

Et bærekraftig velferdssamfunn

Veivalg og muligheter

Kåre Hagen

Senterleder for senter for velferds- og arbeidslivsforskning (SVA)
ved OsloMet

For NHO Geneo I Oktober 2026

Forord

Denne rapporten er skrevet som et oppdrag fra NHO Geneo. Deres motiv har vært å få sammenstilt et kunnskapsgrunnlag om hvordan ressurser benyttes i velferdstjenestene, og å få belyst hvordan private aktører kan spille bedre sammen med det offentlige, skattefinansierte ansvaret. Ambisjonen har vært å gi et oversiktsbilde, hvor alle tjenestene sees i sammenheng, slik befolkningens liv også er en reise gjennom oppvekst, et voksenliv i arbeid og for mange også utenforskap, og en siste fase med store behov for helse- og omsorgstjenester. Fallhøyden har vært stor, men den er gjort mindre gjennom ved all den hjelp jeg har fått underveis: I gode samtaler, workshops, konferanser og arrangementer. Jeg vil takke Reidar Holst Christensen, Kåre Anda Aronsen, Torbjørn Sølsnæs, Torbjørn Furulund og Lena Verås Eriksen fra NHO Geneo sentralt, Hella Yngsdal fra Melanor, og Fredrik Wang Gierløff og Barbara Suter fra Legemiddelindustrien LMI.

De skal alle ha takk ikke bare for generøst ha delt av sine kunnskaper, men også for den absolutte frihet og tillitt jeg er blitt gitt til selv å komme med de betraktninger og analyser jeg selv alene står inne for.

Del 1 Innledning

- 1.1 Utgangspunktet: Store mål, uklare resultater
- 1.2 Rapportens oppbygging
- 1.3 Litt om språkbruk
- 1.4 Velferdstjenestenes makro-politikk: Strategisk reformretning

Del 2 Utfordringsbildet

- 2.1 Effektive tjenester fra vugge til grav
 - 2.1.2 En visitt innom skolen
 - 2.1.3 En sammenhengende oppvekstkjede: Barnehager og barnevern
 - 2.1.4 Arbeidslinja: Inkluderings-tjenestene
 - 2.1.5 Spesialisthelsetjenesten
 - 2.1.6 De kommunale helse- og omsorgstjenestene
 - 2.1.7 Mer velferd for hver krone?
- 2.2 De konkurrerende verdensbilder
- 2.3 Samordning: Drømmen om de helhetlige tjenester
- 2.4 Samskaping: mere ressurser fra flere aktører
- 2.5 En forutsigbar og effektiv rettsstat
- 2.6 Samfunnssikkerhet som velferdsutfordring
- 2.7 Oppsummering

Del 3 Avslutning 10 råd på veien videre

Del 1 Innledning

1.1 Utgangspunktet – det overordnede utfordringsbildet

Denne rapporten tar sitt utgangspunkt i tre gap: Det første er et gap mellom de rettigheter befolkningen har til gode velferdstjenester over hele landet, og den faktiske virkeliggjøringen av dette målet. Til tross for at Norge er et av verdens mest vellykkede velferdssamfunn, er det fortsatt grupper og geografiske områder hvor tjenestene ikke leverer det folk har krav på. Det andre er et gap mellom en stor vekst i ressurser som settes inn i velferdstjenestene, uten at det er mulig å finne en tilsvarende økning i tjenestekvalitet og omfang. Derfor må fokus rettes på måten de økte ressursene anvendes på. Det tredje og i denne rapporten viktigste gapet, er mellom dagens tjenesteyting og de økte velferdsbehovene som fra nå og i fremtiden må dekkes med tjenester frambrakt med klokere bruk av knappere personellressurser. Denne rapporten har som mål å bidra til en slik utvikling. Den retter fokus på dagens ressursbruk, på mulighetene i nye teknologier, nye prioriteringer og arbeidsmåter, på økt etterprøving av tjenestenes egentlige måloppnåelse, og ikke minst, på gevinstene som kan ligge i å mobilisere relevante ressurser som i dag underutnyttes, på raskere og bedre måter.

Den norske velferdsstaten garanterer, gjennom lovgivning og tilslutning til internasjonale konvensjoner, at hele befolkningen skal motta et bredt spekter av skattefinansierte velferdstjenester om og når man har behov for det, uavhengig av hvem du er eller hvor du bor. Dette rettighetssystemet er innført med brede, solide flertall i Stortinget. Det er ingen sterke stemmer eller interesser som ønsker å svekke denne såkalte universelle velferdsmodellen. I befolkningen er det stor støtte til en omfattende velferdsstat. Samtidig, og nok i økende grad, klarer ikke det offentlige å levere på de løftene som er gitt i lovgivningen¹. Riksrevisjonen har, i en serie rapporter de senere årene, påvist alvorlig svikt² på helt sentrale områder av velferdstjenestene. Det er fortsatt sosioøkonomiske og

¹ Difi's Innbyggerundersøkelser, <https://www.dfo.no/nyhetsarkiv/innbyggerundersokelsen-nedgang-i-tilliten-til-den-offentlige-forvaltningen> Kantar's Helsepolitiske barometer viser at andelen i befolkningen som tviller på om et heloffentlig helsevesen kan dekke helse- og omsorgsbehovene i samfunnet økte fra 47 til 58 prosent fra 2019-2023. Det er en raskt økende andel av de unge eldre som tror de må ta et større ansvar for sine foreldre (<https://www.oslomet.no/forskning/forskningsprosjekter/trygg-aldring-hjemme> Gautun 2026).

Veksten i private helserelaterte forsikringer kan også avspeile økende mistro til det offentlige: Fra 20210 til utgangen av 2025 økte antallet personer med behandlingsforsikring fra 142 tusen til 855 tusen, antallet barneforsikringer fra 499 tusen til 656 tusen, og antallet med rett til engangsutbetaling ved sykdom fra 181 tusen til 630 tusen. Kilde: www.finansnorge.no/tema/statistikk-og-analyse/forsikring/helseforsikring

² Riksrevisjonen: Oppvekst: <https://dev.riksrevisjonen.no/kommende-rapporter/tjenester-til-barn-og-unge-med-psykiske-plager-og-lidelser2/> Kommunale helse- og omsorgstjenester: <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2025-2026/undersoking-av-kommunale-helse-og-omsorgstjenester-til-eldre/> Samhandling mellom sykehus og kommuner:

geografiske forskjeller i folks tilgang til tjenester de faktisk har krav på der de bor. Dette er en **rettferdighetsutfordring**.

Samtidig viser internasjonale sammenlikninger at Norge bruker svært mye ressurser på velferdstjenester, uten å oppnå vesentlig bedre resultater enn andre avanserte europeiske velferdssamfunn. Nå er det i utgangspunktet ikke så underlig at et svært rikt land bruker mye penger på tjenester som befolkningen ønsker. Lønninger er høye, de samme er kostnadene på alle andre innsatsfaktorer som trengs for å levere gode tjenester.

Velferdstjenester er i sin natur arbeidsintensive. Den relevante sammenlikningen med andre land er derfor ikke alltid penger brukt, men heller hvor mye personell, og med hvilken kompetanse, som benyttes i tjenestene. Da framstår Norge enda tydeligere med en svakere sammenheng mellom ressursinnsats og måloppnåelse enn andre land. Det er særlig for utdannings- og helsetjenester slike sammenlikninger bygger på gode data. Dette er velferdstjenester hvor de overordnede samfunnsmålene er ganske like i alle europeiske velferdsstater, ressursbruken er stor i alle land, og ikke minst, det er mulig å etablere relativt ukontroversielle indikatorer på kvalitet og måloppnåelse. OECD har i flere ti-år arbeidet systematisk med å sammenlikne ulike lands helse- og utdanningssystemer, og utgir årlige rapporter om utviklingen³.

For offentlig finansierte tjenester med mål om en trygg oppvekst, inkludering i arbeidslivet og hjemmebaserte omsorgstjenester for personer med funksjonsutfordringer, er forskjellene i ordninger så store at internasjonale sammenlikninger er problematiske. Dette er tjenester hvor ressursbruken i Norge har økt kraftig de siste par tiår, uten at det er mulig å bruke sammenlikninger med andre land til å si noe om produktivitet og måloppnåelse. I stedet må det benyttes sammenlikninger mellom innenlandske 'produksjonseenheter' som leverer samme tjeneste. I Norge gjøres dette tradisjonelt som sammenlikninger mellom kommuner, sykehus, skoler, omsorgstjenester og barnehager. Idéen er å beregne et samlet potensiale for mer effektiv ressursbruk dersom alle enheter var like gode som de beste. NHO har i en analyse fra 2023 inkludert data også om forholdet mellom kommunal egenregi og private anskaffelser⁴. Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten viser at produktiviteten i sykehusene har falt de fire siste årene, etter en lengre periode med vekst⁵. Også for de kommunale velferdstjenestene har produktiviteten falt fra 2013 til 2024⁶. Dersom alle enheter var like gode som den beste,

<https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2025-2026/helsetenestenes-samhandling-om-eldre/>

³ OECD: Education at a glance, Education at a glance.

⁴ NHO Ny analyse Kvalitet 23.

⁵ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rapport-fra-tekniske-beregningsutvalg-for-spesialisthelsetjenestens-okonomi/id3142504/s>

⁶ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rapport-fra-teknisk-beregningsutvalg-for-kommunal-og-fylkeskommunal-okonomi/id3112705/>

anslår Rattsøe (2025) at det kan realiseres et effektivitetspotensiale på 10-15 prosent i velferdstjenestene samlet⁷.

Med andre ord, både sammenlikninger på tvers av land, i Norge over tid og mellom tjenesteytende enheter innen Norge, viser at sammenhengen mellom ressurser brukt og måloppnåelse ikke er en enkel, linjær sammenheng. Slike sammenlikninger viser det motsatte, at en og samme tjeneste kan frambringes på høyst ulike måter. I dette ligger 'alt' mellom de ressurser tjenesteproduksjonen starter med til hva som oppnås når tjenesten mottas av målgruppen. Det dreier seg om organisering, ledelse, organisasjonskultur, arbeidsvaner og -rutiner, motivasjoner og sykefravær og ikke minst, utnyttelse av nye teknologiske muligheter og samspillet mellom offentlige og private aktører. Også lovkrav og andre eksternt gitte bestemmelser for hvordan produksjon skal foregå, som for eksempel arbeidstidsbestemmelser, miljøkrav, kompetanse- og bemanningsnormer osv, kort sagt alle føringer som direkte og indirekte medvirker til hvilke tjenestekvalitet man til slutt får ut av ressursene. Forholdet mellom ressurser inn i tjenestene, og den kvalitet, omfang og fordeling befolkningen mottar, er en **produktivitetsutfordring**. Vi må få mer helse og mer velferd ut av hver krone, hver arbeidstime, men hvordan?

Det norske velferdssamfunnet står ovenfor to store, svært forutsigbart økende behov for mer effektive velferdstjenester. Økende psykisk uhelse blant barn og unge⁸, økende mistrivsel⁹ og fallende kunnskapsnivåer i skolen vil, om de ikke møtes med mer effektive tjenester, lede til livsløp som forplanter seg til behov for velferdstjenester og inntektssikring senere i livet. Oppvekstutfordringen kommer i tillegg til de langt mer erkjente behovene for helse- og omsorgstjenester som øker forutsigbart når befolkningen blir eldre. Om 4-5 år vil det være flere personer over 65 år enn barn og ungdommer under 20. Antallet over 80 år og eldre vil dobles fra 285 tusen til over en halv million i 2040. 110 tusen vil være over 90 år. Samtidig vil befolkningen i yrkesaktiv alder flate ut.

Velferdstjenester er arbeidsintensiv personlig tjenesteyting. Rundt 70-80 prosent av utgiftene er kostnader til arbeidskraft. Dersom vi ikke endrer måtene arbeidskraften anvendes på, og de ulike aldersgruppenes avhengighet av offentlig finansierte ytelser framskrives, vil helsetjenestene alene ha behov for 180 tusen flere fram til 2060¹⁰. Og om vi

⁷ Jørn Rattsø: Produktivitet – hva skjedde? Utfordringer etter produktivitetskommisjonen. i Produktivitetsutviklingen i Norge nå og i Framtiden. Rapport nr 24. Samfunnsøkonomisk Analyse.

⁸ <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelserapporten/psykisk-helse/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>

⁹ <https://www.ungdata.no/norske-barn-og-unge-trives-darligere-og-darligere-pa-skolen/>

¹⁰ Dette tallet er fra Perspektivmeldingen 2024 Meld.St. 31(2023-24), s 12, andre beregninger gir litt lavere tall: <https://www.dagensmedisin.no/arendalsuka-arendalsuka-2026-helsepersonellkommisjonen/ssb-forsker-helsepersonellkommisjonens-konklusjon-er-feil/764789>

forsetter med den svært skjeve kjønnsbalansen innen de fleste velferdstjenestene, må tre av fire jenter velge helse- og omsorgsykker hvert år framover. Regnestykket går ikke opp.

Den norske velferdsstaten må endre utviklingsretning: Det må prioriteres, organiseres, ledes og arbeides på nye måter innen tjenestene, ny teknologi må tas i bruk i et langt større tempo, økningen i behov må dempes gjennom mer effektiv forebygging og nye legemidler som kan gi økt egenmestringsevne blant tjenestemottakerne. Sist men ikke minst, måten det offentlige velferdsstatsansvaret ivaretas på både kan og må baseres på et bredere tilfang av ressurser og innovasjoner utviklet i privat sektor, både ved at gode arbeidsmåter spres raskere, og ved at uutnyttede ressurser hos aktører i marked og sivilsamfunn gis en tydeligere rolle. Dette er en **omstillingsutfordring**.

Det er et gjennomgående perspektiv i denne rapporten at både begrunnelsene for konkret omstilling i de enkelte tjenestene, så vel som vurderinger av om endring faktisk leder til forbedring, fordrer en kraftig opprustning av dagens metoder og systemer for å verifisere måloppnåelse. Dette innebærer også en omstilling: I 100 år har vi målt velferdsstatens framgang med hvor mye penger som brukes på gode formål. Nå må vi bruke de få folkene vi har på bedre måter, i samspill med ny teknologi, bedre legemidler og behandlingsmetoder, og ikke minst, endrede arbeidsfordelinger mellom faggruppene.

Norge går nå inn i en framtid hvor behovene for de offentlig finansierte tjenestene vil øke. Og vi blir rett og slett ikke mange nok til å levere tjenestene til de flere som har behov. Derfor må vi gjøre to ting: Det første er å kombinere arbeid, kompetanse, teknologi og organisering på nye måter, slik at det kommer en økt verdiskaping ut av de ressursene som allerede foreligger. Mye kan oppnås ved slik økt produktivitet, men det er neppe nok. Derfor, og for det annet, forestillingene om hva som er relevante ressurser må også endres, slik at mer av hele samfunnets kapasitet tas i bruk. Mange innsatsfaktorer ligger brakk eller underutnytted, de tas ikke i bruk. Når finansminister Jens Stoltenberg spissformulerer den store utfordringen som at 'all ny arbeidskraft må komme fra utenforskapet' betyr det mye mer enn bare å styrke NAVs arbeidsmarkedstiltak. Når leder i Abelia Øystein Søreide snakker om velferdstjenestenes svake evne til å nyttiggjøre seg teknologi som allerede er godt utprøvd, trekker han vår oppmerksomhet mot muligheter som ikke utnyttes. Det samme gjør Melanor, som med en tydelig stemme peker på hvordan uklare offentlige rammebetingelser og omstendelige godkjenningsprosedyrer svekker ikke bare bruken av nye teknologiske hjelpemidler, men også motvirker politikernes mål om en større norsk helsenæring. Legemiddelindustrien undres over hvorfor ikke legemidler som kan redusere sykefravær tas raskt i bruk, når alle er så enige om at sykefraværet må ned. Både Sykepleierforbundet (med sine 80 000 medlemmer) og Fagforbundet (med 180 000 medlemmer innen helse og omsorg) er klare for å diskutere nye måter å fordele utføringen av de oppgaver som må utføres i en stor og mangfoldig helse-omsorgssektor.

Pårørendealliansen etterlyser en tydeligere, mindre utmattende og mer positiv rolle for pårørende. Sosiale entreprenører både opphever skillet mellom kommersielle og ideelle aktører, og undres over hvorfor de ikke gis en viktigere rolle når de kan dokumentere gode resultater til etterlevelse, så vel som mislykkede forsøk som bidrag til læring og forbedring. I sum betyr dette for meg at det norske velferdssamfunnet rommer de ressurser som kan og må mobiliseres for å sikre en solid og bærekraftig velferdsstat.

To store og grundige offentlige utredninger har pekt på det samme. Velferdstjenesteutvalget (NOU 2020:13) påpekte store verdiskapende potensialer ved bedre utnyttelse av alle kategorier private aktører som under- og delleverandører til ivaretagelsen av det offentlige ansvaret. Innovasjons- og samskapingsutvalget (NOU 2024:6), med et mer avgrenset fokus på kommuner og sivilsamfunn, kommer med samme perspektiv. Det foreligger og kan utvikles ressurser i lokalsamfunnene som kan og bør mobiliseres. Begge utredninger har en tydelig melding: De etterlyser en mer aktiv statlig politikk som etablerer stabile og tydelige rammebetingelser for en mer mangfoldig, mer samfunnsøkonomisk effektiv, utnyttelse av ressurser som nå underutnyttes. Sagt på en annen måte: Den norske velferdsmodellen er sterk og godt tverrpolitisk forankret. Men den trenger en politikk for velferdssamfunnet.

1.2 Rapportens oppbygging

Hvorfor går det så tregt? Denne rapporten er et forsøk på å gi noen svar på dette spørsmålet. Den er ingen forskningsrapport, men stiller sammen forskningsbidrag og offentlig tilgjengelig statistikk med det formål å beskrive et utfordringsbilde som også kan angi en utviklingsretning. Rapporten har tre deler: I neste del 2 tegnes et utfordringsbilde: Rapporten går gjennom ressursbruken i de sentrale velferdstjenestene, satt opp mot det som er tilgjengelig informasjon om måloppnåelse. Hva oppnår vi av resultater for 25 milliarder til barnehager, 100 milliarder til den obligatoriske skolen, 250 milliarder til spesialisthelsetjenesten, 230 milliarder til de kommunale helse- og omsorgstjenestene, kanskje 40-50 milliarder til inkluderingstjenestene og 25 milliarder til barnevernet? Kan den kraftige veksten i utgifter og personell de siste par ti-år gjenfinnes i en større måloppnåelse og en styrking av velferdssamfunnets framtidige bærekraft? Deretter drøftes kort utfordringene med å etablere adekvate situasjonsforståelser, de institusjonelle samhandlingsproblemene, uklare offentlige rammebetingelser for private aktører, og sist, utfordringene med nå også å innarbeide hensynet til samfunnssikkerhet, bragt på oss av en ny geo-politisk tid.

Rapportens formål er å være et kunnskapsbasert grunnlag for diskusjon og politikkutvikling. Skal vi oppnå mer med knappere ressurser må vi gjøre noe annet, både med de verktøyene en velferdspolitikker alltid må anvende, men også spørre: Er det noen

verktøy som mangler – som vi må skaffe oss? Tredje og siste del er derfor ti råd for et bærekraftig velferdssamfunn. De tre første tar sitt utgangspunkt i innovasjon, å utvikle det nye, dokumentere at det er nyttig, for så å nyttiggjøre det i en ny, generalisert praksis. Det fjerde er et råd om en kraftig opprustning av løpende kunnskap om ressursbruk og kvalitetsutvikling i tjenestene, mens det femte rådet er å snu perspektivet i inkluderingspolitikken fra de ‘arbeidsekskluderte’ individene til et fokus på virksomheter med større evne til å skape de jobbene som kan fylles med innsats fra personer som nå opplever for smale dører inn i arbeidslivet. Det sjette rådet er å vri samfunnsdebatten om sykefravær i velferdstjenestene til også å dreie seg om tjenestekvalitet for brukerne, mens det syvende er et råd om en offentlig politikk for husholdningenes egeninitierte utnyttelse av velferdsteknologi som nå tilbys i markedet. Det åttende rådet er å tydeliggjøre hvilke oppgaver det statlige velferdsansvaret ønsker at private aktører skal bidra til. De to siste rådene er forslag som kan bidra til økt samfunnssikkerhet. Det niende er et råd om å koble kompetansespredning på samfunnssikkerhetsfunksjoner med en sammenhengende oppvekstpolitikk, det siste å basere det offentlige velferdsansvaret på et bredere grunnlag av leveranser fra privat sektor.

1.3 Litt om språkbruk

Norge er et svært vellykket velferdssamfunn. Bærebjelkene i systemet, den brede oppslutningen om et omfattende statlig ansvar, er bortimot et århundre gammelt, Inntektssikringene og helseforsikringen for hele befolkningen i Folketrygden er snart 70 år. De omfattende velferdstjenestene er historisk av nyere dato, men en person, en velger, må ha passert 50 år for å kunne erindre en annen tid. Historien former språket vi tenker i og snakker med. Suksess befester tilvante tankemåter på måter som begrenser søken etter alternativer. Makten i de rådende oppfatninger er sjelden en endringsressurs. Reformen krever, om ikke et helt nytt språk, så en mer prinsipiell og presis språkbruk som kan anskueliggjøre det nye som ennå ikke er skapt. Derfor skal vi i dette avsnittet gjøre en liten visitt innom språkbruk, og også definere noen nødvendige nøkkelbegreper.

Et offentlig velferdsansvar kan ivaretas på tre prinsipielt ulike måter. Det offentlige kan selv produsere tjenesten (*egenregi*), en privat produsent kan levere til det offentlige gjennom en kontrakt (*anskaffelse*) eller det offentlige kan *betale eller subsidiere utgiften* som et individ (i en velferdspolitisk målgruppe) har til å skaffe tjenesten fra (offentlig godkjente) private tilbydere. Disse tre produksjonsmåtene samsvarer ofte med hvordan tjenesteprodusenten får sin inntekt: ved en direkte politisk bestemt *bevilgning*, ved en *kontraktssum* eller ved at *inntekten følger tjenestebrukeren*. Offentlig egenregi er i utgangspunktet bevilgningsfinansiert, men kan også ha innslag av aktivitetsrelaterte inntekter. For eksempel får de offentlig eide sykehusene sin inntekt som en kombinasjon av bevilgning, en inntekt knyttet til faktisk produksjon (*innsatsstyrt*) og ved egenandeler fra pasientene.

Private underleverandører får i utgangspunktet en kontraktssum, men kontrakten kan også inneholde adgang til, eller begrensinger på, å ta egenandeler fra brukerne. Og det kan være bygget inn resultatbaserte bonuser (*effektkontrakter*). Det kommunale ansvaret for velferdstjenestene finansieres i utgangspunktet med en *rammefinansiering*, hvor kommunene selv må prioritere mellom de mange lovpålagte oppgavene. Men staten griper også inn på i prinsippet tre måter: Den ene er å forsikre kommunene mot ekstraordinært store utgifter til en konkret brukergruppe¹¹, det andre er å regulere adgangen til å ta egenandeler fra brukerne (sykehjem, barnehager, fastleger), det tredje ved å tilføre kommunene ekstra midler gjennom statlige øremerkinger. Finansieringssystemer skal derfor gjøre to oppgaver, den ene å finansiere selve tjenesteproduksjonen, den andre å være et styringsverktøy (*insitamentsystem*) for å vri tjenestene i en bestemt ønsket retning.

I hvor stor grad et offentlig velferdsansvar utøves gjennom egenregi eller ved utnyttelse av private leverandører på ulike måter, og hvordan dette igjen kombineres med ulike finansieringsformer, er viktig for å forstå den historiske utviklingen av forholdet mellom stat, marked og sivilsamfunn i befolkningens samlede tilgang til velferdsgoder. Men det er også helt sentralt for å kunne tenke hvilke andre måter et konkret velferdsbehov kan ivaretas. I norsk politisk debatt brukes begrepene *velferdsstat* og *velferdssamfunn* om hverandre, mens grenseflatene mellom offentlig og privat og ikke minst selve ordet privatisering er sterkt ideologisk ladet. I velferdsforskningen har skillet mellom *welfare state* og *welfare society* en presis betydning. Velferdsstat henspeiler på den nasjonale politikkenes rolle: hvordan staten utformer lovgivning, bevilger penger på ulike måter og legger føring på fordelingen av de ulike velferdsgodene som tilbys befolkningen. Begrepet velferdssamfunn ser samfunnet nedenfra, i et perspektiv hvor velferdsgoder kan frambringes på ulike måter, både gjennom offentlig egenregi, gjennom tilbud i et marked, og fra familien og andre aktører i det sivile samfunn¹². I denne forstand er alle utviklede og rike land velferdssamfunn, som kombinerer et statlig ansvar med tjenester fra privat sektor. Forskjellene mellom landene – ofte gruppert i de såkalte velferdsmodeller - ligger i hvor sterkt og omfattende staten regulerer, finansierer og insentiverer ikke-offentlige aktører.

Norge er i et internasjonalt ytterpunkt. Vår nasjonal-velferds-stat kjennetegnes av en omfattende regulering og finansiering av private aktører, samt en betydelig tjenesteproduksjon i offentlig egenregi. Like fullt er om lag en femdel av tjenesteproduksjonen finansiert med offentlige utgifter, utført av private aktører¹³. Også

¹¹ <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd-og-finansiering/tilskudd/saerlig-ressurskrevende-helse-og-omsorgstjenester>

¹² For eksempel antas det at nære pårørende leverer en ubetalt omsorgsinnsats som målt i timer er om lag like stor som den innsatsen som finansieres over offentlige budsjetter, hhv 136 og 143 tusen årsverk. <https://www.parorendealliansen.no/nyheter/juli-i-parorendenorge>

¹³ NOU 2020:13.

offentlig produksjon i egenregi er basert på innsatsfaktorer fra private: De offentlige ansatte trenger bygninger, utstyr, forbruksmateriell mm. som leveres av private. Ny teknologi, enten det nå er nye legemidler, medisinsk utstyr, eller velferdsteknologi som trygghetsalarmer eller sensorbasert digital omsorg, utvikles og leveres praktisk talt utelukkende fra privat sektor. Private aktører, som gjennom regulering, finansiering og kontrakter om leveranser bidrar til det velferdsstatlige ansvaret, bør ikke sammenblandes med begrepet *privatisering*¹⁴.

Om en kommune eller et helseforetak velger å ivareta et lovpålagt ansvar ved å overføre tjenesteproduksjonen fra egenregi til en privat produsent, innebærer ingen endring i verken det offentlige ansvaret eller i tjenestemottakerens rettigheter. Overføringen av hele eller deler av tjenesteytingen til en privat aktør vil derfor ligge i et ønske om at den private produsenten kan tilføre noen merverdier det offentlige selv ikke klarer eller bare får til med en høyere kostnad, enten dette nå er en kostnadseffektivitet eller en større måloppnåelse. I noen tilfeller henvender særlig kommuner seg også til private aktører fordi de mangler kapasitet og/eller kompetanse til å ivareta rettigheter til personer med særlige behov (f.eks. forvaringsdømte).

Ekte privatisering derimot, betyr at et offentlig ansvar for ivaretakelsen av et behov blir redusert eller avvirket. Det finnes knapt noe eksempel på det i nyere norsk historie¹⁵. Derimot er brorparten av tannhelsetjenesten et eksempel på en privat, markedsorganisert velferdstjeneste: For aldersgrupper, personkategorier og diagnoser som ikke er forsikret av velferdsstaten, kan tannleger fritt tilby sine tjenester, med fri prisdannelse og fritt valg av tannlege. Denne private tjenesteproduksjonen står for ca. 70 prosent av befolkningens bruk og finansiering av tannhelsetjenester. Både gjennom Norges EØS-medlemskap i et større europeisk marked, og i en historisk tradisjon med utstrakt næringsfrihet, kan staten ikke nekte private tilbydere av velferdstjenester å etablere seg så lenge de tilfredsstiller faglige kompetansekrav¹⁶. Det vil derfor alltid være eksisterende eller mulige private tjenestetilbud som alternativ til de offentlig finansierte tjenestene.

En utilstrekkelig tjenesteleveranse gjennom det offentlige ansvaret, og/eller at befolkningens tiltro til at det offentlige ansvaret svekkes, vil i seg selv stimulere til at individer og familier etterspør tjenester fra private tilbydere, i marked eller sivilsamfunn, eller rett og slett opplever udekkede behov. Da kan en effekt fort bli at mer av det samlede velferdsbehovet i befolkningen dekkes gjennom private løsninger. I prinsippet kan dette være en statlig politikk, at det er ønskelig at folk selv betaler helt eller delvis for et

¹⁴ Et viktig perspektiv i Nils Ola Widme: Velferd og vinning. Fagbokforlaget 2025

¹⁵ Et unntak er avviklingen fra 2002 av den offentlige gravferdsstønaden som gikk til alle, og ble erstattet av en behovsprøvd ordning.

¹⁶ Litt mer komplisert her for legemidler, jfr krav om markedsføringstillatelse.

velferdsgode. En slik intendert stimulering av privat etterspørsel og tilbud som en konsekvens av et redusert statlig ansvar, var et kjernepunkt i 1980 og -90-tallets nyliberalistiske strategi for å begrense veksten i statens utgifter. En slik privatisering slo aldri igjennom i Norge, primært fordi det er en så bred oppslutning om det omfattende velferdsstatlige ansvaret.

Måtene vi omtaler velferdssamfunnets utfordringer kan både hemme og fremme innovativ tjenesteutvikling. Alle forslag og forsøk på å endre tilvante måter å frambringe en velferdstjeneste, vil alltid butte mot *‘makten i de rådende oppfatninger’*¹⁷. Måten en utfordring innrammes på, hva som oppfattes som nødvendige fagkompetanser og hva som oppfattes som relevante ressurser begrenser eller utvider søkningen etter andre måter å dekke de menneskelige behovene dagens tjenester er utformet for å avhjelpe. Når vi i denne rapporten setter fokus på produktivitet og tjenestekvalitet innebærer det at språk og begreper må lånes inn fra økonomifaget. I seg selv er det mange som reagerer på dette. Det møter, som vi skal komme tilbake til i avsnitt 2.2 om *‘konkurrerende verdensbilder’*, ofte motstand fra profesjoner som vi har seg frabedt å få sitt profesjonelle virke beskrevet som økonomisk virksomhet, og at resultatet, tjenestekvalitet, i det hele tatt lar seg definere objektivt, målbart og tallfestet. Denne kritikken er både selvsagt riktig og forfeilet.

Det er opplagt mange dimensjoner ved den mellommenneskelige samhandling som en velferdstjeneste er, som ikke er direkte målbart: omsorg, velferd, empati, kjærlighet, se det enkelte individets behov, samlet livskvalitet. Dette er humanistiske verdier som skal kjennetegne en god tjenestekvalitet, det er idealer man strekker seg etter, og som bare virkeliggjøres som en subjektiv opplevelse av en mellommenneskelig samhandling. Men kritikken er også forfeilet. Velferdstjenester er, som all annen arbeidsintensiv personlig tjenesteyting, en omdanning av ressurser, gjennom en arbeidsorganisering til et produkt, en tjeneste som skal dekke et behov. Tjenesten har et (for-)mål. Det er i vurderingene av hvor godt, hvor effektivt tjenesten oppnår sitt mål, at uenighet oppstår om tjenestekvalitet kan måles objektivt. Selvsagt vil det alltid være kvalitetsdimensjoner som er vanskelig målbare. Utgangspunktet i denne rapporten er at det er mulig å etablere langt flere og langt bedre systematiske overvåkninger av kvalitet og måloppnåelse enn det som faktisk gjøres for mange av velferdstjenestene i dag. Særlig gjelder dette tjenester hvor effekter og kvaliteter først kommer etter lengre tid. Nye metodikker og ny teknologi sprer seg også på dette området, med store muligheter til å innhente gode data om tjenesteeffektivitet, uten at profesjoner pålegges den rapporteringsplikt de ofte klager over¹⁸. Hensynene til brukernes

¹⁷ Se Iver Neumann (2021) Innføring i diskursanalyse: Mening, materialitet og makt. Fagbokforlaget.

¹⁸ I 2021 fikk en forskergruppe Nobelprisen i økonomi for nye metodikker for å måle effekter av offentlige tiltak, ved bruk av register- og populasjonsdata til design av *‘kvasi-eksperimenter’*, hvor individer som har mottatt en tjeneste følges over tid. <https://www.nobelprize.org/prizes/economic-sciences/2021/press-release/> Slike

personvern og til de ansattes lett forståelige krav om ikke å bli gjenstand for kontinuerlig overvåkning, er nok i dag viktigere innvendinger mot måling av måloppnåelse enn det de metodologiske og teknologiske mulighetene tillater.

Denne rapporten preges av et grunnleggende optimistisk syn på at det innover i framtida vil være mulig å få mye bedre informasjon om velferdstjenestenes *formålseffektivitet* – altså det overordnede målet som tjenesten skal bidra til å oppnå. Dette må skilles fra begreper om *produktivitet* og *resultateffektivitet*. For alle velferdstjenester gir det mening å sette opp en tidslinje for selve tjenesteproduksjonen: Den starter med et sett av ressurser som deretter kombineres i en operativ virksomhet til et resultat, en tjeneste som mottas av pasienter og brukere. Dette resultatet skal medvirke til at et overordnet demokratisk bestemt samfunns mål oppnås. En slik inndeling samsvarer også med den tradisjonelle inndeling av kvalitetsmål¹⁹. Med *strukturkvalitet* menes de ressurser (innsatsfaktorer) som er tilgjengelige for produksjon: Penger, personell, kompetanser, legemidler, medisinsk utstyr og lokaler. Jo flere ansatte med bedre kompetanse, med godt utstyr i hensiktsmessige lokaler, jo bedre tjenester, er en ganske intuitiv antakelse. Med *prosesskvalitet* menes måten innsatsfaktorene kombineres til den tjeneste mottakeren møter. Den enkelte tjenesteansvarlige kan ha stor frihet til selv å bestemme dette, eller det kan være ytre pålagte regler og standarder som må følges, typisk bemanningsnormer og formelle kompetansekrav. Profesjoner vi ha normer for godt faglig arbeid, tilegnet gjennom lang utdanning og oppdatering gjennom mer eller mindre formelle retningslinjer for faglig forsvarlighet og beste praksis. Lovkrav til prosedyre og rettigheter for bruker vil også forme måten det produseres på, det samme vil alle former for arbeidstidsordninger. Normalt vil slike ytre 'påførte' krav til måten tjeneste skal frambringes på, også være intuitivt forbundet med kvalitet. Det er en ganske naturlig tanke at jo mer helsepersonell, jo bedre helsetjeneste. Jo færre elever en lærer har i en klasse, jo bedre undervisning, høres fornuftig ut. Til sist kommer *resultatkvalitet*, om tjenestemottakerne faktisk har fått den faglig forsvarlige, adekvate tjeneste som de har rett på. Tjenesteproduktiviteten kan da måles ved det tjenestevolum som kommer ut med riktig kvalitet, av de ressursene som ble anvendt i produksjonen. Men det er et siste ledd, overgangen fra tjenestekvalitet definert ved den enkelte tjenestes resultater, til om disse resultatene (for alle brukerne samlet) faktisk understøtter og forbedrer velferdssamfunnets måloppnåelse for tjenesten. En

såkalte registerbaserte forløpsanalyser i er på vei inn å NAV for å undersøke effekter av arbeidsmarkedstiltak, og nå også for å få mer data om effektiviteten i barnevernet.

¹⁹ Det klassiske bidraget er Avedias Donabedian *Evaluating the Quality of Medical Care*, opprinnelig utviklet for å studere kvalitet i medisinsk behandling, men har derfra vandret videre til også annen velferdstjenesteproduksjon. På norsk er det mest hensiktsmessig å snakke om ressurser, prosesser og resultat. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2690293/>

tjeneste kan godt ha høy, eller forbedre sin produktivitet, mens formålseffektiviteten ikke øker, ja kanskje til og med svekkes.

Det er to viktige grunner til denne litt ulogiske sammenhengen: Den første er hvordan en tjeneste løser prioriteringsdilemmaer. Det klassiske eksempelet er krigskirurgiens sortering av skadde pasienter ('triage'). Under ekstrem ressursknapphet hjelpes ikke de med så små skader at tilstanden ikke forverres ved å vente, og heller ikke de som er så hardt skadd at livreddende behandling ikke vil lykkes med de ressursene som er tilgjengelig. Ressursene settes inn der de vil bidra til at flest overlever. I skolen debatteres det om nivådeling eller full integrasjon gir best samlet læringsresultat. Et arbeidsmarkedstiltak kan godt øke sin produktivitet ved at flere kommer i jobb rett etter tiltaket, men om de samme personene senere faller ut av arbeid, kan et tiltak med lavere produktivitet, altså at færre kommer i jobb, likevel bidra mer til arbeidslinjas overordnede formål dersom de få som kommer i arbeid blir værende lenger. Formålseffektiviteten er størst for tiltaket med lavest produktivitet. Det er derfor en utfordring for velferdspolitikken, med språkbruk og resultatmåling, å flytte fokuset fra den enkelte tjenestes produktivitet til dens bidrag til den overordnede formålseffektiviteten. I bunn ligger gjerne et smertefullt moralsk valg mellom å prioritere individene med størst behov, eller å hjelpe alle på en slik måte at samfunns målet med tjenesten oppnås best mulig. Ofte er det stor enighet om av ressurser brukt på forebygging, tidlig diagnostikk og raske intervensjoner gir størst formålseffektivitet, samtidig som ressursbruken likevel dreies mot de som allerede har utviklet et konkret hjelpebehov. Forebygging er derfor nesten alltid underfinansiert.

Den andre grunnen er at i menneskenes konkrete liv og utfordringsbilde vil det ofte være nødvendig med flere velferdstjenester samtidig. Et sykehus kan øke antallet godt utførte behandlinger uten økte ressurser, men om de kommunale mottaksapparatet er for svakt, kan reinnleggelsene bli høye. Samlet helseeffekt blir dårlig. En pp-tjeneste kan gi etter tjenestens faglige standarder førsteklasses hjelp til en elev med lærevansker, men ikke gi noe resultat på læringsutbyttet om det mangler bistand til hjemmet fra barnevernet. Høy formålseffektivitet oppnås ved kombinasjoner av enkelttjenester. Tjenestekoordinerer for økt formålseffektivitet, tverrfaglig samarbeid og samhandling har derfor vokst fram som en vrien, overordnet velferdspolitisk målsetting. Dette skal vi komme tilbake til i avsnitt 2.3.

Samhandlingsutfordringene endrer måter vi snakker om, og klassifiserer tjenester. Fra de faglige profesjonenes historiske spesialisering har vi arvet spesialistenes språk når vi karakteriserer de enkelte tjenestene. Dette sløver oppmerksomheten på hvilket overordnet formål tjenestene skal bidra til. Men det skjer en positiv utvikling. *Oppveksttjenester* er allerede blitt et innarbeidet begrep, utviklet i kommunesektoren fra slutten av 1990-tallet, i

helt nyere tid adoptert også på nasjonalt nivå²⁰. Oppveksttjenestenes overordnede formål er å få alle gjennom et så solid utdanningsløp at de mest og best mulig på egenhånd klarer overgangen fra ungdomsfasen til et voksenliv i økonomisk selvforsørgelse. Begrepet *inkluderings tjenester* er i støpeskjeen, og vil i denne rapporten nyttes som samlebegrep på alle velferdstjenester som har til formål å understøtte målet om at flest mulig som vil og kan delta i arbeidslivet, også får dette målet oppfylt. God oppvekst og høy arbeidsdeltakelse er overordnede velferdsambisjoner, som begge har til felles et dobbelt mål, et økonomisk og et sosialt. Gjennomføring av skole skal gi instrumentelle kompetanser for yrkesutøvelse, men også kvalifisere for et liv som aktiv, opplyst samfunnsborger. Arbeidslinja skal bidra til samfunnsøkonomisk effektivitet, men også gi så mange som mulig tilgang til de andre godene som følger med arbeid: fellesskap, mening, døgnrytme, - og god helse. Oppvekst- og inkluderings tjenestene har målgrupper som er definert ved livsfase.

Av gode grunner kommer ikke alle gjennom et langt utdanningsløp eller er i arbeid. Noen fine år som pensjonist er også et viktig velferdsgode. Et omfattende inntektssikringsystem skal verne mot fattigdom og sikre en akseptabel materiell levestandard. Og alle skal ha tilgang til velferdstjenester med livskvalitet som formål²¹, til realisering av verdier utover økonomisk grunntrygghet: God helse, støtte til å håndtere svekket funksjonsevne, praktisk hjelp, unngå ensomhet, oppleve trygghet og en etter omstendigheter og livsfase høyest mulig *kontroll med eget liv, med mening, muligheter og mestring*²². For helsetjenestene er det en allment erkjent utfordring å møte en aldrende befolkning med en utvidelse av det historiske utviklede diagnosebaserte behandlingsfokus, til et bredere mål om å bistå flere til bedre selv å mestre et liv med helseproblemer. Driverne bak trøblete skolegjennomføring, og midlertidig og varig fravær fra arbeid synes å bli stadig mer kombinasjoner av medisinske og sosiale faktorer, som vi, i mangel av et bedre ord benevner som diffuse og sammensatte lidelser. Kanskje burde vi snakke mer om behovet for effektive (livs-) *mestringstjenester* som samlebegrep for de tjenester som har nettopp dette formålet. Da kunne vi formulere at det overordnede målet med velferdssamfunnet er å frambringe et samlet sett av virkemidler som gir formålseffektive oppvekst-, inkluderings- og mestringstjenester på en samfunnsøkonomisk bærekraftig måte. Og, ikke minst, det kunne legges sterke føringer for hva slags data og informasjon vi trenger for å utvikle en bedre

²⁰ Jfr etterlysninger etter en samlet oppvekstpolitikk og defineringen av oppvekst som en nasjonal 'mission'

²¹ Det finnes faktisk en nasjonal strategi for livskvalitetsstrategi [Nasjonal livskvalitetsstrategi – Fra måling til politikktutforming 2025–2030](#). Dens utgangspunkt er de forebyggende sider ved velferdstjenestene og nødvendigheten av å utvide helsetjenestenes perspektiv, men angir ellers ingen føringer for hvordan velferdstjenestene bør utvikles.

²² Begrepene er tatt fra tittelen på St.meld. nr 25 (2005-2006) 'Mestring, muligheter og mening: Framtidas omsorgsutfordringer' <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006-/id200879/>

dokumentasjon av velferdstjenestens formålseffektivitet. I dag er det ikke etablert og sammenstilt data som gjør at vi kan besvare helt fundamentale spørsmål som: Hvor mange barn kommer godt gjennom skoleløpet fordi de har fått effektiv hjelp av oppveksttjenestene, og hvilke kombinasjoner av enkelttjenester har gitt det største bidraget? Og hvilke tjenester har ikke hatt noen påviselig effekt? Hvor mange er i arbeid nettopp fordi inkluderingstjenestene er effektive, og hvor mange flere kunne vært i arbeid om de minst effektive tiltakene ble nedlagt, og ressurser overført til de mest effektive? Hvor mange har god livskvalitet fordi de får god hjelp av mestringstjenestene, og hvilke tjenester mangler for dem med uakseptabelt lav egenmestringsevne? Hvor stor andel av mestringstjenestene har til formål å understøtte oppveksttjenestene og inkluderingstjenestene? Hvor stor andel av de samlede helseutgiftene skal også understøtte oppvekstmålet, og inkluderingsmålet?

Hvordan nettopp samhandlings- og samordningsutfordringer behandles språklig er viktig. Det skilles ikke alltid mellom samordning og samskaping, men i begrepene ligger det, eller bør ligge, et prinsipielt skille mellom hvordan utfordringen oppfattes. I *samarbeid og samordning* ligger en uuttalt oppfatning av at vi allerede vet hvilke (spesialiserte) tjenester som skal koordineres, vi må bare få dem til å virke bedre sammen som en helhet for tjenestemottakeren. I *samskaping*²³ derimot, er løsningsuniverset åpent. Begrepet knyttes derfor nært til innovasjoner som målrettet utnytter samvirke mellom flere aktører med nye ressurser til å finne bedre løsninger på et behov. Kanskje det ikke er koordinering av foreliggende tjenester som er løsningen, men en helt ny 'arkitektur' for å løse oppgaven? I så måte er samskapingsbegrepet i slekt med tjenestedesign, som vi skal komme tilbake til i avsnitt 2.4. Mens tjenestekoordinering drives av de allerede etablerte tjenesteeiere, er samskapingsprosessene åpne og inkluderende.

1.5 Velferdstjenestenes makro-politikk: strategisk reformretning

I forrige avsnitt var vi opptatt av de språklige kategoriseringene vi bruker i analyser av velferdstjenestenes behov for økt formålseffektivitet. Endring og tjenesteutvikling vil også være kraftig innrammet av de historisk utviklede *måtene* vi har skapt den nasjonale organiseringen av velferdstjenestene, selve den institusjonelle arkitekturen som velferdstjenestene frambringes innenfor. Ofte vil selv små (forslag til) endringer butte mot *Systemet*.

Det offentlige velferdsansvaret vokste historisk ut av sivilsamfunnet. Private initiativ fra individer og fagforeninger som vi i dag ville kalt sosiale entreprenører, satte fokus på sosiale utfordringer og organiserte hjelp på måter som gradvis ble overtatt av et skattefinansiert,

²³ Et begrep importert fra EU, hvor co-production slo igjennom med rapporten 'Powering European public sector innovation; co-design, co-creation and collaboration, 2013. Godt behandlet i NOU 2026:6, punkt 4.2.1

statlig ansvar. Gjennom etterkrigsårenes vekstperiode, og formet av det tverrpolitiske og velferdsideologiske fellesskap som ble skapt under 2. verdenskrig, ble våre velferdsordninger utformet som såkalt universelle ordninger: Sosiale rettigheter skulle være noe man hadde i kraft av å bo i Norge, og like for alle. De skulle skjære gjennom alle andre skiller i befolkningen, i bosted, familieforhold, yrkestilknytning eller privat velstand. Velferdsoppgavene vokste inn i staten. På kort historisk tid, fra 1950-1980, omdannes nasjonalstaten til en velferdsstat: De offentlige utgiftene til velferdsformål (inkludert utdanning) økte fra 10-12 prosent i 1950 til i ca 28% av BNP i 1980, drevet kraftig av veksten i de statlige inntektsforsikringene. Fra 1980 til i dag har denne andelen økt mer moderat, og er nå om lag en tre-del. Men Norge er blitt dramatisk mye rikere. Så selv om vi ikke bruker noen påfallende stor andel av den samlede inntekten til velferdsstaten sammenliknet med andre europeiske land, benytter vi mer penger og mer personell enn alle andre.

Fra slutten av 1970-tallet begynner en kraftig ekspansjon av velferdstjenester, med et desentralisert ansvar for tjenesteproduksjonen lagt til kommunene. Den norske velferdsmodellen får en distinkt arbeidsdeling mellom stat og kommune: Staten beholder ansvaret for inntektsforsikringene, og gjennom en skrittvis utvikling av velferdsrettigheter, ble kommunene pålagt ansvaret for å levere stadig mer omfattende tjenester til sin befolkning. Fra 1986 skapte det nye inntektssystemet for kommunene arkitekturen for dagens utfordring for kommunene: De er forpliktet til å levere lovpålagte tjenester, men må selv prioritere sine inntekter til de ulike oppgavene. Prinsippet om en statlig styring og nasjonal måloppnåelse gjennom desentralisert ansvar for tjenesteproduksjonen ble anvendt også på andre politikkområder: Utover på 1990-tallet ble det opprettet flere fristilte statlige foretak for ivaretagelse av samfunnsoppgaver for utbygging og drift av infrastruktur, innen telekom, energi og samferdsel. Statsforetaksmodellen ble også anvendt da ansvaret for spesialisthelsetjenesten ble overført til de regionale helseforetakene i 2002, og med samhandlingsreformen fra 2012, ble det gjort et forsøk på å strukturere et helsepolitiske system med et en statlig eierstyring av relativt fristilte sykehusforetak og kommuner med et lovpålagt ansvar for primærhelse- og omsorgstjenester.

Oppveksttjenestene ekspanderte sterkt utover på 2000-tallet. Barnehageforliket i 2003 ga alle barn rett til barnehage, og rundt skolen ble det bygget opp pedagogisk-psykologiske hjelpetjenester, mer eller mindre koordinert med støttefunksjoner fra de kommunale helsetjenestene og med barne- og ungdomspsykiatriske tjenester fra helseforetakene. Inni fellesskolen har det, for å ivareta barn med særlige utfordringer, vært en kraftig vekst i annet personell en lærere. Barnevernet fikk også gradvis en tydeligere deling mellom kommunalt genertalistansvar og et mer spisset statlig ansvar for institusjonsplasseringer, sammen med en voldsom økning i ressursinnsatsen. I sum har det de siste 20 årene vokst fram et fragmentert institusjonelt system som i den utøvende statsmakt er oppsplittet i et

overordnet ansvar mellom flere departementer, og som på den andre siden inneholder elementer av en faglig begrunnet arkitektur hvor en førstelinje med generalistkompetanse ligger i kommunen, som så understøttes av en mer spesialisert tjeneste under de respektive direktorater. 'Under' det hele ligger generalistkommunen, med samme store ansvar uavhengig av kommunenes størrelse.

Inkluderings-tjenestene ble, gjennom NAV-reformen i 2007 samlet i en organisasjon, med ambisjon om å få et statlig lovstyrt inntektssikringsystem (i Rikstrygdeverket) til å samvirke bedre med inkluderings-tjenestene (i A-etat) og de kommunale, mer skjønnsbaserte sosialtjenester. Resultatet ble en 'hybrid' organisasjon, hvor statlige og kommunale oppgaver dels utføres i samme NAV-kontor, dels et skille mellom statlige arbeidsmarkedstiltak og et kommunalt ansvar for kvalifiserings- og inkluderings-tiltak for personer med innvandrers- og flyktningebakgrunn.

Mestringstjenestene, grovt sett primærhelse- og omsorgstjenestene og tjenestene til personer med funksjonsutfordringer i utdanning og arbeidsliv er også i det vesentlige blitt desentralisert til kommunene, men samtidig strukturert også etter en faglig logikk. Argumentet for det desentrale ansvaret er kommunen er det egnede forvaltningsnivået for utøvelse av generalistkompetanse og hensyntagen til lokale forhold. Det vil alltid være individer som har mer komplekse utfordringer, som krever en mer spesialisert behandling. Disse tjenestene må leveres fra mer sentraliserte enheter, noe det historisk har vært oppfattet som rasjonelt å legge til et forvaltningsnivå 'over' kommunene. Tydeligst ser vi dette i delingen mellom (regional) organisering av spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester. Men det samme prinsippet gjenfinnes i oppveksttjenestene og i inkluderings-tjenestene. En faglig rasjonell logikk har innebåret et bestiller-utfører-forhold mellom kommunen og mer spesialiserte enheter, normalt underlagt fylkeskommunen eller direkte under et direktorat.

Poenget med denne raske oversikten over velferdstjenestenes 'makro-politiske' organisering er at omstillingsarbeid aldri starter med blanke ark, men vil være formet av den historisk utviklede lovgivning, politiske ansvarsforhold og tjenestenes organisatoriske innramming. Nasjonalstatenes tradisjonelle, hierarkiske lagdeling i statlig, regionalt og lokalt ansvarsområde avspeiles i tjenestenes organisering. Noen ganger er dette en hensiktsmessig arbeidsdeling innenfor en spesialisert tjeneste, andre – og mange – ganger butter samordningsforsøk på at den for brukerne samme tjenesten er forankret på ulikt forvaltningsnivå. Forslag til endring innen en konkret tjeneste utløser fort prinsipielle spørsmål om makt, ansvar og autonomi i hele det politiske systemet. Et godt eksempel er hvordan nesten ethvert forsøk på samhandling mellom den regionalt organiserte spesialisthelsetjenestenes behandlingsansvar og kommunenes generalistansvar (i Norge) utløser en prinsippdebatt om kommunenes rolle og ikke minst, kommunesstørrelse.

Vi har bak oss et par-tre tiår med sterk tro på at store struktur-reformer er nøkkelen til økt effektivitet. Og det er sterke spenninger – og for tiden store pågående utredninger, om ansvarsfordeling mellom stat og kommune bør endres. Men hva er egentlig kriteriet for at en reform er vellykket?

Egentlig finnes det bare ett kriterium. Det er at tjenestene oppnår sine formål med minst mulig bruk av ressurser. Da får tjenestens målgrupper den hjelpen de har krav på, og det brukes ikke mer ressurser enn nødvendig. For tjenestemottakerne er det ikke så viktig om tjenesten er et kommunalt, regionalt eller et statlig ansvar. Det viktige for mottakerne er at tjenesten er av god kvalitet. Men hvem skal ha ansvaret for kvalitetsvurderingene, og å etterse at målene faktisk oppnås? Og hvordan skal informasjon om forholdet mellom ressursbruk og måloppnåelse føres tilbake til de som er ansvarlige for tjenesteytingen?

Det er et stort paradoks at en norsk velferdspolitikker som er basert på så stor enighet om at *likeverdig tilgang* er et overordnet mål, har et så svakt utviklet system for innhenting av data om dette målet faktisk oppnås. Det er mange grunner til dette, og alle de praktiske, metodiske og politisk ideologiske spørsmålene knyttet til å etablere gode mål for måloppnåelse skal vi komme tilbake til i avsnitt 2.2. I denne omgang skal vi dra et prinsipielt skille mellom at det er tjenesteyterens (lokale) ansvar å vurdere kvaliteten på sin egen tjenesteyting eller at kvalitetskontrollen er ekstern, at det er noen uten direkte involvering i den konkrete tjenesten som verifiserer kvalitet, herunder å lokalisere det beste og det dårligste.

Med de to dimensjonene graden av *lokal autonomi i tjenesteproduksjon* og graden av *nasjonal, sentralisert kvalitetsmåling* kan vi definere fire rendyrkede modeller for den 'makro-politiske', overordnede organisatoriske innrammingen av forholdet mellom hvem som har ansvaret for tjenestene, og hvordan måloppnåelse beskrives og måles.

		Verifisering av kvalitet og måloppnåelse	
		Lokal egenvurdering	Sentral/uavhengig
Ansvar for tjenesteytingen	Lokalt	1	2
	Sentralt	3	4

Denne forenklete matrisen kan hjelpe oss til å formulere et nøkkelspørsmål: Hvilken av disse institusjonelle innrammingene gir de beste forutsetningene for det vi må ha mer av for å gjøre velferdssamfunnet bærekraftig ved at de enkelte tjenestene øker sin

formålseffektivitet? Hvordan stimuleres egentlig tjenesteutvikling? Hvilken kombinasjon danne de mest gunstige rammer for innovasjon?

For tiden raser det en debatt om kvalitet i fellesskolen, igangsatt som et resultat av data fra et uavhengig organ (OECD/PISA²⁴). Det har også vært elementer av sentral måling av læringsresultater i systemet med nasjonale prøver. Tjenesteansvaret er lokalt, i kommunene. Vi er i tabellens rute 2. Debatten om hva som må gjøres er instruktiv: Noen melder seg ut, sier at kvalitet ikke kan måles, det er et profesjonelt skjønn som må råde, tvenesten bør hvile trygt i rute 1. Det som trengs er mer ressurser. Andre mener at et større innslag av nasjonal standardisering av undervisningsmetoder, herunder endrede sentralt bestemte bemanningsnormer for forholdet mellom elever og lærere, er veien til bedre resultater. Og det må bevilges mer ressurser til å gjennomføre dette, slik at skolen kan bevege seg til rute 3. Noen ytterst få sier at den store variasjon i læringsresultater mellom skoler og kommuner tilsier at fellesskolen må løftes ut av en presset kommunal økonomi, og underlegges en kraftigere statlig styring også i sitt innhold – rute 4.

Alle velferdstjenestene har varianter av slike spenninger, noe som vil bli behandlet når vi ser på de mer tjenestespesifikke utfordringsbildene. Det banale poenget nå er at økt formålseffektivitet betyr å slutte med det som gir svake resultater, og gjøre mer av det som gir gode resultater. Ut fra denne allmenne definisjon av effektivisering følger to premisser som er (eller bør være) helt sentrale for et vellykket effektiviseringsarbeid: Den første er at det må etableres 'produsenteksterne', faglig godt forankrede og systematiske målinger av kvalitet som gjør det mulig, på objektive måter, å sammenlikne ressursbruk og måloppnåelse for forskjellige enheter, enten dette nå er sykehus, kommuner, enkeltinstitusjoner eller tjenesteprodusenter med ulike eie- og organisasjonsform. Den andre ressursen i forbedringsarbeidet er sikker informasjon om variasjon mellom enhetene i måtene samme tjeneste frambringes på. Dersom det ikke er slik variasjon, er det ikke mulig å lære av de beste, av den enkle grunn at alle er like. For å frambringe variasjon må tjenesteprodusentene ha autonomi til å prøve ut nye måter å frambringe tjenesten på. Det må være rom for nye idéer og entreprenørskap, utprøving av nye teknologier, nye samhandlingsformer med brukere og pårørende, nye former for samhandling med aktører og ressurser i marked og sivilsamfunn. Det er i samvirket mellom lokal tjenestevariasjon og sentral kvalitetsverifisering av den strategiske utviklingsretningen bør ligge (i rute 2). Dette tydeliggjør rammebetingelsene for vellykket innovasjon: Innovasjon innebærer prøving, feiling og læring. Forbedring innebærer at gode resultater sprer seg. Men uten tydelige eksterne kriterier for hva som er en forbedring, får vi fort en omfattende lokal

²⁴ https://www.oecd.org/en/publications/pisa-2025-results-volume-i_73451bc5-en.html

forsøksvirksomhet uten at den nasjonale måloppnåelsen blir bedre. (Norge er for mye i rute 1, men vi må bevege oss til rute 2)

Med de to aksene grad av lokalt autonomi og grad av ekstern kvalitetsverifisering, kan vi også definere de to grøftene velferdsstatlig reformarbeid kan kjøre seg fast i. Den ene er at troen på at nasjonal standardisering av måten en tjeneste leveres, i seg selv sikrer kvalitet. Da er det helt greit av kvalitetsverifisering er lokal, den er egentlig overflødig²⁵ (rute 3). Dette er en avspeiling av en tro på at tjenestekvalitet kan defineres forut for tjenestens møte med brukerne: I bemanningsnormer og kvalifikasjonskrav, prosedyreregler. Selvsagt eksisterer slike sammenhenger, men slike eksternt påførte føringer innebærer samtidig en innsnevring av den enkelte tjenesteansvarliges muligheter (og motivasjoner?) til å prøve ut noe nytt, gjøre nye erfaringer. Den andre grøften (rute 4) innebærer en tro på at en beste praksis lar seg definere sentralt, og derfor pålegge alle tjenesteytere å følge denne. Dette innebærer fort at måtene en tjeneste frambringes på 'stivner': Det kan være trygt for den enkelte tjenesteyter å følge statlig bestemte beste praksis. Men dette vil samtidig stimulere 'nullfeilskulturer' som effektivt hemmer oppmerksomheten på utvikling av morgendagens tjenester og profesjonell praksis.

Del 2: Utfordringsbildet

2.1. Målet – Bærekraftige tjenester fra vugge til grav

Velferdsstatens samlede ansvar gjennomføres med to sett av virkemidler, inntektsforsikring og tjenester. I denne rapporten er fokus på tjenestene. Men en visitt innom inntektssikringene er nødvendig. Den norske, og nordiske, velferdsmodellen er tjenestetung. Andelen av de samlede velferdsutgiftene som går til tjenester er større i Norden enn ellers i Europa²⁶. I Norden har alle landene også utviklet en arbeidsdeling innen nasjonalstaten: Inntektsforsikringene er i det vesentlige på statlig nivå, mens tjenestene er desentralisert til regionale enheter og kommuner. Innen Norden er Norge likevel det landet med høyest andel utgifter til inntektsoverføringer. Norge har lyktes godt med en reform av alderspensjonen som bremser framtidig utgiftsvekst, men har høyere utgifter enn våre naboland til kontantoverføringer til de som i yrkesaktiv alder er midlertidig eller permanent utenfor arbeid

²⁵ Fra sommeren 2024 ble kravet om at skolene skulle levere en kvalitetsrapport til kommunen som skoleeier opphevet.

²⁶ Jevnest er det i Sverige med 48,4 % av de samlede offentlige velferdsutgiftene til tjenester, i Norge 42,6 mens gjennomsnittet for alle EU-land er 35 prosent til tjenester.

Den politiske kontrollen med utgifter til sykelønn, dagpenger ved arbeidsløshet, arbeidsavklaringspenger og uførepensjon er indirekte: Vilåårene for å motta trygd og utmålingen av de konkrete beløpene, er direkte styrbart gjennom stortingsvedtak. Men, og det ligger i forsikringsordningens natur, antallet personer som faktisk tilfredsstiller vilåårene for å motta trygd er ikke direkte styrbart. Dette leder til et viktig spørsmål: skyldes det høye antallet mennesker i Norge som mottar trygdeytelser før ordinær alderspensjonering insitamentvirkninger på arbeidsmotivasjon, eller at arbeidslinjas tiltak for et mer inkluderende arbeidsliv ikke er formåls effektive nok? Jevnlig hører vi at de høye norske nivåene på helserelaterte ytelser, sykelønn og uførepensjon, ikke samsvarer med at den norske befolkningen har jevnt over svært god helse²⁷. Noen tolker dette som at arbeidsinsentivene er for svake fordi trygdenivåene innebærer at det ikke lønner seg tilstrekkelig å heller arbeide. Andre forklarer de høye norske nivåene på særlig arbeidsavklaringspenger og uførepensjon med at våre ordninger omfatter hele befolkningen, og derfor gir inntektssikring til personer som i andre land ville vært avhengig av familien²⁸.

Forholdet mellom inntektssikringssystemet og arbeidstilbudet er viktig for å forstå den økonomiske bærekraften i et velferdssamfunn²⁹. I denne rapporten skal vi la spørsmålet om disinsentiver av inntektssikringene ligge. Den største utfordringen for Norge er heller ikke statens mangel på penger til å betale trygd. Det er mangel på folk til å levere de personlige, brukerrettede velferdstjenestene befolkningen har krav på, og som mange flere vil ha behov for i nær framtid. Denne rapportens perspektiv på inntektssikringene er at nivåene på utenforskap er tett forbundet med hvor godt velferdstjenestene leverer på sine målsettinger.

Sammenhengene er ganske enkle: om ikke oppveksttjenestene, herunder også skolen, sikrer alle kvalifikasjoner og mestringssevne, blir konsekvensen for mange et langvarig utenforskap. Om helsetjenestene holder folk i kø og ikke utnytter effektive behandlingsmuligheter, vil sykefraværet ikke falle. Om ikke inkluderingstjenestene bedrer sin måloppnåelse, vil andre velferdstjenester lide av kronisk personellmangel. Om ikke omsorgstjenestene for eldre og andre med funksjonssvekkelser løser målgruppens

²⁷ At fredag 15. desember 2023 er den dag i norgeshistorien da flest mennesker var borte fra arbeid på grunn av sykdom kan synes noe snodig. Kilde: Andersen (2026): Norge i rødt, hvitt og statistikk, side 251. Kagge forlag

²⁸ Kalle Moene og Axel West Pedersen (2023) Myten om det norske utenforskapet, i Søkelys på arbeidsmarkedet, nr 3.

²⁹ Det pågår et svært interessant forskningsprosjekt, igangsatt fra og med inntektsåret 2026. 100 000 personer mellom 20 og 35 år er trukket ut til å bli fulgt over fem år. Vel 42 000 av disse vil få en betydelig redusert skatt (ca 30 000 kroner), for å undersøke om dette øker deres arbeidsinnsats. Prosjektet er anslått til å koste 500 millioner. Kilde: *Snart kommer Stoltenbergs skattelotteri. Dette må du vite*. Fri Fagbevegelse, 9.12.2025

muligheter til egenmestring, bindes nære pårørende fast i utmattende, privatiserte ansvarsroller og mange må redusere sin egen yrkesdeltakelse. Om ikke den teknologiske revolusjon som pågår utnyttes til å levere tjenester med større måloppnåelse, bindes de menneskelige ressursene fast i ineffektive arbeidsmåter. Om ikke jobbene i velferdstjenestene er attraktive i sin mening, avlønning og innhold, forsterkes personellmangelen.

Det minst usikre vi vet om framtida at flere eldre må motta tjenester fra en stagnerende yrkesbefolkning. Det er ingen opsjon, verken moralsk eller politisk, å bruke oljepenger til å støvsuge verden rundt oss for sykepleiere, lærere og helsefagarbeidere³⁰. All økt arbeidskraft til velferdstjenestene må komme fra innenlandske kilder: at så mange som mulig klarer overgangen fra utdanning til arbeid, fra redusert sykefravær, redusert utenforskap og ved bedre utnyttelse av den arbeidskraft som nå er i, og som utdanner seg til tjenestene.

I de følgende avsnittene skal vi gi en kortfattet oversikt over utfordringsbildet i de enkelte velferdstjenestene, gruppert etter Oppvekstjenester (barnehage, skole, barnevern), inkluderingstjenester (arbeidsmarkedstiltak og integrering av innvandrere), og til sist, spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene (mestringstjenester).

2.1.2 En visitt innom den obligatoriske fellesskolen

I Norge holdes skolen vanligvis utenfor begrepet velferdstjeneste, og eksempler fra skolen brukes sjelden i debatter om andre velferdstjenesters framtid. Det er synd, av fem grunner: For det første er fellesskolen en idealtypisk norsk, velferdsstatlig konstruksjon. Retten til skolegang og tilrettelagt undervisning er lovbestemt, alle har rett på den samme kvalitet uavhengig av bakgrunn og bosted, og utdanningsgodet er gratis, finansiert gjennom det ordinære skattesystemet. Det alt vesentlige av tjenesteproduksjonen skjer i bevilningsfinansiert offentlig egenregi, desentralisert til kommunene som skoleeier. Kun 5,2 prosent av barna går i sterkt offentlig regulerte private skoler. Skolen er et eksempel på en stor offentlig egenregi, supplert med et privat alternativ. Den andre grunnen er at skolen rommer akkurat de samme prinsipielle, normative og resursmessige spenninger som andre (velferds-) tjenester som det offentlige finansierer med mål om en likeverdig tjeneste. Alle skal motta den samme tjenestekvalitet. Det tredje grunnen er at skolen er en samhandlingsarena hvor andre velferdstjenester for barn med utfordringer skal koordineres i 'et lag rundt eleven'. Ulike spesialisttjenester skal virke sammen, og sikre en 'sømløs'

³⁰ Allerede i dag holdes tjenestene opp med arbeidskraft med ikke-norsk bakgrunn. Hver fjerde ansatt i kommunale helse- og omsorgstjenester har ikke-norsk bakgrunn, i spesialisthelsetjenesten er andelen noe lavere ca 13-15 prosent.

overgang mellom de ulike skoletrinn og unngå frafall underveis. For det fjerde, skolen har sin variant av diskusjonen om rollen teknologi kan eller bør spille for tjenestekvalitet, altså læringsutbytte. Teknologioptimismen for et ti-år siden er erstattet med en tilsynelatende enighet om at 'digitaliseringen har gått for langt'. For det femte, målinger av tjenestekvalitet viser fallende resultater, en svekker produktivitet til tross for økt ressursinnsats. Noen bruker dette til en diskusjon om undervisningsmetoder, mens andre avviser at slik måling har noen som helst verdi. Alle har vi et forhold til skolen, vi har gått der selv og har barn der. Derfor får vi også en mer offentlig debatt om utviklingen av tjenesten, vi tør å mene noe om elevers rettigheter og skolens indre prioriteringer, om likeverdig betyr utdanning betyr, om det er blitt for mye eller feil bruk av teknologi - og om det er nødvendig eller ikke å måle læringsresultater. Siden vi alle har vært i skolen, anskueliggjør den utfordringene i en offentlig finansiert og drevet velferdstjeneste på måter fleste har et nært forhold til. Skolen er i realiteten den eneste velferdstjeneste hvor det faktisk er en omfattende prinsipiell offentlig debatt om tjenestens utvikling. Derfor en visitt innom skolen.

11. august 2026 avga et ekspertutvalg en 400 siders gjennomgang av *Fellesskolen: Bærebjelken i framtidens samfunn*³¹. Utgangspunktet er en bekymring for et ganske markant fallende kunnskapsnivå blant elevene, samtidig med høy og økende ressursbruk: Hva er årsakene og hva bør gjøres?

I den norske 10-årige fellesskolen finansierer 100 milliarder kroner 64,7 millioner timer til 622 tusen elever, fordelt på 44,2 mill. timer fra utdannede lærere og 20,7 mill. timer fra annet personell³². Dette gir en gjennomsnittskostnad per elev på kr 168 tusen. I tiåret 2014-2024 er det blitt 6 tusen flere lærerårsverk, mens elevtallet har sunket med 12 tusen. Samlet timeinnsats per elev per år har vokst fra 80 timer i 2013 til 103 timer i 2025.

Dette økte ressursinnsatsen uttrykker et flott mål om alle elevers rett til en likeverdig, gratis utdanning. Men ambisjonene går lenger: Elevene kommer til skolen med ulike forutsetninger. Opplæringsloven (kapittel 11) gir den enkelte elev rett til individuelt tilrettelagt undervisning. Dette gjelder 7,6 prosent av elevene. 18.8 millioner timer går til dette formålet, 7,4 millioner lærertimer og 11,4 millioner timer fra annet personell. Dette er også flott: at skolen målretter ressurser til enkeltelever med store behov, en rettferdig ulikebehandling for å oppnå likhetsmålet, at alle individer får en god opplæring i en obligatorisk skole. Elevene med tilrettelagt undervisning mottar 5-6 ganger så mye ressurser som de andre elevene (635 tusen per elev per år, de andre 122 tusen).

Men så oppstår vanskelighetene. Fellesskoleutvalget konstaterer, litt bortgjemt på side 293, at '*En eventuell framgang for svake enkeltelever har ikke vært stor nok til å flytte*

³¹ NOU 2026:10

³² Utdanningsforbundet: Faktaark 2026:3

skolens gjennomsnittlige resultater'. Og at 'ekstra lærerressurser i hovedsak blir benyttet til å følge opp svakt presterende elever'. Eller med andre ord: Dersom skolen tilføres mer ressurser (enten det nå måles i penger eller lærertimer), og ekstraressursen brukes på samme måte som nå, vil elevenes samlede kunnskapsnivå neppe øke. Det blir bare flere lærere og større offentlige utgifter. Og omvendt, som utredningen konstanterer, det er 'ingen eller kun beskjedne positive effekter av økte lærerressurser på elevenes læringsutbytte i gjennomsnitt' (s. 203).

Som leser blir du sikkert litt provosert av denne framstillingen. Det blir jeg også. Målet med skolen er så mye, mye mer enn kunnskapsnivåer i lesing, naturfag og matematikk³³. Alle med et humanistisk grunnsyn vil gå svært langt i å forsvare et prinsipp om at de individer som har størst behov for hjelp, selvsagt skal få mer oppmerksomhet og tjenester enn de som klarer seg godt på egenhånd. Det er det solidariske velferdssamfunnets grunnplanke. Men det må ikke få oss til å unngå analyser og diskusjoner om at ressurser brukt til moralsk aktverdige formål, også kan tenkes å bli brukt på ineffektive måter. En utstrakt rettighetslovgivning kan også bidra til at ressurser vris, eller begrunnes brukt, på måter som isolert sett leder til lav formålseffektivitet. Men vi også ha en annen, konkurrerende tanke i hodet: Kanskje er en svært høy ressursbruk til elever som strever mest i skolen, en samfunnsøkonomisk god investering på lengre sikt. Det som framstår som lav kostnadseffektivitet innenfor en sektor, 'inni en silo', kan være en god formålseffektivitet. Ungt utenforskap er svært kostbart. Halvparten av landets uførepensjonister oppgir at de slet i skolen.

Poenget her er egentlig hvor lite solid kunnskap det er etablert om effektene av ressursbrukens indre fordeling på elevers utvikling og gjennomføringsløp, og videre ferd i høyere utdanning og arbeidsliv. Opplæringsloven (§17-12) pålegger skoleeierne (kommunene) å arbeide for å holde ved lag og heve kvaliteten i skolen. Opplegget med nasjonale prøver er omstridt, og skolenes pålegg om å avgi en rapport om sitt kvalitetsarbeid til skoleeier er avvirket. Var det ikke for PISA-undersøkelsene ville skolen vært et eksempel på en velferdstjeneste levert med stor lokal autonomi til kommunene som skoleeier, uten eksterne prosedyrer for etterprøving av måloppnåelse. Det er illustrerende å se hvordan en sektorekstern måling av måloppnåelse setter i gang en grunnleggende debatter om måten tjenesten leveres på. Sagt på en annen måte: Fravær av ekstern etterprøving av resultatoppnåelse, skaper en gunstig forutsetning for ineffektiv ressursbruk – fordi det da ikke finnes noen kvalitetsstandarder å måle resultatene mot.

³³ Norske elever gjør det bedre enn OECD-gjennomsnittet på demokratikunnskap, men også her har nivået falt kraftig fra 2009 til i dag (2022). International Civic and Citizenship Education Study tester 14-åringers kunnskaper om demokrati, politikk, samfunnsinstitusjoner, rettigheter og medborgerskap. Fra å ligge over våre skandinaviske naboland, ligger Norge nå godt under. <https://www.iea.nl/studies/iea/iccs/2022>

2.1.3 En sammenhengende oppvekstkjede: Barnehager og barnevern

Fellesskolen er det nærmeste vi i Norge kan komme en tjeneste levert nesten utelukkende som offentlig egenregi. For barnehagene derimot, leveres halvparten av den samlede tjenesteytingen av private aktører. Barnehagene er et godt eksempel på hvordan et felles politisk mål om en god tjeneste til alle ble realisert gjennom en offentlig invitasjon til private om å delta i å nå dette målet. Som en oppfølging av barnehageforliket i 2003 fikk alle barn (fra 2009) rett til barnehageplass, innenfor et statlig strukturert system med stortingsbestemt makspris for foreldre, og med lovpålegg til kommuner om å likebehandle økonomiske tilskudd til kommunale og private barnehager³⁴. Barnehageloven bestemmer også bemanningsnormer, mens departementet kan bestemme kvalifikasjonskrav (pedagognormer) og nasjonale retningslinjer for innhold i utdanningene for personalet.

Det er bred enighet om at målet om full barnehagedekning ikke ville blitt nådd så raskt uten den etablering og mobilisering som kom fra private initiativ. Og det lovbestemte kravet om likebehandling av kommunale og private barnehager har innebåret (et behov for) innsamling av gode data om tjenesteytingen i barnehagene³⁵. En offentlig utgift på 73 milliarder anvendes av 63 934 årsverk til å gi barnehage til 264 210 barn (2025). 51 prosent av barna gikk i kommunal barnehage, de andre 49 prosent i private barnehager, fordelt på seks-syv juridiske eieformer. 84 prosent av ettåringene går i barnehage, jevnt økende til 97,5 prosent av alle 5-åringer. Kun 1320 fem-åringer startet på skolen (i 2024) uten å ha gått noe i barnehage.

Private barnehager har spilt en sentral rolle i utvikling og utbredelse av barnehager med særskilt pedagogisk eller tematisk innretning, såkalte profilbarnehager. Vel 40 prosent av de private, og 13 prosent av de kommunale barnehagene³⁶ har en særlig innretning av aktivitetene. Foreldre er jevnt over svært fornøyd med norske barnehager, uavhengig av eieform. Private ikke-ideelle har noe større foreldrefornøydhet³⁷, og også systematisk noe lavere sykefravær blant sine ansatte. Disse barnehagene har også noe lavere driftsutgifter enn kommunale. Agenda Kaupang har anslått at om alle kommunale barnehager ble driftet

³⁴ Spørsmålet om hva en likebehandling av kommunale og private barnehager betyr rettslig ble avklart av Høyesterett i 2021, dom nr. 62A: 'Det grunnleggende kravet er at det skal være økonomisk likebehandling mellom offentlige og private barnehager. Dette innebærer at de private barnehagene skal sikres den samme offentlige finansieringen per oppholdstime som kommunale barnehager får. Den offentlige finansieringen tar derfor utgangspunkt i kommunens finansiering av egne barnehager'.

³⁵ <https://www.barnehagemonitor.no/>

³⁶ Menon-rapport nr 62/2023: Den samfunnsøkonomiske verdien av private barnehager.

³⁷ Antakelig skyldte dette et større innslag av profilbarnehager som foreldrene velger bevisst, antakelig også en mer bevisst bruk av mat og måltider.

like effektivt som de private ikke-kommersielle, utgjør den potensielle samlede innsparing i offentlig utgift ca. 4 milliarder per år ³⁸.

Krafttaket for å etablere full barnehagedekning i Norge er blitt et godt eksempel på en vellykket gjennomføring av en sentral velferdsstatlig målsetting muliggjort i et samarbeid mellom stat, kommuner og private aktører. Framover vil barnetallene falle. Det er bred enighet om at frigjorte ressurser skal gå til å heve kvaliteten. Men hva er egentlig kvalitet i en barnehage, og for unger med ulik bakgrunn? Og hvordan bør kvalitet defineres slik at det er mulig å få alle barnehager til å arbeide like godt som de beste – samtidig som det fortsatt er rom for nye idéer?

I 2003 ble FNs barnekonvensjon tatt inn i norsk lov, fra 2014 ble barns rettigheter tatt inn i Grunnloven: Alle barn skal, ut fra sine forutsetninger, ha samme rett til en trygg og god oppvekst. Det velferdsstatlige ansvaret for oppvektskjeden starter allerede i barnehagen. Overgangen til skole kan være kritisk for noen. Kanskje bør kvaliteten på en barnehage også relateres til hvordan barnas overgang fra barnehage til skole går? Kanskje begynner arbeidet med å bedre skoleelevenes leseferdigheter med større fokus på språkutvikling i barnehagen? Det finnes noe spredt forskning som forsøker å etablere slik kunnskap³⁹. Den antyder at det er sikre sammenhenger mellom hvordan småungers utfordringer løses i barnehager og deres senere karriere i skolen. NTNU-studien fant (bl.a) at 7 prosent av 4-åringene hadde psykiske utfordringer. Det er nærliggende å spørre hvor mange av disse som dukker opp igjen i de 7-8 prosent som trenger særskilt tilrettelagt utdanning i skolen? Kanskje kan læringsresultatene i skolen bedres ved at mer av skolens ressurser overføres til en tidligere innsats i barnehagen? Slik kunnskap fordrer systematisk innsamling av data som følger barna over tid. Et slikt nasjonalt opplegg finnes ikke og forslag har også møtt motstand fra profesjonene (med personvernargumenter og mistillit til kvantitativ, registerbasert analyse)⁴⁰.

Barnevernet

Barnevernet er sikkerhetsnett barn skal sikre barn mot å rammes av omsorgssvikt. Utgiftene har doblet seg de siste 15 årene, til nå i underkant av 30 milliarder. Bare de fire siste årene (2022-2024) har antallet årsverk økt med 9 prosent. Antall mottatte

³⁸ K <https://www.barnehage.no/finansiering-pbl-pbls-landsmote/rapport-private-barnehager-sparer-det-offentlige-for-45-milliarder-i-aret/266305>

³⁹ Stavangerprosjektet <https://www.barnehage.no/forskning-lek-sosial-kompetanse/de-fulgte-tusen-barn-over-ti-ar---na-far-vi-vite-hva-de-har-funnet-ut/130772> NTNU-prosjektet Tidlig Trygg i Trondheim <https://www.ntnu.no/tidlig-trygg/om-prosjektet>? Også Mor-og-Barn-panelstudien vil kunne si noe om dette.

⁴⁰ Se Joron Phil og Geir Andersland: Kunnskapsdepartementet vil skinninnføre totalovervåking av befolkningen, kronikk i Alltinget <https://www.altinget.no/artikkel/kunnskapsdepartementet-vil-snikinnfoere-totalovervaakning-av-den-norske-befolkning>

bekymringsmeldinger har økt noe, men færre ender med beslutning om tiltak. Antall barn med tiltak har falt, fra 32 til 29 tusen. Antallet enslige mindreårige asylsøkere har falt fra 205 til 83. Antallet barn i foster- og beredskapshjem har falt med 10 prosent, mens antallet barn som står i kø for fosterhjem har nesten doblet seg, fra 172 til 336.

Praktisk talt all økt ressursinnsats har gått til institusjonsbarnevernet. Ved inngangen til 2025⁴¹, leverte 6 643 årsverk tjenester til 1 125 barn med gjennomsnittsalder på 16 år. Den samlede offentlige utgiften er 7,3 milliarder. Dette utgjør vel en firedel av de samlede (statlige og kommunale) utgiftene til barnevernet, vel 6.5 millioner per barn. I statsbudsjettet for 2027 økes den målrettede bevilgningen til institusjonsplassering med ytterligere 200 millioner. Dette kan antyde at den forebyggende innsatsen har måttet vike for prioritering av de barna med de største utfordringene. Regjeringens ekspertutvalg⁴² forklarer selv denne voldsomme utgiftsveksten til tjenester for et svært lite antall individer med manglende utbygging av egnede tiltak. 'Systemet' leter etter bedre løsninger.

Barnevernstjenestene for ungdommer med de mest alvorlige adferdsutfordringer er velferdsstatens mest ressurskrevende tjeneste, målt per individ i mottakergruppen. I tillegg til barnevernets egne kostnader, kommer de helsetjenestene de nok mottar og ressursbruk i politi og rettsvesen⁴³. Samtidig er dette nok også den tjeneste hvor den samfunnsøkonomiske gevinsten er størst, dersom tjenesten lykkes med å bringe ungdommene tilbake til et gjennomført utdanningsløp og stabil inntreden i arbeid⁴⁴. Barneombudet har flere ganger i de senere årene etterlyst en samlet innsats ovenfor denne målgruppen gjennom et forpliktende samarbeid mellom barnevern, helsetjenester og politi/kriminalomsorg⁴⁵. I et slik lys av 'evig problembeskrivelse' er det påfallende hvor lite konkret kunnskap det faktisk foreligger om sammenhengene mellom ungdommenes oppvekst og bakgrunn, (langtids-) effektene av de tjenestene ('tiltakene') de har mottatt og hvordan det går med dem senere i livet. Svak måloppnåelse er praktisk talt ensidig blitt definert som manglende formell utdanning hos de ansatte. Krav til mer formell kompetanse for flere stillingskategorier ble innført, men ledet bare til mangel på personell og er fra 2026

⁴¹ <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/barne-og-familievern/statistikk/barnevernsinstitusjoner>

⁴² <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/de-er-vare-barn-om-a-holde-hodet-kaldt-og-hjertet-varmt/id3091259/?ch=7&utm>

⁴³ Nye tall finnes ikke, men i perioden 2013-18 var 43 prosent av 15-17 åringene i barnevernsinstitusjon siktet for minst ett lovbrudd, og 23 prosent hadde minst en straffereaksjon.

⁴⁴ <https://www.bufdir.no/rapporter/dokumentside/buf00005986/>

⁴⁵ <https://www.barneombudet.no/uploads/documents/Barneombudet-mener/Horingssvar/2020/Bedre-velferdstjenester-for-barn-og-unge-som-har-behov-for-sammensatte-tjenester.pdf>

oppgitt med begrunnelse at man vil gi kommunene større frihet til å vektlegge praksisnær realkompetanse⁴⁶

Institusjonsbarnevernet er den velferdstjeneste hvor private aktører benyttes i størst grad. 60 prosent av barna er i privat drevne institusjoner, fordelt på 24 prosent i ideelt drevne og 36 prosent i ikke-ideelle⁴⁷. Bruken av de private leverandører skjer hovedsakelig som offentlig anskaffelse, mens enkeltkjøp kan gå direkte. Dette er en velferdstjeneste hvor behovet ofte er akutt og krever rask innsats der hvor ungdommen bor⁴⁸. Denne evnen finnes i privat sektor, blant annet ved utnyttelse av medlevertturnus og ved at ansatte reiser dit det tjenesten trengs. Men det er neppe en fullgod utnyttelse av private aktører å 'bare' være kriseløser i det offentlige ansvaret for de med størst utfordringer. De kan og bør også delta i en søken etter bedre løsninger for målgruppen.

Tidlig plassering i fosterhjem kan i noen tilfeller være et (bedre) alternativ enn institusjonsplassering. 7 300 barn bor i fosterhjem, en nedgang fra nær 12 000 i 2017. Det er stadig vanskeligere å rekruttere fosterforeldre. Den totale økonomiske kompensasjonen til fosterhjemmene er vanskelig å beregne, et begrunnet anslag kan være ca. 2 milliarder i støtte, samt en milliard til frikjøp av forelder fra arbeid. Fordelt på 9 006 barn i fosterhjem er dette en offentlig utgift på 330 tusen per barn. Det er 22 ganger dyrere å ta vare på et barn på institusjon enn i et fosterhjem. Kanskje det bør letes etter 'mellomformer' mellom dagens (mangel på) fosterhjem og institusjonsplassering. Kraftig forsterkede fosterhjem kan være en vei⁴⁹, omsorgssentre for mindreårige kan være en annen utviklingsvei. Kanskje kan private aktører inviteres tydeligere inn i det offentlige ansvaret ovenfor de som tar den tunge jobben det er å være (helt eller delvis) fosterhjem⁵⁰. Kanskje kan en BPA-modell ha relevans, hvor fosterhjemmet tilføres ressurser de selv kan anvende til å betale for en hjelp de finner nødvendig?

Det overordnede samfunns målet for barnevernet er , ved å bidra til en trygg oppvekst, å hjelpe barn og ungdom til gjennomføring av skolegang og en smidig inntreden i arbeidslivet. Bare en av fem med opphold på institusjon har fullført videregående utdanning ved 25 års

⁴⁶ Endringer i lover og forskrifter fra 1. januar 2026 fra Barne- og familiedepartementet - regjeringen.no

⁴⁷ <https://www.bufdir.no/statistikk-og-analyse/barnevern/barn-i-fosterhjem/>

⁴⁸ Kombinasjonen av et akutt offentlig behov for å levere tjenesten og private aktører som kan klare jobben utgjør en risikofaktor for at useriøse aktører bringes inn. Dette fordrer at den offentlige bestiller og kontrollkompetansen er god nok. En gjennomgang av A-krim høsten 2026 viser at denne har forbedringsrom.

⁴⁹ For eksempel ved at godtgjørelsen til fosterforeldre økes kraftig, og at de i tillegg har en heltids ansatt som fast støtte. Da kan kostnaden per barn komme ned mot 3-4 millioner. Gitt at alternativet i dag koster 7-8 millioner per ungdom i året, er det godt med ressurser til å støtte opp om de som er villig til å være fosterforelder dersom de også omgis av fast stabil, barnevernsfaglig støtte.

⁵⁰ I 2022 strammet stortingsflertallet kraftig inn på denne type privat-privat samhandling [Innst. 391 L \(2021-2022\) - stortinget.no](#)

alder. Barnevernstjenester er spesielle ved at effektiv hjelp av god kvalitet inneholder en god porsjon allmennmenneskelig kompetanse som ikke nødvendigvis kommer med profesjonsutdanning. Den finnes i det sivile samfunnet, blant personer med livserfaring. Denne ressursen er underutnyttet, og det er en stor oppgave for private aktører til å mobilisere denne.

I dette avsnittet har vi behandlet barnehage, skole og barnevern under samlebegrepet oppveksttjenester. I tillegg bør vi ha med de barne- og ungdomspsykiatriske tjenestene som helseforetakene leverer, ca 7,3 milliarder og de vel 2 milliarder fra kommunale pedagogisk-psykologiske tjenester. I tillegg kommer utgiftene til ca 22 tusen individer (0-18 år) som mottok tjenester fra barnehabilitering og ikke minst, den videregående skolen med 49 milliarder. Om vi legger til barnetrygden (29 milliarder) kontantoverføringene til foreldrepermisjon (29 milliarder), folketrygdens utgifter til pleie- og omsorgspenger (4 milliarder) og i underkant av en milliard i kontantstøtte, framtrer et bilde at Norge som er rikt land som bruker store ressurser, kanskje 330 milliarder i året, (275 tusen per barn per år) på å skape en sammenhengende oppvekstkjede for alle. Formålseffektiviteten av tjeneste samlet kan alltid diskuteres, et enkelt indikatormål et andelen som kommer greit gjennom den store neste overgangen, til videre høyere utdanning eller arbeid. OECD har etablert en egen kategori 'Not in Employment, Education or Training', det nærmeste vi kommer det norske begrepet 'ungt utenforskap'. I Norge kommer 93,4 prosent greit videre til høyere utdanning og arbeid, kun 6,6 går over til den såkalte neet-kategorien i internasjonal statistikk. Dette er bedre, men ikke mye bedre, enn gjennomsnittet for alle OECD-landene (8,8 prosent). Forskjellen er 1 300 personer i et årskull (på rundt 60 tusen). I underkant av 900 personer går rett over på uførepensjon ved 18-års alder. 110 tusen 20-29 åringerer utenfor arbeid og utdanning. Derfor retter vi nå blikket mot inkluderingstjenestene.

2.1.4 Arbeidslinja og inkluderingstjenestene

Norge ligger på toppen blant rike land i høyt sykefravær og tidlig (uføre-)pensjonering. Det til tross for et svært bredt spekter av velferdstjenester med samme overordnede formål, å hjelpe mennesker med ulike utfordringer til å bli økonomisk selvforsørget gjennom inntektsgivende arbeid. I de siste 30 årene er målet utvidet til at personer som i og for seg er økonomisk sikret, også skal øke sin arbeidsinnsats: Å få flere til å kombinere arbeid og trygd, flere deltidsarbeidende til å velge heltid, og eldre til å forlenge sitt yrkesliv. Arbeidslinja har vært et felles politisk mål siden den ble formulert midt på 1990-tallet. Norge måtte bort fra 'trygdelinja'. Tiltak for å begrense rekruttering til uførepensjon, samt en reduksjon i sykefravær, vil være de desidert mest effektive virkemidlene for å bidra til å dekke mangel på arbeidskraft fram til 2040.

Vi mangler et felles ord for disse tjenestene, i denne rapporten kalles de for 'inkluderings-tjenester', fordi det overordnede målet er inkludering i arbeidslivet. Den samlede ressursinnsatsen burde overvåkes ved hvor godt velferdsstaten lykkes med å legge til rette for at alle som vil og kan, oppnår økonomisk selvforsørgelse gjennom arbeid eller en for den enkelte god kombinasjon av arbeid og inntektssikring. Dette er ikke bare et økonomisk mål om å utnytte arbeidsressursene i hele befolkningen. Det er også et sosialpolitisk mål om livskvalitet: De positive ringvirkningene av en tilknytning til arbeid og en arbeidsplass er mange.

Det velferdsstatlige ansvaret for inkluderings-tjenestene er spredt på mange departementer og direktorater og igjen splittet opp i statlige og kommunale oppgaver. Arbeids- og inkluderingsdepartementet har ansvaret for arbeidsmarkedstiltakene og for at inntektssikringssystemene understøtter 'arbeidslinja'. De arbeidsrettede rehabiliterings-tjenestene ligger i helseforetakene under Helse- og omsorgsdepartementet. Under Barne- og familiedepartementet ligger mange av tiltakene målrettet mot personer med flyktninge- og innvandrerbakgrunn. Justisdepartementet har ansvaret for kriminalomsorgens arbeid med tilbakeføring av dømte, mens Kunnskapsdepartementet har ansvaret for ungdoms fullføring av grunnutdanning. Kommunaldepartementet har ansvaret for at kommunene er en god tilretteleggingsarena, og kommunene tilføres integreringstilskudd ved bosetting av innvandrere og støtte til personer med omfattende bistandsbehov. I tillegg kommer de aktiviteter som arbeidslivets parter har forankret i Intensjonsavtalene om et inkluderende arbeidsliv, og et høyst uoversiktlig bilde av både tilskudd til og anskaffelser fra tiltaksarrangører og inkluderingsbedrifter. En samlet oversikt, verken over årsverksinnsats eller samlede offentlige utgifter finnes ikke. Det er lettere å finne eksempler på ordninger og tiltak som har samme målgruppe⁵¹, men som administreres fra helt ulike kanter i systemet.

Inkluderings-tjenestene må nødvendigvis være svært differensierte, av den enkle grunn at årsakene til at en individ har utfordringer med å komme i arbeid er svært individuelle. Noen står svært nær arbeidslivet, andre er helt avhengige av en serie hjelpetiltak, godt koordinert som mange små trinn i en lang trapp inn i selvforsørgelse. Noen skal ut av fengsel, andre ut av rusavhengighet, andre skal lære norsk språk og kultur. Noen skal tilføres yrkesrelevant kompetanse, andre motivasjon og livsmestringsevne. Tjenestene må også kunne skaleres raskt, og tilpasses konjunktursvingninger i arbeidsmarkedet og internasjonale flyktningkriser.

Den samlede offentlige ressursinnsatsen til inkluderings-tjenester er vanskelige å beregne. Mange vil kanskje si at det er et meningsløst begrep. En idé kan vi likevel få ved å summere

⁵¹ For eksempel BPA fra kommunen og Funksjonsassistanse fra NAV.

de 24 milliardene som går gjennom Inkluderings- og Mangfoldsdirektoratet med de vel 12 milliardene som går til NAVs arbeidsmarkedstiltak, til sammen 36 milliarder. I tillegg er det ikke urimelig å legge til helsetjenestenes utgifter til yrkesrettet rehabilitering, deler av rusomsorgen, kriminalomsorgens utgifter til ettervern, samt kommunenes egne utgifter til inkluderingstiltak. En grov gjetning kan da være en samlet innsats på ca 50-60 milliarder kroner. I tillegg kommer både statlig og kommunal støtte til en bred vifte av tilskudd til prosjekter drevet fram av initiativ fra sosiale entreprenører i privat sektor. En komplett opptelling burde også inneholde anslag på utgifter bedrifter har til å tilrettelegge jobber og arbeidsplasser for personer med ulike utfordringer.

Det er med andre ord ikke enkelt å etablere et tydelig, kvantifiserbart mål for effekten av ressursbruken til inkluderingstjenester. Samtidig har alle de ulike tjenester og tiltak er overordnet formål om å løse flere inn i selvforsørgelse gjennom arbeid. I tre tiår har 'arbeidslinja' vært et felles, partipolitisk prosjekt. Intensjonsavtalene om et inkluderende arbeidsliv har vært gjeldende siden 2001. Det er derfor ikke urimelig å vurdere effektiviteten av inkluderingspolitikken opp mot utviklingen av yrkesdeltakelse og forbruk av trygde for befolkningen i yrkesaktiv alder.

Fra å være blant de land med den høyeste yrkesdeltakelsen i Europa ved inngangen til 2000-tallet, er Norge nå nede på en 7. plass. Andelen av befolkningen i alderen 20-66 år som er yrkesaktive siden 2001 har økt marginalt fra 63 til 67 prosent for personer med ikke-norsk bakgrunn, og for befolkningen for øvrig vært praktisk takt helst stabilt, fra 79,8 i 2001 til 79,3 i 2024⁵². Andre land har tatt innpå, og gått forbi Norge⁵³. Sysselsettingen blant personer med funksjonsutfordringer er ikke imponerende⁵⁴, og ligger langt fra statsminister Jens Stoltenbergs ambisjon i nyttårstalen 1.1. 2006 om å skape 'verdens mest inkluderende samfunn'. Sykefraværet er også gjenstridig stabilt. En marginalt bedre måloppnåelse, for eksempel en 10 prosents reduksjon i sykefravær, og i antallet personer på arbeidsavklaringspenger og på uførepensjon ville innebære en innsparing på 25 milliarder. Og, dersom disse personene i snitt istedenfor trygd hadde arbeidet i halv stilling, ville det innebære en verdiskaping fra 35 000 årsverk⁵⁵. KS har også utviklet et eget verktøy hvor kommuner kan beregne egne økonomiske gevinster ved å inkludere flere i arbeid⁵⁶.

Denne virkelighetsbeskrivelsen reiser tre viktige utfordringer:

⁵² <https://www.bufdir.no/statistikk-og-analyse/etnisitet-religion/deltakelse-arbeidsliv/>

⁵³ Eurostat: Key figures on Europe, 2025 Edition.

⁵⁴ OECD: Disability, Work and Inclusion: Mainstreaming in all policies and practices. Paris. 2022.

⁵⁵ Andersen 2026: Norge i rødt, hvitt og statistikk. Kagge forlag

⁵⁶ <https://www.ks.no/utenforregnskapet>

Den første er det institusjonelt oppsplittede virkemiddelapparatet. NAV-reformen for 20 år siden hadde til hensikt å skape et bedre koordinert system mellom kontantytelser, arbeidsmarkedstiltak og den kommunale sosialtjenesten. Det politiske ansvaret for tiltakene målrettet mot innvandrere har de siste to tiårene vandret mellom Kommunaldepartementet, Arbeidsdepartementet, Barne- og likestillingsdepartementet, samt at deler av virkemidlene har vært inntatt både Utdannings- og Justisdepartementet. De fire siste årene er mer ansvar samlet i Arbeids- og inkluderingsdepartementet, som nå også har igangsatt et arbeid med å evaluere hele NAV-systemet.

Det andre er et påfallende fravær av kunnskap om sammenhengene mellom tiltak og måloppnåelse. Det finnes en lang rekke evalueringer av enkelttiltak rettet mot definerte behovsgrupper, uten noen samlet sammenstilling av hva som virker – og hva som ikke virker. Inkluderings tiltak har i mange tilfeller preg av å være sosiale investeringer, og virkningene av tiltakene må kartlegges ved å følge individer over lengre tid, videre i livet. NAVs rutiner er å registrere aktivitet 6 og 12 måneder etter tiltaksslutt, men det sier lite om personene faller ut igjen av arbeidslivet. En studie igangsatt i 2014 fulgte 10 000 tiltaksdeltakere, og fant at en av fire var i jobb⁵⁷. Utgiftene til Kvalifiseringsprogrammet har økt med 300 millioner de tre siste årene, men færre enn før, nå 43 prosent kommer i jobb av de som fullfører. Denne mangelen på mer solid kunnskap om måloppnåelse er erkjent som en stor utfordring, og NAV arbeider nå systematiske med å etablere et langt bedre kunnskapsgrunnlag om effektene av de ulike tiltakstypene på ulike kategorier av deltakere.

Det tredje trekket ved inkluderings tiltakene er at dette er et område hvor den statlige politikken forsøker, uten egentlig å gjøre det tydelig, å benytte velferdssamfunnets ressurser mer enn velferdsstatens apparat til å oppnå politikken mål – en stabil integrering i arbeid og de fellesskap som omgir yrkesdeltakelse. Et stort antall private aktører er trukket inn, både som mottakere av tilskudd til enkeltprosjekter og gjennom anskaffelser. Også en rekke tiltak tilbys arbeidsgivere, igjen med uklart etterprøvd virkninger. Kanskje gjør man riktige ting – men på helt feil måte? En interessant utvikling i senere tid er at flere arbeidsinkluderingsbedrifter har utviklet prosjekter rettet mot ungdom som sliter i skolen, og i et tre-partssamarbeid mellom kommune, inkluderingsbedrift og det ordinære lokale næringsliv. Målet er å komme inn med en individrettet tidlig innsats og etablere en alternativ, mer effektiv vei gjennom skole til arbeid⁵⁸. Andre kommuner forsøker å utvikle varianter av 'jobb-garantier', med rett til sommerjobb i ferien eller mulighet for jobb en viss tid til rett etter videregående.

⁵⁷ [Tiltaksdeltakere med nedsatt arbeidsevne – hvor går de etterpå? - nav.no](http://nav.no)

⁵⁸ Asker og Bærum viktige foregangskommuner – Ung i jobb, Ung i Asker. Mer her.

Når det praktisk talt konstante volum på 'utenforskap' har vedvart i snart tre ti-år, må det spørres: Er det noe ved innretningen på dette 'tiltakssystemet' som er grunnleggende feil? Er det for sterkt innrettet på individet 'utenfor' heller enn på mulighetene for å skape et større mangfold av arbeidsoppgaver og tilknytningsmuligheter 'innenfor'? Og hvis utfordringene med mangel på arbeidskraft i pleie og omsorgstjenestene skal avhjelpes med rekruttering fra utenforskapet, bør det ikke da inkluderingstjenestene reorganiseres til å bli trapper og stiger inn til oppgaver i helse- og omsorgstjenestene?

2.1.5 Spesialisthelsetjenesten

I likhet med skolen bruker Norge mer ressurser på helse enn de fleste andre land, mer-bruken er faktisk større for helse enn for utdanning. Ingen land i Europa har så mange yrkesaktive leger og sykepleiere i sin befolkning. Og vi oppnår behandlingsresultater i verdensklasse på noen områder. For overlevelse for kreftsyke barn er ingen land bedre enn Norge: 89 prosent er i live etter 5 år. Samtidig ligger andre land med mindre ressursinnsats i helsetjenestene like hakk i hæl⁵⁹. På andre indikatorer på kvaliteten i spesialisthelsetjenestene, som tilgjengelighet, ventetid på behandling, tilgjengelighet av effektive legemidler og godt koordinerte pasientforløp, er Norges internasjonale plassering ikke i samsvar med ressursbruken⁶⁰.

Spesialisthelsetjenesten har, sammenliknet med de andre velferdstjenestene, et godt utviklet system for måling av ressursbruk og resultater, og fra 2024, et eget teknisk beregningsutvalg som gjennomlyser ressursbruken til ulike formål. Det er to grunner til dette. Den ene er at den medisinske vitenskap i seg selv er genuint opptatt av å kvantifisere behandlingsresultater, og med fantastisk framgang. Også de offentlige systemene for verifisering av nye legemidlers effekter bidrar kraftig til et konstant fokus på effekter for pasientene. Den andre drivkraften for måling av ressursbruk er at helsetjenestene i mange land (og i særdeleshet i USA) finansieres mer direkte gjennom forsikringsvirksomhet. Sykehuset må ta seg betalt for sine kostnader, forsikringsselskapet vil ikke betale mer enn nødvendig. Det skapes en felles interesse for å synliggjøre og tallfeste faktiske kostnader, helt ned til hver enkelt behandling, sortert i medisinske diagnosekategorier. Når staten, som i Norge, selv er forsikringsselskapet, er denne tradisjonen videreføres i innsatsstyrt finansiering og i utmåling av tilskudd og refusjoner til private aktører som leverer til det offentlige ansvaret. Til hver diagnose er det knyttet en kostnad, som kan anvendes både i inntektssystemet for sykehusene, men også til å beregne produktiviteten med et godt datagrunnlag.

⁵⁹ Progress towards the WHO Global Initiative for Childhood Cancer Target of 60%. The Lancet, 4.-10- April 2026.

⁶⁰ Oecd: Health at a glance, ulike år. se også Commonwealthfund.org

Samlet har antallet årsverk i den norske spesialisthelsetjenesten økt fra 116 tusen i 2015 til nå 143 tusen i 2025. Produktiviteten i spesialisthelsetjenesten vokste jevnt over flere år, for så å falle kraftig under pandemien. De siste årene har den økt noe, men er i dag lavere enn i 2017.⁶¹ Utviklingen av ventetider varierer, preget av krafttak (ventetidsløft), for så å stige igjen. Det er ingen jevn reduksjon i ventetider som for eksempel kan, eller burde, tilskrives økt personellinnsats. I gjennomsnitt for alle behandlinger var ventetiden 74 dager i 2024, det samme som i 2013.

Spesialisthelsetjenesten er stor, 240 milliarder kroner. Dette betyr at selv svært små endringer i kostnadseffektivitet og sykefravær gir store utslag. Om produktiviteten kunne øke med 2 prosent, tilsvarer det at alle egenandeler (til sammen 4 milliarder) kunne fjernes. Om alle regionale helseforetak hadde samme sykefravær som Helse Vest (7,1 prosent), ville det innebære 500 flere årsverk. En reduksjon i sykefraværet på 20 prosent i hele tjenesten, ville utgjøre en ekstra ressursinnsats på 4 800 årsverk⁶², uten økte kostnader for samfunnet. Investeringene i medisinsk-teknisk utstyr utgjør bare et par prosent i forhold til lønnsutgiftene⁶³. Etterslepet er stort, det samme er potensialene for å utnytte ny personellbesparende teknologi.

Det er relativt sikre sammenhenger mellom befolkningens alderssammensetning og behovene for helsetjenester. Dette gjør at behovene for de ulike tjenestene kan framskrives med stor sikkerhet. Flere eldre vil ha flere diagnoser samtidig, og trenge kombinasjoner av tjenester som i dag er plassert på ulike forvatningsnivåer. Helsetilsynet anbefaler entydig⁶⁴ at spesialisthelsetjenesten må styrke den grunnleggende geriatrike kompetansen hos alle som jobber med pasienter i sykehusene. Dens høyspesialiserte faglighet er lite tilpasset flere pasienter med et sammensatt sykdomsbilde, i praksis ofte individer med behov også for omsorgstjenester. Dette leder både til samhandlingsutfordringer mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, og til at skillet mellom helse- og omsorgstjenester utfordres.

Spesialisthelsetjenestens står ovenfor et omfattende utfordringsbilde i en spagat mellom stadig flere diagnosebaserte behandlingsmuligheter og en befolkning med behov for bredere, livskvalitetsorienterte mestringstjenester. Halvparten av ressursbruken går til de fem prosent mest krevende pasientene⁶⁵. Den før omtalte tradisjonen for resultatmåling

⁶¹ Rapport fra det Det tekniske beregningsutvalget for spesialisthelsetjenestens økonomi, Helse- og omsorgsdepartementet 10. desember 2025.

⁶² Helsepersonellplan 2040

⁶³ Menon anslo investeringene til 1,8 mrd mot 116 mrd i lønnsutgifter i 2022, i 2026 anslått til 3,0 mrd. [medtek-og-lab-samfunnsbidrag-menon-august-2024.pdf](#)

⁶⁴ Helsetilsynet: Fragmentert og spesialisert – Hva vet Helsetilsynet om eldre i spesialisthelsetjenesten? Rapport 5/2024

⁶⁵ <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2024/fragmentert-og-spesialisert-hva-vet-tilsynet-om-eldre-i-spesialisthelsetjenesten/>

favoriserer en orientering mot et sektorinternt produktivitetsfokus mer enn på et overordnet mål om å bedre folks livskvalitet. Det har vokst fram en ganske bred enighet om en utviklingsretning, med fire elementer: 1) Ny teknologi, herunder også nye legemidler, kommer i stor fart og må spre seg mye raskere i klinisk praksis. 2) Oppgaver som historisk er strukturert og definert med profesjonsbestemte grenser må gjennomgå, og muligheter for nye oppgavedelinger (oppgaveglidning) må utnyttes. 3) Private aktører som kan kapitalisere på stordriftsfordeler, og levere spesialiserte tjenester kvalitativt like godt og mer kostnadseffektivt enn offentlig egenregi, bør utnyttes mer. 4) Og sist men ikke minst, flere pasienter vil ha behov for tjenester fra både sykehusene og fra de kommunale tjenestene, kombinert på måter som oppleves av den enkelte tjenestemottaker som en helhetlig, sømløs tjeneste.

Når så mange er så enige om så mye – hvorfor går det da så tregt? Før vi går løs på dette spørsmålet, skal vi først se helsetjenestene nedafor, fra kommunene.

2.1.6 De kommunale helse- og omsorgstjenestene

I kjølvannet av den da i 2012 nye Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester ble skillett mellom en helsetjeneste og en omsorgstjeneste visket ut. Formålet er å gi kommunene en plikt til å tilby mennesker med sammensatte behov et 'helhetlig' tilbud. Det kan være mye helsegevinst i gode omsorgstjenester, og helsetjenester uten omsorgstjenester kan fort bli en kilde til ineffektiv ressursbruk. En hjemmehjelper som forhindrer et lårhalsbrudd hos en eldre bruker sparer spesialisthelsetjenesten for 350 tusen kroner i behandlingskostnader og kommunen for 450 tusen i rehabilitering og hjemmesykepleie⁶⁶ første året. Og brukeren unngår en økning i dødelighet på 25 prosent. Skillet mellom helsehjelp og omsorgstjenester er tydeligere i Lov om pasient- og brukerrettigheter, hvor helsehjelp er en tjeneste som utføres av helsepersonell, grupper definert i Helsepersonelloven. En person er pasient når man mottar helsehjelp, og bruker når man mottar en omsorgstjeneste. Parallelt med tydeliggjøringen av kommunens plikter, er de individuelle rettighetene til tjenester styrket, i et aldersnøytralt lovverk⁶⁷. De kommunale utgiftene som strømmer gjennom dette systemet var i 2025 221 milliarder, fordelt på 185 mrd til omsorgstjenester,

⁶⁶ Fallbarometer.no

⁶⁷ Det er (kun) to aldersrelaterte bestemmelser i lovverket: Retten til Brukerstyrt Personlig Assistanse faller bort ved fylte 67 år, det sammen gjør den statlige kompensasjonen til kommuner med særlig ressurskrevende brukere.

36 milliarder til kommunehelsetjenesten⁶⁸. Til sammen 149 000 årsverk i 2025. Bare fra 2021 til 2026 har kommunenes utgifter økt med 28,5 prosent⁶⁹.

Inn i dette juridiske rammeverk vil befolkningen bli eldre. Flere vi ha behov for ulike kombinasjoner av tjenester for å meste et hverdagsliv med fysisk og psykisk svekkelse. 40 prosent av oss vil avslutte livet med et i snitt 26 måneders opphold på sykehjem. Antallet personer med alvorlig kognitiv svikt (demenssykdommer) vil dobles i løpet av 15 år, til 200 tusen i 2040. Politikere og befolkning omtaler ofte tjenestene som eldreomsorg. Men noe helt annet har skjedd i de siste tre tiår:

Fram til nå har en stadig større andel av de kommunale utgiftene til helse- og omsorgstjenester gått til mottakere under 67 år: I 1998 var andelen 26 prosent, i 2022 var den steget til 43 prosent. I 2024 falt den 40,4 prosent av mottakerne under 67 år, antakelig et uttrykk for at nå blir selve antallet eldre innbyggere så stort at tjenestene tvinges til en ny prioritering. Likevel går 70 prosent av alle timene med hjemmebaserte tjenester til personer under 67 år⁷⁰. Bare 24 prosent av alle over 80 år mottok en hjemmebasert tjeneste. Mange av tjenestebrukerne mottar mange tjenester samtidig, og blir dermed svært kostnadskrevende for kommunen. De 20 prosent av brukerne som mottar flest tjenester står for 60 prosent av utgiftene og har en gjennomsnittsalder på 49 år.⁷¹ Også staten, gjennom tilskuddsordningen for ressurskrevende brukere, bidrar til å finansiere kommunenes utgifter. For 2026 beregnes det en statlig utgift på 14,5 milliarder til 8 400 individer⁷². I tillegg kommer de kostnadene som er knyttet til denne gruppens bruk av tjenester i spesialisthelsetjenesten. Noen statistikk som kan belyse dette finnes ikke, men KS oppgir at 18 prosent (2 av 11) mottakere av kommunale helsetjenester også mottar spesialisthelsetjenester. Det er all grunn til å tro at disse pasientene også mottar flere kommunale omsorgstjenester

⁶⁸ Legeårsverk 7 299,5, Fysioterapiårsverk 5 353,8, helsestasjon- og skolehelsetjeneste 7 139,7.

helsefagarbeidere 39 100, sykepleiere ca 40 000. Mange sykepleiere er klassifisert i omsorgstjenester

⁶⁹ <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/sjokeheimar-heimetenester-og-andre-omsorgstenester>

⁷⁰ Kommuneproposisjonen Prop. 142 S (2024-2025) Kap 10:

⁷¹ Terje P. Hagen m.fl. Brukere med særlig høye kostnader i pleie- og omsorgstjenestene – hvem er de, og hva betyr de for kommunale utgifter? Hagen, T. P. & Tjerbo, T. (2023). Vi forbereder oss på 'eldrebølgen', men i kommunehelsetjenesten er der en 'yngrebølge'. Tidsskrift for omsorgsforskning, 9(2), 92–104

⁷² <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stedlig-kontroll-2025-tilskuddsordningen-saerlig-ressurskrevende-helse-og-omsorgstjenester/innledning>

Staten kompenserer kommuner for utgifter over 1.921 mill per bruker, dvs at kommunene først har betalt 16 milliarder, før staten dekker ytterligere 14,5 milliarder. 8441 brukere mottar en gjennomsnittlig offentlig tjeneste på 3,6 millioner. Noen enkeltbrukere mottar tjenester for opp mot 30 millioner – Kilde Gunn Ovesen, KS. Ordningen bortfaller når brukeren blir eldre enn 67 år.

I møte med en eldre befolkning står kommunene ovenfor en dobbel utfordring: På den ene siden må de øke tjenesteytingen til flere svært gamle, på den andre siden må ressurser vris fra 'yngreomsorg' til eldreomsorg. Dette må skje gjennom innovasjon, ny teknologi, forebyggende aktivitet, og ikke minst, med en bredere utnyttelse av ressurser i privat sektor, i sivilsamfunn og næringsliv. Kvalitetssikringen i de kommunale tjenestene er, slik Riksrevisjonen vurderer det, for svak og for lite systematisk. Kvalitetsarbeidet er i det vesentlige reaktivt, og responser på uønskede hendelser, klager og rapporter fra Helsetilsyn og Statsforvalter. Bare halvparten av kommunene har opplegg for bruker- og pårørendeundersøkelser. Systematiske data om mønstrene for hvilke kombinasjoner av tjenester som ulike brukergrupper har ('sambruksdata') mangler helt.

Kommunene har stor frihet til å utkontraktere tjenesteytinger til private aktører. Av de samlede 185 milliarder til omsorgstjenester i 2025 gikk 8.97 milliarder til private som leverte tjenester til institusjon og bofellesskap, og 5,99 milliarder til tjenester i brukerens hjem⁷³. Til sammen utgjorde kjøp av tjenester fra private 8 prosent av utgiftene. Kommunehelsetjenesten leveres i stor grad av private, 78 prosent av fastlegene er selvstendig næringsdrivende. Det er også eksempler på at (hjemme-)sykepleie leveres av private virksomheter, ofte drevet av personer tidligere ansatt i kommunen med ideer om å utøve tjenesteytingen på andre måter).

Det foreligger i Norge ingen systematiske studier eller innhenting av data over ressursbruk og tjenestekvalitet hos aktører med ulik eieform og organisering. Kostnader og gevinster ved utkontraktering er (derfor, og i mangel på gode og standardiserte etterprøvinger av tjenestekvalitet) et tilsynelatende evig diskusjonstema. En svært omfattende studie av alle tilfeller av konkurranseutsetting av sykehjemsdrift i svenske kommuner fant svært små forskjeller i ressursbruk og kvalitet mellom tjenesteprodusenter med ulike eieform. En sannsynlig forklaring kan være at dersom den offentlige bestiller spesifiserer tjenesten ved hvilke kvalifikasjoner og andre innsatsfaktorer som skal benyttes, så vil ellers ulike produsenter produsere og levere tjenesten på samme måte. Om kravet er et bestemt antall sykepleiere på nattevakt, er det ingen insitamenter til å benytte nye teknologi til digital omsorg. Potensialene i utkontraktering realiseres først når det offentlige bestiller en løsning på en oppgave, i dette tilfellet et godt tilsyn med beboerne døgnet rundt. Dette skal vi komme tilbake til under behandlingen av samhandlingsutfordringer og innovative anskaffelser.

2.1.7 Sammenfatning – mer velferd for hver krone?

⁷³ Data fra Leverandørdatabasen, gjengitt i 'Unge på anbud', Notat 1/2026, For Velferdsstaten.

I innledningen lanserte jeg livskvalitet som overordnet samfunns mål for helse- og omsorgstjenestene, og mestringstjenester som samlebegrep for å trekke oppmerksomheten mot det samvirke som må utvikles for at befolkningen får de helhetlige tjenestene som kan underbygge best mulig livskvalitet, gitt de store eller små utfordringene hvert enkelt individ måtte ha.

Den offentlig finansierte tjenesteproduksjonen har som formål å bedre den enkeltes livskvalitet, gitt det konkrete utfordringsbildet det enkelte individ står i. Hver enkelt tjeneste har et formål: Oppveksttjenestene skal, på hver sin måte, i sum kvalifisere til et godt, økonomisk selvhjulpent voksenliv. Inkluderings- og mestringstjenestene skal utvide rommet for at så mange som mulige (i såkalt yrkesaktiv alder) kan delta, produktivt og sosialt, i arbeidslivet. Mestringstjenestene skal understøtte den enkeltes evne til best mulig å leve et selvstendig, verdig og aktivt liv i trygge omgivelser. Noen av de mer spesialiserte tjenestene skal gi behandling for akutte eller kroniske uønskede hendelser, slik at den enkelte tilbakeføres til eller kan håndtere bedre det livet man ønsker.

Under dette tjenesteytende systemet ligger de offentlige inntektssikringene, med to overordnede målsettinger: Den ene å sikre økonomisk trygghet når man ikke kan eller bør arbeide, den andre at inntektssikringene, ved sine insitamentvirkninger og faktiske bruk, skal understøtte en høyest mulig deltakelse av befolkningen i produktiv virksomhet.

Denne inndelingen i oppvekst-, inkluderings-, mestringstjenester samsvarer ikke med dagens inndeling av tjenestenes profesjonsbaserte spesialisering, organisering og politiske ansvarsområder. Den tar bevisst sitt utgangspunkt i menneskenes liv, slik det leves i faser:

Om vi måler kvaliteten på oppveksttjenestene ved andelen av de i tidlig voksenalder som *ikke* har kommet videre til arbeid eller høyere utdanning, ligger Norge høyt, på linje med Sverige. Men dårlige enn land som Tyskland, Sveits, Island og Holland ⁷⁴. Med en litt utvidet aldersdefinisjon, 15-29-åringer, har andelen i Norge ligget praktisk talt helt stabilt rundt 10 prosent, de siste 18 årene. Antallet unge på uførepensjon eller arbeidsavklaringspenger har ligget stabilt rundt 50-60 tusen personer 18-29 år. Antallet unge uføre har doblet seg fra 2013 til i dag.

Inkluderings- og mestringstjenestenes overordnede mål er å holde yrkesdeltakelsen høy og øke denne i alle befolkningsgrupper. Som nevnt har yrkesdeltakelsen økt svakt for personer med innvandrerbakgrunn, og vært stabil for den øvrige befolkningen i nå et kvart århundre. Andre land har tatt oss igjen, og gått forbi. Da kan man enten konkludere med at situasjonen ville

⁷⁴ Norge ligger på 7-8 prosent, halvparten av OECD-gjennomsnittet på 15 prosent., OECD 2025: Education at a glance, Figur A2.2 Trends in the share of 18-24 year old NEET, 2019-2024.

vært verre uten et halvt hundre milliarder årlig i inkluderingstiltak. Eller at det antyder at noe må gjøres annerledes.

Mestringstjenestenes mål er å gjøre folk til sjef i eget liv, til å oppleve god livskvalitet på måter den enkelte og nære pårørende selv ønsker. Til tross for at det foreligger en nasjonal strategi for livskvalitet⁷⁵, finnes ingen systematisk oversikt over livskvaliteten til ulike befolkningsgrupper. Derfor vet vi svært lite om sammenhengene mellom tjenestebruk og opplevelse av livssituasjon. 8 av 10 innbyggere over 80 år mottar ingen hjelpetjenester fra sin kommune, men hvor mange er selvhjulpne og hvor mange mangler de tjenester de etter loven skulle hatt? Det finnes ingen systematisk innsamling av data enn si overvåkning av tjenestene for å kunne fastslå hvor godt de egentlig oppnår sitt overordnede mål.

Tre felles trekk går igjen for alle tjenestene. For det første, det er allerede nå mangel på personell, om enn ujevnt fordelt over landet, mest kritisk i små utkantkommuner. Sykefraværet er til dels svært høyt. For det annet, tjenestene er universelle i sin velferdsstatlige lovregulering, men utvikling av rettigheter trekker ressursprioriteringene kraftig mot tallmessig små brukergrupper. Det skaper en spenning mellom tjenesteeffektivitet og formålseffektivitet. For det tredje, for alle tjenestene er det bred enighet om utfordringsbildet, at effektivitet og måloppnåelse må bli bedre.

Den store striden står om virkemiddelet: Er løsningen mer ressurser eller kan tjenestene frambringes med bedre ressursutnyttelse og en bedre bruk av ressurser i privat sektor

Det fører oss tilbake til det grunnleggende spørsmålet om tjenestekvalitet, slik det ble behandlet i avsnitt 1.4. Hvis mer ressurser, penger og fagfolk, ikke fører til bedre tjenester, så må forklaringen ligge i selve sammenhengene mellom ressurser og tjenestekvalitet. I måtene tjenestene frambringes på. Og hvis det rett og slett er mangel på ressurser, fagfolk til å arbeide i tjenestene, hvordan må vi da endre måtene tjenestene leveres på for å de ikke skal falle i kvalitet?

Det overordnede bildet er tjenester som vokser i ressursinnsats, men med fallende eller høyst uklar måloppnåelse. Tjenestene leveres i all hovedsak av helseforetak og kommuner som i utgangspunktet har en stor formell frihet til selv å bestemme hvordan de vil ivareta sitt 'sørge for' ansvar, samtidig som denne friheten begrenses fra to kanter: Den ene at pasienter og brukere har rettigheter som skal innfris. Den andre er bindende føringer, både i lovgivning og i forhandlingssystemet mellom tjenesteeier og nasjonalt, godt organiserte profesjonsorganisasjoner. Innfrielse av rettigheter er en viktig komponent i tjenestekvalitet, de andre føringene er også innført med begrunnelse om å sikre kvalitet. Men virker de

⁷⁵ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-livskvalitetsstrategi/id3111081/>

egentlig til det? Hva er egentlig forklaringene på at kvaliteten ikke øker når ressursinnsatsen gjør det?

2.2 De to verdensbilder

Det norske velferdssamfunnet har bak seg en hundreårig vekst i skattefinansierte tjenester. Norge er blitt en rik nasjon, og bruker mye ressurser, penger og folk på å levere tjenester. Samtidig framtrer et bilde hvor sammenhengene mellom de ressurser som anvendes i tjenestene, og resultatene, den verdiskapningen som kommer som tjenester av god kvalitet til målgruppene, er blitt svakere det siste ti-året. I beste fall leder fraværet av gode, omforente kvalitetsmål til en betydelig usikkerhet om sammenhengene mellom ressursinnsats og resultat. Denne konklusjon framkommer både når Norge sammenliknes med andre land, og når vi saumfarer utviklingen i tjenestene innen Norge. Samtidig er dette en observasjon med et ståsted utenfor selve tjenesteytingen.

Sett innenfra, fra de som arbeider i tjenestene ser verden annerledes ut: De opplever mangel på penger, knapphet tid, det er for få på vakt, ubesatte stillinger, de ser køer av pasienter og brukere de de ikke får hjulpet. De opplever en høy arbeidsbelastning, sykefraværet er høyt i velferdsyrkene. Mange slutter og går over i andre, mindre belastende yrker. De forklarer sin situasjon, og sviktende måloppnåelse, med mangel på ressurser. De blir provosert når observatørene kommer med en påstand om at det kan og bør arbeides på andre måter. De er lei av stadig nye reformer, endringskrav og mer eller mindre åpne påstander om ineffektivitet. De utvikler en særegen form for endringsmotstand, 'reform fatigue'.⁷⁶

Begge verdensbildene er riktige: De ansattes og brukernes opplevelser er like sanne som de målbare sammenhengene mellom ressursbruk og resultater. Det oppstår en kollisjon, en fastlåst uenighet, mellom en **ressursforklaring** og en **prosessforklaring**.

Velferdspolitikken kanskje største utfordring er derfor: Hvordan omdanne objektiv informasjon om virksomhetens ressursbruk, arbeidsmåter og måloppnåelse til en endringsagenda de ansatte og tjenestemottakerne opplever som attraktiv? Og som de ansvarlige politikere fra ulike partier kan enes om?

Et første ståsted kan være å ta utgangspunkt i den tidligere nevnte inndelingen av tjenestekvalitet i tre forhold, langs en underliggende tidslinje: *Strukturkvalitet* måler omfanget av de ressurser som står til rådighet for produksjonen, som penger, kompetanse, personell, bygninger og utstyr. *Prosesskvalitet* dreier seg om hvordan de tilgjengelige ressursene deretter kombineres til et tjenestevolum av en kvalitet som møter mottaker.

⁷⁶ Begrepet 'reform fatigue', reformtretthet, er grundig beskrevet OECD (2000) Government of the future. Ansatte blir slitne og mer kyniske, endringsmotstand og sykefravær øker.

Heri ligger organisasjon, ledelse, arbeidsfordelinger, lokaliteter, teknologi, utøvelse av profesjonelt skjønn, metodikker. Til slutt kommer *resultatkvalitet*: om tjenesten, når den kommer til pasient og bruker, faktisk leder til det resultat som er formålet med tjenesten.

Striden mellom ressursforklaringer og produktivitetsforklaringer kan i dette skjemaet beskrives som en uenighet om (lav) resultatkvalitet (hovedsakelig) skyldes strukturkvalitet eller prosesskvalitet. Og følgelig, om strategien for økt kvalitet er mer ressurser eller endrede arbeidsorganiseringer og -metoder.

Igjen er skolen en god illustrasjon. Når en internasjonal sammenlikning viser at kunnskapsnivåene i Norge har falt, oppstår en opphetet diskusjon om årsaken til kvalitetsfallet skyldes for få ressurser (lærere) eller måten det undervises på. Eller er det forhold i ungenes oppvekstmiljø utenfor skolen? Lærernes fagforening er umiddelbart ute med å kreve 15 milliarder mer for å øke lærerinnsatsen i skolen⁷⁷. At skolen har fått økt lærerinnsatsen med 32 prosent de siste 8 årene, fra 33,5 til 44,2 millioner timer er irrelevant, likeså at forskningen ikke kan bekrefte noen entydig sammenheng mellom lærerinnsats per elev og elevenes mestringsnivå. Det blir en stillingskrig, med aktørene godt nede i sine skyttergraver.

At profesjonsorganisasjoner vektlegger ressursforklaring på svak tjenestekvalitet, er lett forståelig. Alle fagorganisasjoner ønsker økt etterspørsel etter den arbeidskraften de organiserer. Alle profesjoner ønsker stor frihet til å utøve sitt faglige skjønn. Også befolkning og brukere deler denne oppfatningen. Velferdsprofesjonene nyter stor tillit i befolkningen. Oppslutning om sentralt bestemte bemanningsnormer har stor støtte. Det oppfattes som en kvalitetsgaranti⁷⁸. Det oppstår sterke 'velferdsallianser' mellom de ansatte i tjenestene og befolkningen. Det går fakkeltog mot endring, som raskt fanges opp av politikere som kappes om å bevilge mer penger. Også offentlig utredning og statistikk understøtter ressursforklaringen: Når tjenestebehovene framover beregnes, oversettes de mekanisk til hvor mange nye årsverk som trengs, og i en fotnote: *gitt at det arbeides på samme måte som i dag*.

Når forbedret strukturkvalitet ikke leder til økt resultatkvalitet burde det påkalle nysgjerrighet: Hva er det som skjer underveis? Hva er det som gjør at utgiftene til offentlig finansiert tjenesteyting så lett får en så sterk, innebygd egenvekst? Den finsk-amerikanske statsviteren William Niskanen ga (i 1971⁷⁹) en forklaring som fikk stor innflytelse på reformer i offentlig sektor på 1980 og -90-tallet. I korthet er argumentet følgende:

⁷⁷ Leder i skolenes landsforbund Jon O. Holthe i Fri Fagbevegelse, 16.9.26

⁷⁸ Utdanningsdirektoratet (2024) Lærer og foreldreundersøkelsen 2023-24

⁷⁹ William Niskanen: Bureaucracy and representative government. I hans analyse bruke ordet byråkrater som faglige spesialister i det offentlige tjeneste, jeg har skrevet det om til profesjoner

Velferdstjenester er svært kunnskapskrevende virksomhet. Kunnskapen er organisert i profesjoner som i praksis har monopol på kunnskap om sammenhengen mellom ressursbruk og resultat. Denne kunnskapen har verken de offentlige myndigheter eller tjenestebrukerne. De må stole på det profesjonen sier den trenger av ressurser for å løse den oppgaven politikerne har bestilt. Profesjonene har en materiell egeninteresse i bedre arbeidsvilkår, etterspørsel etter sin kompetanse, status, lønn og faglig fordypning, tillit i befolkningen osv. De vil derfor hevde nødvendigheten av en større bevilgning enn det som strengt tatt er nødvendig for å levere den kvalitet og tjenestevolum som myndighetene ønsker. Kort sagt: Profesjoner utnytter sitt faglige informasjonsovertak til å fremme egen materiell interesse. De vil alltid hevde at deres krav er i pasientenes og tjenestebrukernes interesse.

Disse enkle antakelsene om profesjoners 'budsjettmaksimerende' adferd ble utgangspunktet for en reformbølge av effektiviseringstiltak av offentlig sektor over hele den vestlige verden på 1980- og 1990-tallet. Sentrale elementer var oppbygging av uavhengig resultatmåling og tilsyn, aktivitetsrelaterede inntekter, benchmarking mot beste praksis, konkurranseutsetting og fritt brukervalg. Fellesnevneren er å begrense profesjonenes makt ved å etablere mer og annen kunnskap om hva som skjer i selve produksjonsprosessens omdanning av ressurser til resultater. Inspirasjonen var på flere måter en markedsmodell med kundens og konkurransens makt over produsentene.

Mye forskning om profesjoners motivasjoner fulgte i kjølvannet av Niskanens provoserende påstand om profesjoners egennytte maksimering. I antakelsen om motivasjon overså han en viktig faktor: Folk som velger å utdanne seg til velferdsyrker er genuint drevet av å bedre folks situasjon, enten de nå velger helse-, utdannings- eller sosialfag⁸⁰. Deres lojalitet er mot brukere, klienter og pasienter, ikke mot bevilgende myndigheter. Profesjonsutøvernes verden er det konkrete møtet med mennesker som de ønsker å hjelpe. De opplever en arbeidshverdag med uendelige behov: Profesjonelle normer om faglig forsvarlighet, barnets beste, se det det enkelte menneskets utfordringer, sikre brukernes inkludering, involvering og verdighet osv. er ikke endelige. Profesjonsutøverne opplever at de alltid kunne gjort mer – *om de bare hadde hatt mer ressurser*. Når slike normer også innarbeides i lovverk som juridiske rettigheter for pasienter og brukere, inntreffer en forsterket adferdsformende mekanisme, nemlig frykten for å gjøre feil. Faglig begrunnet akseptabel risiko erstattes av en null-feils-kultur, i seg selv en ineffektivtetsfremmende mekanisme.

⁸⁰ Dette forsterkes av en annen mekanisme, seleksjon. Personer med mer egenytteorientert motivasjon vil søke seg til andre yrker, jfr turnoverfall og motivasjon for jobbskifte,

Denne forståelsen er kjernen i Michael Lipskys nå klassiske verk om ‘bakkebyråkratene’,⁸¹ fortsatt standardreferanse i de fleste velferdsutdanninger etter at den kom i 1980. Lipskys utgangspunkt er at kvaliteten på en velferdstjeneste dannes i et konkret møte mellom en fagperson som utøver et faglig skjønn og ulike individer med hvert sitt helt unike hjelpebehov. Hva som er en god faglig praksis (kvalitet) dannes i selve samhandlingen mellom profesjonsutøver og pasient/bruker. Fra dette følger to implikasjoner: profesjonsutøverne må ha et stort rom for faglig skjønn, for nettopp å kunne møte den store individuelle behovsvariasjon mellom ulike individer. De må derfor ha tilstrekkelig med ressurser til å gjøre denne jobben, og det er bare den profesjonelle som kan vurdere hvor mye ressurser som trengs. ‘For å gjøre det bedre må vi være flere’. For det annet, det blir dypt problematisk, både metodisk og faglig, å aggregere fram samlemål på tjenestekvalitet. Det er ikke noe som kan observeres utenfra. Profesjoners skepsis, ofte åpne motstand, mot eksterne kvalitetsindikatorer ligger derfor ikke bare i det lett forståelige i at ingen liker å bli tittet etter i kortene, men også i en faglig begrunnet filosofi om at det verken gir mening eller kan gi relevant informasjon til forbedring av tjenestene.

Spenningen mellom Niskanens egoistiske kunnskapsmonopolister og Lipskys altruistiske skjønnsutøvere har rammet inn en betydelig forskning om sammenhenger mellom samlet ressursbruk, profesjoners adferd og effektivitet i offentlig finansierte velferdsytelser. Begge ha selvsagt rett i noe, men begge undervurderer betydningen av at velferdstjenester leveres av uhyre komplekse, kunnskapsintensive organisasjoner, innrammet av styring utenfra og ledelse innenfra. Begge undervurderer hvordan mange dimensjoner ved tjenestekvalitet faktisk kan verifiseres objektivt gjennom innsamling og sammenstilling av data, og gi verdifull informasjon både til tjenesteeiere og til profesjonell fagutvikling. Begge legger uuttalt til grunn at (ny) teknologi ikke spiller noen rolle i tjenesteytingen, og at alle velferdstjenester produseres i offentlig egenregi i en hierarkisk organisasjonsmodell.

Konflikter mellom en ressursforklaring og en prosessforklaring kan observeres i alle velferdstjenestene. Befolkningen er avhengig av de offentlig finansierte tjenestene og har stor sympati med profesjonene. Denne ‘velferdsalliansen’ vandrer inn i politikken, og med en pengerik norsk statskasse, blir det fort en partikonkurranse om å satse mest penger på gode formål. Prosessforklaringer blir presset på defensiven, og framstår som en *eliteforklaring*, fra eksperter med ståsted utenfor tjenestenes daglige møte med brukerne. Det blir en ‘dobbel virkelighet’, opprettholdt i Norge av at økte bevilgninger alltid er, eller til nå har vært, et politisk mulig kortsiktig alternativ til å øke effektiviteten.

I årene som kommer vil personellmangel utfordre ressursforklaringen. I et scenario hvor arbeidsmåter ikke endres, vil dette lede til en evig jakt etter innsparinger, folkelig motstand,

⁸¹ Michael Lipsky: Street lever bureaucracy

profesjoner som presses på defensiven og sviktende rekruttering til nettopp de yrkene og oppgavene det vil bli behov for. Mange kommuner, ordførere og kommunedirektører opplever at de er i denne situasjonen allerede i dag. Den store utfordringen er å unngå en slik utvikling, og i stedet utforme en endringsagenda som er attraktiv også for velferdsstatens personell. Det beste stedet å starte er å bli enige om de egentlige målene for tjenestene, og en systematisk involvering av den profesjonelle fagkunnskapen i å formulere disse på måter som kan skape enighet om hvordan det norske velferdssamfunnet kan komme på rett vei inn i framtida. Dette fører oss tilbake til den grove inndelingen av de fire 'makro-politiske' innrammingene av tjenestene.

		Verifisering av kvalitet og måloppnåelse	
		Lokal egenvurdering	Sentral/uavhengig
Ansvar for tjenesteytingen	Lokalt	1	2
	Sentralt	3	4

Den foregående gjennomgangen av oppvekst-, inkluderings- og mestringstjenestene viser en norsk velferdsstat hvor tjenestansvar og selve tjenesteproduksjonen er desentralisert, samtidig som rutiner og systemer for verifisering av måloppnåelse i det alt vesentlige er overlatt til tjenestene selv (rute 1). Statlig involvering er primært organisert som tilsynsvirksomhet, om man gjør 'tingene riktig'. Det er en svært viktig observasjon at prinsipielle, offentlige diskusjoner om ressursbruk og måloppnåelse innen en tjeneste nesten alltid kommer gjennom impulser 'utenfra', fra ekspertutredninger og internasjonale sammenlikninger.

Hvorfor kommer ikke mer bekymring for ineffektiv ressursbruk innenfra tjenestene selv? Den enkle forklaringen er at vi har bak oss i Norge en historisk utvikling av velferdstjenestene hvor profesjonsorganisasjoner, lovgivere og utdanningsinstitusjoner alle i realiteten har brukt mye mer *statlig standardisering* av måten tjenesteytingen skjer på enn det formelle desentraliserte ansvaret gir inntrykk av: Profesjoner har fremmet sine interesser gjennom kvalifikasjonskrav til oppgaveløsning og bemanningsnormer. Stortinget har gitt rettigheter til pasienter og brukere. Profesjonsutdanningenes innhold er i realiteten sterkt statlig styrt. Det ansvaret som formelt desentrale produksjonseenheter har, enten det nå er barnehager, skoler, sykehus, direktorater og kommuner, er ikke innrammet som et ansvar for å nå tydelig formulerte krav til *måloppnåelse*, men som et krav til *etterlevelse* at

sentralt gitte bestemmelser i lovverk og avtaler.. Ansvar er ikke et utviklingsansvar, men et 'sørge for' ansvar innenfor allerede gitte rammer. Formelt er det et stort rom for kommunene til å utvikle sine tjenester, men rommet er tomt når lovkrav skal etterleves. En by med geografiske levekårsforskjeller kan ikke flytte lærerressurser til områder hvor elevene trenger det mest. Helseforetakenes adgang til å samarbeide med kommunene er formelt stort, men konkrete samarbeid buttrer fort med lovregulert ansvar lagt på ulike forvaltningsnivåer. Profesjoner og lokalpolitikere opplever å være i tabellens rute 3, at den autonomien de har på papiret ikke er reell.

Når dette bildet av en rigid organisering av hvordan tildelte ressurser skal omdannes til tjenester, kombineres med et i det vesentlige tjenesteinternt, svakt utviklet system for å verifisere måloppnåelse, får ressursforklaringen et 'institusjonelt overtak'. Det blir et underskudd på kilder til den korreksjon som kan utvikle tjenesteytingen mot større måloppnåelse. Hvorfor skal man lete etter andre måter å løse oppgaven på når alle virkemidlene er låst fast? Eller at omstillingskostnadene taper i konkurransen med driftskostnadene? Betingelsene for innovasjon og rask spredning av bedre arbeidsmåter er svake. Og hvis det ikke er en rimelig bred enighet om måling av tjenestens måloppnåelse, hvordan skal man da kunne vite om noe nytt faktisk er nyttig?

Dette bildet må selvfølgelig nyanseres. Spesialisthelsetjenesten har en lang tradisjon for å måle kvalitet, definert som behandlingsresultat for ulike diagnoser. Dette har i sin tur lagt et faglig grunnlag for spredning av gode behandlinger for mange av folks helseutfordringer. Det enkelte sykehus kan måle seg mot de beste, og få et kunnskapsgrunnlag for eget forbedringsarbeid. Det kan etableres et kunnskapsgrunnlag for å vurdere om det er mest ressurseffektivt å utføre en bestemt behandling i egen regi, eller utkontraktere dette til en ekstern leverandør. Fra de medisinske fagmiljøene selv reises det spørsmål om overbehandling, og om ikke helsetjenestens overordnede mål må bevege seg fra sitt historiske fokus på behandling, til et bredere mål om lovskvalitet.

I skolen pågår skyttergravskrigen om utdanningskvalitet lar seg måle. OECD sier ja, mens norske myndigheter er i tenkeboksen om vi skal ha nasjonale prøver som middel til forbedringsarbeid. Hva foreldre faktisk mener i dette spørsmålet er ikke undersøkt⁸². Hvorvidt elever som tidlig i skoleløpet får særskilt tilrettelagt undervisning klarer seg bedre senere i livet, overvåkes ikke systematisk⁸³.

Mange, kanskje nesten alle, velferdstjenestene har et langsiktig mål om bedre livskvalitet for den enkelte. Dette gjelder alle former for forebygging og kvalifisering, alle typer tiltak for

⁸² [FUGs skole-hjem-barometer 2026 -](#)

⁸³ Hva som gir de beste livsutsikter for elever med lærevansker, særskilt undervisning eller tilrettelegging i ordinær undervisning vet man lite om. [Kva spesialundervisning handlar om](#)

å inkludere og integrere, og det gjelder omsorgstjenestene med unntak av tjenestene for dem i aller siste livsfase. Det finnes godt utviklet metodikk for å kartlegge individers livskvalitet på et gitt tidspunkt, men som middel til overvåkning av måloppnåelse av ulike typer tiltak, må individer følges over lengre tid. Hvordan går det egentlig med personer som har mottatt en tjeneste, og hvordan kan slik informasjon tilbakeføres til forbedring av tjenester, eller til avslutning av tiltak som ikke har påviselig effekt?

Historisk har slik innsamling av tidsseriedata vært svært ressurskrevende og krevd kobling av ulike registre. Med nye teknologier er ambisjonen om en samlet systematisk følging av velferdstjenestenes måloppnåelse et langt mer realistisk prosjekt. Både innen NAV og i barnevernet arbeides det nå konkret med å realisere slike ambisjoner. Viktige forutsetninger for at slike prosjekter skal lykkes er at de relevante profesjoner trekkes inn i arbeidet, slik at de opplever at resultatene har en faglig forankring som kan gi et kunnskapsgrunnlag for eget profesjonelt utviklingsarbeid. Opplever de det som en byråkratisk-administrativ overvåkning av eget arbeid vil de reise tvil om verdien av den nye kunnskapen.

Striden mellom ressursforklaringen og prosessforklaringen involverer, og ofte intensiveres, av to ytterligere spørsmål: det første er betydningen av organisasjonsinterne forhold i den enkelte tjenesteytende enhet. Dette gjelder ulikhet i arbeidsfordeling, teknologibruk, rutiner, ledelse, arbeidsmiljø, sykefravær, turnover osv. Det er ofte overraskende store forskjeller i sammenhengene mellom ressursbruk og måloppnåelse mellom ellers like enheter. Det andre er om og hvordan involvering av private aktører kan øke effektiviteten. Fra ideelle organisasjoner hevdes det ofte at de er i stand til å tilføre tjenestekvaliteten en 'ideell merverdi' som hverken offentlig egenregi eller andre private kan frambringe. Fra kommersielt organiserte virksomheter hevdes det at de ofte er kan frambringe den ønskede tjenestekvalitet med mindre bruk av ressurser, altså at de har en høyere produktivitet. Det er et stort behov for at slik strid kan avløses av bedre kunnskapsgrunnlag om sammenhengene mellom ressursbruk, organisering og måloppnåelse ikke bare innen hver tjeneste, men også mellom virksomheter med samme formål.

Historien favoriserer ressursforklaringer. Mer enn noen annen velferdsstat har Norge kunnet øke ressursbruken i tjenestene. Framtida tvinger fram prosessforklaringer. Vi må bruke ressursene på en bedre måte. I dette avsnittet har argumentet vært at en første forutsetning er å etablere enighet om tjenestenes mål, og å etablere rutiner for en kontinuerlig overvåkning av måloppnåelse. Men målene må også flyttes, fra tjenesteinterne produktivitetsmål til de overordnede målene om tjenestenes bidrag til å hjelpe befolkningen til gode liv, gjennom oppvekst, inkludering i arbeid og mestring av et liv med funksjonsutfordringer.

En slik målforskyvning, fra tjenestefokus til brukerfokus, har vokst fram med stor styrke gjennom erkjennelsen av den svikt pasienter og brukere opplever når de spesialiserte tjenestene ikke virker sammen til personsentrerte, helhetlige og sømløse tjenester.

2.3 Samordning: drømmen om de helhetlige tjenester

Velferdsstatens tjenester er utviklet som, og leveres gjennom, spesialiserte fag og profesjoner. Når tjenestekvalitet måles, er det vanligvis som innsats av en bestemt spesialitet formelt kvalifisert for å løse en spesifisert oppgave. Et sammensatt utfordringsbilde hos et individ splittes opp i enkeltproblemer som hvert isolert sett har en spesialisert løsning levert fra et tilhørende spisset fagfelt. Dette leder til spesialiseringsparadokset: *Økt spesialisering øker isolert sett kvaliteten på den enkelte tjeneste, men reduserer samtidig kvaliteten på det samlede tjenesteforløpet.* Faglig kvalitet og tjenestekvalitet blir dermed ikke automatisk det samme⁸⁴.

Det er et klassisk tema i organisasjonsteorien at oppgavedifferensiering leder til et behov for integrasjon mellom enkeltelementene. Hvis kapasiteten til koordinering ikke øker like mye som spesialiseringen oppstår et koordineringsgap. I velferdstjenestene kommer dette til uttrykk som målet om brukersentrerte, sømløse og helhetlige tjenester. Dette er kjernen i det store mangfold av forsøk og ordninger for å reintegrere tjenester som den faglige spesialiseringen først har fragmentert: individuell plan, koordinator, pakkeforløp, helsefelleskap, tverrfaglige team, 'en dør inn', organisatoriske grep for å nå et mål om brukersentrert helhetlighet, samhandling, samordning og samskaping. Men når alle er enige om samme problembeskrivelse, hvorfor så vanskelig?

Igjen regjerer 'makten i de rådende oppfatninger' – en tekning som i et århundre har skapt et velferdssamfunn med stor suksess. Oppskriften har vært:

1: Individets utfordringer deles opp etter fagområder. 'Systemet' oversetter dette til separate ansvarsområder, ofte forsterket ved lov- og avtalebestemte skillelinjer og profesjons- og kvalifikasjonsbaserte monopoler på utføring av bestemte oppgaver.

2: Idealet om at tjenestene skal være kunnskaps- og evidensbaserte former profesjonsutdanningene. Hver profesjon utvikler sitt eget kunnskapsgrunnlag og problemforståelse. Spesialiseringer påvirker derfor ikke bare hvem som skal gjøre hva, men også hva som oppfattes å være problemet.

⁸⁴ Et illustrerende eksempel er konklusjonen i Oslo Economics sin gjennomgang av det samlede tilbudet til synshemmede: mange gode tilbud finnes enkeltvis, men de burde henge bedre sammen.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/test/id3047739/>

3: Innen profesjonene foregår også en spesialisering: Det dannes en pyramide med de (mange) trivielle generalistoppgaver på bunn, og med forskningsfronten på topp. Der utvikles *spiss*-kompetansen av professorene på feltet. I nivået mellom ligger de mer krevende oppgavene, individer som har problemer som er så lite hyppige at for å etablere tilstrekkelig solide fagmiljøer som har et minste volum av oppgaver, må tjenesten ovenfor disse personene samles, det betyr geografisk sentralisering. Denne faglige logikken gjenspeiles også i hvilke forvaltningsnivåer som har ansvaret for hvilke typer tjenester innenfor en spesialitet. Individer med svært sjeldne problemer må ikke bare reise oppover i det profesjonelle statushierarki, de må også reise lenger geografisk.

4: Den faglige spesialiseringen blir institusjonalisert. Den gjenskaper i organisatoriske grenser, egne lovverk, eget fagspråk, egne ledelses- og rapporteringslinjer. Det som egentlig er en faglig rasjonell arbeidsdeling blir til for målgruppen et møte med et fragmentert hjelpeapparatet. Det er støpt siloer, bygd irrganger og installert svingdører.

5: Sekvensielle og simultane avhengigheter oppstår: For noen tjenestemottakere er helhetlighet en faglig begrunnet rekkefølge av enkelttjenester, for andre betyr det at flere tjenester må komme samtidig, i en 'pakke'. Ofte vil begge typer avhengighet være til stede hos en og samme pasient eller bruker. Og når ansvaret for de ulike enkeltelementene er plassert på ulike forvaltningsnivåer er koordineringsproblemet komplett. Det er blitt et 'wicked problem'.

Samordningsutfordringen har i tradisjonell tenkning ingen annen løsning enn større reformer, hvor oppsplittede ansvarsområder samles under samme felles besluttende autoritet. Slike koordineringsreformer er en leting etter løsninger på velferdsstatens *tilbudsside*. NAV-reformen er et godt eksempel. Utprøving av modeller med helsefellesskap bygger på samme idé, men strandede nettopp på problemet med at en samling tjenesteansvaret krevet opprettelse av et felles besluttende og ansvarlig organ. For at slike reformer skal være vellykket, må det dveles litt med hva som er drivkreftene på behovssiden.

Det er mange utviklingstrekk som driver fram behovet for bedre koordinerte tjenester. Det første er økt overlevelse for personer med medisinske diagnoser som før forkortet livet. Kreftoverlevende har satt ord på hvordan veien tilbake til god livskvalitet er lengre enn det spesialisthelsetjenesten følger dem. Det oppstår et behov for nye tjenester som må følge forløpet. Personer som overlever ulykker eller medfødte lidelser har behov for en pakke med tjenester for å mestre et utfordrende hverdagsliv. Et annet trekk er befolkningens allmenne aldring. Med høy alder vil det normalt alltid følge med flere samtidige mestringsutfordringer: Ikke bare vil mange rammes av multimorbiditet, man vil også trenge et samvirke mellom helse- og omsorgstjenester. Et tredje trekk er at en så stor andel av de

samlede ressursene innen alle tjenestene går til et tallmessig lite antall tjenestemottakere. Dette er i praksis alltid personer som trenger hjelp fra flere tjenester: Her møtes både brukere (og pårørende) sammen med tjenester som selv ser at manglende tjenestekoordinering leder til en for tjenestemottakerne uholdbar situasjon.

Ingen har problemer med å erkjenne og beskrive samhandlingsutfordringene. Fortellingene er mange om frustrerte brukere. Venting i uvisshet, uklarhet i hva som skal skje. Pårørende som slites ut av 'kampen mot systemet'. I velferdslovgivningen er det mange pålegg om samhandling mellom aktører, og for noen grupper⁸⁵ også rettigheter til egen koordinator. Fastlegene er gitt et særlig og fra 2026 tydeliggjort koordineringsansvar for de medisinsk-faglige tjenestene, samt at det kommunale fastlegekontoret er pålagt et bredere koordineringsansvar med 'andre relevante tjenesteytere'⁸⁶. Evalueringer av koordinatorordningene viser at til tross for innskjerpede lovkrav, har ordningene ikke i vesentlig grad ført til en utvidet bruk av koordinatører⁸⁷. Det er også utviklet veiledere for samhandling, men det er uklart i hvilken grad disse faktisk bidrar til bedre koordinering⁸⁸.

Koordineringsproblemenes rot-årsak er, paradoksalt nok, den viktigste av alle effektivitetsskapende mekanismer, nemlig spesialisering med påfølgende arbeidsdeling. Velferdstjenestenes historie er fortellingen om tjenester som er blitt stadig mer oppsplittet. Profesjonsutdanningene er bygget tett opp til å 'betjene' den politisk-administrative inndelingen i ansvarsområder. Insitamentsystemene i akademia og forskning premierer dem som trenger stadig dypere inn i et snevrere felt. Nissen som følger med på lasset er at målet om kunnskapsbaserte tjenester leder til større spesialisering som igjen leder til nye koordineringsutfordringer. Generalistrollene svekkes, og får ikke noe eget kunnskapsgrunnlag, og dermed heller ikke den profesjonelle status som egen og spesialisert utdanning gir.

Det er tre tradisjonelle løsninger på et koordineringsproblem. Den første er å bringe alle enkelttjenestene inn i samme organisasjon, for så å koordinere enkeltelementene med hierarkisk kontroll. NAV-reformen er allerede nevnt. Ved å samle Rikstrygdeverket, A-etat med (deler av) kommunal sosialtjeneste skulle de velferdspolitiske virkemidlene kunne koordineres mer effektivt, og brukeren møte 'én dør inn'. Forslag om å gi helseforetakene ansvaret for alle (de nå kommunale) helsetjenestene er et annet eksempel.

⁸⁵ Pasient- og brukerrettighetsloven §2-5b og Helse- og omsorgstjenesteloven §7-2 gir rett til koordinator for personer med komplekse tjenestebehov. Familier med barn med alvorlig skade, sykdom eller funksjonsnedsettelse har rett til rett til barnekoordinator (PBR § 2-5c), med plikt til å koordinere på tvers av velferdstjenester

⁸⁶ Ny Fastlegeforskrift fra 2026, § 26 og § 17

⁸⁷ [Koordinator, barnekoordinator og individuell plan - Helsedirektoratet](#)

⁸⁸ [Hvem er pasienter og brukere med store og sammensatte behov - Helsedirektoratet](#)

Den andre modellen er å desentralisere myndighet, og gi stort rom for hvordan virksomheten selv vil kombinere de ulike elementene innenfor en fastsatt økonomisk ramme. Den lokale enheten vil da, etter teorien, selv komme fram til et koordinert tjenestesystem som gir effektiv ressursbruk. Dette er tanken bak generalistkommuner med i utgangspunktet stor formell frihet til å organisere sine tjenester for innbyggerne. Også organiseringen av spesialisthelsetjenesten i fire regionale helseforetak er tuftet på denne idéen.

Den tredje modellen er å etablere kontrakter med aktører som rår over ressurser som er mer fleksible enn de ressursene den offentlige organisasjonen selv rår over. Mange koordineringsproblemer oppstår som uforutsigbare køer og 'propper i systemet'. Avtaler med vikarbyråer og konsulenter er mulige løsninger. Dersom et offentlig sykehus ikke klarer å levere en tjeneste til en pasient på et rett tidspunkt, kan pasienten overføres til en privat kontraktør som har kapasitet. NAV kan inngå kontrakt om arbeidstrening med en inkluderingsbedrift dersom et for stort antall ungdommer blir gående for lenge uten noen aktivitet. For noen tjenester finnes det også ulike garantiordninger som pålegger kommunene å levere samordnede tjenester, for eksempel Verdighetsgarantien i omsorgstjenestene⁸⁹.

Sentralisering, desentralisering og utkontraktering er forsøk på å løse koordineringsproblemene med utgangspunkt i de nåværende profesjoner og faglig spesialiserte tjenester. Som vi har vært inne på flere ganger, så er det for alle tjenestene et relativt lite antall brukere som krever de største ressursene. Dette er også individer som trenger god samordning mellom flere tjenester. Velmente koordineringsforsøk kan lede rett inn i *reformfellen: Hele 'systemet' endres for å fungere bedre for et lite fåtall, med risiko for at tjenestens kvalitet for det store flertall andre brukere kan blir dårligere*. Det overses at for det store flertall av brukere i alle velferdstjenestene er en enkel, ofte standardisert tjeneste det de trenger for å få god hjelp. Av 17,1 millioner fastlegebesøk i 2024 endte kun 1,9 millioner med videre henvisning til spesialist. 9 av 10 pasienter fikk sitt problem løst av fastlegens generalistoppgave. Om fastlegenes koordinerende funksjon skal styrkes, kan tjenestekvaliteten for de andre lide. NAV-reformen ble innført med et argument om å løse problemene for 'svingdørsklienter'. Disse såkalte 'fleretatsbrukerne' utgjorde bare 11,5 prosent av alle brukere⁹⁰. Reformen overså at 18 av 20 brukere hadde enkle utfordringer og fikk grei hjelp.

⁸⁹ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>

⁹⁰ Av 1 637 300 brukernære tjenesteytinger i årene 1993-2000 ('brukerforløp') hadde 7,6 prosent ytelser fra både A-etat og Rikstrygdeverket, 3,5 prosent fra A-etat og sosialhjelp, og kun 0,8 prosent fra alle tre etatene. Volumet er stort, så 0,8 prosent er 13 tusen individer.

En annen tilnærming til samordningsutfordringen kan derfor være å ta utgangspunkt i individene som trenger kombinerte tjenester: Hvor mange har behov for hvilke kombinasjoner av tjenester? Hva er de faktiske forekomstene av tjenestekombinasjoner for hvor mange (kommende) brukere? Og, som alternativ til forsøk på å koordinere tjenester heller spørre: kanskje denne målgruppen kan oppleve mer effektiv hjelp ved å møte en ny tjeneste som i seg selv inneholder de elementene som i dag er splittet på flere spesialister? Med et slikt utgangspunktet blir letingen etter koordineringsmekanismer erstattet av en leting etter *nye tjenester* som inneholder den kombinasjon av hjelp som dagens 'kasteballer' opplever.

Dagens profesjoner og faglige spesialiseringer arver vi fra historien. Det er ikke opplagt av vi allerede har utviklet de fagene vi trenger for å løse morgendagens utfordringsbilde. Når helsesykepleierne (fra 2019) kom tilbake til skolehelsetjenesten oppdaget de at halvparten av tiden går med til å håndtere problemer som har sin løsning i andre sosialfaglige profesjoner⁹¹. Kanskje elevene med sammensatte utfordringer burde møte en ny profesjon, en 'sosial-sykepleier'?

En første kunnskapsforutsetning for gode løsninger på koordineringsproblemer er rett og slett å kartlegge hvilke kategorier av pasienter/brukere som har behov for hvilke kombinasjoner av tjenester. Et skritt i denne retning er ideen bak Helsefellesskapene. Her er utgangspunktet en utpeking av fire målgrupper: barn og unge med langvarige og sammensatte behov, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, såkalt 'skrøpelige' eldre og personer med flere kroniske lidelser. Dette er de pasientgrupper som er mest avhengige av god koordinering av tjenester fra helseforetak og kommunehelsetjeneste. 19 geografisk definerte samarbeidsområder stimuleres med statlige midler til å etablere en samlet beslutningsmyndighet over tjenestene som skal koordineres for disse målgruppene. Så langt er erfaringene at i områder hvor samarbeid og koordinering fungerte godt i utgangspunktet, funderer Helsefellesskapene. Der hvor koordineringen var svak, har helsefellesskapene hatt liten effekt. Siden helseforetaksreformen kom i 2012 har det vært gjennomført et stort antall samhandlingsprosjekter, nå under navnet prosjekt X⁹². Ingen av disse har utkrystallisert noen erfaringer som synes å gi så gode effekter at de kan generaliseres. Mer sammenhengende helsetjenester vil nok i noen sammenhenger ikke være nok, sett fra et brukerperspektiv. Felles for mange av koordineringsutfordringene er at den helhetlige tjenesten må bestå både av en helsefaglig og en sosialfaglig komponent, og skal hjelpe individer som sliter med svake og brutte relasjoner til andre mennesker. Heller enn bare å

⁹¹ Sykepleien, studie fra 2017

⁹² <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/dette-er-prosjekt-x/id3145374/>

betrakte dette som et koordineringsproblem kan det formuleres som en oppgave for universiteter og høyskoler i å utvikle nye utdanninger hvor man blir 'spesialist på tverrfaglighet' (heller enn å utdannes til samhandlingskoordinator)..

Det er ingen systematisk innsamling av data over hvilke kombinasjoner av velferdstjenester barn mottar. Dette ble kritisert av Helsetilsynet for snart tre ti-år siden, i en rapport fra 2008⁹³. Det er nærliggende å tro at de 7-8 prosent av barna som får særskilt tilrettelagt undervisning i skolen også selv direkte eller familien, også mottar tjenester fra BUP, PP-tjeneste, barnevern og helsetjenester, både fra spesialist- og kommunehelsetjenesten. En relativt ny studie fra SINTEF (2024) viste for eksempel en svært stor bruk av helsetjenester blant barn som også mottar tjenester fra barnevernet⁹⁴.

Dette er barn og foreldre som kanskje mer enn noen annen velferdspolitisk målgruppe har behov for godt koordinerte tjenester. I praksis møte de et hjelpeapparat splittet opp etter sektorer, profesjoner, lovverk og forvaltningsnivåer. Med mer data om hvilke kombinasjoner av tjenester barna er avhengig av, kunne man grovsortere i kanskje tre-fire hovedkategorier av utfordringsbilder, for deretter å starte en utredning av mulighetene for å redesigne tjenestetilbudet til mer spesifiserte målgrupper. Barn med fysiske funksjonsproblemer trenger en annen pakke med tjenester enn dem med kognitive utfordringer, som igjen trenger noe annet enn barn fra familier med rusproblemer. Men noe skjer: Helseforetakene fikk i sine oppdragsbrev for 2024 pålegg om å starte planlegging av en ordning hvor alle barnevernsinstitusjoner skal kobles til ambulante helseteam. Men burde ikke også politiet være med fra starten, slik Barneombudet har etterlyst? Kanskje kan det finnes bedre løsninger enn å koordinere nåværende tjenester, nemlig å utvikle nye typer av tjenester som i seg selv rommer de fler- og tverrfaglige elementene som korresponderer med målgruppens utfordringsbilde. Når helsesykepleierne rapporterer at ungdommer kommer til dem med problemer av sosial karakter, er rask henvisning til sosialtjeneste bra. En enda bedre løsning kunne kanskje være å møte at eleven møtte en spesialist på kombinasjonen av helse- og sosiale problemer?

Manglende helhetlige tjenestepakker og tjenesteforløp er en svikt, et hull, som rammer individer med sammensatte utfordringer. Da må man velge mellom å forsøke å *tette* dette hullet med mer sammenheng mellom etablerte tjenester, eller *fylle* hullet med en ny løsning. Historisk, i velferdsstatens tidlige faser, spilte aktører i privat sektor en viktig rolle i å finne løsninger på svikt i det offentlige ansvaret. Det finnes gode eksempler på at denne tradisjonen gjenopptas som løsning på koordineringsproblemer. Kreftkompasset har satt fokus på, og utvikler tjenester, rettet mot kreftoverlevende i fasen mellom

⁹³ [Utsatte barn og unge – behov for bedre samarbeid | Helsetilsynet](#)

⁹⁴ [Helsehjelp til barn i barnevernet - Behov, barrierer og helsetjenestebruk - SINTEF](#)

spesialisthelsetjenestens ansvar og en fullt ut gjenopprettet livskvalitet. Flyktningeguiden, en ordning opprettet av Røde Kors i 1999, hvor en nybosatt flyktning kobles med en frivillig med god kjennskap til lokalsamfunnet. Ideen spredte seg til over 80 kommuner og ble av forskere evaluert som vellykket⁹⁵. I dette tilfeller er oppgaven ikke egentlig å koordinere offentlige oppgaver, men å koble sammen ressurser som finnes i det sivile lokalsamfunn rundt den nybosatte, for ved det å løse vedkommende og familien raskere inn i et nytt hverdagsliv. Og kanskje redusere behovet for offentlig finansierte inkluderingstjenester i neste omgang. Pårørende får i praksis ofte rollen som koordinator på vegne av sine nære, i en slitsom rolle med å etterspørre tjenestekoordinering, ved å måtte mase på 'systemet'. De pårørendes erfaringer er en stor endringsressurs, som burde utnyttes mye mer systematisk i det offentlige reformarbeidet. Historisk har private aktører vært både raskere og flinkere til å finne løsninger i 'mellomrommene' mellom offentlige ansvarsområder. Denne evnen er nok fortsatt der, og bør inviteres mer systematisk inn i utøvelsen av det offentlige ansvaret.

Kunnskapene om hvem som mottar, eller trenger, hvilke kombinasjoner av tjenester er som nevnt svakt utviklet. Befolkningens velferdsbehov beskrives også fortsatt i tjenstedifferensieringens kategoriseringer. En rimelig sikker gjetning om framtida er likevel at behovene for helhetlige tjenester vil øke langs to akser: Den ene er kombinasjoner av en helsekomponent og sosial-relasjonelle utfordringer som vanskeliggjør gjennomføring av utdanning og inkludering i arbeidslivet. Den andre er at kognitiv svikt går sammen med behov for bistand til å leve livet lenger i egen, trygg bolig, med hjelp til praktiske oppgaver og til å unngå ensomhet. Helsekomponenten vil måtte leveres av fagutdannet personell, men den sosiale komponenten fordrer ofte mer livserfaring og mellommenneskelig klokskap. I utenforskapet finnes begge deler.

Likepersonsarbeid er en underutnyttet ressurs. Norges nær 30 tusen verger har ingen tildelt rolle i velferdspolitikken utover å forvalte midler for umyndige, til tross for deres unike innsyn i livet til personer med svært store utfordringer.

Heller enn at det offentlige strever med å koordinere sine egne tjenester (med risiko for å svekke tjenestene til de mange som ikke trenger noen koordinering) kan det være både bedre samfunnsøkonomi og gi flere mennesker økt livskvalitet ved å stimulere fram løsninger fra private entreprenører.

2.4 Innovasjon og samskaping: mer ressurser fra flere aktører

Kjernen i samskaping er utvikling av nye, utradisjonelle arbeidsmåter for å løse et konkret problem på bedre måte. Som nevnt i innledningen har samskaping i praksis mye av det

⁹⁵ [NTNU Samforsk | Evaluering av Flyktningeguiden](#)

samme meningsinnholdet som innovasjon, men med et større fokus på å mobilisere relevante ressurser som underutnyttes. Et slikt økt ressurstilfang kan være et element i en innovasjon, men innovasjon kan også innebære en endring i måten de profesjonelle i tjenestene arbeider. Først nå skal vi behandle betydningen av ny teknologi for økt tjenesteproduktivitet, for deretter å koble samskaping og teknologi sammen til en strategi for tjenesteutvikling for større formålseffektivitet.

Ny teknologi kommer og utvikles nå i en så rask fart at virkningene er vanskelig å overskue. Den store utfordringen er neppe å forestille seg hva ny teknologi kan tenkes å gjøre, men å holde fast ved de oppgavene som tjenestene skal utføre, bedre for målgruppene og med mindre bruk av knappe ressurser. Kanskje ligger begrensningene på et normativt plan, hensynene til personvern og hva vi som samfunn mener bør reserveres til samhandling mellom ekte mennesker.

Vi står antakelig ovenfor en revolusjon, hvor kunstig intelligens som beslutningsstøtte frambringer raske og stadig sikrere avdekking av faktiske og kommende tjenestebehov. Det finnes i dag programmer som kan avdekke dysleksi og kalkuleksi hos barn, umiddelbart og billig. En første medisinsk diagnostisering kan automatiseres, før legen kommer til med et faglig skjønn. Forebyggende innsatser kan iverksettes og kurativ behandling starte raskere. Sensorer kan overvåke søvnmonster og gi nattvakter umiddelbar informasjon hvor et hjelpebehov er under utvikling. Selvmonitorering kan utføres i hjemmet og på fritiden, og varsle om behov for kontakt med tjenesten. Blodprøver kan avgis på apoteket, og analyser ligge klar før besøk hos fastlegen. Synstest hos optiker for å endre brillestyrke kan avsløre sykdommer, og koble bruker rett til øyelege. Data som følger brukere gjennom skolegang og inkluderingstiltak kan (algoritme-) styre nye individer med behov for hjelp til rett tiltak med større sikkerhet for måloppnåelse. Effekter av nye legemidler kan vurderes med et bredere informasjonsgrunnlag som for eksempel virkninger på sykefravær og selvopplevd livskvalitet. Eksemplene er allerede mange, og vil bli flere, på hvordan innhenting og analysering av relevant informasjon kan øke produktiviteten ved at faglige beslutninger kan fattes raskere på et bedre beslutningsgrunnlag.

Flyten av bilder og andre data over nett innebærer at mange tjenester frikobles fra sin geografiske plassering. Dette kan være alt fra samtaler, til at hjelpemiddelteknologi som er utplassert i den enkeltes hjem kan styres fra en spesialist langt borte. Skillet mellom regionalt og lokalt ansvar kan oppheves som geografiske referanser. Samtaletidspunkt mellom pasient, hjemmesykepleier og legespesialist kan avtales automatisk uten transaksjonskostnader. Tolkere kan bli overflødiggjort av automatisert oversettelse. Pasienter og brukere kan involveres i forvaltningen av sine egne utfordringer på mer aktive måter.

Medisinsk-teknisk utstyr har i hele den moderne helsetjenestens utvikling vært en sentral driver for bedre diagnostisering, behandlingsresultater og brukernes økte evne til å være mer selvhjulpne. Denne utviklingen vil bare fortsette, og myndighetene har som mål at norsk helseindustri skal utvikles til en større næring. Juridisk har lovverket (fortsatt) et skille mellom medisinsk utstyr og annen teknologi som kan understøtte trygghet og livskvalitet. Trygghetsalarmer som kan måle og sende data om blodtrykk faller mellom flere stoler. De mest avanserte kan også varsle et lårhalsbrudd med stor sannsynlighet. Da sendes en helseopplysning som bare kan mottas av helsepersonell. Men de kan ikke over telefon instruere en nabo til rask praktisk førstehjelp.

Teknologiutviklingen, og med den *potensialer* for bedre tjenester og mer effektiv bruk av knapt personell, vi bare fortsette. Det er ofte langt fra teknologiens muligheter til faktisk bruk og gevinstrealisering. Selve teknologiutviklingen vil normalt foregå i private virksomheter. Men det offentlige har en nøkkelrolle i å være problemdefinerer, utviklingspartner, testarena, bestiller og innkjøper. Og det må utvikles uavhengige fagmiljøer som kan evaluere om ny teknologi faktisk gir de forventede resultater. Sist, og kanskje mest, aktørene i tjenestene må ha evne til å foreta de endringer i ansvarsfordelinger, arbeidsmetoder og organisasjonsutvikling som er nødvendig for å nyttiggjøre seg nye muligheter.

En teknologisk dreven utvikling betyr å øke produktiviteten til de som er i tjenestene. Dette er nødvendig, men neppe nok til å sikre bærekraftige velferdstjenester på lengre sikt. (Hjemme-)sykepleierne er i en nøkkelrolle, i grenseflaten mellom nye behandlingsmuligheter og de livskvalitetsorienterte omsorgsoppgavene som drives av befolkningens aldring. De er mellomleddet mellom den teknologidrevne distribusjon av spesialisthelsetjenester inn i folks hjem, den kommune- og egnedrevne installering av velferdsteknologi og de er forbindelsen over til den praktiske hjelpen som flere eldre vil trenge mer av. Disse oppgavene kan dette yrket ikke klare alene, de må deles med flere. Kartlegginger av sykepleieres tidsbruk⁹⁶ har vist at opp mot halvparten av tiden anvendes til oppgaver som er viktige for pasienters velferd, men som ikke krever sykepleierutdanning.

Her kan arbeidsinkluderingsbedriftene se et utvidet samfunnsoppdrag: Når flere eldre skal bo lenger hjemme med mer teknologi integrert i de helsetjenestene de har behov for, er det behov for et nytt innhold i hjemmehjelpens oppgaver: sikre at ruterne virker, at alle batterier lades, at de tekniske forbindelsene er i orden, og at det er en vaktteneste som kan komme raskt til unnsetning. Fastlegen må ordinere medisiner, sykepleieren bære de rundt, men ingen har ansvaret for at den automatiske medisindispenseren faktisk virker, kommer ingen gevinst. Digitaliseringsdirektoratet anslår at ca. en million personer er i et 'digitalt

⁹⁶ Lillestrøm, Nordre Follo

utenforskap', og flere vil eldes inn i det. Dette er også den befolkningsgruppen hvor gode velferdstjenester skal bidra til å bo lenger hjemme, og redusere behovet for heldøgns sykehjemstjenester. Arbeidsinkluderingsbedriftene har god kompetanse på å hjelpe unge med utfordringer til å komme videre i livet, og kan sikkert raskt og lettbent kvalifisere, organisere og kanalisere godt datavante ungdommer til innsats. Et styrket samspill kan utvikles: Kommuner med mangel på personell kan definere oppgaver de ønsker utført, og betale inkluderingsbedriftene til å finne og lære opp arbeidskraft. Inkluderingsbedriftene kan, i samarbeid med utdanningssystemet, tilby kvalifiseringsstiger fram til fagbrev som helsefagarbeider, og utstyrt med ny teknologi, kan de også overta oppgaver som i dag er tidstyveri hos sykepleierne.

Selv om eldretjenestene lykkes med å forlenge perioden eldre bor hjemme, vil behovene for sykehjemsplassering øke betydelig. Sykehjemmene har i seg potensialer for å bli inkluderingspolitikkenes fyrtårn. Der skal det være en kjerne av gode helsetjenester drevet med effektiv bruk av trygghetsskapende og personellbesparende teknologi. Det gode sykehjemmet skal også være et sted for mellommenneskelig kontakt, måltider som gir matlukt i gangene og rytme i dagen. Passivitet må motvirkes av liv og røre. Et sykehjem er fullt av små og store praktiske oppgaver som må utføres, til alle døgnets tider, og som med fordel kan fylles av personer som sliter med å komme inn i det ordinære arbeidslivet. Den framtidsrettede kommune bør, gjennom sin makt som anskaffer, invitere entreprenører i privat sektor, ideelle som kommersielle, til å samarbeide seg imellom og levere en sykehjemstjeneste som kombinerer state of the art innen velferdsteknologi, effektiv bruk av knappe fagressurser og et samarbeid med en inkluderingsbedrift som leverer de støttefunksjoner som kan gi kvalitet til beboerne i deres siste livsfase. Det fordrer at de private aktørene står ovenfor en offentlig tjenesteeier som er både innovativ og forutsigbar.

2.5 En forutsigbar, effektiv rettsstat

I februar 2026 utspant deg seg en spesiell hendelse på toppen av vårt politiske system. I oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene ba deres eier, helse- og omsorgsministeren, foretakene om å iverksette konkurransebaserte anskaffelser av arbeidsrettede rehabiliteringstjenester, inkludert bl.a. føringer om å arbeide etter de nyeste, kunnskapsbaserte metoder. I Helse Sør-øst var det igangsatt en anskaffelse til en verdi av 1,2 milliarder. Flere tilbud kom inn, fra faglig tunge, seriøse private leverandører. Midt i arbeidet med tildelingen, fattet Stortinget⁹⁷ et vedtak om å stoppe prosessen, og påla regjeringen å videreføre avtalene med de gamle leverandørene. I vårt parlamentariske

⁹⁷ Et noe utradisjonelt flertall mellom partier på venstresiden som av prinsipp er mot konkurranseutsetting, et senterparti som sloss for institusjoner som mest sannsynlig ville tape i konkurransen og et FrP som ønsket å markere seg som brukernes talsperson med et argument om at tilbudet ville bli kvalitativt dårligere.

system er regjeringen tvunget til å bøye seg for Stortingets flertall, noe som i dette tilfellet ville innebære at regjeringen ville bryte loven om offentlige anskaffelser. Etter mye politisk støy utover våren bøyde Stortinget av, og anskaffelsene ble gjennomført. Både i helseforetakene og hos de private leverandørene var frustrasjonen (og tidsbruken!) stor.

Denne episoden illustrerer to viktige forhold: Det første er en iboende spenning mellom demokratiet og rettsstaten. Demokratiske idealer tilsier at de som til enhver tid har flertall i den folkevalgte forsamlingen, har rett til å bestemme hvilken samfunnsutvikling de ønsker. Det kan skifte ved valg og nye koalisjoner. Rettsstaten derimot, skal gjennom stabil lovgivning og rettspleie, sikre at private individer og aktører kan forholde seg til en forutsigbar, likebehandlende og effektiv utøvelse av politisk makt. Til sammen skal rettsstat og demokrati balansere hensynene til endring og stabilitet.

Det andre er at dersom private aktører opplever en uforutsigbar myndighetsutøvelse, blir dette en risiko ved å samhandle med det offentlige. Usikkerhet vil svekke interessen for å bidra til et offentlig-privat samarbeid om å løse samfunnsutfordringer. Skal private aktører være villige til å etablere organisasjon, rekruttere kompetent personell, investere i teknologi og utstyr og være klare til innsats, må det offentlige som kontraktspartner være så forutsigbar at samhandlingen er smidig, effektiv og rettssikker.

Forholdet mellom demokrati og rettsstat har historisk vært fredelig i Norge, så naturlig at vi knapt skiller mellom disse to polene i vårt politiske system. Skiftende demokratiske flertall ikke bare hatt respekt for landets lover, men også tolket loven på samme måte. Den mer intense ideologiske debatten om private aktørers rolle i velferdstjenestene har aksentuert spørsmålet om grenseflatene mellom demokratisk myndighetsutøvelse og lovgivningens innhold. To høyesterettsdommer fra nyere tid illustrerer dette. Barnehageloven sier at kommunale og private barnehager skal likebehandles, når kommunene tildeler de økonomiske tilskuddene til barnehagene. Private barnehager opplevde at noen kommuner underfinansierte de private til fordel for sine egne barnehager, og brakte saken inn for rettsvesenet: Hva er likebehandling? I en dom i 2021⁹⁸ fastslo Høyesterett at loven var å tolke slik at det kommunale tilskuddet til private barnehager skal være likt som kommunens egne utgifter til sine barnehager. I 2025 behandlet Høyesterett spørsmålet om en kommune kan nekte ikke-ideelle leverandører av sykehjemstjenester å levere tilbud i en kommunal anskaffelse. Oslo kommune ble da ledet av et rød-grønt flertall med mål om å 'fase kommersielle aktører ut av velferden'. Private, ikke-ideelle aktører mente at en slik utestengelse var i strid med lovens krav til likebehandling av ulike typer private leverandører. Høyesterett kom til at en favorisering av ideelle organisasjoner var lovlig, så lenge reservasjonen ivaretar hensynene til sosiale mål, fellesskapets beste og

⁹⁸ HR-2021-62-A

budsjettmessig effektivitet⁹⁹, men at defineringen av 'budsjettmessig effektivitet' er et politisk-ideologisk verdispørsmål som kommunestyret selv må avgjøre. I barnehagesaken vant rettsstaten, i sykehjemsaken vant demokratiet.

Nå hører det heldigvis til sjeldenhetene at private aktører som vil bidra i velferdstjenestene møter hindre som må gjennom hele rettsapparatet for å bli avgjort. Allment er det bred enighet i det politiske Norge om at private aktører er en verdifull ressurs for å bidra til bedre, mer effektive og bærekraftige velferdstjenester. Det er i rommet mellom de overordnede politiske målsettingene og en ønsket ny tjenestepraksis, i den 'operative blindsonen' ¹⁰⁰ at mange private aktører møter hindringer. Den store utfordringen er regelverk¹⁰¹, prosedyrer og forvaltningens vanetenkning som forsinker og/eller hindrer at nye løsninger prøves ut. Særlig gjelder dette for ny teknologi, både den som kan gjøre tjenesteproduksjonen mer effektiv og den som kan gjøre pasienter og andre tjenestebrukere mer selvhjulpne. Men det kan også gjelde nye faglige spesialiseringer¹⁰² eller arbeidsmetodikker¹⁰³.

Ny teknologi og arbeidsmetoder kan bringes inn i velferdstjenestene på tre ulike måter: Den første er ved innovative anskaffelser, den andre er ved offentlige godkjenning for bruk i de offentlig finansierte tjenesteyting, den tredje ved en kontrollert, mer forskningsbasert, utprøving av idéer og/eller produkter fra og i samarbeid med en privat aktør innenfor utøvelsen av en tjenesteproduksjon i offentlig egenregi.

Innovative anskaffelser har vært en anerkjent (og etterlyst!) endringsmetode i et par ti-år nå. Lovverket åpner for dette, og i de milliardene som årlig benyttes til offentlige anskaffelser av velferdstjenester ligger det en voldsom endringsmakt¹⁰⁴. Store innkjøpere som Sykehuspartner HF¹⁰⁵ og NAVs Hjelpemiddelsentraler¹⁰⁶ har fine formuleringer om

⁹⁹ HR-2025-2425-A

¹⁰⁰ Takk her til Melanor for begrepet og innspill til dette avsnittet.

¹⁰¹ Et illustrerende eksempel er skillet mellom 'medisinsk utstyr' og 'hjelpemiddel': Medisinsk utstyr er i regelverket hjelpemidler/teknologi med et medisinsk formål, regulert i Lov om medisinsk utstyr under Helse- og omsorgsdepartementet, mens et hjelpemiddel er utstyr som kan avhjelpe, avhjelpe eller kompensere for funksjonssvikt, regulert i Folketrygdloven og sorterer under NAV. Og Arbeidsdepartementet. Ny teknologi som kan ha i seg begge funksjoner, og bidra til den 'helhetlige tjenesten som alle etterlyser, faller mellom to siloer.

¹⁰² Jfr ulike profesjoners kamp om hvem som skal ha rett til å sykemelde.

¹⁰³ Jfr striden i barnevernet om anskaffelser skal sette krav til bruk av bestemte metoder (MST, FFT, TFCO, MDFT, BSFT mm.), eller overlate metodikkvalg til leverandøren.

¹⁰⁴ Det totale beløpet for velferdstjenester er ikke så lett å definere, avhengig både av avgrensingen av velferdstjeneste. Ved bruk av KI fikk jeg et anslag på i overkant av 300 milliarder, med dette rommer både innkjøp av midler til drift, bygninger og investeringer.

¹⁰⁵ Sykehuspartners gjeldende anskaffelsesstrategi har som mål: *Vi skal være fremtidsrettet og innovativ i løsning av oppgaver og fleksibel og løsningsorientert i møte med helseforetakene. Vi skal være i forkant av utviklingen i et stadig endrende marked, og utfordre helseforetak og leverandører til å finne nye løsninger og gjøre teknologiske fremskritt som bidrar til økt verdiskapning og bedre pasientbehandling.*

¹⁰⁶ <https://www.nav.no/anskaffelsesstrategi> : Vi gjennomfører innovative anskaffelser utforsker nye teknologiske muligheter for å få bedre tjenester til brukerne.

fremtidsrettede, innovative anskaffelser. Kommunene har ingen tilsvarende sentralisert innkjøpsorganisasjon, men KS har både en strategi for innovative anskaffelser og et pågående arbeid med å hjelpe fram ramme- og standardavtaler for innovative innkjøp til helse- og omsorgstjenestene. For innkjøp av ny teknologi til utdanningstjenestene har KS forsøkt å stimulere kommuner til å gå sammen i innkjøpssamarbeid¹⁰⁷. For universiteter og høyskoler finnes ingen nasjonal eller felles strategi for innovative anskaffelser, til tross for en pågående revolusjon i måten undervisning og læring utvikler seg.

Den andre veien inn i de offentlig finansierte velferdstjenestene er gjennom godkjenning. Typisk vil dette være for legemidler, som godkjennes på to nivåer: Det første er godkjenning for salg i Norge, det andre for bruk i behandling i de offentlig finansierte helsetjenestene. For godkjenning til salg er det en større, europeisk prosess hvor kriteriene for salg er en vitenskapelig dokumentert positiv effekt for pasienter, slik at de kan inngå i en faglig forsvarlig behandling. Godkjenningen for bruk i de offentlig finansierte tjenestene skal gjennom et nasjonalt system for 'Nye metoder', etablert over årene 2013 til 2020. Formålet med 'Nye metoder' er å sikre en tydeligere prioritering av ressursbruken i spesialisthelsetjenesten, med vekt på kriterier om nytte, ressursbruk og alvorlighetsgrad. Prisen på det aktuelle legemiddelet er kjent før det tas en endelig beslutning basert på nytte i medisinsk behandling, ressursbruk og alvorlighetsgrad. I denne prosedyren ligger det en erkjent spenning mellom et helsetjenesteperspektiv og et samfunnsperspektiv¹⁰⁸. Brede samfunnshensyn som virkninger på økt verdiskapning gjennom bedre arbeidsevne, mindre sykefravær eller effekter på utbetaling av trygd og pensjon inngår for eksempel ikke i vurderingsgrunnlaget.

Den tredje veien inn i de offentlige velferdstjenestene er i et offentlig-privat samarbeid hvor en privat aktør prøver ut noe nytt, et legemiddel, teknologi eller arbeidsmetode, ved at den offentlige tjenesten stiller fasiliteter og forsøkspersoner til rådighet. På flere måter er dette forskningsprosjekter som gjennomføres integrert i den løpende tjenesteytingen. Den private aktøren stiller med hypoteser og ekstra ressurser, mens det offentlige stiller med det empiriske materialet. I spesialisthelsetjenesten er det etablert et eget organ med ansvar for å stimulere fram slikt samarbeid¹⁰⁹. I Norges forskningsråd er det en egen finansieringskategori for slikt samarbeid mer rettet mot kommunale tjenester, kalt Kompetanse- og samarbeidsprosjekt.

På tegnebrettet er disse tre veiene fra innovasjon og idéskaping i privat sektor til bedre og mer kunnskapsbaserte, effektive offentlig finansierte tjenester både ryddige og rasjonelle

¹⁰⁷ KS Digital – kommer med en rapport høsten 2026.

¹⁰⁸ [Perspektiv og prioriteringer - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

¹⁰⁹ <https://www.nortrials.no/no/>

ut. Det er ingen mangel på politiske målsettinger om bedre velferdstjenester gjennom innovasjon og tjenesteutvikling, ofte også kombinert med næringspolitiske ambisjoner om å styrke utviklingen av en norsk, eksportrettet helseindustri. I praksis fungerer systemet dårlig.

Hovedtyngden av de offentlige anskaffelsene til velferdstjenester er innkjøp av velkjente ‘hyllevarer’, utprøvde varer og tjenester basert på velkjent teknologi. Slik vil det nok alltid være, brorpartene av tjenestebrukerne skal også (‘bare’) ha standardiserte enkle løsninger. Allmenne innsparingskrav i virksomhetene vil også forsterke en kostnadsfokustert innkjøpsmentalitet. Det samme vil risikoaversjon, frykten for å gjøre feil leder til det trygge og velutprøvde. En innovativ anskaffelse starter med en nysgjerrighet på andre måter å løse et behov, og det fordrer erfaring i å ha ‘markedsdialog’ med potensielle leverandører. I 2010 ble Leverandørutviklingsprogrammet (LUP) etablert som kompetansemiljøer for å bistå ved innovative anskaffelser. LUP anslår at av 13 000 offentlige anskaffelser i 2024 kan 5 prosent ansees som innovative, sammenliknet med 3 prosent i 2017. Vel en tre-del av de innovative anskaffelsene er innen helsetjenester. Stortinget reduserte støtten til LUP fra 2025 til -26.

I helsetjenestene spiller legemidler og medisinsk-teknisk utstyr en nøkkelrolle for å øke produktiviteten¹¹⁰. Ved det er de også avgjørende innsatsfaktorer for å bedre befolkningens helse, livskvalitet og mestringsevne. Viktige innovasjoner i behandlingsmetoder kommer gjennom forskning og utprøving innen den offentlige egenregiproduserte helsetjenesten, mens nye legemidler og medisinsk-teknisk utstyr i det vesentlige utvikles i privat virksomhet, og framkommer som et tilbud til tjenesten om å bli tatt i bruk. Kontaktflaten mellom det offentlige ansvaret for helsetjenesten og private aktører er derfor både en samarbeidsarena for tjenesteutvikling, og en anskaffelsesrelasjon hvor det offentlige tar stilling til hva som anskaffes for å tas i bruk i tjenesteytingen. I tillegg kommer en næringspolitisk ambisjon fra myndighetene om å utvikle en større, mer eksportorientert norsk helsenæring. Dersom myndighetene som anskaffer vektlegge pris for sterk, vil det hemme de privates muligheter til å drive innovasjon. Mye ny teknologi, og i særdeleshet legemidler, krever store utviklingskostnader. Om Norge i et internasjonalt marked kun vektlegger pris, kan det svekke interessen for Norge som et attraktivt marked.

Ny teknologi, herunder også nye legemidler, må av gode faglige grunner, gjennom en formalisert godkjenning i en forvaltnings- og beslutningsprosedyre. Jo tregere denne er, jo lenger må ikke bare helsetjenestene vente på produktivitetsgevinster, pasienter får også tbedre tjenester senere enn nødvendig. Behandlingstiden for nye legemidler godkjent for bruk i EU er i Norge 494-524 dager, sammenliknet med 109 i Danmark og 223 i Sverige. Av nye legemidler godkjent i EU er bare 37 prosent i bruk i norske helsetjenester (mot 48 i snitt

¹¹⁰ Menon-publikasjon Nr. 97/2024 Medtek og lab-virksomhetens samfunnsbidrag

i andre lands offentlige helsetjenester)¹¹¹. Befolkningen i Norge får ikke tilgang til effektiv behandling som er tilgjengelig i våre nære naboland. Det opptrer et paradoks: Gode, nye legemidler kan tas i bruk i helprivat helsetjeneste, men ikke i det offentlige. I mange tilfeller vil slike legemidler kunne dekkes av en privat helseforsikring for dem som er dekket av dette og bidra til det ingen sier de ønsker, 'en todelt helsetjeneste'.

Det tas nå tiltak for å korte ned behandlingstiden for godkjenning for bruk i den offentlige spesialisthelsetjenesten. Viktigere er det kanskje å fokusere på kriteriene for at et legemiddel blir godkjent for bruk. I norsk spesialisthelsetjeneste er utgiftene til legemidler hold stramt nede, og utgjorde i 2025 5,8 prosent av utgiftene 11,7 milliarder. Dette er i stor grad et resultat av at legemidler rammes inn noe ensidig som en kostnadskomponent i helsetjenesten som det gjelder å holde lavest mulig. I Norge forhandles pris fra produsent forut for beslutning om bruk. I Tyskland er det omvendt¹¹², først vurderes effekten på behandling, deretter igangsettes anskaffelser. Tyskland er raske til å godkjenne legemidler, Norge blir tregere fordi prisforhandlingene tar tid. Og ved at pris blir vurdert som kostnadskomponent for helseforetakene, (og ikke tydeligere som en innsatsfaktor også for arbeidsdeltakelse og samfunnsøkonomisk effektivitet), vil bredere samfunnshensyn fort tillegges mindre vekt enn det burde. I lys av det store fokus på å redusere sykefraværet i Norge, kunne effekter av legemidler på sykefravær være en relativt enkel indikator å etablere.

Den beskrevne situasjonen for legemidler og medisinsk utstyr illustrerer den forhandlingssituasjon som oppstår når private aktører mener å ha løsninger som, ut fra tjenestenes overordnede formål, kan bidra til effektivisering og større måloppnåelse, møter offentlige beslutningsrutiner. Andre eksempler kan være striden om hvilke profesjoner som skal ha rett til å sykemelde hvor lenge og for hva¹¹³. Eller hvor det regulatoriske ansvaret skal plasseres når ny teknologi utfordrer lovgivningens skille mellom hjelpemiddel og medisinsk utstyr¹¹⁴. En registrering av fysisk aktivitet bygget inn i en mobiltelefon som, med kobling mot KI gir medisinsk begrunnede råd til en slagrammet, hvor hører den hjemme? Fra det offentliges side møter fagbyråkratier med oppgaver bestemt i sektorbasert lovgivning og ofte også i mandat fra sin politiske ledelse. Lovgrunnlagene kan være kompliserte, fordi det på de fleste områder foreligger en EU-rett som også gjelder.

¹¹¹www.efpia.eu/news-events/the-efpia-view/statements-press-releases/patients-in-europe-waiting-longer-for-new-medicines-as-inequality-grows-between-member-states/

¹¹² https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3768/2026-08-18_G-BA-Infobroschuere_EN_

¹¹³ <https://www.utdanningsnytt.no/fravaer-fravaersgrensa-helsesoster/vil-la-helsesykepleiere-sykemelde-elever/227396>

¹¹⁴ Et mer eksotisk eksempel er hvordan hunder i Sverige kan sertifiseres som omsorgshunder ('social tjenstehund'), og som brukes med stor nytte ovenfor bestemte grupper hjemmeboende eldre, er uhyre komplisert, i praksis umulig, å anvende i Norge.

Byråkratiet blir prosedyre- og utredningsorientert, og vil gjøre beslutningene formelt riktig og robuste mot enhver innvending. Opp mot forvaltningens '*gjøre tingene riktig*'-logikk står de private aktørene med tro på løsninger som setter velferdstjeneste bedre i stand til å '*gjøre de riktige tingene*', en formålsrasjonalitet. Denne ulikhet i tankemåte forsterkes ved at fagbyråkratiene er sektorisert ('segmentert') etter departementer, mens nye løsninger derimot kan gå på kryss og tvers av etablerte institusjonelle ansvars- og forvaltningsområder. Ofte følger det også med asymmetriske insitamentvirkninger. Tiltak som vurderes som en utgift i en sektor, er en ønsket gevinst i en annen og gjerne et problem i en tredje. Nye legemidler som kan redusere sykefravær vurderes i helsesegmentet som en behandlingsutgift, i Arbeidsdepartementet som et lønnsomt tiltak, og i Justisdepartementet som et mulig problematisk brudd på alles rett til likeverdig helsetilbud, fordi det kan sies å være en favorisering av yrkesaktive.

Fagbyråkratiet har viktige verdier å ivareta og det er grenser for hvor fort en saksbehandling kan eller bør gå, når alle hensyn skal hensyntas. Viktigere enn raskest mulig behandlingstid er en styrking av adgangen og evnen til å vurdere nytten av et mulig nytt tiltak ut fra velferdstjenestenes overordnede formål. Alle tiltak som med en solid, faglig dokumentasjon kan sannsynliggjøre et mer effektivt bidrag til velferdstjenestens overordnede formål, må gis lik status og behandling. Både oppvekst- inkluderings- og mestringstjenestene har sine 'innsatsfaktorer', virkemidlene som bidrar til effektivitet og måloppnåelse. Velferdssamfunnets utfordringer er så store at letingen etter gode verktøy virkemidler ikke må avgrenses til en søking kun innen egen silo.

2.6 Samfunnssikkerhet som velferdsstatlig utfordring

Dagens tjenestetunge velferdsstat er utviklet i gode tider. Da NAV-reformen ble iverksatt i 2008, nådde forsvarsutgiftene sitt laveste nivå i Norges historie, 1.37 prosent av BNP¹¹⁵. Nå er målet 3,5 prosent til militært forsvar og statssikkerhet, og 1,5 prosent til samfunnssikkerhet, til sammen 5 prosent. Det norske samfunnet må nå framover bruke 200 milliarder *mer per år* for å håndtere et trusselbilde med militær konflikt, pandemi, digital sårbarhet og klimaskapte naturkatastrofer. I regjeringens nasjonale sikkerhetsstrategi fra 2025¹¹⁶ er målet å gjøre samfunnet mer motstandsdyktig, både i møte med en krise og ikke minst, med større evne til raskt å videreføre og gjenopprette så normale funksjoner som mulig. Helsetjenestene har en lang tradisjon for bevissthet om beredskapsarbeid, mens de øvrige velferdstjenestene er omfattet av det generelle prinsippet om at den som har ansvaret for en tjeneste i normale tider, også har ansvaret ved

¹¹⁵ SIPRI Military Expenditure Database

¹¹⁶ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-sikkerhetsstrategi>

krise. I praksis betyr dette at det er kommunene som har ansvaret for at velferdstjenestene utvikles slik at de bidrar til hele samfunnets totalberedskap.

Når det vedtas et nasjonalt mål om at et forhåndsbestemt og stort beløp skal anvendes til et formål oppstår det en fristelse: Godt organiserte interesser vil hevde at akkurat deres aktivitet er kritisk viktig for totalberedskapen, for på den måten å få tilgang til mer ressurser. Resultatet blir fort at etablert virksomhet får mer ressurser, at den samlede ressursbruken spres tynt utover hele samfunnet, med diffus og vanskelig målbar virkning på samfunnets motstandskraft mot kriser. Dette vil da kunne pågå samtidig som alle deler av offentlig sektor må øke sin produktivitet, for å gi rom for de økte offentlige utgiftene til samfunnssikkerhet. Penger bevilget for å styrke samfunnssikkerheten kan bli ressurstilførsel som svekker et nødvendig endringsarbeid. Dette må unngås.

Den store utfordringen for velferdstjenestene er derfor å innarbeide hensynet til samfunnssikkerhet i gjennomføringen av de endringer som er nødvendig for at velferdsstaten skal stå ved sine løfter ovenfor befolkningen, både i fredelige tider og ved krise. Bidraget til økt samfunnssikkerhet må komme som en ønsket bi-virkning av endring som først og fremst er begrunnet i å øke velferdssamfunnets bærekraft. Lærdommer fra Norges vellykkede håndtering av covid-pandemien kan illustrere poenget:

Ved korona-utbruddet ble det et voldsomt behov for kapasitet til å vaksinere hele befolkningen på kort tid, og for ikke å belaste helsetjenestenes ordinære drift for mye. Raskt ble det laget en egen forskrift som ga statlig refusjon til private aktører, som i avtale med kommunene, kunne vaksinere på vegne av kommunen (som har det lovpålagte ansvaret for massevaksinasjon). Apotekene ble tatt i bruk og avtaler ble inn gått med private helseaktører. Og nylig pensjonerte sykepleiere ble mobilisert. Kort sagt, kapasiteten til å utføre en oppgave ble større ved bruk av ressurser som normalt ikke ble brukt¹¹⁷. Det offentlige (kommunale) ansvaret for tjenesten ble gjennomført ved utkontraktere tjenesten til en privat produsent og arbeidskraft fra 'utenforskapet'.

Dette er et godt eksempel på en oppgaveglidning som var effektiv i en krise, og som ga gode erfaringer. Apotekenes rolle i vaksinasjonsarbeidet er under utvidelse¹¹⁸, og det er planer for tilrettelegging både for økt bruk av apoteker som vaksinasjonssted og for farmasøyters rekvireringsrett. Det er i gang forsøk med at blodprøver, fingerstikk og føflekkscanning også

¹¹⁷ I et samarbeid mellom Ullensaker kommune og Dr.Dropin om koronatesting og medisinsk oppfølging av innreisende ved Gardermoen hovedflyplass ble kapasiteten økt fra noen få hundre i normalsituasjonen til 12 000 i døgnet, noe som ikke hadde vært mulig uten mobilisering av private aktører. Ved den store tilstrømning av ukrainske flyktninger i 2022 samarbeidet Ullensaker kommune med Dr.Dropin og å levere helsetjenester i et raskt opprettet asylmottak, drevet av Hero, også det i samarbeid med kommunen.

¹¹⁸ Se Helsepersonellplan 2040. Meld. St.11 (2025-26). avsnitt 6.11.

kan gjøres på apotekene. Antallet fysiske steder hvor folk kan vaksineres og avlegge enkle prøver vil kunne økes med nær 1000¹¹⁹.

Et annet eksempel er bruken av pensjonister til å øke kapasiteten. Det ble gjort i stor skala under pandemien, ikke som et planlagt beredskapsprogram, men ved at sykepleiere meldte seg frivillig. Stortinget hastvedtok endringer i pensjonsreglene slik at pensjonister kunne arbeide for ordinær lønn uten avkortning av pensjon. Denne fjerningen av et økonomisk disinsentiv til å kombinere pensjon og lønn ble opphevet etter at pandemien var over. Kanskje det heller burde vært en permanent endring, at alle med pensjon som vil gjøre en innsats på sin gamle arbeidsplass, i sitt yrke, dersom det er nødvendig¹²⁰?

Det overordnede målet om å rekruttere mer arbeidskraft fra de som er utenfor arbeid vil, dersom det lykkes, også bidra til et mere robust samfunn. I pandemiårene var det helsepersonell som trengtes. Ved naturkatastrofer og ødelagt infrastruktur vil det være bygningsarbeidere, maskinførere og ingeniører. Ved krig og annen stor katastrofe vil mange tas ut av sine ordinære jobber. Skal virksomheten fortsette best mulig, må de erstattes. Hvorfor ikke da organisere de nylig pensjonerte i en 'reservearme', klar til å steppe inn der det trengs. Fra pensjonister selv er det tatt slike initiativ, hvor de organiserer sin egen formidling av 'restarbeidsevne' og arbeidsvilje¹²¹. Målsettingen er ikke primært å bistå ved kriser, men for å kunne kombinere pensjon og yrkesdeltakelse. En bieffekt vi være at det dannes organisering i det sivile samfunn som vil være svært nyttig nettopp ved kriser.

Krisehåndtering innebærer et stort behov for personell trent i transport av folk og varer, brannslukking, hjelp til funksjonshemmede, snørydding, flomvern, vakthold, håndtering av menneskemengder, med mer, kort sagt, en lang rekke oppgaver som i dag ligger i kommunene og med forsterkning fra Sivilforsvaret. Jo mer kompetanse og erfaring med slike oppgaver er godt spredt i befolkningen, jo sterkere vil samfunnets evne til å tåle kriser være. I dag er det 105 000 unge under 30 år utenfor arbeid og skole. Kanskje denne ledige ressursen kunne tilbys en systematisk opplæring i krisearbeid – en sivil variant av den militære førstegangstjenesten? Til ungdom som savnet det praktiske innholdet i skolen – og som i et slik opplegg kunne får realkompetanse som gjorde det lettere etterpå å finne en passende innstegsjobb i arbeidslivet? Og lærerkreftene kunne hentes fra pensjonister med egen, lang yrkeserfaring i nødetatene og de profesjonelt ansatte i Sivilforsvaret?

¹¹⁹ Sammenliknet med ca 1300 fastlegekontorer.

¹²⁰ Norges Sykepleierforbund har anslått at det er en 'arbeidsreserve' på ca 12 500 sykepleiere som er nylig pensjonert og som raskt kan komme tilbake i tjeneste. <https://sykepleien.no/digitalhistorie/2024/04/hvis-norge-blir-angrepet-dette-er-helsepersonellet-vi-har>

¹²¹ Se GammelNok.no og Seniorene.no

Vellykket krisehåndtering betyr at relevante ressurser finner hverandre raskt og samhandler effektivt. Dette er samfunnssikkerhetsvarianten av velferdsstatens koordineringsutfordring. Vellykket koordinering betyr at problemløsning står i fokus, med et fra alle aktører pragmatisk forhold til prosedyrer og formelle kompetanser. Om det er en krisehåndtering eller en bruker med ønske om helhetlige tjenester som er oppgaven, vil samhandlingsstrukturen (og -utfordringene) være grunnleggende like. Med andre ord, jo mer profesjoner i velferdstjenestene får erfaring og trening med å koordinere tjenester i sitt normale profesjonelle virke, jo mer blir dette også innebære en samfunnsressurs ved kriser.

Poenget med disse eksemplene er at hensynet til økt samfunnssikkerhet i velferdstjenestene ikke må bli et selvstendig mål som krever egen finansiering, men en ønsket ringvirkning av en endring i tjenesteytingen som er ønsket, ut fra de velferdsstatlige mål om å lykkes bedre. Oppgaveglidning fra de offentlige helsetjenestene til apotekere og optikere innebærer en mer effektiv bruk av samfunnets samlede ressurser. Involvering av pensjonister i ordinær virksomhet er en ønsket utnyttelse av 'restarbeidsevne'. Bruken av samfunnssikkerhetsoppgaver kan være en egnet arena for arbeidstrening. Men skal slike elementer av bredere utnyttelse av ressurser i befolkning, marked og sivilsamfunn virkelig styrke samfunnsberedskapen, må de ikke bare etableres som strakstiltak, men bli en integrert del av hvordan velferdssamfunnet opererer, også normale tider. Hvis ikke vil ressursene kunne forvitte, og ikke være der når kriser krever det. En velferdsstat som baserer sin tjenesteproduksjon på et bredere tilfang av ressurser og aktører enn kun offentlig egenregi, vil være mere robust i møte med kriser, og ha større kapasitet til å gjenopprette normal virksomhet.

Når dette er sagt vil det selvsagt være mer selvstendige hensyn til samfunnssikkerhet som gjelder særlig helsetjenestene. Pandemien viste nødvendigheten av å ha beredskapslagre av alt fra de enkleste driftsmidler til legemidler og, i tilfelle en alvorlig krise med fysisk destruksjon av sykehus, ha lagre av medisinsk utstyr. En større installering og bruk av helseteknologi hjemme hos pasienter reiser også konkrete beredskapsutfordringer. En større norsk helsenæring vil bety mer innenlandsk produksjon og kompetanse, i seg selv et bidrag til et mer robust og motstandsdyktig velferdssamfunn. Utfordringen for de statlige myndigheter er å omdanne også denne utfordringen som en bestilling til private aktører om å bidra.

Del 3 Ti råd til veien videre

Denne rapporten har undertittelen *Veivalg og muligheter*. Den er skrevet med en ambisjon om å bidra til å endre måten vi bruker ressursene på i dag, ikke nødvendigvis gjennom store strukturreformer, men ved å justere en kurs som i dag ikke er bærekraftig. Den norske velferdsstaten er ikke i noen krise. Men vi bruker ressursene vi har på måter som ikke kan

fortsette. Derfor må vi velge en annen vei, navigere etter tydeligere mål for hva som skal oppnås, ikke etter hvor mye penger vi kan bruke. De allmennmenneskelige behovene, for trygghet, for hjelp, for mening og livskvalitet, vil ikke endre seg. Det er konstanten i likningen. Det minst usikre vi vet i en ellers så utrygg verden er at befolkningens aldersstruktur endrer seg på måter som gjøre at flere vil ha større behov, og det vil være færre til å avhjelpe disse. Det er helningen på kurvene, behovene går opp, antallet til å levere tjenester går ned. I gapet mellom kurvene ligger likningens ukjente, X-en. Det vi må gjøre for å sikre, og videreutvikle velferdssamfunnet slik at behovene møtes.

X-en er ikke trusler som må møtes, det er muligheter som må utnyttes. Vi gjennomgår en teknologisk revolusjon som kan snu opp ned på hvordan tjenester og egen mestringsevne kan styrkes. Som individer i en befolkning, som private aktører i marked og sivilsamfunn, som 830 tusen ansatte i velferdstjenestene, har vi et større tilfang av ressurser enn noen gang, kanskje enn noe annet land. Vi må prøve ut hvordan disse ressursene kan benyttes og kombineres på andre måter enn til nå. Vi må la forestillingene komme før motforestillingene. Løsningsuniverset må utvides, nye idéer og virkemidler må prøves ut. Mulighetene må oppdages gjennom systematisk søken. Mye vil sikkert være mislykket, og kan gi læring for forbedring. Noe vil være vellykket, og peker vei inn i framtida. Jeg avslutter derfor med ti konkrete råd til en retning samfunnet bør gå, noen tror jeg sterkt på, andre tviler jeg på, men mener de bør prøves ut.

3.1 Et større innovasjonstrykk

En velferdsstat med voksende ressursbruk uten økt måloppnåelse er, paradoksalt nok, et godt utgangspunkt for innovasjon. Det betyr at det er mye ressurser i tjenestene, men at de må brukes annerledes. Innovasjon i velferdstjenestene har stått på politikkens agenda i et par ti-år, uten at en innovasjonsdrevet tjenesteutvikling har fått den fart som er nødvendig. Utfordringen nå er å *øke endringstrykket* slik at en aktiv søken etter nye måter å levere tjenesten på, blir en systematisk og integrert del av tjenestenes utvikling.

En prekær ressursmangel som truer selve målet med en tjeneste, vil tvinge fram innovasjon. Det er Teori 1 om innovasjon: nød lærer naken kvinne å spinne. Om ansatte i, og brukerne av, tjenestene oppfatter at innovasjon er ledelsens middel til kostnadsbesparelser i ineffektive arbeidsprosesser, vil innovasjon ikke lykkes. Teori 2 om innovasjon har det motsatte utgangspunktet, det vanligste er at naken kvinne fryser i hjel. Å prøve ut noe nytt innebærer alltid en risiko for at det går galt. Derfor er det viljen til å ta risiko, ikke nød, som driver fram innovasjon i velferdstjenester: Trygge mennesker tør mer. Å fremme innovasjon betyr å svekke og fjerne alle forhold som bremser og begrenser nytenkning. Derfor er det i denne rapporten pekt på hvordan rommet for innovasjon begrenses når lokal autonomi for tjenesteprodusenter innsnevres gjennom ytre pålagte

standarder og normer for hvordan tjenesten skal frambringes. Vi hører ofte at kommuner sier at de lovpålagte oppgavene, og regelverk og standarder for hvordan disse skal utføres, begrenser mulighetene for innovasjon.

Et første råd for å øke endringstrykket er, både for staten som lovgiver og de nasjonalt organiserte profesjonsorganisasjoner, å åpne opp for 'innovasjonsamnestier', at det gis rom for utprøving av noe nytt uten frykt for sanksjoner ved at lover og regler brytes¹²². Da vil ikke nye idéer kunne feies vekk som ulovlige umuligheter. Et slikt innovasjonsrom vil kunne, og bør, brukes i offentlige anskaffelser. Mer innovative anskaffelser har i flere år vært et mantra, men som vist i avsnitt 2.5, er det et godt stykke igjen til at dette er rutiner ved alle anskaffelsesprosesser. I for liten grad inviteres private aktører (og egne ansatte) til å utvikle forslag til løsninger på en konkretisert utfordring. Løsninger på samhandlingsproblemer mellom spesialiserte tjenester, eller mellom elementer i samme tjeneste som er forankret på ulike forvaltningsnivåer, kommer sjelden eller aldri til uttrykk som behov formulert i anskaffelser. Hver tjeneste anskaffer for seg.

Innovasjon i velferdstjenester er ofte import av teknologi og arbeidsmåter som er utviklet i helt andre deler av samfunnet, og som med tilpasninger kan drive fram bedre velferdstjenester. Pårørende er personer med kunnskaper fra andre yrker og erfaring med hvordan utfordringer løses på samfunnsområder. Det finnes gode eksempler på at pårørende, etter å ha observert hvordan tjenestene opererer, har etablert seg som sosiale entreprenører for å tilby tjenester de har sett at det offentlige mangler¹²³. Pårørende er et underutnyttet tilfang av nye idéer, og bør intervjues systematisk om hva de reflekterer over når de på nært hold ser tjenestene arbeide. De er en gratis kilde til innovasjon.

Et neste råd til en offentlig tjenesteansvarlig er å stille egen virksomhet til rådighet for at private aktører kan involveres i utprøving av nye idéer, enten dette er utprøving av en potensiell personellressurs, en ny teknologi eller for eksempel å integrere likepersonsarbeid i den profesjonelle praksis. Det er relevante ressurser i tjenestenes nære omgivelser, i pasient- og brukerorganisasjoner, hos teknologileverandører og hos pårørende. Sosiale entreprenører har ofte stor evne til å koble ulike ressurser og aktører sammen på formålseffektive måter, og som kan gi kraft til trekantsamarbeid mellom en offentlig tjenesteeier, en kommersiell leverandør av teknologi og tjenestedesign og en ideell organisasjon.

¹²² 'Dersom dere ikke bryter minst en lov, er dere ikke modige nok' sa helse- og omsorgsminister på Jan Christian Vestre på EHINs årskonferansen i november 2025 – og la til 'Dette står ikke i manuset jeg har fått fra departementet'..

¹²³ <https://nyby.no/>, <https://www.jodacare.no/>, <https://www.noen-as.no/>

Et tredje råd er å gjenopplive idéen med utfordringsrett. I sin juridiske utforming innebærer det en plikt for en offentlig tjenesteyter til å utrede en påstand fra en annen (privat) aktør om at en oppgave det offentlige utfører, kan gjøres på en bedre måte. Dette har vært praktisert i Danmark, og ble utredet innført i Norge for 20 år siden¹²⁴. Idéen ble lagt bort med begrunnelse at en slik rettighet ville utfordre alt for mange etablerte lover og regler. Men prinsippet er interessant: Det offentlige må vise full åpenhet om alle sider ved hvordan det selv driver en tjeneste, slik at det er mulig for en privat aktør å vurdere om oppgaven kan løses bedre på en annen måte. Den private aktør kan så utfordre det offentlige, som har en plikt til å gjennomføre en vurdering av den alternative løsningen. En utfordringsrett er en potensiell mekanisme for å tvinge fram nytenkning i det offentlige, og kan utformes i utallige varianter. Det kan være en bruker som sier at jeg kan selv organisere tjenestene rundt meg ved hjelp av leverandører jeg selv velger, bedre for meg og billigere for kommunen. Det kan være en bedrift som vil ta et ansvar for ansatte med utfordringer, dersom de kan få halvparten av en alternativ uførepensjon som lønnskudd. Eller private som sier de kan drive en institusjon for en spesifikk målgruppe dersom de får 90 prosent av det det koster det offentlige å gi samme tjeneste.

Fellesnevneren i disse tre rådene at innovative idéer, herunder ny teknologi, ofte utvikles og blir værende på 'utsiden' av tjenesten. Et økt, positivt innovasjonstrykk innebærer en utvikling av det offentlige ansvaret ved en systematisk interesse for, og søking mot løsninger som sirkulerer i omgivelsene, og *bringe disse inn i tjenestene*. Endringstrykk skapes ved mekanismer som skaper åpninger inn i utøvelsen av det offentlige tjenesteansvaret.

3.2 Når er det nye nyttig?

Det er gøy å drive innovasjon, entusiaster og ildsjeler tror sterkt på det de gjør og har lett for å tolke alle resultater i positivt lys. Nye teknologi kan være så besnærende at nødvendige motforestillinger overkjøres. Det er et utall av offentlige ordninger og bevilgninger til forsøksvirksomhet. Forsøks- og pilotprosjekter gjennomføres i alle tjenestene, og det gjøres erfaringer i alle retninger¹²⁵. Det avtegnes et bilde med evig uttesting, prosjekter med korte tidshorisonter, svak forankring i organisasjonens ledelse og sårbarhet for ildsjeler. Det er snart plassmangel på prosjektkirkegården. Kunnskapsoppsummeringer lages, men får i praksis lite gjennomslag i tjenestenes langsiktige utvikling.

¹²⁴ https://www.ks.no/contentassets/80bf55af39504527ba35a6b84e0c4bc5/2226_024041_utfordringsret.pdf

¹²⁵ <https://www.offentligservice.no/fra-pilotsyke-til-varig-praksis-vi-maa-slutte-aa-finne-opp-kruttet-paa-nytt.6752520-116165.html> <https://www.nhogeneo.no/artikler/2024/--vi-har-litt-pilotsyke-i-norge/> <https://www.utdanningsnytt.no/fullforingsreformen-nifu-videregaende-opplaering/slar-alarm-om-pilotsyke-i-skolesektoren/495019>

Å ta i bruk en ny løsning innebærer en risiko. Det vil alltid være skepsis hos noen. Det reises tvil om motivene bak endringen. Det som virker hos andre, passer ikke nødvendigvis hos oss. Endringsmotstand vil, i profesjonstung tjenesteyting, praktisk talt alltid formuleres som tvil om det faglig forsvarlige. Skal resultater fra et innovasjonsprosjekt forplante seg til endringsvilje må tre betingelser være på plass:

For det første må det foreligge en faglig solid dokumentasjon av om målsettingen med tjenesten faktisk oppnås på en bedre måte. Det har vært et gjennomgående argument i denne rapporten at målene for velferdstjenestene må tydeliggjøres gjennom sine bidrag til velferdssamfunnets overordnede formål. Det er erfaringer med effekter på tjenestekvalitet som må være den avgjørende testen for om en innovasjon er nyttig. Samtidig er det viktig at kriteriene for kvalitet og nytte ikke forblir sektor- og tjenesteinterne, men relateres (også) til det overordnede bidraget tjenesten skal gi til velferdssamfunnets kvalitet for befolkningen. Innovasjonsprosjektene bør kanskje bli færre og større, mer langvarige og mer solide i sin etterprøving av om tjenesten oppnår sine mål på bedre måter.

Det andre rådet er derfor en kraftig opprustning av faglig tunge analysemiljøer til å verifisere, eller avkrefte, de ønskede effektene av innovasjon. I dag er det mer eller mindre tilfeldig hvordan forsøksprosjekter evalueres. Erfaringene med den raske digitaliseringen av læringsmetodikker i skolen bør mane til ettertanke. Hvor var de kritiske røstene, hvor var de 'forskningsbaserte' profesjonsutdanningene?

Det tredje rådet er å involvere den profesjonsbaserte fagkunnskapen. Den lar seg ikke begeistre ved at innovasjoner gir lavere kostnader for kommunen eller helseforetaket. De motiveres av en kombinasjon av bedre tjenestekvalitet og forbedring av egne arbeidsvilkår. De trenger konkrete erfaringer med å kunne arbeide mer effektivt som fagpersoner. At personellmangel kan kompenseres med ny teknologi og nye arbeidsmetoder som gjør at de opplever større *mening* i sitt daglige virke.

I sum betyr dette at innovasjonsprosjekter må gjennomtenkes nøye før de settes opp og gjennomføres. Profesjonene må involveres i utforming og forankring av prosjektet, og viktig, anerkjenne legitimiteten til prosjektets evaluering før de kjenner resultatet.

3.3 Fra nyttig til nyttiggjort

Det er overraskende lett å finne mange eksempler på at innovasjoner som er solid verifisert som nyttige, likevel ikke tas i bruk eller sprer seg på en uforklarlig treg måte. Teknologi finnes, den er driftssikker og gevinstrealiserende, men den tas ikke i bruk. Nye legemidler med dokumentert effekt på lavere sykefravær blir ikke brukt. Digitale sensorer som i én kommune sparer sykehjemmets nattevakter for unødige tilsynsrunder og reduserer personellbehovet, installeres ikke i nabokommunen. Bruk av KI i rekrutteringsprosesser kan

gi store innsparinger i ett helseforetak, men sprer seg ikke til de andre. Tjenestene tar ikke skrittet fra dagens beste praksis til morgendagens neste praksis. Norge står ovenfor er stor skaleringsutfordring.

Innovasjons- og samskappingsutvalget (NOU 2026:6) har gitt en grundig analyse av 'pilotsyken'. For å utbre gode løsninger i kommunene foreslår utvalget et nasjonalt skaleringsfond på én milliard kroner per år i de neste ti årene. Hensikten er å redusere de omstillingskostnader som alltid følger med å endre tjenesteproduksjonen. Å importere en løsning som fungerer godt i andre kommuner, er i den enkelte kommune i praksis et innovasjonsprosjekt. Tilvante rutiner og arbeidsmåter må endres for å gjøre det nye. Omstillingskostnadene kan variere mellom kommuner, selv om tjenesteansvaret er det samme. At noe fungerer godt på Nordmøre overbeviser ikke nødvendigvis på Sunnmøre. Faren med et skaleringsfond er at dette bli enda en statlig finansiert ordning som kommuner kan benytte til å finansiere innovasjonsprosjekter.

Drivkreftene for skalering kan ikke bare komme fra ansvarlige tjenesteeiere som kopierer andres løsninger ('top-down') inn i egen organisasjon. De må også komme fra bruker- og ansattinteresser. Spredning av kunnskap om gode løsninger hos disse gruppene er nødvendig, slik at det skapes og settes ord på forventninger og krav til tjenestene om å arbeide på de best tilgjengelige måter. Studenter på vei inn i velferdsyrker er også en viktig, ofte undervurdert drivkraft for spredning av nye arbeidsmetoder. Om utdanningsinstitusjonene gjør sin jobb godt, bør de nye ansatte være utrustet med kunnskap som utfordrer tilvante arbeidsmetoder. Her er det nok dessverre en vei å gå.

For det tredje, enhver innføring av ny teknologi eller arbeidsmetoder som erklæres som det beste, innebærer en organisatorisk og kunnskapsmessig investering. I neste omgang leder dette til omstillingskostnader som hindrer videre utvikling. Beste praksis blir et hinder for neste praksis. Det er derfor viktig at statlige tiltak, enten det er skaleringsfond eller faglig begrunnede anbefalinger, ikke trekker oppmerksomheten bort fra at tjenestene hele tiden må være i stand til å ta til seg stadig nye ideer og innovasjoner. Neste praksis gjelder bare inntil det oppstår en enda bedre måte å frambringe tjenesten på.

3.4 Bedre måling av effektivitet og verdiskapning

I gjennomgangene av de enkelte tjenestene var det en hyppig observasjon at de etablerte prosedyrer og kriterier for etterprøving av måloppnåelse er svakt utviklet eller helt fraværende. Dels skyldes dette en historisk arv hvor tjenestekvalitet måles ensidig med ressursinnsats, dels en motstand fra profesjonene mot det de oppfatter som ekstern kontroll, og dels en faglig-metodisk diskusjon om hva det er mulig og meningsfullt å beskrive med tall – *'alt som teller kan ikke telles'*. Opp mot dette står konkurransebasert

virksomhet hvor salg, markedsandeler og fortjeneste gir løpende informasjon om virksomhetens utvikling. Resultatmåling kritiseres derfor ofte for å være en import av 'markedstenkning' – *'if you can't measure, you can't manage'*. I tillegg kommer det fra privat sektor metodikker for oppstilling av målbilder og 'key performance indicators' som også har fått en viss innflytelse i offentlig virksomhet, men ikke blitt tilpasset og konkretisert for velferdstjenestene.

Det er nødvendig med et nasjonalt krafttak for å forbedre kunnskapsgrunnlaget for den tjenesteutvikling som trengs for å sikre et bærekraftig velferdssamfunn. Man trenger ikke å ha et spesielt neoliberalt grunnsyn for å undersøke om ressursbruken i velferdstjenestene faktisk oppnår de målene demokratisk valgte politikere har fastsatt at fellesskapets ressurser skal brukes til. Dette krafttaket bør ha tre elementer:

For det første, konflikten om nytten av måling bør være gårsdagens diskusjon. Dersom det ikke er enighet om konkrete, kvantifiserbare mål for resultatet av ressursbruken, finnes det ikke kriterier for om innovasjon og tjenesteutvikling faktisk øker tjenestens formåls effektivitet. Det som skjer i skolepolitikken nå er instruktivt: stadig flere tunge aktører maner til å avblåse striden 'for eller mot PISA-målinger', og i stedet få en kunnskapsbasert søken etter hva som er gode og nødvendige mål for elevenes ferd gjennom skolen.

For det annet, resultatmålingene må flyttes nærmere tjenestens overordnede mål. Får alle barn den oppvekst samfunnet ønsker de skal ha? Blir det stabil inkludering i arbeid for dem som deltar på inkluderingstiltakene? Og opplever pasienter og brukere forsterket evne til egenstyrt livsmestring? Mye av motstanden mot dagens målinger er at profesjoner og ansatte opplever å bli belastet med tidkrevende rapportering som vrir oppmerksomhet bort fra det de oppfatter som tjenestekvalitet. Mange av dagens målinger er bygget opp som overvåkning av prosedyrer og etterlevelse av pålagte krav, og gir ikke tilbakeføringer til arbeid med økt tjenestekvalitet. Det er som en fotballkamp beskrevet ved antall innkast og frispark, ikke ved scoringer. Utviklingen av måleindikatorer bør (derfor) involvere, og interessere profesjonene selv, ikke minst for også å etablere kunnskapsgrunnlag for den forskning og utviklingsvirksomhet som utdanningene bør baseres på.

For det tredje, mange av velferdstjenestene kan ha mye å lære av spesialisthelsetjenesten. Den har uten tvil det mest utviklede system for beskrivelse av egen virksomhet, drevet fra to kanter: den faglige interessen i å etterprøve behandlingsresultat møter forsikringslogikken på finansieringssiden. Dermed produseres det data og kunnskap om forholdet mellom behandlingsresultat og ressursinnsats. Dette kan gi beslutningsgrunnlag for hva tjenesten *bør slutte med*. Også målingen av effektivitet innen spesialisthelsetjenesten har er stykke vei å gå med å utvide målbildet fra behandling til

livskvalitet, men prinsippet om at mer effektiv bruk av knappe ressurser innebærer å slutte med det som ikke virker, kan med fordel overføres til andre velferdstjenester. Fravær av tydelige og målbare kriterier for ineffektiv innsats forsinker enhver tjenesteutvikling.

Spesialisthelsetjenesten har sitt 'tekniske beregningsutvalg', hvor uavhengige eksperter gjennomlyser utviklingen av tjenestebehov, ressursbruk og produktivitet. Kommunene har noe av det samme, men på et mer overordnet nivå. Også skolen og de andre velferdstjenestene kunne la seg inspirere av dette. Kanskje burde det rett og slett opprettes et nasjonalt organ for resultat- og kvalitetsmåling for hele velferdsstaten sett under ett?

3.5 Arbeidsinkludering – speilvend perspektivet

Dersom vi, slik det er gjort i avsnitt 2.1.4 om inkluderingstjenestene, sier at tjenestenes overordnede mål ikke er å prosessere flest mulig individer gjennom et tiltakssystem, men å få flere inn i gode, stabile tilknytninger til arbeidslivet, er måloppnåelsen svak. Det har gått tre ti-år nå uten av nivåene på utenforskap har gått ned, snarere tvert om. Det betyr at det bør reises grunnleggende innvendinger mot hele det tankesettet, det paradigme, som inkluderingstiltakene er utviklet og gjennomføres innenfor. Dette paradigmet har tre seiglivende elementer: Det første er at *individet utenfor* er et offer for egen ressurs svakhet. Inkluderingstjenestenes oppgave er å avhjelpe dette med tiltak som gjør vedkommende mer attraktiv i arbeidslivet, mer kvalifisering, større mestringsevne. Det andre er en ambisjon om at målet er å komme inn i *ordinært arbeid*. Dette målet opprettholdes både fra NAV-systemet og fra bruker- og fagorganisasjoner som ikke ønsker et 'b-lag' i arbeidslivet. Det synes lettere å leve med et 'c-lag' utenfor arbeid. Det tredje er en frykt for at *kombinasjoner av lønn og trygd* kan lede til uheldige insentiv-strukturer. Dette paradigmet er befestet i det nasjonale tre-partssamarbeidet mellom stat, arbeidsgivere og fagorganisasjonene.

Om vi nå bare logisk speilvender perspektivet, får vi et program: Individet må 'innenfor arbeid' før det har motivasjon for kvalifisering og tilegnelse av ferdigheter det trenger for arbeid. Dette er kjernen i 'supported employment' og 'place and train', en tenkning som i økende grad er på vei inn i inkluderingsarbeidet¹²⁶. For det annet, det må igangsettes en helt annen innsats for å finne, definere og utforme jobber som er hensiktsmessige for dem som av ulike individuelle grunner ikke, permanent eller midlertidig, kan utføre ordinært arbeid – men som likevel kan gjøre en produktiv innsats, drever av virksomhetenes økonomiske egeninteresse. For det tredje, heller enn å være opptatt av at kombinasjoner av trygd og arbeid kan bli for attraktiv, er oppgaven å gjøre kombinasjon av arbeid og trygd mer økonomisk attraktivt, både for arbeidsgiver og medarbeider.

¹²⁶ For en oversikt, se Kjetil Frøyland og Øystein Spjelkavik (red).2014. Inkluderingskompetanse. Gyldendal

En utvikling hvor fokus flyttes fra individet utenfor til posisjon innenfor arbeidslivet, er også nøkkelen til å løse rekrutteringsutfordringene i de kommunale omsorgstjenestene. Kommuner med tjenesteansvar bør gjennomgå potensialene for å flytte oppgaver fra faglig spesialisert personell, og omdanne disse oppgavene til jobber som kan egne seg for personer som sliter med å komme i arbeid. Her kan kompetansen i arbeidsinkluderingsbedriftene komme til nytte: De kan vri sin virksomhet fra å vinne anbud på tiltak i NAV-systemet, til et direkte samarbeid med arbeidsgivere som trenger folk til konkrete oppgaver. Et nytt tre-partssamarbeid må styrkes, mellom virksomheter som kan skape oppgaver, individer som ønsker å komme inn i arbeidslivet, og inkluderingsbedrifter som kan hjelpe begge parter med å finne gode løsninger. Den kompetansen som er i inkluderingsbedriftene kan være svært relevant for å forberede og styrke individer med utfordringer til å kunne fungere godt i en arbeidssituasjon.

De offentlige ressursene som i dag i betydelig grad er rettet mot å 'klargjøre' individer for arbeid, må vris til å bli tilført den inkluderende samhandlingen mellom virksomhetens behov og arbeidsviljen i 'utenforskapet'. Mange av dem som ønsker arbeid har eller vil ha behov for andre velferdstjenester, kanskje særlig helse- og rehabilitering. Det må skreddersys individuelle tjenestepakker og forløp. Dette kan nok i mange tilfeller gjøres mer effektivt gjennom sosialt entreprenørskap hvor private aktører samarbeider, enn ved å koordinere offentlige tjenesteansvar. Kombinasjonen av arbeid og velferdstjeneste bør få like stor oppmerksomhet som kombinasjonen av arbeid og trygd.

Som nevnt i avsnitt 2.4 pågår det for tiden i Norge et stort eksperiment for å undersøke om skattelette til ungdom øker arbeidsinnsatsen. Og det er i de senere årene gjort endringer i inntektssikringssystemet for å skape bedre insitamenter for å kombinere trygd og arbeid. Men fortsatt er det mange hindre (og oppfatninger om hindre) for at det lønner seg å arbeide når man også har trygd. Hva med å utforme et like stort eksperiment for de som mottar arbeidsavklaringspenger og uførepensjon? At staten gjorde det virkelig lønnsomt både for virksomheter og arbeidsvillige å etablere et arbeidsforhold, for eksempel ved at personen kan avgi deler av sin trygd som lønns subsidie mot at arbeidsgiver betaler en viss lønn?

3.6 Sykefraværsarbeid som tjenestekvalitet

Nivåene på sykefravær er høye i Norge, over det dobbelte av fraværet i Sverige og Finland, tre ganger så høyt som i Danmark¹²⁷. I alle land er fraværet noe høyere i velferdstjenestene enn i annen virksomhet, noe som i en gjennomsnittsbetraktning kan forklares både ved særlige iboende belastninger i velferdsyrkene, og med et fortsatt stort innslag av manuelt arbeid som kunne vært utført med ny teknologi og bedre tjenestedesign. Særlig gjelder

¹²⁷ <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/arbeidsmiljo-sykefravaer-og-arbeidskonflikter/artikler/sykefravaeret-i-norge-oket-mer-enn-i-nabolandene>

dette hvor langt man må gå i løpet av arbeidsdagen, og hvor mange tunge løft og forflytninger av personer og gjenstander som må utføres. Ny teknologi for å minimere gange mellom oppgaver, intelligente senger så vel som avlastning for tunge løft finnes, men tas ikke i bruk.

Det interessante i vår sammenheng er den store variasjon det er mellom enheter som frambringer den samme tjenesten. I kommunene varierer det samlede fraværet fra 4 til 14 prosent. I den femdel av skolene med høyest fravær er fraværet blant lærerne 19 prosent, mot 3,4 prosent i den femdel av skolene med lavest fravær. I de kommunale helse- og omsorgstjenestene er variasjonen nesten like stor, hhv 17,6 og 4,6 prosent¹²⁸. Private barnehager og privat drevne sykehjem, har systematisk et fravær 10-15 prosent lavere fravær enn offentlig egenregi.¹²⁹ Dette gjør at de ofte har en høyere faktisk etterlevelse av bemanningsnormer enn offentlig drevne tjenester.

All diskusjon om sykefravær konsentreres, av mange gode grunner, om de ansattes arbeidsmiljø og -hverdag. Men vi kan også snu perspektivet, å betrakte sykefraværet fra tjenestebrukernes side, som en indikator på tjenestekvalitet. Høyt sykefravær innebærer at man stadig møter nye personer, at avtaler må flyttes og sikkert også at de man møter, er mer slitne som følge av kollegers fravær. Den store variasjonen i sykefravær mellom ellers like enheter er et konkret uttrykk for effekten av ledelse, arbeidsorganisering, samarbeid og arbeidsmiljø, altså det vi har kalt prosesskvalitet. Sykefravær er en 'arena' som ganske direkte formidler organisasjonsforhold til tjenestekvalitet, samtidig som redusert sykefravær er en 'gratis' kilde til økt effektivitet. Man får gjort mer når alle er på jobb, belastningene på hverandre blir mindre. Om alle kommuner hadde like lavt fravær som de 20 prosent beste for helse- og omsorgstjenestene ville det innebære 10 800 flere årsverk i tjenestene. Dette vil opplagt være en kraftig forbedring av tjenestekvaliteten, og en økt ressursinnsats som ikke øker de offentlige utgiftene, kanskje reduserer dem med mindre utgifter til vikarer. Redusert sykefravær er uten tvil den enkeltfaktor som raskest kan heve produktiviteten i tjenestene.

3.7 Velferdsteknologi sprer seg til hjemmene

En forutsetning for at tjenester kan samhandle bedre er at informasjon flyter effektivt til rett mottaker til rett tid. Dette gjelder mellom de spesialiserte offentlig finansierte tjenestene, men det vil også i økende grad gjelde mellom det offentlige og andre aktører. Vi har allerede nevnt hvordan apoteker og optikere, med nye oppgaver og ny teknologi, kobles tettere inn i

¹²⁸ People at work: Sykefraværssrapporten 2026: Potensialer og muligheter i offentlig sektor. Institutt for energiteknikk og Norges Forskningsråd

¹²⁹ For barnehager, for sykehjem enkeltstudier, Aleris Helse oppgir et sykefravær på 8 prosent mot 9,6 i offentlige tjenester., <https://www.aleris.no/meninger/private-har-ledig-kapasitet-som-ikke-brukes/>

en for pasienten mer sammenhengende helsetjeneste. Det offentlige ansvaret for pasienters helse vil i framtida inneholde mer egenmonitorering av aktivitet og helsetilstand hjemme, samt at stadig flere tester kan gjøres av pasienten selv.

Morgendagens eldre vi være teknologikyndige på et høyere nivå enn dagens eldre. Vi har lettere adgang til helseinformasjon og vil etterspørre teknologi hjemme som holder oss løpende informert om (sannsynligheten for) behovet for konsultasjoner og annen hjelp. En god helsetjeneste er den som involverer mer kompetente pasienter, med vilje, evne og data, til å medvirke i sin egen behandling. Dette utfordrer forholdet mellom pasient og tjeneste, det viktige i denne sammenheng er å forberede oss på en nær fremtid hvor flere pasienter på eget initiativ utstyrer seg selv med ny teknologi hjemme for sin egen helseovervåkning. Dette bør ikke oppfattes som en trussel mot helsepersonellens autoritet, men betraktes som en ressurs som må utnyttes på best mulig måte.

Da oppstår det praktisk-tekniske spørsmål om transaksjonslett overføring av den privat innsamlede informasjon til tjenesteyter. Det vil være behov for en standardisering som er nødvendig for å sikre teknisk kvalitet, brukervennlighet og integrasjon i større systemer for informasjonsdeling, samtidig som slike standarder ikke må bremse innovasjon. Standardiseringen må også hensynta at tjenesteytere, særlig hjemmesykepleiere og helsefagarbeidere, vil besøke mange pasienter. Det er da en fordel at utstyret er så likt hos de forskjellige pasientene at tid ikke heftes av praktiske problemer.

Både myndigheter og leverandørnæringen må forberede seg på en framtid hvor tjenestebrukere, gjennom eget initiativ anskaffer seg velferdsteknologi hjemme. Dette bør møtes med tre tiltak: Det første bør være å lage en nasjonal scenario-analyse som kan legge et grunnlag for å unngå en situasjon hvor det hoper seg opp en stor mengde teknologi i de tusen hjem, uten at potensialene for bedre helsetjenester og livskvalitet realiseres. Det andre er, i samråd med leverandørindustrien, å gjennomgå hvilke standarder som allerede foreligger (på europeisk nivå), og hvilke som bør utvikles slik at det blir en god balanse mellom standardisering og åpenhet for fortsatte innovasjoner. Det tredje er å utvikle et kompetanseutviklingsprogram for ansatte i tjenestene, og også for brukerne. Det finnes allerede etablerte selvorganisert virksomhet blant eldre som kan videreutvikles¹³⁰

3.8 Rammebetingelser for private aktørers involvering i samskaping

Det har vært et bærende perspektiv i denne rapporten at private aktører er underutnyttet i det offentlige velferdsansvaret. Private, med et mangfold av ulike eie- og organisasjonsformer, kan bidra til å utnytte knappe offentlige ressurser bedre og også bringe til veie ressurser som ikke aktiviseres. Både Velferdstjenesteutvalget og

¹³⁰ <https://www.seniornett.no/om-oss/>

Samskappingsutvalget¹³¹ gir grundige argumentasjoner for en slik mobilisering av flere ressurser fra marked og sivilsamfunn, uten at det har fått innvirkning på den offentlige styringen av velferdsstaten, så langt. I stedet kan vi observere en situasjon frosset fast dels gjennom 'ressursforklaringens' overtak som forklaring på svak tjenestekvalitet, dels av en politisk-ideologisk konflikt om 'kommersielle' aktørers rolle.

For det første, private aktører må oppleve den offentlige demokratisk forankrede myndighetsutøvelsen som forutsigbar og understøttende. Det nasjonale lovverket for samhandling må på dette området tydeliggjøre den kommunale handlefrihet slik at ikke lokale, skiftende majoriteter skaper usikkerhet for private aktører. Kommunene bør ha svært stor handlefrihet til å utforme hvilke tjenester og velferdsløsninger de ønsker å anskaffe for å ivareta sitt ansvar. Men å benytte et skille mellom idéelle og kommersielle organisasjoner som kriterium for antakelser om hvordan private aktører vil opptre i et kontrakts- og leveranseforhold er ikke bare empirisk feilaktig, det vil også svekke innovasjonskraften på tilbydersiden. Særlig vil dette gjelde dersom teknologileverandører er involvert, det samme vil gjelde alle former for samarbeid mellom sosiale entreprenører og idéelle organisasjoner.

For det annet, private aktører har i dag ulik rolle innen de ulike velferdstjenestene. Felles er det likevel at de private leverandørene er blitt knyttet tett opp mot den sektorisering og spesialisering som karakteriserer tjenestene. Denne tjenstedifferensieringen ligger under behovet for mer samordnede, pasient og brukersentrerte tjenestepakker og -forløp. Private aktører har en lang historisk tradisjon for å 'tette hull' i det offentlige ansvaret. I den diakonale tradisjonen holdes fortsatt et helhetlig perspektiv på individers utfordringer i hevd. Markedsaktører er også gode på å pakke sammen ulike tjenester til helhetlige brukeropplevelser. Dette betyr at private aktører i mange sammenhenger er raskere, mer lettbeinte og mer pragmatiske i å finne gode løsninger når mange ulike tjenestebidrag skal tilpasses et enkelt individ. Det kanskje største potensialet for å utvikle mer helhetlige tjenester ligger i en tydeligere bruk av private aktører ovenfor målgrupper som har et krevende liv sammensatt av helseproblemer, sosiale og relasjonelle utfordringer samt ofte også praktiske hjelpebehov. Det er mer enn en historisk tilfeldighet at de private aktørene fortsatt har sin sterkeste tilstedeværelse i livene til samfunnets mest marginaliserte grupper.

For det tredje, dersom private aktører er bedre på å skreddersy kvalitativt gode løsninger for mennesker med sammensatte utfordringsbilder, kan en økt rolle for private også gis et økonomisk argument. Dette er samtidig de velferdspolitiske målgruppene som i andre sammenhenger opptrer som de mest ressurskrevende brukerne. En mer systematisk bruk

¹³¹ NOU 2020:13 Private aktører i velferdsstaten og NOU 2026:6: Den nye velferdskommunen

av private aktører til å bidra til å avhjelpe samhandlingsutfordringene kan tenkes å også være kostnadsreducerende for det offentlige. Dette er en gjetning, et første skritt må likevel være at det produseres et mye bedre kunnskapsgrunnlag over hvilke kombinasjoner av tjenester som hyppigst forekommer, hvilke tilleggstjenester disse individene trenger for å mestre livet bedre, og omdanne denne kunnskapen til en stående nasjonal invitasjon til private aktører om å bidra.

3.9 Samfunnssikkerhet som inkluderingstiltak

I avsnitt 2.6 ble det argumentert for å integrere hensynet til samfunnssikkerhet som en ønsket bivirkning av de overordnede formålet med tjenesten. De vel 110 tusen i aldersgruppa 18-30 år utenfor arbeid og utdanning er en viktig målgruppe for inkluderingsarbeidet. 35 tusen av disse har heller ikke uførepensjon eller mottar arbeidsavklaringspenger. Dette er en gruppe med sikkert et sammensatt utfordringsbilde, men som også kan oppfattes som en ledig ressurs. Det er individer på leting etter en vei videre, mot utdanning og arbeid. Mange sliter med svake sosiale relasjoner og å mestre livet. Det er ledige hender, som mangler den praktiske erfaring som kan lette det første trinn inn i arbeidslivet, inn i en såkalt innstegsjobb. Mange har sikkert egen eller familiær bakgrunn fra land i krig og naturkatastrofer, antakelig en underutnyttet erfaringsressurs i arbeid med samfunnssikkerhet.

Den militært forankrede statssikkerheten har sin opplæring i en førstegangstjeneste. Den tar opp i seg nå 15, med mål om 20 prosent av et årskull. Hvorfor ikke tenke utvikling av en sivil variant, med målgruppen unge voksne, hvor det tilbys et år med praktisk opplæring i å delta og bidra i alle de små og store praktiske arbeidsoppgavene som oppstår ved en samfunnskrise, enten denne nå skyldes krig, terror eller naturkatastrofe? Hva om 5 tusen unge voksne frivillig (eller anbefalt av NAV), kunne søke seg til og gjennomgå ett år i en strukturert organisasjon med tydelig ledelse og oppgaver, bo hjemmefra, få god kost og ha fast døgnrytme, lære å arbeide i team, ha vært i et katastrofeområde, ta kurs og få maskinførerbevis, for etterpå gå videre i livet med erfaring relevant for neste skritt. Om bare 10 prosent av den 1,5 prosent av BNP som Norge har forpliktet seg til å benytte til å styrke samfunnssikkerheten ble benyttet til et slikt program, ville det også være samfunnsøkonomisk lønnsomt¹³² om bare én av 20 kommer inn i 40 år med lønnsarbeid.

¹³² Med 5000 deltakere vil det være en utgift på 1,4 mill per deltaker. Anslag på den samfunnsøkonomiske gevinsten ved at en ung person kommer i arbeid i resten av sin yrkesaktive alder vil alltid være beheftet med stor usikkerhet. NOU 2021:2 Kompetanse, aktivitet og inntektssikring satte verdien til 15 mill kroner. Dette synes noe lavt: Hvis vi antar en lavinntektsjobb til kr 450 000 per år over en alternativ trygdeinntekt på 300 000 blir gevinsten over 40 år 8 millioner i verdiskapning og 12 millioner spart i trygd, til sammen 30 mill.

Kommunene har en nøkkelrolle i den sivile beredskapen. I praksis betyr det å sikre at praktiske og konkrete tiltak må være på plass om og når en samfunnskrise kommer. Her er det potensialer for å samarbeide med arbeidsinkluderingsbedrifter og frivillige organisasjoner med erfaring. Neste gang det blir snøkaos på sørlandet, kan hjemmesykepleien få praktisk hjelp til måking, så hun kommer fram med medisiner til sine pasienter. Det må etableres lager med ved – som noen må hogge. Alle større virksomheter, ikke minst kommunene selv, bør ha planer for å opprettholde ordinær drift dersom personell må avgis til krisehåndtering. Eksempelet med pensjonerte sykepleiere som ble tilkalt for å vaksinere under covid-pandemien kan generaliseres. Nylig pensjonerte medarbeidere, som kjenner virksomheten godt kan organisere seg selv i 'reservearme' som kan mobiliseres om det trengs. I mellomtiden kan en slik oppgave være et lim i en aktivitet hvor kolleger holder sosial kontakt med hverandre også etter at yrkeslivet er over.

3.10 Fra velferdsstat til velferdssamfunn

I innledningen av denne rapporten ble det skilt mellom en velferdsstat som er bygget ovenfra, og et velferdssamfunn som utvikles nedenfra. Fra staten kommer rettigheter, plikter og ressurser framskaffet gjennom beskatning. Fra samfunnet, fra menneskene i staten, kommer behovene for hjelp fra andre, normene om solidaritet, rettferdighet og likeverd. Men også initiativene til å organisere løsninger på behov, gjennom marked og sivilsamfunn. Mer enn noe annet sted i verden har velferdsstat og velferdssamfunn smeltet så vellykket sammen som i den norske velferdsmodellen. Og vi er blant de syv prosent av verdens befolkning som i tillegg lever i en stabil, demokratisk rettsstat. Ingen andre steder er det tryggere å ha sin oppvekst, gjennomføre et voksenliv med økonomisk sikring i arbeid og trygd, og eldes omgitt av gode helse- og omsorgstjenester.

Denne rapporten er skrevet med en bekymring, at velferdsmodellens indre spenninger, ressursbruk og prioriteringer ikke er klar for en fremtid med forutsigbar og kraftig økning i behovene for tjenester. Den har et budskap om nødvendigheten av endring i måtene tjenestene frambringes på. Vi må få mer ut av de store ressursene vi fortsatt vil ha til rådighet. Men det vil bli knapphet på folk. Derfor må tjenestene utvikles. Rapportens hovedargument er at den gode endringsformelen er et fortsatt desentralt ansvar for tjenesteproduksjonen, men med en sentral, faglig forankret kontroll med måloppnåelsen. Rommet for det desentrale ansvaret bør i mange sammenhenger bli større og videre enn det er i dag. Dette er nødvendig for å fremme innovasjon ved å slippe flere aktører og ressurser inn i oppgaveløsningen. Samtidig må den systematiske overvåkingen av hva vi oppnår med tjenestene underkastes en kraftig opprustning, med data og analyser av måloppnåelse som kriterium for at vi er på rett vei inn i fremtiden. Retten til likeverdige

tjenester av god kvalitet er en kontrakt mellom stat og individ, bærebjelken i det solidariske samfunnet.

Rapporten begrunner en utviklingsstrategi som utvider grunnlaget for tjenesteytingen. Vi må ha mindre av nasjonalt standardisert, arbeidsintensiv offentlig egenregi, hvor befolkningen tilbys tjenester i en ofte passiv mottakerrolle. Vi må ha mer mobilisering av ny teknologi i samspill med mer samhandlingskompetente spesialister og mer medvirkende tjenestebrukere. Vi må ha mer anerkjennelse av, og bidrag fra, folk med livserfaring til å løse de sosiale og relasjonelle savn som preger så mange mottakere av spesialistenes tjenester. Vi må ha et større mangfold av bidragsytere til tjenestenes formåls effektivitet, med en større og bredere mobilisering av ressurser og tankekraft. Vi må bli bedre til å få relevante ressurser til å finne hverandre, og spille sammen på bedre måter. Dette vil sette den norske velferdsstaten i bedre stand til å være et bærekraftig velferdssamfunn for morgendagen befolkning.

Her møtes det bærekraftige velferdssamfunnet målet om samfunnssikkerhet. Klimakatastrofer og pandemier vil ramme, kanskje også krig. En grunnleggende tanke i alt samfunnssikkerhetsarbeid er nettopp at 'ressurser må finne hverandre raskt'. Oppgaver må løses med evne til rask mobilisering av relevante ressurser. I biologien er det barnelærdom at monokulturer er mer sårbare for endringer i miljøet enn mer komplekse økosystemer. Et offentlig velferdsansvar vil være mere robust mot krise, dersom det i normale tider er mer systematisk basert på samhandling med ressurser hos markedsaktører, sivilsamfunnsorganisasjoner og familien. Flere aktører blir involvert i samme samfunnsoppdrag, de blir kjent med hverandres styrker og svakheter, nettverk dannes, evnen til samhandling oppøves. Skyves de private aktørene bort i normale tider, eller om deres integrasjon i offentlig ansvar skifter uforutsigbart med ideologiske vinder, vil deres kapasitet forvitte, og ikke være der når det trengs. En utvikling hvor et større mangfold av aktører og ressurser brukes i frambringelsen av velferdstjenester, vil også være et samfunn som er mer robust i møte med store kriser, og det vil ha større evne til raskt å gjenetablere de funksjoner som sikrer alle en sivil og sosial trygghet inn i fremtiden.