. 349-73.

14 Veblen 1899, s. 103 i kapitlet *The Pecuniary Standard of Living*: «...the standard of expenditure which commonly guides our efforts is not the average, ordinary expenditure already achieved; it is an ideal of consumption that lies just beyond our reach, or to reach which requires some strain».

natur, basale krefter som drar i den retningen tidsånden utvikler seg, og i seg selv er *éléments de longue durée*?

Passer transisjonsbegrepet i en drøfting av velferdsstatens framtid?

Gitt at velferdsstaten, dvs. den samfunnsmessige samhandlingen som har utviklet seg spesielt i Storbritannia og de nordiske landene for å sikre dekning av innbyggernes alminnelige behov for helse og velferd ved offentlige tiltak, er under press på begynnelsen av 2000-tallet, kan vi resonnerer som følger:

På Maslow-hierarkiets høyere nivåer kan det se ut som om viljen til samhandling sprekker fordi individets selvmarkering blir for sterk.

Det later til å være karakteristisk for velferdsutviklingen i nåtidens vestlige samfunn at helse blir *en verdi* som i større grad konkurrerer med *andre verdier*. Når man har dekket de basale helsebehovene, er det et økende spektrum av ikke-livstruende tilstander som oppfattes som helseproblemer. Fysisk, mental og sosial *uhelse* får uklare grenser mot subjektivt *velvære*. På dette nivået blir imidlertid helseproblemene annerledes, fordi behovet for å dekke dem blir utbyttable med dekning av andre behov som i øyeblikket kan synes mer attraktive å få dekket.

Løsningen av de «nye» helseproblemene går derfor i økende utstrekning inn i et marked som styres av de vanlige markedsmekanismene i samfunnet og i mindre grad av kulturens bleknende normer og helsetjenestens tradisjonelle omsorgstenkning.¹⁵ Men også helsetjeneste *i sin alminnelighet* går gradvis inn i et marked fordi det er egenandeler som skal betales i det offentlige helsevesenet, og også fordi man ser en oppbygging av private helsetjenester, betalt direkte eller gjennom private forsikringsordninger. Denne dreiningen over mot privat dekning av kostnader har skjedd gradvis. Den må derfor antas å ha hatt alminnelig aksept ut fra den tidsånd som til enhver tid har rådet.

Det kan argumenteres med at det er nødvendig med et system som dels synliggjør de reelle kostnadene, dels begrenser unødig bruk, og det er innbygd ordninger av typen blåresepter og utgiftstak som hindrer at de svakeste rammes urimelig. På den annen side kan man også spørre om det finnes en betalingsvillighet i Veblens forstand – at det å betale dyrt på et privat helsesenter istedenfor å gå til fastlegen har en verdi i seg selv?

Veblens kategori å vise status og selvstendighet ved å *ikke arbeide* har en parallell innen vår tids håndtering av helsespørsmål. I Veblens USA i

15 Det er i denne sammenheng et paradoks at i en ellers overveiende offentlig norsk helsetjeneste som er basert på en omforent tenkning om fellesskap og felles ansvar, er bærebjelken i førstelinjetjenesten, fastlegeordningen, stort sett organisert som privat forretningsdrift.

1890-årene ble det å *ikke arbeide* fordi man ikke trengte det i motsetning til andre, status fordi man *viste* dette. Man viste for verden at man kunne la være å arbeide uten at det skjedde noe negativt for en selv. Tilsvarende, på norsk helse- og velferdsnivå, skjer det ikke nødvendigvis noe negativt, i ethvert fall ikke umiddelbart, om man *ikke følger spillereglene i helsesaker*, neglisjerer forebyggende råd om helse, lar være å bruke sikkerhetsutstyr osv.¹⁶ Man styrker eget selvbilde gjennom å bestemme selv, gjennom f. eks. å velge alternative tilbud istedenfor doktorens anbefalinger, gjennom å bygge opp skepsis til autoritetene osv. Men i underbevisstheten ligger som en selvfølgelighet at med samfunnets hittil heldekkende helsevesen og velferds-system blir man tatt vare på når det røyner på likevel.

Denne utviklingen av trendene skjer altså gradvis, dels bare av seg selv, dels *styrt*. Er holdningene til velferdsstaten en slik trend? Er vi vitner til en langsom transisjon som stille og rolig og over tid gjør den kollektivt baserte, universelle helsetjenesten og de allmenne velferdsordningene om til et markedssystem? En langsom utvikling som en dag plutselig er gått over fra å være et dannet opprør mot opplevd autoritet og overmakt til å være blitt alvor, fordi vi selv eller noen av våre medborgere virkelig kommer i klemme? Hvorfor ser det ut som om man nærmer seg et system der hver og en på en synlig måte blir sin egen lykkes smed, et samfunn der *selvet* i Goffmanns forstand også konstitueres gjennom individuelle valg av helsetjenester og velferdstilbud?

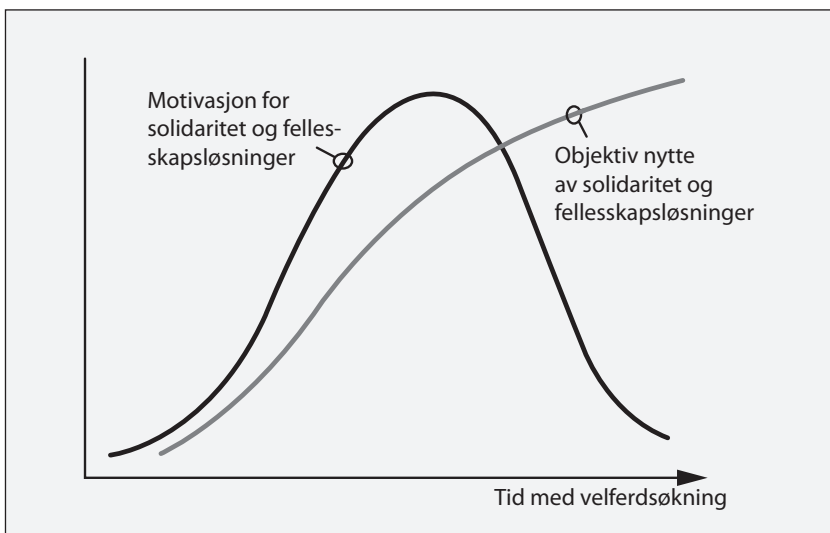
Med en arbeidshypotese om at det som foregår er en *transisjon*, er det grunn til å forsøke å dokumentere utviklingen *i seg selv*. Men det er også grunn til å kartlegge utviklingen av *motivene* for å forlate det kollektive.

Et forsøk på en modell av en mulig transisjon

Figur 5 viser skjematisk hvordan det kan ligge en *transisjon* av den type vi har beskrevet, bak det som skjer med utviklingen av kollektivt baserte helsetjenester og velferdstiltak.

La figurens horisontale akse representere tiden og en utvikling fra et primitivt nivå lengst til venstre, der det for flertallet var vanskelig å heve seg opp fra subsistensnivået, slik det f. eks. var i 1700-tallets Norge. I et slikt samfunn som hadde et tynt skikt av velstående på toppen og alminnelig,

16 Fenomenet er blant annet velkjent fra norsk bedriftshelsetjeneste. Råd om forebyggende atferd til arbeidstakere blir ofte ikke fulgt fordi det gir status blant arbeidskollegene nettopp å *ikke følge dem*. Mottrekket der har blant annet vært å forankre helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet blant arbeidskollegene på en slik måte at det blir status å følge de råd man har etablert bred enighet om. Eksempel: *Hjelm* er nå en selvfølge på svært mange arbeidsplasser, men slik har det ikke alltid vært. *Hjelm* er blitt til en positiv tilhørighetsfaktor og har fått en positiv ladning utover bare å gi beskyttelse av hodet.



Figur 5: Forfatterens hypotese er at det foreligger en lovmessig sammenheng mellom graden av behovsdekning og motivasjon for kollektiv atferd, fordi grensenytten av samhandling tilsynelatende avtar på høyere nivåer av dekning av helsebehov, slik at egeninteressen ved fellesskapsløsninger etter hvert avtar.

jevnt fordelt fattigdom for de fleste av de øvrige, var det et dårlig klima for fellesskapsløsninger, selv om viljen i og for seg var tilstede hos enkelte. Alle måtte simpelthen tenke på seg selv og sine først. Unntaket var når samhandling og fellesskapsløsninger medførte en *merverdi* for den enkelte ut over det man kunne oppnå ved å arbeide hver for seg. Dette var et sosialt bakteppe for f. eks. oppbyggingen av næringsliv og samfunn i Norge på 1800-tallet. For de impliserte ble det da mer og mer den personlige fordel som var drivkraft. Denne fellesskapets merverdi viste seg mer og mer ettersom samfunn og velferd utviklet seg videre.

Mens vi beveger oss mot høyre på figuren, økes motivasjonen for ytterligere samhandling og samfunnsorganisering om felles verdier og felles problemløsninger. Organiseringen av et samfunn basert på fellesskap medfører så tydelig merverdi for den enkelte, at solidaritet også kan tolkes som egen nytte.

Når det gjelder velferd og helse, er det imidlertid flere faktorer som gjør dette feltet annerledes enn mange andre områder av samfunnslivet: Det foreligger kulturelle og religiøse normer om *nestekjærlighet* og *uegennytt* som er viktige langtidselementer. Det forkludrer anvendelsen av markeds-

perspektivet. På den annen side er også disse normene utsatt for en transisjon over tid, oftest slik at de svekkes, litt forskjellig avhengig av hvilke subgrupper av befolkningen det gjelder.

Men så nærmer vi oss midten av figuren: Når folkehelse og velferdstiltak etter noen tid blir oppfattet som en selvfølgelighet, svekkes motivasjonen for fellesskapsløsninger, simpelthen fordi alternativet, en verden uten disse, er dårlig synlig. Vi har ikke noe som er umiddelbart relevant å sammenlikne med. Det spiller også inn at grensenytten oppleves som mindre i forhold til innsatsen. Dette er blant annet fordi helsebegrepet er blitt utvidet og berører randsonene for hva som kan betegnes helse. Dessuten har medisinsk og sosial utvikling gjort at det ofte er de vanskeligste oppgavene som står igjen.

Hvis nå et marked står klart til å dekke opp en gryende misnøye, kan motivasjonen for fellesskapet forminskes og svikte raskere. Man velger heller løsninger der man tilsynelatende selv bestemmer, dvs. føler selvrealisering i Maslowsk og Goffmannsk forstand.

Men Veblens tanker kan også slå inn: Å satse egne midler på egen helse og velferd, og *ikke å tie om dette*, kan være en *conspicuous consumption* som er en markør i posisjoneringen i forhold til andre. Å betale dyrt for en privat operasjon er en sosial markør i forhold til å få gjort inngrepet offentlig. Og – hva har størst «verdi» i Veblens forstand – en mislykket, selvbetalt, kostbar operasjon, eller den samme mislykkede operasjonen utført på et offentlig sykehus? Ved å ta den private operasjonen har man bestemt *selv*, og det kan være verdt en del.

Motivasjonen for fellesskap synker mot høyre på figuren. Det ser ut som om vi pr. i dag befinner oss der hvor kurven har begynt å gå nedover. Sosiale ordninger reverseres. Vi blir igjen ensomme ulver. Er det en transisjon på gang? Vi har imidlertid ingen empiri for kurvens ytre, høyre del. Så langt er vi ikke kommet. Men la oss forutsette at velferden fortsetter. Et viktig spørsmål er da: Hvis det er en transisjon på gang, er dette en transisjon av det reversible slaget, der man har beveget seg fra en type samfunn til et annet, men hvor det er tegn på at utviklingen går tilbake igjen?

Kan vi lære noe?

Figur 5 skisserer en hypotese. Den må underbygges bedre med fakta for å bli en teori, så foreløpig er det skisserte forløpet altså kun en hypotese.

Men hvis det skulle være slik, og hvis ansvarlige samfunnsaktører ønsker å forebygge en uønsket transisjon, kan da noe gjøres?

Vi kan f. eks. følge Veblens tenkning: Hvis individets personlige interesse og innebygde trang til selvmarkering er en primær drivkraft, vil det være

logisk å vende seg målrettet mot nettopp denne. Hvis trangen til selvmarkering er et underliggende trekk ved menneskets natur, kan den neppe unngås. Man må da spille opp mot selvmarkeringen for å oppnå ønskede resultater.

Det vil trolig fordre en litt annen måte å resonnerer på: Hvis man fikk dreid de offentlige helsetjenestene og de offentlige velferdsordningene slik at det for den enkelte framstår som det gunstigste å benytte nettopp disse ut fra *egennytte*, framfor å bruke de sprikende private tilbud, ville *den personlige interessen* stimuleres og bidra til et positivt selvbilde i Goffmanns forstand.

Dette krever foruten målrettet kvalitetsøkning av de offentlige tjenestene som tilbys, også en ny og bevisst omdømmebygging. Derved kan holdninger gradvis endres over tid. Vi har erfaringer for at langsomme forandringer av denne typen kan *styres*, dersom det er vilje til det. En slik påvirkningsprosess vil først ha nådd målet når det for enkeltindividet er blitt *conspicuous consumption*, en markering av status, å identifisere seg med og å bruke det offentlige systemet – og når man ser det som en positiv selvmarkering å bidra til å vedlikeholde det.

Øivind Larsen
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
oivind.larsen@medisin.uio.no