

# 10

## Helsefremming over kaffekoppen

### *Om innovasjon, institusjonelle logikker og mellomrom. En casestudie*

**DAG MAGNE BERGE**, Høgskolen i Molde

**ELSE JØRGENSEN**, Høgskolen i Molde

**SAMMENDRAG** Artikkelen tar for seg et nytt helsefremmende tiltak innen eldreomsorgen i en norsk kommune. Tiltaket er et samarbeid mellom en høgskole, en kommunal enhet og frivillige. Vi forklarer hvorfor det nye tiltaket ikke er blitt institusjonalisert som en innovasjon. Den logikken som legitimerer tiltaket, har stått for svakt i forhold til andre institusjonelle logikker til at noen parter har villet ta på seg ansvaret for tiltaket på mer varig basis.

**ABSTRACT** This article is about a new health promotion project in a Norwegian municipality. The project is a collaboration between a local authority unit, a university college and volunteers. We explain why the project has not been institutionalised as an innovation. The logic that legitimates this kind of health promotion is too weak compared with others among the collaborative partners, so that none of the partners has been willing or able to take the responsibility for the project on a more permanent basis.

**NØKKEWORD** innovasjon | offentlig sektor | institusjonelle logikker | helsefremmende arbeid

## 10.1 INNLEDNING

Bruken av innovasjonsbegrepet på statlig og kommunal tjenesteyting er ikke uproblematisk. Dette henger til dels sammen med at begrepet er utviklet i forhold til kommersiell, markedsorientert virksomhet. Det har også vist seg vanskelig innen forskning å komme til en omforent og god definisjon av hva som skal regnes som innovasjon i det offentlige (Berge 2013, 2015; Berge og Torsteinsen 2014; Fitjar 2015; Fuglsang 2010). Med utgangspunkt i en definisjon av hva innovasjon i offentlig sektor kan være, tar denne artikkelen for seg et nytt og vellykket tiltak innen helsefremmende arbeid i en mellomstor kommune. Det dreier seg om en bydelskafé for eldre, åpen to timer hver tirsdag.

Bydelskafeen gir assosiasjoner til flere aktuelle begreper rundt offentlig tjenesteyting. For det første gir den assosiasjoner henimot nettopp innovasjon, tiltaket er noe nytt. For det andre kan tiltaket plasseres i kategorien forebyggende helsearbeid, et annet sentralt begrep i den moderne helse- og omsorgspolitiske diskursen (se f.eks. Helse- og omsorgsdepartementet 2011). For det tredje er tiltaket et samarbeid mellom pleie- og omsorgsenheten i bydelen, sykepleierutdanningen ved byens høyskole og frivillig sektor. Betydningen av frivillighet blir sterkt framhevet i diskusjonen om offentlige tjenester generelt og omsorgstjenester spesielt. «Frivillig» forekommer eksempelvis 134 ganger i en NOU fra 2011 om innovasjon i omsorgssektoren (op.cit.), det forekommer 255 ganger i den påfølgende stortingsmeldingen (Helse- og omsorgsdepartementet 2013b) og 238 ganger i en samtidig melding om folkehelsen (Helse- og omsorgsdepartementet 2013a).

Samarbeidskarakteren i dette tiltaket gir også assosiasjoner til det mye brukte begrepet «mellomrom». Mellomrom viser til at nye tiltak ofte kan ligge mellom etablerte organisasjonsskinner og tjenestetilbud i offentlig sektor og mellom offentlig, sivil og privat sektor. Det antas å ligge et innovasjonspotensial i disse mellomrommene. Det gjelder å ha kompetanse til å utnytte de forskjellige aktørers ressurser og kunnskaper til nytenkning og nyskaping, mellomromskompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet 2011, 2013b; Ringholm mfl. 2011). Men på den andre siden kan «mellomrom» være store og fylt av relativt uoverkommelige motsetninger mellom ulike hensyn, ulike problemoppfatninger og løsninger, ulike måter å tenke på, ulike praksiser etc., kort sagt det vi i artikkelen benevner som ulike institusjonelle logikker. I en slik situasjon kan nye tiltak i samspill bli problematiske og gjerne ende i ansvarsforvitring og konflikt.

En vanlig og klassisk definisjon av innovasjon i privat sektor er at det er en nyskaping i organisasjon, produksjon, produkt eller marked med den hensikt å øke konkurranseevnen i det kapitalistiske markedet (Schumpeter 1983, 2008). Sentralt her er skillet mellom oppfinnelse og innovasjon. En innovasjon er noe nytt – en

oppfinnelse – som blir kommersialisert. I privat sektor vil en vellykket innovasjon styrke konkurranseevnen. Tilsvarende referanser har begrenset gyldighet i offentlig sektor. En har hatt tilløp i forskningen på innovasjoner i offentlig sektor til å definere alle intensjonelle endringer som innovasjoner (se f.eks. Ringholm mfl. 2011). Men hvilke kriterier skal legges til grunn for å avgjøre om disse endringene har tatt steget fra oppfinnelse til innovasjon? I denne artikkelen definerer vi en innovasjon i offentlig sektor som en endring (oppfinnelse), intensjonell eller ikke, som blir institusjonalisert og dermed får en organisatorisk forankring.<sup>1</sup> En indikator på institusjonalisering er hvor uavhengig tiltaket er av enkeltpersoner og «ildsjeler». Vi har bl.a. stilt oss spørsmålet om hva som ville skjedd med tiltaket om disse ildsjelene trakk seg ut.

På tross av høyt besøkstall er bydelskafeen et lite ressurskrevende tiltak, om vi ser bort fra det gratisarbeidet frivillige yter under selve arrangementene. Det dreier seg om i snitt noen få arbeidstimer ukentlig til administrering, planlegging, programarbeid, koordinering o.l. For at bydelskafeen skal institusjonaliseres, trengs det bare at en av de deltakende organisasjonene, eller flere av dem i samarbeid, påtar seg ansvaret for dette begrensede arbeidet på en rutinemessig basis.

Et formål med artikkelen er å vise at dette likevel ikke har skjedd. Den oppfølgende forskningsoppgaven er selvfølgelig å forklare dette. Hvorfor er ikke bydelskafeen institusjonalisert som en innovasjon? Er mellomrommene aktørene samhandler i preget av for store motsetninger mellom ulike institusjonelle logikker?

Nedenfor vil vi argumentere for at bydelskafeen hviler på helsefremmende logikker og fellesskapslogikker. På denne bakgrunnen kan forskningsspørsmålet formuleres enda spissere: Står fellesskaps- og helsefremmende hensyn (logikker) så svakt at en institusjonalisering av bydelskafeen ikke har vært mulig?

Disposisjonen av artikkelen er slik: Teorikapitlet konsentrerer seg i all hovedsak om teorien om institusjonelle logikker. Som et underkapittel gir vi en kort presentasjon av den helsefremmende eller salutogene logikken. I tre kapitler etter metodekapitlet presenteres data og analyse vedrørende de tre deltakende partene. I kapittel 10.7 kommer en differensiering av begrepet om den helsefremmende logikken.

---

1. Definisjonen er inspirert av Fuglsang (2010, s. 88). Han legger vekt på «repetition» og «impact» når han definerer innovasjon innen offentlig tjenesteyting. «The core of innovation is the work that goes into the implementation, diffusion, replication or dissemination of an invention.» I utgangspunktet hadde også vi tenkt å ha med spredningsaspektet. Det ble imidlertid for omfattende å innfri innenfor rammene av denne undersøkelsen. I den schumpetarianske innovasjonslitteraturen er det heller ikke vanlig å definere spredning som en del av en innovasjon, men som en vekstfremmende effekt av den (Schumpeter 1983, 2008).

For oss har nemlig prosjektet vært begrepsutviklende, som mye av fortolkende forskning også er. I arbeidet med å forklare hvorfor bydelskafeen ikke har blitt institusjonalisert som innovasjon, fant vi at den helsefremmende logikken måtte differensieres i underlogikker. Vi kunne ha foregrepet denne differensieringen tidlig i artikkelen. Men for å synliggjøre at den er et resultat av en forskningsprosess, gjør vi dette i siste kapittel før avslutning og konklusjon. På denne måten får vi demonstrert et metodologisk poeng i teorikapitlet: Institusjonelle logikker må (også) opparbeides og konkretiseres nedenfra og i kontekst.

## 10.2 TEORI

### 10.2.1 TEORIEN OM INSTITUSJONELLE LOGIKKER

En institusjonell logikk kan defineres slik:

the socially constructed, historical patterns of cultural symbols and material practises, including assumptions, values, and beliefs, by which individuals and organizations provide meaning to their daily activity, organize time and space, and reproduce their lives and experiences (Thornton mfl. 2012, s. 2).

Teorien om institusjonelle logikker (merk flertallsformen) sies å være et metateoretisk rammeverk for å analysere det gjensidige samspillet mellom institusjoner, individer og organisasjoner i sosiale systemer (op.cit.).

Institusjonsforståelsen bygger på en inndeling av samfunnet i hjørnesteinsinstitusjoner (cornerstone institutions), knyttet til allment anerkjente livsarenaer. En meget sentral referanse for dette perspektivet, Friedland og Alford (1991), angir kapitalisme, familie, byråkratisk stat, demokrati og den kristne religionen som de sentrale institusjonene i moderne *vestlige* samfunn. Hos Thornton mfl. (2012) er hjørnesteinsinstitusjonene / de sentrale institusjonelle ordenene familie, samfunnsmessig fellesskap («community»), religion, stat, marked, profesjon og foretak («corporation»). Hver av disse er karakterisert ved ulike institusjonelle logikker. For dem er eksempelvis (det samfunnsmessige) fellesskapet blant annet karakterisert ved tillit, gjensidighet, fellesskapsverdier og gruppetilhørighet.

Thornton mfl. (2012) behandler institusjonelle ordener som weberianske idealtyper. Hver og en av dem er tillagt en rekke institusjonelle karaktertrekk. Dette konstituerer et sett av idealtypiske institusjonelle logikker. Det er et samspill mellom disse institusjonelle logikkene, de ulike delene av det institusjonelle systemet virker sammen. Markedet som institusjon kan eksempelvis ikke sees løst fra

familieinstitusjonen – familiemedlemmer er aktører i markedet – både som kunder og som tilbydere (av for eksempel arbeidskraft).

De institusjonelle logikkene hos Thornton mfl. (2012) er historisk sett dynamiske. De forandres, de påvirker hverandre, og de henter elementer fra hverandre. Institusjonelle logikker brukes også i interessekonflikter.

Perspektivet opererer med logikker i flertall. Konkrete aktører – en person eller en organisasjon – vil være preget av eller forholde seg til flere og potensielt motsetningsfulle institusjonelle logikker. Med dette åpnes det opp for refleksive handlende aktører, makt, interesser, konflikt og dermed også dynamikk og endring.

I forlengelsen av dette er det nærliggende å presisere nærmere hva *vi* i denne artikkelen legger i begrepet mellomrom. Med *mellomrom* mener vi avstanden mellom ulike institusjonelle logikker mht. problemoppfatninger, verdier, kognisjoner etc. («kulturelle symboler») og materielle praksiser. Disse mellomrommene kan være store, karakterisert ved sterkt motsetningsfulle institusjonelle logikker, eller de kan være små, karakterisert ved logikker som snarere utfyller og komplementerer hverandre. Videre kan samarbeidende institusjoner, som her høyskole, frivillig sektor og pleie- og omsorgsenheten, være preget av forskjellige institusjonelle logikker. Da vil vi snakke om *eksterne mellomrom*. Men som perspektivet institusjonelle logikker forutsetter, er også den enkelte aktør (organisasjoner og enkeltindivid) preget av forskjellige logikker. Med referanse til dette siste, snakker vi om *interne mellomrom*. Det er rimelig å anta at disse interne mellomrommene og styrkeforholdene i dem (dvs. mellom de ulike institusjonelle logikkene) vil virke avgjørende inn på hvordan enkeltorganisasjoner framstår i et eksternt samarbeid.

Marked, religion, stat, fellesskap etc. som institusjoner ligger på et høyt generaliserings- eller abstraksjonsnivå. En opererer med institusjonelle logikker også på lavere nivå, meso og mikro. Når vi som forskere skal analysere et spesielt tiltak – en mulig innovasjon – i konkrete organisasjoner (høyskole, pleie- og omsorgsenhet), kan vi ikke gjøre dette utelukkende ved å referere til de overordnede institusjonene. Vi må opparbeide og bestemme dem mer konkret også, så å si nedenfra. Thornton mfl. (2012) tar høyde for dette ved å håndtere samfunnsinstitusjonene som idealtyper, som aldri eksisterer i sin rene form, og som i den weberianske tradisjonen først og fremst har en heuristisk funksjon. I vårt tilfelle må en som utgangspunkt anta at en profesjonslogikk knyttet til sykepleierprofesjonen er sentral. Men hvilke institusjonelle logikker som kjennetegner en spesifikk profesjon i 2015, kan ikke leses eller bestemmes ut fra allmenne karaktertrekk ved profesjon som institusjonell orden i Thornton mfl. (2012) sin kategorisering. Tilsvarende kan heller ikke en konkret høyskole reduseres til en allmenn eller idealtypisk

logikk knyttet til staten, eventuelt i samspill med andre «makrologikker». Her er det også behov for å supplere med logikker som er knyttet til høgskolen som en akademisk institusjon.

I tillegg til denne akademiske logikken, har vi referanser til logikkene knyttet til stat, profesjon, marked, foretak og det samfunnsmessige fellesskap hos Thornton mfl. (2012). Vi presenterer ikke disse idealtypiske logikkene i detalj, men elementer i dem vil framkomme i analysen. Hensikten med dem er at de skal hjelpe oss med å kartlegge virksomme institusjonelle logikker blant noen frivillige, i en pleie- og omsorgsenhet og ved sykepleierutdanningen i en høgskole. Det er ved hjelp av disse vi vil drøfte om bydelskafeen er eller har muligheter til å bli institusjonalisert som innovasjon.

#### 10.2.2 HELSEFREMMEDE ARBEID SOM INSTITUSJONELL LOGIKK I BYDELSKAFEEN

Sykepleiere har hatt en sentral rolle i etableringen og driften av bydelskafeen. En sentral oppgave for sykepleiere er pleie og behandling av syke, men de har også en oppgave når det gjelder forebyggende helsearbeid. Forebyggende helsearbeid består igjen av helsefremmende arbeid og sykdomsforebyggende arbeid (Mæland 2010).

En bydelskafé for friske, hjemmeboende eldre må først og fremst kategoriseres som helsefremmende. Mens sykdomsforebyggende arbeid tar sikte på å hindre at folk blir syke, har bedre helse i det helsefremmende arbeid en egenverdi uavhengig av at det reduserer sykdomsrisiko eller ikke. Helse er ikke bare fravær av sykdom, men er definert mye bredere som «prosessen som setter den enkelte så vel som fellesskapet i stand til økt kontroll over forhold som virker inn på egen helse og derigjennom bedre sin egen helse» (Mæland 2010, s. 15). Perspektivet er helhetlig og tar ikke utgangspunkt i sykdoms- og risikofaktorer, men i de forhold som kan gi ressurser for god helse av samfunnsmessig, miljømessig, sosial, kulturell og individuell karakter. Det samsvarer godt med dette perspektivet, når det i en tidlig prosjektbeskrivelse av bydelskafeen heter:

Mange lever et godt og meningsfullt liv, og det er ikke meningen å sette i gang noe som gjør folk avhengige av helsevesenet. Vi ønsker med dette tilbudet å bidra til at folk mobiliserer egne krefter for mestring og til å se nye muligheter, for på den måten å fremme helse og forebygge helsesvikt. Vi vil ha fokus på folks egne ressurser, kunnskap og nettverk.<sup>2</sup>

2. Referat fra møte i arbeidsgruppen for bydelskafeen, 2. februar 2011.

De helsefremmende ambisjonene ved bydelskafeen vises også ved at en i starten forsøkte å trekke ulike organisasjoner i lokalsamfunnet inn i driften av bydelskafeen, blant annet en institusjon for narkomane og ungdomsskolen i bydelen. Dette er i tråd med fokuset på lokalsamfunn og empowerment som kjennetegner store deler av det helsefremmende paradigmet (Mæland 2010). Distansen mellom den helsefremmende logikken og den mer generelle samfunnsmessige fellesskapslogikken er på slike punkter ikke stor.

Et tilgrensende begrep til helsefremmede arbeid, men ikke identisk, er salutogenese: å styrke helsen og dermed motstandskraften mot negative faktorer, som sykdom. Motsatsen er fokus på sykdomsframkallende forhold – patogenese, som da vil ligge nærmere sykdomsforebyggende arbeid. Vi skal i denne artikkelen bruke salutogenese og helsefremming som synonyme begreper.

Et sentralt fokus i artikkelen vil dermed på den ene siden være forholdet mellom den helsefremmende eller salutogene logikken og hensynet til den kliniske, behandelende logikken. Men på den annen side tar vi for oss hvordan profesjonseksogene logikker, som styringslogikker og akademiske logikker, slår inn og gir rammevilkår for den salutogene logikken som bydelskafeen bygger på. Dette vil først og fremst gjelde deltakelsen fra pleie- og omsorgsenheten og høgskolen.

### 10.3 METODE

Studien vår er kvalitativ, basert på personlig intervju og i noen grad dokumentstudier. Empirien er ikke omfattende, men dekker de mest sentrale aktørene i tiltaket, og alle deltakerne i bydelskafeen er representert med nøkkelinformanter. Vi har intervjuet to personer ansatt i pleie- og omsorgsenheten der bydelskafeen er lokalisert. Det er enhetsleder og oversykepleier. To frivillige er intervjuet, den ene er den som må sies å være initiativtakeren til bydelskafeen, og den andre er knyttet til et helselag. Tre ansatte ved høgskolen er intervjuet. To av dem deltar i prosjektet. Den tredje er ansatt ved avdelingen for helse- og sosialfag, men kommer fra en ledende stilling i den aktuelle pleie- og omsorgsenheten. Det er først og fremst på bakgrunn av denne arbeidserfaringen at vedkommende er intervjuet. Utvalget er det Wadel (2014) kaller samspillende; enhetene har relasjoner med hverandre. Intervjuene baserer seg på semistrukturerte intervjuguides, som i noen grad ble tilpasset de enkelte informantkategoriene. Intervjuguidene ble, som vanlig er i kvalitative intervjuundersøkelser, justert etter hvert i lys av de erfaringene vi fikk gjennom intervjuene.

Det ble gjort lydopptak. I de fleste tilfellene hørte forskerne igjennom intervjuene sammen etterpå. Vi diskuterte det som framkom, og skrev ned de sentrale uttalelsene for analysen. I to tilfeller ble intervjuene skrevet stenografisk ned i sin helhet. Intervjuene ble gjort våren 2015.

Vi baserer oss i tillegg på kommunale plan- og styringsdokumenter og på rammeplanen for sykepleierutdanningen. Vi har hentet data fra en reportasjeserie om den hjemmebaserte omsorgen i kommunen i byens avis.

Høgskolen som er deltaker i prosjektet, er den høgskolen som forfatterne arbeider ved. En av oss arbeider ved Avdeling for helse- og sosialfag, er sykepleier og cand.polit. av utdanning og deltar i prosjektet. Den andre er statsviter, arbeider ikke i denne avdelingen og har ikke hatt tilknytning til bydelskafeen. Det ligger metodiske utfordringer i det å forske på egen kultur. Det gjelder forskerens distanse og nøytralitet. Forskere kan for eksempel ha problemer med å stille spørsmål ved det som for dem er selvfølgeligheter (Wadel 2014). På den andre siden representerer det å forske på egen kultur gode forutsetninger for å forstå det det forskes på. Det å ha lokalkunnskap representerer også en fordel, påpeker Wadel (2014). Vi mener at vi samlet sett på en metodisk god måte har greid å balansere et «innenfraperspektiv» med et «utenfraperspektiv», eller, for å vise til tittelen i en mye brukt lærebok i kvalitativ metode, utnyttet mulighetene «mellom nærhet og distanse» (Repstad 2007).

Våre informanter har fått utkast til artikkelen til gjennomlesing. De har med dette hatt mulighet for å korrigere eventuelle misforståelser og dermed representert en validitetssjekk. I et tilfelle har vi fått kommentarer på anonymitet, hvilket er tatt hensyn til i den endelige artikkelen.

Selv om dataene er begrenset i omfang, mener vi at de er av tilfredsstillende reliabilitet og validitet sett i lys av formålet med artikkelen. Det er videre god konsistens mellom dataene fra de ulike kildene i materialet, hvilket styrker vår oppfatning av at dataene er av god kvalitet.

#### 10.4 DE FRIVILLIGE

Det var en frivillig som tok initiativet til bydelskafeen. Initiativet bygger delvis på en tilfeldighet: En venn av henne, som hadde et overordnet ansvar for pleie- og omsorgssektoren i kommunen, utfordret henne på ideer om hvordan en kunne bruke et lokale i det nyrenoverte sykehjemmet som allerede hadde fått navnet «cafeen». At hun tok utfordringen og ble aktiv i oppstart og drift av tiltaket, er imidlertid neppe tilfeldig, men henger sammen med hennes bakgrunn som helse-



søster. «Jeg er helsesøster og vant med å arbeide med lokalmiljø og grupper og har alltid faglig sett viktigheten av å arbeide helsefremmende.»<sup>3</sup> Hun hadde også drevet en helsestasjon ut fra det samme idégrunnlaget: å skape en arena for nettverksbygging, et treffpunkt, som folk bare kunne stikke innom. Om sammenhengen mellom en helsestasjon og en bydelskafé, sier hun: «Til bydelskafeen kommer folk med behov som på helsestasjonen. De vil bli bekrefta, de vil bli sett, vil treffe noen andre. Det er opp til oss å gi dem underholdning som kan gi fellesskap.»

Informanten hadde nylig flyttet inn i bydelen, og er i et notat (jf. note 2) sitert på: «Jeg har alltid vært en idéskaper, og jeg bryr meg om samspillet mellom mennesker. Når jeg flytter inn i et hus, flytter jeg inn i helsestrøket.»<sup>4</sup> Årsaken til dette samfunnsengasjementet tilskriver hun også sin egen oppvekst, og hun bl.a. viser til at mora delte ut julegaver til folk i lokalsamfunnet som ikke hadde så mye å rutte med. «Jeg lærte å bry meg», sier hun. «[Dette] ble bekreftet gjennom utdanningen.»

Dette demonstrerer igjen nærheten mellom den helsefremmende logikken og en av de syv overordnede, idealtypiske logikkene hos Thornton mfl. (2012) – den samfunnsmessige fellesskapslogikken – forankret i elementer som tillit, fellesskap, gjensidighet og sosialt engasjement.

Den samme logikken finner vi i motivene hos den andre frivillige vi har intervjuet. Hun er aktiv i et helselag i byen, tilknyttet Nasjonalforeningen for folkehelsen. Hun begynte å arbeide for Nasjonalforeningen i skoleårene – da med frimerkeinnsamling til foreningens arbeid for tuberkulose. Hun drev også tidlig på med å organisere turtrim. «Engasjementet ble skapt i oppveksten. Vi måtte finne på noe selv. Det var helt fortvilet at folk ble sittende hjemme.» Vedkommende var engasjert rundt den aktuelle pleie- og omsorgsenheten som frivillig allerede før bydelskafeen ble en realitet. «Jeg gikk av og til på dagsenteret med blomster når jeg hadde noen til overs. Det ligger helsefremming i det å ha det fint rundt oss. Estetikken kan være viktig for god helse.» Sitatet viser at hun baserer seg på et vidt helsebegrep i tråd med helsefremmingslogikken og salutogenesen. Hun var også engasjert i en trivsels- og turgruppe i bydelen.

Initiativtakeren mener at kommunen og helsevesenet for øvrig i for liten grad vektlegger helsefremmende hensyn.

3. Notat, Else Jørgensen, mai 2014: Prosjektet «Bydelskafé Vest – Café og kultur [...]»

4. Konfrontert med siste ledd i dette sitatet i intervjuet, tviler informanten på at hun har sagt det. Hun tar imidlertid ikke avstand fra det, hun synes det var «godt sagt», og vi drister oss følgelig til å bruke det.

Helsefremmende arbeid er nedprioritert. Det er snakk om ulike statuser og hierarki. Det helsefremmende kommer til slutt. Det er ikke status med helsefremmende arbeid fordi det ikke vises. Resultatene [...] kommer så langt fram i tid. [...] Utdanningen er preget av et behandlingsfokus, mens det helsefremmende perspektivet er lite framme. Sykehuset er et system der det ikke er helsefremmende arbeid. Det gjennomsyrrer hele det norske helsevesen.

Denne informanten har også relativt blandede erfaringer med pleie- og omsorgsenhetens interesse for bydelskafeen i oppstarten. At de stilte med lokaler og kjøkken er positivt. På den andre siden mener hun at «sjefen på sykehjemmet (må være enhetslederen, vår anm.) var usikker på hva vi var for noe. Mistenksomhet. [...] Betyr det arbeid for oss?».

Den andre frivillige informanten er ikke like klar på dette. Hun sier imidlertid at hun vet av erfaring at «[kommunen] kan vi ikke regne med». Begge informantene er klare på at kommunen / pleie- og omsorgsavdelingen i bydelen ikke vil kunne overta det administrative ansvaret for bydelskafeen som nå ligger til høgskolen.

Synspunktene kom fram i forbindelse med spørsmål om informantene tror at tiltaket vil eksistere om fem år. Spørsmålet er interessant med tanke på om tiltaket vil kunne bli institusjonalisert, få en noenlunde varig organisatorisk og rutinemessig forankring, dvs. kunne bli definert som en innovasjon. Informantene våre, også de utenfor frivillig sektor, er gjennomgående enige om at et fortsatt sterkt engasjement fra høgskoleansatte i administreringen av tiltaket er avgjørende. Våre informanter mener at de frivillige / frivillig sektor i praksis ikke vil kunne ta et slikt ansvar. De store frivillige organisasjonene har nå fokus et annet sted enn på denne typen arbeid. Helselaget i bydelen holder på å dø ut, i nesten bokstavelig forstand. Den sprekeste er den ene frivillige informanten. Hun er 82 år.

Det er generelt rekrutteringsproblemer i denne typen frivillig arbeid. Bydelskafeen har derimot ikke problemer med å få frivillige til å stille som vakter på enkeltarrangement, men å få frivillige til å ta på seg et organisatorisk ansvar ansees som vanskelig. Forskere peker på dyperegående samfunnsmessige endringer som mulige årsaker til dette. Rothstein (2001) og Selle (1999) peker på at det har skjedd en individualisering av samfunnet. Dette kan igjen henge sammen med en økt bruk av markedsmekanismer, dvs. en styrking av markedet som institusjonell logikk, i reguleringen av samfunnet. Slik har forholdet mellom offentlig sektor og sivilsamfunn endret karakter (Hulgård og Andersen 2015, som også siteringene av Rothstein og Selle er hentet fra). Dette kan også knyttes til at det frivillige arbeidet har endret karakter de siste tiårene (Bjarnar mfl. 2012; Grindheim 2010). Mens en

organisasjon som Nasjonalforeningen for folkehelsen tidligere var en utpreget demokratisk organisasjon, med vitale og initiativrike lokale avdelinger, er foreningen nå blitt profesjonalisert og i sterkere grad toppstyrt. De frivillige på grunnplanet er i sterkere grad blitt rene pengeinnsamlere og gratis arbeidskraft enn tidligere, da grunnplanet hadde en klarere proaktiv rolle.

Det er et paradoks at disse endringene skjer samtidig som betydningen av frivillig sektor blir vektlagt så sterkt i diskusjoner om velferdssamfunn og velferdsstat og som partner i offentlige innovasjonsprosesser (Helse- og omsorgsdepartementet 2011, 2013a, 2013b). Det synes faktisk nå å være lite rom for at nye initiativer nedentfra – som denne bydelskafeen – skal kunne få en institusjonell forankring i en landsdekkende frivillig organisasjon, slik at denne organisasjonen eventuelt kunne bidratt med å institusjonalisere oppfinnelsen som en innovasjon.

### 10.5 KOMMUNEN – PLEIE- OG OMSORGSENHETEN

Våre informanter som arbeider eller har arbeidet i pleie- og omsorgsenheten i bydelen, har et svært positivt syn på bydelskafeen. At pleie- og omsorgsenheten er begeistret for tiltaket bekreftes også i intervjuene med de frivillige og ansatte ved høyskolen. Imidlertid er det sprikende data på hvor interessert og åpen pleie- og omsorgsenheten var til initiativet til bydelskafeen da dette kom i 2011. Som vi skal vise, kan dette belyses ved ulike institusjonelle logikker og hensyn som kjenner ut enheten og sykepleierprofesjonen.

Initiativtakeren, som vi har vært inne på ovenfor, opplevde at enheten i «utgangspunktet [...] var helt utenforstående til initiativet. [...] Jeg holdt på å gi opp». Også andre informanter etterlyser mer imøtekommenhet i initiativ- og startfasen. Informantene fra pleie- og omsorgsenheten uttrykker imidlertid at de så positivt på tiltaket allerede fra begynnelsen. De viser bl.a. til at det allerede under rehabiliteringen av sykehjemmet noen år før var planer for etablering av en bydelskafe. Det var til og med laget et bydelskafe-skilt før det avgjørende initiativet kom utenfra.

Hvordan kan dette henge sammen? Slik vi analyserer dette, er stikkordet ressurser, og med det prioritering. For å sitere den tidligere lederen ved enheten, som selv ikke var særlig involvert: «Det gikk nok mest på ressurser, tenker jeg. [...] Det var nok en redsel for at de frivillige skulle trekke seg ut, og da at kommunen skulle sette inn ressurser for å drive det. Hvor skulle vi ta de ressursene fra?»

Dette dilemmaet mellom på den ene siden å være positivt innstilt til bydelskafeen og frykten for å påta seg et økonomisk ansvar på den annen, er sentral også senere – og er avgjørende for framtidsmulighetene for kafeen og dens sjanse for å etablere seg som en innovasjon.

Det er interessant i seg selv når den frivillige initiativtakeren erfarer at «det helsefremmende ikke er med i sykehjemmet». Men det er neppe faktisk riktig. Inntrykket som har festet seg hos initiativtakeren, kommer nok snarere fra et møte med prioriteringer som er gjort. Den helsefremmende logikken er ganske tilstedeværende i enheten, slik vi analyserer det. At kafeskiltet var klart før initiativet illustrerer dette. Det ganske aktive dagsenteret i sykehjemmet er først og fremst et helsefremmende tiltak, der målet er å styrke livskvaliteten hos hjemmeboende eldre som trenger en del bistand fra det offentlige. Enheten var også aktiv med i etablering og drift av trimløype (en «kulturell stikk-ut-løype»). Vel så interessant er det at den helsefremmende logikken synes å ligge latent som et hensyn i den utøvende pleie og behandling, i møte med pasienter. Nåværende oversykepleier henviser til den helhetstenkningen, å se «hele» pasienten, som hun mener ligger i det å være sykepleier, altså til logikken(e) i sykepleierprofesjonen:

Vi lærer på sykepleierhøgskolen at vi skal behandle pasienten fra A til Å, vi skal se helheten. Jeg tenker på det sosiale, jeg tenker litt på det fysiske. [...] Slik det er i dag når vi blir så presset til bare å ta deler av de arbeidsoppgavene vi burde gjøre. [...] Det er vondt. Vi må bare ta liv og helse. Det er veldig synd, det er synd på faget vårt.

Med sosiologen Pierre Bourdieu (Bourdieu og Wacquant 1993), kan vi si at salutogenesen er en del av sykepleierens habitus, profesjonens grunnleggende perspektiver og selvforståelse. Den er kroppsliggjort i sykepleieren, en del av profesjonens identitet. Det å ikke ha anledning til å leve opp til den salutogene identiteten av det å være en god sykepleier, synes å smerte og å skape dårlig samvittighet.

En vanskelig ressursituasjon og tidspress synes å være avgjørende her. Dette kommer fram i en serie oppslag i byens avis i februar i år. Foranledningen var at pleie- og omsorgssektoren nok en gang i 2014 hadde overskredet budsjettet ganske kraftig (Romsdals Budstikke 14.02., 19.02. og 20.02.2015). «Omsorg etter stoppeklokka» var tittelen på den første reportasjen. Dette presset synes å ha akselerert etter samhandlingsreformen. De hjemmeværende syke er vesentlig sykere og mer ressurskrevende enn tidligere. Den tidligere lederen i pleie- og omsorgsenheten sier i intervjuet med oss at en må prøve å drive helsefremmende arbeid – som å snakke om alt mulig annet, være medmenneske – samtidig som en pleier og behandler.

At det er behov ut over dette, synes åpenbart. «Gjennom jobben [har jeg] blitt en ekspert på å avslutte samtaler på en effektiv, men høflig måte», sier en hjelpe-

pleier til Romsdals Budstikke (14.02.2015). Våre data tyder på at dette også gjelder sykepleien i hjemmetjenesten. Tidspressets betydning for nedprioriteringen av helsefremmende arbeid kommer klart fram i vårt intervju med enhetslederen:

La oss si at du har en [syke]pleier som er hjemme hos en person som har et vedtak på en halv time. Greier du å gjøre det på 20 minutter, så går du. For du har mellom 17 og 20 stykker på lista di på ei vakt og da må det gå fort. Kan du kutte, så gjør du det.

Du setter deg ikke ned i de ti minuttene du har spart inn?

Nei, det gjør du ikke. Du kan ikke det.

Ordvekslingen her tyder også på at et vedtak om hjemmesykepleie baserer seg på en vurdering av de medisinske, instrumentelle behovene for pleie og behandling. Det synes å være liten plass til det mer diffuse, men i en helsefremmende logikk så viktige – «hele mennesket».

Når det forholder seg slik når det gjelder syke, hjemmeboende eldre, skal det vel kanskje noe til at pleie- og omsorgsenhetene vil kunne prioritere ressurser av noen størrelse på et nytt tiltak for friske pensjonister, som bydelskafeen er. Det er også et moment her at det i rapporteringssystemet oppover i kommunen, i hva enheten blir målt på i kommunen, ikke er kategorier som måler graden av helsefremming i det hele tatt. Det er lite i mål- og resultatstyringssystemet i kommunen som vil kunne gi incentiver til ytterligere arbeid med helsefremming. En rimelig tolkning av dette er at helsefremmende arbeid i pleie- og omsorgstjenesten har lav prioritet sentralt i kommunen og blant politikerne.

Ikke desto mindre er altså ledelsen i pleie- og omsorgsenheten svært positiv til bydelskafeen. Enhetslederen sier at hun er stolt av den, forteller om tiltaket til andre enhetsledere og mener at den gir enheten et godt renommé og status. «Det skulle vært mye mer av slikt» (helsefremmende arbeid), sier oversykepleieren. Tiltaket sees også som et ledd i et arbeid for å utvikle forholdet mellom sykehjemmet og lokalsamfunnet (bydelen). «Sykehjemmet skal være hjertet i bydelen», uttaler oversykepleieren. Slik er det ikke nå. Enhetsleder og oversykepleier har en opplevelse av at det er terskler mellom lokalsamfunnet og sykehjemmet. Blant annet synes de å mene at det er et slags stigma knyttet til å havne på sykehjemmet. Arrangementet «Gulljazz» ved sykehjemmet under jazzfestivalen i byen og bydelskafeen sees som tiltak som vil kunne bygge ned disse barrierene. Dette vil i sin tur kunne gjøre det lettere å forsone seg med innleggelse på sykehjemmet, for de som må det.

Det er nærliggende å si at slike resonnementer ligger nært opp til en samfunnsmessig fellesskapslogikk, som også det helsefremmende arbeidet kan sies å gjøre. Det er snakk om å ha en samfunnsmessig rolle og et ansvar ut over rammene for selve hjemmepleien og institusjonsomsorgen, og å gi enheten en lokal identitet.

Lederne i pleie- og omsorgsenheten ser ikke for seg at enheten kan ta på seg et større ressursmessig ansvar for bydelskafeen om dette er nødvendig for at tiltaket skal fortsette. Særlig kommer dette fram om når vi forsøkte å antyde tall for dette. På spørsmål fra oss om bydelen kunne avsette ti prosent av en stilling til bydelskafeen, var svaret et ganske kategorisk nei.

Om bydelskafeen skal oppnå status som innovasjon, slik vi har definert dette – få etablert langsiktige rutiner, finansiering etc. rundt seg – synes følgelig ikke å kunne basere seg på at pleie- og omsorgsenheten tar et større ansvar. Men dette skyldes ikke at den helsefremmende logikken er fremmed for dem. Denne logikken står ikke i et prinsipielt motsetningsforhold til for eksempel en logikk som er knyttet til behandling og pleie av syke. Helsefremmende praksis blir nedprioritert i en ressursmessig krise. Motsetning mellom to i og for seg komplementære logikker er *situasjonsbestemt*, betinget av den økonomiske situasjonen. Mot hensynet til klinisk praksis i en situasjon der gapet mellom behov og ressurser oppleves å øke, må hensynet til et helsefremmende tiltak vike. «Når det står om liv og helse, er valget enkelt», sier enhetslederen. Det er rimelig å konkludere med at den behandlende, kliniske logikken dominerer over den helsefremmende.

## 10.6 SYKEPLEIERUTDANNING VED HØGSKOLEN

Ansatte ved sykepleierutdanningen ved høgskolen har vært med allerede fra initiativfasen til etableringen av bydelskafeen. Alle de intervjuede er enige om at deres innsats har vært en forutsetning for at tiltaket kom i stand, og at den nå er et bærende element i driften av bydelskafeen. Tre ansatte ved høgskolen deltar i prosjektet.

I et notat om initiativ, planlegging og oppstart av bydelskafeen<sup>5</sup> gis det tre begrunnelser for høgskolens engasjement. For det første var initiativgruppen enig om at «det var mulig å forsvare at Høgskolen var med på dette da det ville være mulig å tilby studenter hospiteringsplasser knyttet til tema: Forebyggende helsearbeid blant eldre». For det andre skulle det være utgangspunkt for vitenskapelige artikler. For det tredje skulle det bidra til at høgskolen ble mer synlig i lokalmiljøet.

5. Notat, Else Jørgensen, mai 2014: Prosjektet «Bydelskafé Vest – Cafè og kultur [...]».

Bydelskafeen som praksisplass henger selvfølgelig sammen med at høgsolen utdanner sykepleiere. Som i utdanningen innen de fleste av velferdsstatens profesjoner, er det å tilegne seg praksisnær kunnskap viktig. Akkurat denne praksisen viser at forebyggende, inkludert helsefremmende, arbeid har en plass i utdannelsen. Dette er forankret i rammeplanen for sykepleierutdanningen (Kunnskapsdepartementet, 2008). Det er imidlertid synd å si at det helsefremmende aspektet ved utdanningen framheves sterkt i rammeplanen. Vi finner forebyggende helsearbeid så vidt nevnt som tema i rammeplanen av 1987, men uten at det helsefremmende aspektet ble spesifisert (Rådet for høgskoleutdanning i helse- og sosialfag, 1996). Først i 2000-utgaven blir termen «helsefremmende» brukt, men uten at den gis et innhold. Helsefremming kan sies å bli definert mer eksakt i rammeplanen av 2004, «delta i helsefremmende arbeid og fokusere på å styrke positive faktorer hos individet og i miljøet», men behandles ellers i en sammenheng der det knyttes nært opp til sykdomsforebygging (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2004). Dette står uendret i gjeldende plan fra 2008.

Et interessant spørsmål er om den salutogene logikken og det helsefremmende arbeidet har hatt en forankring i sykepleierprofesjonen før det oppsto distinkte begreper for det, og muligens i sterkere grad enn det en skulle tro basert på rammeplanene for sykepleierutdanningen. Som vi så ovenfor, mener oversykepleieren ved pleie- og omsorgsenheten at det å tenke «hele mennesket» var noe hun fikk inn i utdanningen allerede tidlig på 1980-tallet. Vi har også argumentert for at den salutogene logikken i praksis synes å være en integrert del av pleie og behandling. Våre intervju med de høgskoleansatte bekrefter dette.

De to høgskoleinformantene som er med i prosjektet, har en kobling til bydelskafeen gjennom at dette er en praksisplass for studenter i det andre året av studiet. Begge baserer seg på en salutogen logikk når de begrunner at praksisen er viktig. Den ene sier:

Tidligere har studenten møtt syke gamle, hjelpeløse. På bydelskafeen møter de en helt annen type eldre – interesserte, nysgjerrige, som stiller spørsmål, som er teknisk oppdatert [...] (som mennesker med ressurser, vår anm.). Studentene lærer å kommunisere med eldre uten å gå inn i pleierollen. Det utfordrer studentene til å kommunisere om andre tema i omgang med eldre. Studentene har lært å se på eldre med litt andre øyne.

Den andre legger også vekt på det å lære seg å kommunisere på en likeverdig måte, om forhold som ikke har med sykdom å gjøre, og om å gå ut av ekspertrollen:

Jeg setter praksisen i forbindelse med helseforebygging. Når vi er sykepleiere i hjemmesykepleien inntar vi kanskje en tryggere rolle og mer definerte oppgaver. Men her er studentene mer likeverdige, de må prate med likeverdige mennesker og lære å kommunisere med noen de ikke kjenner. Hva skal de snakke om? Det dreier seg om å øve opp ferdigheter i kommunikasjon.

Begge to har imidlertid fått en selvstendig interesse og engasjement i bydelskafeen langt ut over at dette er en praksisplass for studenter. De er begge opptatt av helsefremmende arbeid, og at de har fått denne delvis gjennom preging i oppvekst og gjennom sin virksomhet som sykepleiere. De begrunner verdien av bydelskafeen med ord som faller godt inn i en helsefremmende logikk. Den ene sier f.eks.:

Bydelskafeen gir brukerne noe. Det er noe å se fram til og tilbake på. Det er helsefremmende. Bydelskafeen bygger nettverk og gir positive opplevelser. Om bydelskafeen hadde blitt borte, hadde de mistet noe veldig viktig.

Den andre begrunnelsen for høgskolens deltakelse i bydelskafeen er at tiltaket kan være gjenstand for forskning. Bydelskafeen kan være utgangspunkt for vitenskapelige artikler. Dette gir assosiasjoner til det vi vil kalle en akademisk logikk, eller snarere, til akademiske logikker.

For den ene var dette helt i begynnelsen et sentralt motiv for engasjementet: «Det var en grei måte å vise at jeg kan bruke FoU-tida. Jeg ville bruke FoU-tida på noe jeg synes kunne være interessant.» Men dette hensynet settes enda mer på spissen når framtiden for høgskolens engasjement i bydelskafeen blir tematisert i intervjuet. Begge informantene synes å oppleve deltakelsen i nåværende omfang, må resultere i og rettferdiggjøres ved vitenskapelige artikler.

«Jeg føler at det er en forventning om at det blir noe akademisk av det. [...] [Høgskolen] vil ha noe tilbake. Det er jo butikk dette her», sier den ene og mener at det er på tide at høgskolen trapper ned sitt engasjement. Dette samsvarer godt med oppfatninger hos den andre høgskoleansatte: «Vi skal ha andre prosjekt. Vi kan godt starte opp ting, men så må vi tenke på noe nytt. Vi må forsvare FoU-resursen over tid [...] som høgskolen må få noe igjen for [gjennom] produksjon av artikler.»

Det er her et spesifikt akademisk blikk som rettes mot bydelskafeen. I denne logikken er tiltaket et forskningsprosjekt. Når det som forskningsprosjekt er uttømt gjennom publisering, kan ikke engasjementet lenger forsvares, i alle fall ikke i samme omfang som tidligere.



Dette bringer oss videre til den etter hvert kjente debatten om akademiseringen av profesjonsutdanningen, sykepleierutdanningen inklusive (Caspersen 2006, 2012; Slagstad og Messel 2014). Høgskolereformen kan sies å ha påskyndet en akademiseringsprosess av profesjonsutdanningen. Men blant sykepleierne kan debatten spores helt tilbake til 1950–60- og 70-tallet, da norske sykepleiere frekventerte og hentet inspirasjon fra USA, den såkalte «amerikalinjen» (Caspersen 2012). Debatten gikk på hva som skulle være sykepleierprofesjonens kunnskapsgrunnlag, og om det praktiske arbeidet og den erfaringsmessige kunnskapens rolle og status i forhold til forskning. Vi har ikke anledning til å gå nærmere inn på denne her. Det er stigende krav og forventninger til formell akademisk kompetanse blant fagpersonellet i sykepleierutdanning, til akademisk kvalifisering, merittering og publisering. Det er grunn til å spørre seg om dette representerer en dreining bort fra praksisfeltet, som tradisjonelt har vært så viktig i sykepleierutdanningen.

I vår case framstår publisering som sentralt for å legitimere deltakelse i bydelskafeen. Publisering som mål, og derav publiseringspress, er omstridt i ordskiftet i og rundt academia. Også av denne grunn kan det være viktig å påpeke at den akademiske logikken ikke er enhetlig, men at det snarere altså er snakk om flere (under)logikker. I dette tilfellet er det et samspill mellom en spesifikk akademisk logikk og en styringslogikk inspirert av New Public Management. Regulering og finansiering av universitets- og høgskolesektoren på grunnlag av kvantifiserbare tellekanter, studie- og publiseringspoeng, har påvirket sektorens prioriteringer.

Vi har igjen det tredje motivet bak høgskolens engasjement i bydelskafeen – å være synlig i lokalsamfunnet. Dette samsvarer med et av samfunnsoppdragene for de regionale høgskoler – å være relevant, spille en rolle og gjøre en forskjell i de respektive regioner. Som vi var inne på i analysen av pleie- og omsorgsenhetens ønske om å bygge ned tersklene til lokalsamfunnet, ligger dette hensynet nært opp til en samfunnsmessig fellesskapslogikk: et sosialt ansvar, identitet etc. Dette motivet var lite framtrædende i intervjuene med de to deltakende høgskoleansatte. Disse to mener at hensynet til høgskolens forhold til lokalsamfunnet ikke kan være en selvstendig begrunnelse for deres engasjement. Dette reflekterer muligens ikke egne holdninger eller internaliserte verdier, men hva en oppfatter som avdelingsledelsens, eventuelt høgskoleledelsens, forventninger og kriterier.

Til gjengjeld er den tidligere lederen i pleie- og omsorgsenheten svært opptatt av høgskolens kontakt med lokalsamfunnet. For henne er bydelskafeen et eksempel på dette:

For meg som bare har jobbet noen hundre meter fra, var høgskolen bare noe vi fikk studenter fra. Det var sjeldent vi tenkte: Hva er høgskolen for oss? Hva

kan høgskolen bidra med for å løse våre oppgaver bortsett fra å rekruttere? Det var et veldig skille – høgskolen er fremmed for dem der ute [...] Det er viktig at dere på høgskolen er ute på den måten dere er ute på [i Bydelskafeen] [...] og møter ansatte og brukere. En skulle gjort det mye mer.

Høgskolen har nå en helt avgjørende rolle i bydelskafeen, det er samtlige informanter enige om. Den utgjør den organisatoriske drivkraften i tiltaket, og mange informanter ser en fortsatt relativt omfattende deltakelse fra høgskolen som en forutsetning for at tiltaket skal overleve. På den annen side er det mye som tyder på at høgskolens engasjement er personavhengig, at det heller ikke her er institusjonalisert. Det er ikke etablert noenlunde forutsigbare, personuavhengige rutiner, identiteter og begrunnelser rundt tiltaket. I så måte er bydelskafeen heller ikke fra høgskolens ståsted en innovasjon, gitt de kriterier for innovasjon vi har satt.

### 10.7 DIFFERENSIERING AV HELSEFREMMENDE LOGIKK

Innledningsvis grep vi fatt i begrepet mellomrom. Vi refererte til litteratur og dokumenter som framhevet det innovative potensialet i mellomrommene, at ulike perspektiver og erfaringer møtes ansees som gode forutsetninger for nyvinninger. Vi problematiserte dette ved hjelp av perspektivet institusjonelle logikker, at rommene mellom de institusjonelle logikker som karakteriserer samarbeidspartnerne kan være så store at felles nytenkning hemmes. Slik sett kan mellomrom vanskeliggjøre etablering og institusjonalisering av nye tjenester og tjenesteformer, innovasjoner.

Vi har funnet at bydelskafeen ikke er blitt institusjonalisert som en innovasjon. Tiltaket er ennå avhengig av noen få ildsjeler, på tross av at det må karakteriseres som en suksess når det gjelder oppslutning og omdømme. Ingen av de deltakende aktørene har på rutinemessig basis vært villige eller i stand til å bevilge de relativt små ressursene som skal til for å sikre bydelskafeen en mer varig framtid.

Hvorfor ikke?

Den helsefremmende logikken, som er den logikken som begrunner tiltaket, er langt framme i forståelseshorisont og identitet både hos de frivillige, i den kommunale pleie- og omsorgsenheten og i sykepleierenheten ved høgskolen. En fellesnevner her er profesjonslogikk(er) knyttet til sykepleieren. Konfliktpotensialet er i så måte lite og mellomrommene mellom de deltakende partene små. Det er generelt et fellesskap rundt en salutogen logikk.

Da er faktisk mellomrommene og spenningene mellom de institusjonelle logikkene internt hos de enkelte partene mer interessante. Ifølge vår analyse synes dette

avgjørende for hva partene enkeltvis vil kunne investere i dette samarbeidsprosjektet, og hvem av dem, om noen, som kan ta et organisatorisk ansvar for bydelskafeen.

Vi vil trekke fram tre sammenhengende forhold i forlengelsen av dette. Det ene er *ressurssituasjonen*. Spesielt gjelder dette pleie- og omsorgsenheten. Knappe ressurser og effektiviseringskrav oppleves her å ha ført til at helsefremmende arbeid nedprioriteres. Forholdet mellom institusjonelle logikker kan altså ikke sees uavhengig av situasjon og kontekst. Dette sier, for det andre, noe om *styrkeforholdet* mellom institusjonelle logikker, der den salutogene logikken synes å stå relativt svakt. Men det er noe utilfredsstillende og unøyaktig med denne siste konklusjonen. Gjennom arbeidet med denne artikkelen har vi kommet fram til, og det er det tredje punktet, at den salutogene logikken er en for grov analytisk kategori. Den bør *nyanseres og differensieres*. Og det er det vi skal konsentrere oppmerksomheten om i det følgende.

Eva Langeland (2012) viser at den «salutogene modell» har vært en integrert del av sykepleien fra tidenes morgen, sykepleiertid. «Florence Nightingale fremhevet at sentralt i sykepleie var det å hjelpe og tilrettelegge for og støtte opp under naturens egne helbredende krefter. Fokuset var på helsens positive prinsipper og naturens helbredelsesprosesser» (s. 38). Det er klinisk sykepleie Langeland her fokuserer på. Det salutogene perspektivet er en del av sykepleierprofesjonens habitus i utøvende pleie og klinisk praksis, og har alltid vært det. Dette stemmer godt overens med den sterke betoningen av helsefremmende hensyn som ideelt ønskes i daglig hjemmesykepleie i vår case. Muligens er det et poeng at den som innledningsvis var mest skeptisk til prosjektet blant våre informanter ved pleie- og omsorgsenheten, ikke er sykepleier, men sosionom. Den salutogene logikkens plass blant sykepleiere framkommer også i intervjuene med de høgskoleansatte, som begrunner bydelskafeen som praksissted med at det oppøver kommunikative ferdigheter som er en betingelse for jevnbyrdig og salutogen pleie. Det er også rimelig å tolke en nylig utkommet antologi om helsefremming i kommunehelsetjenesten i samme retning (Haugan & Rannestad, 2014). Mange av kapitlene i boka dreier seg om helsefremming i forhold til behandling av spesifiserte lidelser. Vår undersøkelse tyder på at helsefremmende tiltak overfor friske har et annet betydningsinnhold og en annen status. Her har det salutogene en selvstendig begrunnelse uavhengig av sykdom og kliniske behov. Bydelskafeen er et slikt tiltak. En hypotese er at dette er vanskeligere å forsvare internt på høgskolen. Den salutogene logikken synes altså selv å ha sine underlogikker.

Det kan følgelig være rimelig å skille mellom helsefremming henimot syke og pleietrengende mennesker og helsefremmende tiltak som favner alle. Vi kaller det

første *omsorgsbetinget salutogenese* og det siste *generisk salutogenese*. Det er primært helsefremming i første betydning som ligger til sykepleiernes habitus. Generisk salutogenese, som bydelskafeen, vil lettere kunne defineres som kulturtiltak og ansvaret tillegges kultursektoren. Dette forklarer initiativtakerens opplevelse av at helsefremming nesten ikke blir hensyntatt i helse- og omsorgssektoren overhodet. Med sin helsesøsterbakgrunn definerer hun helsefremming kun i sistnevnte betydning, altså det generiske. Dette er ulikt det som er tilfellet i andre deler av helse- og omsorgssektoren, der den omsorgsbetingete salutogenesen står sterkere.

I dette perspektivet faller bydelskafeen mellom to stoler eller mellom to salutogene underlogikker. Som et generisk helsefremmende tiltak vil det være nærliggende å se bydelskafeen som kultur og noe helse-, pleie- og omsorgssektoren vanskelig kan prioritere. Men kafeen er lokalisert og drevet av organisasjoner der den omsorgsbetingete salutogenesen har forrang. Pleie- og omsorgsenheten har knapt ressurser til selv omsorgsbetinget salutogenese, langt mindre å prioritere et generisk salutogent tiltak. «Når valget står om liv og helse, er valget enkelt», sier de der.

Poenget her er at målt i forhold til en generell forståelse av salutogen logikk, synes det å være stor enighet blant deltakerne i prosjektet om at helsefremming er viktig. På bakgrunn av den differensieringen av salutogenese som her er gjort, blir imidlertid bildet mer nyansert. Det er vanskeligere og mer kontroversielt å prioritere et generisk salutogent tiltak, som bydelskafeen, enn et omsorgsbetinget tiltak.

## 10.8 DISKUSJON OG KONKLUSJON

Om bydelskafeen skal lande som innovasjon, dvs. bli institusjonalisert, betinger dette at en organisasjon tar et noenlunde langsiktig og personuavhengig ansvar for det. På bakgrunn av vår undersøkelse, kan dette bli vanskelig, både når det gjelder en organisasjon i frivillig sektor, pleie- og omsorgsenhet/kommunen og høgskolen.

En bærende problemoppfatning i den politiske diskursen og fortelling om innovasjon i offentlig sektor er følgende: Behovene for offentlige velferdstjenester er økende, ikke minst på grunn av den demografiske utviklingen framover. Offentlig sektor kan ikke vokse i takt med disse behovene, heter det. Velferdsstaten er følgelig bare bærekraftig om den «innoverer». I dette ligger det også en åpenbar avgrensning av innovasjonsbegrepet: Det er snakk om direkte eller indirekte kostnadseffektiviserende innovasjoner (Berge 2013; Wegener 2012). Samtidig vet vi, ikke minst fra forskning på innovasjoner i privat sektor, at inno-

vasjoner er risikofylte, en kan mislykkes, innovasjonsprosesser er ofte dyre og betinger langsiktig, tålmodig finansiering (se f.eks. Lazonick 2005; Mazzucato 2014). Andre peker på at kvalitetshevende innovasjoner innen personlig tjenesteyting ofte henger så intimt sammen med arbeidsinnsats at de betyr økte driftskostnader, ikke mindre (Baumol 1993, 2010; Berge 2013; Skarstein 2008). Omvendt vil kostnadseffektiviserende innovasjoner kunne gå på bekostning av kvalitet. Våre informanter fra pleie- og omsorgsenheten opplever nettopp at effektivisering av hjemmetjenesten har forringet kvaliteten på det omsorgsbetingete helsefremmende arbeidet i den. Dette stemmer overens med forskning på nyere utvikling (innovasjoner) innen hjemmesykepleie. I en forskningsoversikt på feltet skriver Sæterstrand mfl. (2015, s. 5) at «manglende ressurser blir kompensert ved å rasjonere tjenester; det vil si senke kvaliteten og å velge bort oppgaver. Åndelige behov og psykososiale tjenester hos pasientene nedprioriteres [...] Pasientene ønsket at sykepleierne kunne tilbringe mer tid i pasientenes hjem».

Ulike institusjonelle logikker og mellomrommene mellom dem kan et stykke på veien forklare at bydelskaféen ikke er institusjonalisert som en innovasjon. Gitt en generell oppslutning om salutogen logikk blant de deltakende parter, kunne en tro at forutsetningene for en institusjonalisering var til stede. Men på bakgrunn av en differensiering av den salutogene logikken i en omsorgsbasert og en generisk logikk, framstår et bilde av potensielle motsetninger klarere. I tillegg kommer motsetninger mellom de salutogene logikkene og andre logikker, som styringslogikker (høgskolen, kommunen, frivillig sektor) og akademiske logikker (høgskolen). Ressursknapphet og innstramming framtvinger en prioritering mellom ulike hensyn, og styrkeforholdet mellom de ulike logikkene vil bli avgjørende for hva som blir prioritert. Spesielt for pleie- og omsorgsenheten i bydelen er ressursmangel ganske avgjørende for at den vegrer seg for et sterkere engasjement i kafédriften. For frivillig sektor framstår ressursknappheten mer i form av rekrutteringsproblemer. Det er på denne bakgrunn forunderlig hvor fraværende ressurs spørsmål og prioriteringer, og dermed politikk, er i store deler av innovasjonslitteraturen på offentlig sektor.

## LITTERATUR

- Baumol, W.J. (1993). Health care, education and the cost disease: A looming crisis for public choice. *Public Choice*, 77, 17–28.
- Baumol, W.J. (2010). The to-sided cost disease and its frightening consequences. I F. Gallouj og F. Djellal (red.), *The Handbook of Innovation and Services. A Multi-disciplinary Perspective*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing Limited.

- Berge, D.M. (2013). *Innovasjon og politikk: om innovasjon i offentlig sektor*: Arbeidsnotat, Høgskolen i Molde – vitenskapelig høgskole i logistikk nr. 2013:54. Molde: Høgskolen Molde.
- Berge, D.M. (2015). «Innovasjon – et begrep i drift». I E. Willumsen og A. Ødegård (red.), *Sosial innovasjon – fra politikk til tjenesteutvikling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Berge, D.M. og Torsteinsen, H. (2014). *Innovasjon som politikk og politikk som innovasjon*. Paper presented at the NOPSA, Göteborg.
- Bjarnar, O., Solenes, O. og Bjarnar, S.J. (2012). *Institusjonsbygger og kunnskapsspreder: Bolsøy helselag 1912–2012*. Molde: Bolsøy helselag.
- Bourdieu, P. og Wacquant, L.J.D. (1993). *Den kritiske ettertanke: grunnlag for samfunnsanalyse*. Oslo: Samlaget.
- Caspersen, J. (2006). Kallet eller dannet? Motivasjon og yrkessosialisering hos sykepleiere og lærere (Vol. 2006, nr. 5). Oslo: Høgskolen i Oslo.
- Caspersen, J. (2012). Drivkrefter i profesjonsutdanningene i sykepleie og medisin (Vol. 33/2012). Oslo: NIFU.
- Fitjar, R.D. (2015). Innovasjon for utvikling i offentlig og privat sektor – prinsipielle forskjeller. I E. Willumsen og A. Ødegård (red.), *Sosial innovasjon fra politikk til tjenesteutvikling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Friedland, R. og Alford, R.R. (1991). Bringing society back in: symbols, practices, and institutional contradictions. I W.W. Powell og P.J. DiMaggio (red.), *The New institutionalism in organizational analysis* (s. 232–263). Chicago: The University of Chicago Press.
- Fuglsang, L. (2010). Bricolage and Invisible Innovation in Public Service Innovation. *Journal of Innovation Economics*, 1(5), 67–87.
- Grindheim, J.E. (2010). I menneskets og samfunnets tjeneste : Nasjonalforeningen for folkehelsen 1910–2010. Oslo: Universitetsforlaget.
- Haugan, G. og Rannestad, T. (red.) (2014). *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Innovasjon i omsorg*: NOU 2011: 11. Oslo: Departementenes servicekontor.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013a). *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar*. Meld. St. 34 (2012–2013). Melding til Stortinget. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013b). *Morgendagens omsorg*. Meld. St. 29 (2012–2013). Melding til Stortinget. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Hulgård, L. og Andersen, L.L. (2015). Sosialt entreprenørskap og sosial innovasjon. I *Sosialt entreprenørskap og sosial innovasjon* (s. 33–81). TemaNord 2015:502. København: Nordisk Ministerråd.
- Kunnskapsdepartementet (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanningen*. Oslo.
- Langeland, E. (2012). Betydningen av den salutogene modell for sykepleie. *Klinisk Sykepleie*, 26(2), 38–48.
- Lazonick, W. (2005). The Innovative Firm. I J. Fagerberg, D.C. Mowery og R.R. Nelson (red.), *The Oxford Handbook of Innovation*. Oxford: Oxford University Press.
- Mazzucato, M. (2014). *The entrepreneurial state: debunking public vs. private sector myths*. London: Anthem Press.

- Mæland, J.G. (2010). Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Repstad, P. (2007). Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag. Universitetsforlaget, Oslo.
- Ringholm, T., Aarsæther, N., Bogason, P. og Ellingsen, M.-B. (2011). *Innovasjonsprosesser i norske kommuner: åpninger, pådrivere og mellomromskompetanse*: Rapport/Norut Tromsø nr. 2/2012, Tromsø: Norut Tromsø.
- Rothstein, B. (2001). Social capital in the social democratic welfare state. *Politics & Society*, 29(2), 207–241.
- Rådet for høyskoleutdanning i helse- og sosialfag. (1996): Rammeplan for 3-årig grunnutdanning i sykepleie. August 1987. Ajourført mars 1996.
- Schumpeter, J.A. (1983). *The theory of economic development: an inquiry into profits, capital, credit, interest, and the business cycle*. New Brunswick, N.J.: Transaction Books.
- Schumpeter, J.A. (2008). *Capitalism, socialism and democracy*. New York: Harperperennial.
- Selle, P. (1999). *Sivilsamfunnet tatt på alvor*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Skarstein, R. (2008). Økonomi på en annen måte. Makt og penger fra europeisk føydalisme til globalisert kapitalisme. Oslo: Abstrakt forlag.
- Slagstad, R. og Messel, J. (red.) (2014). *Profesjonshistorier*. Oslo: Pax Forlag.
- Sæterstrand, T.M., Holm, S.G. og Brinchmann, B.S. (2015). Hjemmesykepleiepraksis. Hvordan ny organisering av helsetjenester påvirker sykepleiepraksis. *Klinisk sykepleie*, 4–16.
- Thornton, P.H., Ocasio, W. og Lounsbury, M. (2012). The institutional logics perspective: a new approach to culture, structure, and process. Oxford: Oxford University Press.
- Utdannings- og forskningsdepartementet (2004). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Oslo.
- Wadel, C. (2014). *Feltarbeid i egen kultur* (rev. utg. av Carl Cato Wadel og Otto Laurits Fuglestad). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Wegener, C. (2012). Jeg kan godt sige «innovativ – jeg siger det ti». *Dansk Sociologi*, 23(4), 31–54, 91–92.