

AKSEL TJØRA OG LINE MELBY (RED.)

SAMHANDLING FOR HELSE



© Gyldendal Norsk Forlag AS 2013
1. utgave, 1. opplag 2013

ISBN 978-82-05-42552-1

Omslagsfoto: © Ryan McVay / Getty Images

Omslagsdesign: Gyldendal Akademisk

Figurer: David Keeping

Sats: Supernova

Brødtekst: Minion 10,5/15 pkt

Papir: Amber Graphic 90 g

Trykk: Dimograf, Polen 2013

Alle henvendelser om boken kan rettes til

Gyldendal Akademisk

Postboks 6730 St. Olavs plass

0130 Oslo

www.gyldendal.no/akademisk
akademisk@gyldendal.no

Det må ikke kopieres fra denne boken i strid med åndsverkloven
eller avtaler om kopiering inngått med KOPINOR,
interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk. Kopiering i
strid med lov eller avtale kan medføre erstatningsansvar og
inndragning, og kan straffes med bøter eller fengsel.

Alle Gyldendals bøker er produsert i miljøsertifiserte trykkerier.

Se www.gyldendal.no/miljo

KAPITTEL 2

Styring gjennom samhandling: Samhandlingsreformen som kasus

Roar Hagen og Elin Johnsen

Samhandling og samarbeid er blitt nøkkelbegreper i statlig styring. Den siste store reformen i helsesektoren heter offisielt samhandlingsreformen. Hva betyr samhandling i et styringsperspektiv, og hvorfor vektlegges samhandling og samarbeid så sterkt? I sentrale styringsdokumenter finner vi at myndighetene forventer at aktørene skal se helheten og ikke bare egne interesser. Vi tolker dette som et brudd med New Public Management (NPM) som styringsteori og som et forsøk på å utvikle et alternativt styringsregime. Finnes det så et kritisk teoretisk sosiologisk bidrag til å reflektere over samarbeidets muligheter og forutsetninger i helsesektoren og i offentlig sektor generelt? For å avklare hva et slikt nytt regimet kan gå ut på, ser vi nærmere på ulike teoretiske perspektiver. Det gjelder styringsanalysen basert på Michel Foucaults arbeider og Niklas Luhmanns teori om funksjonell differensiering. Begge disse perspektivene er kritiske til styring av samfunn på hver sin måte. Samhandlingsreformen gjør imidlertid sosiologisk teori aktuell på en annen og mer konstruktiv måte. Her trekker analysen på en teori om kollektiv rasjonalitet. Slik skal vi belyse om sosiologisk teori kan tilby alternativer til NPM.

I løpet av de siste 20 årene har ordet *samhandling* forekommet stadig oftere i offentlige dokumenter fra den norske regjeringen. Dersom man søker etter «samhandling» på regjeringen.no, får man en liste med én forekomst i 1991⁶. Deretter øker antallet jevnt opp til ca. 100 i perioden 2001–2005, for så å stabilisere seg på ca. 250–270 forekomster i årene 2006–2010. (Ordet samarbeid har en enda sterkere økning.) Ordet *samhandling* brukes av mange departementer og i mange sammenhenger, men spesielt mye hos Helse- og omsorgsdepartementet. Her har den siste store reformen fått navnet *samhandlingsreformen*. Regjeringene Stoltenberg I og II legger vekt på *samhandling* for å forstå og endre det norske samfunnet. I dette kapitlet stiller vi spørsmålet om hva *samhandling* betyr for myndighetene, og hvorfor de satser på *samhandling*. Det er både samfunnsmessige og faglige grunner til at det er viktig å finne svar på disse spørsmålene. Det er av praktisk interesse å forstå hvordan myndighetene tenker at relasjoner mellom helsesektorens ulike aktører nå skal se ut: Det vil si malen de skal formes etter. *Samhandlingsretorikken* er interessant også fordi den synes å bryte med New Public Management-tenkningen (NPM) som har vært en viktig teoretisk inspirasjonskilde for reformer i det offentlige i de siste tiårene (Ardon og Holand 2011). *Samhandlingsreformen* er derfor en utfordring for sosiologisk teori i dobbelt forstand. For det første gjelder det sosiologiens evne til å analysere fram det særegne ved denne formen for styring. For det andre aktualiserer *samhandlingsreformen* spørsmålet om sosiologien kan tilby konstruktive alternativer til den økonomiske tenkemåten som NPM er basert på. En analyse av *samhandlingsreformen* kan derfor være et utgangspunkt for både å anvende og å reflektere over samfunnsvitenskapelige teorier om samarbeid og *samhandling*.

For at vi skulle realisere disse forskningsmålene, var det viktig å avklare hva myndigheter og andre aktører selv legger i *samhandling* og samarbeid. For denne delen av studien var det formålstjenlig å velge en induktiv tilnærming. Vi valgte å gå relativt forutsetningsløst til forskningsobjektet for å avdekke fenomenets iboende mening og aktørenes eget perspektiv. Meningen fastlegges gjennom den empiriske analysen.

Fra aktørens perspektiv er *handling* en selvrefererende prosess hvor aktøren forholder seg til sine intensjoner avhengig av handlingens konsekvenser (Searle 2010). *Samhandling* opptrer når en aktør er avhengig av andre aktørers handlinger for å realisere sine intensjoner, og aktørene tar hensyn til denne gjensidige avhengigheten i beslutningene om å handle.

⁶ Lesedato 23.04. 2011

Dette samhandlingsbegrepet er identisk med Webers (1968) definisjon av en sosial handling, eller *det sosiale*, som minst to aktører som foretar valg av handling avhengig av den andres valg av handling (Luhmann 2000b; Shils og Parsons 1951). Med dette utgangspunktet kan vi undersøke hva myndighetene legger i sitt begrep samhandling. Myndighetenes sterke forventning er at aktørene i helsetektoren *skal velge handling avhengig av konsekvensene for helheten*. Dette doble aktørperspektivet på samhandling – hvor vi som forskere ser på hvordan myndighetene iakttar samfunnsmedlemmene som aktører – er grunnlaget for den videre analysen.

For at vi skal forstå samhandlingsreformen, kan vi ikke bli stående ved myndighetenes subjektive perspektiver. Vi setter intensjonen med styring i en samfunnsmessig kontekst ved hjelp av samfunnsvitenskapelig teori. Særlig to perspektiver synes å være relevante. Vårt forskningsobjekt er en form for styring, og en forsknings-tradisjon med grunnlag i Foucaults arbeider har utviklet en rik terminologi for styringsanalyser som vi skal benytte. I tillegg skal vi støtte oss på Niklas Luhmanns teori om funksjonell differensiering.

Teoretisk tilnærming

Formålet med styringsanalysen er å identifisere et styringsregime eller praksis. Et styringsregime har en intern logikk som gjør det mulig å skille det fra andre regimer. Ifølge Dean (2010: 41–46) kan et styringsregime analyseres langs fire dimensjoner. Den første gjelder *regimets synsfelt*: Hva får regimet øye på, hva er objektene, og hvem er aktørene? Den andre gjelder *hvordan det styres*: Hvilke midler bruker regimet for å løse problemene og nå sine mål? Den tredje gjelder *styringsens kognitive og rasjonelle aspekter*. Den fjerde og siste dimensjonen gjelder *identiteten*: Hvilke identiteter forutsetter eller forsøker regimet å skape? Et styringsregime har også gjerne utopiske elementer som angir virksomhetens overordnede formål, og som begrunnes i bestemte verdier.

Et sentralt element i styringsanalysen er ifølge Dean (2007, 2010; Miller og Rose 2008) å identifisere problemet styringen retter seg mot. Generelt vil vi hevde at det er ett bestemt kompleks av styringsproblemer som er typiske for moderne samfunn. Flere sosiologer peker på at det moderne samfunnet er delt opp i en rekke sektorer, felt eller systemer. Eksempler på slike sektorer er utdanning, vitenskap, økonomi, politikk, medisinsk behandling, kunst og religion med flere (Luhmann 1990a, 1990b, 2000a; Luhmann og Kieserling 2000). Denne oppdelingen skaper styringsproblemer.

Å dele opp samfunnet i spesialsystemer skaper en gjensidig avhengighet mellom delsystemene og mellom delsystemene og samfunnet som helhet (Luhmann 1997a). Borgerne må dermed få tilgang til de ulike systemene for å delta i samfunnet. Relasjonene mellom delsystemene kan vi betegne med begrepet *ytelse*, mens forholdet mellom delsystem og samfunn karakteriseres med begrepet *funksjon*. Forholdet mellom individ og samfunn betegnes med begrepene *inkludasjon* respektive *eksklusjon*. De ulike systemene er for eksempel avhengige av friske og arbeidsføre individer, og derfor også av behandlingsytelser fra det medisinske systemet. Behandlingssystemet blir på sin side avhengig av ytelser fra de andre systemene. Til en bestemt form for sykdomsbehandling svarer nødvendige bidrag i form av vitenskapelig forskning, medisinsk utstyr og andre teknologier, politiske beslutninger, lover og regler, utdannet personale og så videre. En type problemer gjelder altså svikt i ytelsen. Funksjonsproblemer gjelder derimot forholdet mellom delsystem og hele systemet, for eksempel det medisinske systemets evne til å levere tjenester som samfunnet trenger. Ofte snakker man også om samfunnsoppdrag.

Hvordan reguleres så forholdet mellom delsystemene, og mellom delsystemene og samfunnet? Og hvordan reguleres borgernes inkludasjon og eksklusjon i de ulike systemene? To systemer har som oppgave eller funksjon å regulere relasjoner mellom andre systemer, markedsøkonomien og det politiske systemet (Hagen 2006). Markedet registrerer ubalanser mellom systemer som variasjoner i pris og udekkede behov som etterspørsel. Alternativt kan sviktende ytelser, funksjonsproblemer og eksklusjon av individer gjøres til temaer i offentlige debatter og føre til politiske beslutninger om å tildele ressurser og rettigheter som endrer for eksempel behandlingssystemets eller vitenskapssystemets handlingsrom. Det er alltid flere problemer og krav fra ulike systemer og sektorer enn samfunnet har ressurser til å dekke. Derfor må samfunnet prioritere mellom systemenes behov og mobilisere vilje i befolkningen til å finansiere godene over skatteseddelen. Den offentlige og politiske fordelingen av knappe ressurser leder derfor fram til en annen type problemer, gjerne omtalt som den kollektive handlingens problem eller sosiale dilemmaer. Borgerne konfronteres med en konflikt mellom kollektiv og individuell rasjonalitet, mellom sektor- eller særinteresser på den ene siden og fellesinteresser på den andre siden. Kollektiv problemløsning krever at de sosiale aktørene overvinner egoisme, opptrer solidarisk og velger kollektivt rasjonelle handlingsstrategier som tjener helhetens interesser.

Vi antar at samhandlingsreformen forholder seg til problemer knyttet til sviktende systemintegrasjon og manglende tilgang på helsetjenester for borgerne. Det norske samfunnet kan løse disse problemene enten via markeder og markeds-

liknende mekanismer eller gjennom å produsere offentlige og kollektive goder gjennom det politiske systemet. Reformen kan selvsagt også kombinere de to virkemidlene.

Metode

Sykdom og helse er viktige temaer i det moderne samfunnet. Systemet for medisinsk behandling står sentralt, men også en rekke andre sosiale systemer er orientert mot sykdom og helse eller kan gjøres relevante i en slik sammenheng. (Nærmest alt kan gjøres relevant i dimensjonen helse.) Samfunnet som sosialt system iakttar eller kommuniserer om andre systemers evne til selvregulering og egen styringsevne. Refleksjon er en form for iakttakelse hvor et system vurderer seg selv (Hagen 2006). I dette tilfellet vurderer samfunnet seg selv som mer eller mindre handlingsdyktig fellesskap med hensyn til styringspraksiser, begrensninger ved eksisterende styring og nye strategier. Denne refleksive virksomheten er sentrum for vår empiriske undersøkelse.

Våre kilder til data er hovedsakelig to offentlige dokumenter som representerer bakgrunn for og lanseringen av samhandlingsreformen i helsesektoren. Vi gjør en innholdsanalyse av en av Norges offentlige utredninger, *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste* (Helse- og omsorgsdepartementet 2005) og stortingsmeldingen som fulgte, *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (Helse- og omsorgsdepartementet 2009).

Innhold må forstås i lys av dokumentenes samfunnsrolle eller funksjon (Prior 2008). Dokumentene har til felles at de er medier for massekommunikasjon: De er allment tilgjengelige, og både avsenderen og mottakeren tar dette forholdet i betraktning. Men det er også forskjeller mellom dem. En offentlig utredning er den mest omfattende saksutredningen av et samfunnsproblem fra det politiske systemet på vegne av samfunnet når det gjelder problembeskrivelse, forklaring og løsningsforslag. Refleksjonen omfatter også vurderinger av det politiske systemets ytelser og funksjoner relativt til mer markedsorienterte virkemidler. Forbindelsen til vitenskapssystemet er tette, og ytelsene fra vitenskapssystemet lar seg i utgangspunktet lese av litteraturlisten. I stortingsmeldingen står den politiske kommunikasjonen mer på egne bein. Dokumentets funksjon er den samme som for det politiske systemet selv, nemlig et spørsmål om å gjøre politiske beslutninger bindende for samfunnet som helhet. Disse offentlige dokumentene er kilder til data om samhandling som styring. Vår undersøkelse dreier seg altså om *tenkning* og *kommunikasjon* om styring, og ikke om styringsregimet som praksis.

Med hensyn til generering og analyse av data omfatter analysen følgende tre skritt. Først identifiserer vi de problemene samhandlingsreformen skal løse, slik myndighet og andre sosiale aktører beskriver dem. Hva forstår de som årsaker til problemene, og hvordan kan samhandling skape løsninger? I det neste steget tolker vi reformens selvforståelse ved hjelp av samfunnsvitenskapelig teori og får dermed fram nye dimensjoner i det empiriske materialet. Som påpekt ovenfor dreier det seg om flere typer problemer: ytelsesproblemer, funksjonsproblemer og problemer knyttet til inklusjon og eksklusjon av individer. Alle disse problemene skal altså løses gjennom samhandling og aktualiserer dermed kollektive handlingsproblemer. De faglige perspektivene skaper distanse, og vi kan stille og besvare spørsmål som går utover myndighetenes problemstillinger. Det gjelder spørsmål om reformen representerer en liberal form for styring eller en tilbakevending til en autoritær styringsform hvor staten er mer til stede i borgernes valg og beslutninger. Hvis samhandlingsreformen stadig er overveiende liberal, er den da et regime som faller innenfor eller bryter med rasjonalet i NPM? I et tredje skritt skal vi reflektere over forholdet mellom aktørenes egne begrepsdannelser og vitenskapelige begreper for samfunnsstyring og samhandling.

Analysen benytter dermed både induktive, deduktive og abduktive forskningslogikker (Hagen og Gudmundsen 2011). Vitenskapelige begreper benyttes som åpne kategorier i den forstand at de ikke har et entydig fastlagt innhold: De åpner for å fange inn hvordan kommunikasjonen selv fastlegger mening. Dette utgjør den induktive delen av analysen, og det mest omfattende og viktigste bidraget fra denne empiriske undersøkelsen. Vi ønsker imidlertid å gå utover de sosiale aktørenes og de sosiale systemenes egen forståelse av samhandling. I den deduktive koblingen mellom teori og empiri anvendes styringsanalysen og Luhmanns tese om funksjonell differensiering som kilder til antakelser om forskningsobjektet, som enten finner bekreftelse i eller kan forkastes ved hjelp av datamaterialet. En abduktiv forskningslogikk innebærer i denne sammenhengen at vi bruker kontrasten mellom aktørenes egen forståelse og vitenskapelige begreper til å reflektere over det teoretiske utgangspunktet eller rammen for undersøkelsen. Det finnes sentrale meningsdimensjoner i samhandlingsreformen som ikke fanges opp av verken styringsanalysen eller systemteorien. Den Foucault-inspirerte styringsanalysen svikter med hensyn til reformens viktigste aspekt, nemlig at del og helhet skal knyttes bedre sammen gjennom samhandling. For at vi skal få fram denne sammenhengen knytter vi an til teorier om kollektiv rasjonalitet og kollektiv makt. Formålet med den abduktive analysen er å utvikle de vitenskapelige begrepene for å løse problemer som oppstår i tolkning og generering av data. Denne delen av

undersøkelsen leder fram til spørsmålet om reformens kunnskapsgrunnlag: Støtter samhandlingsreformen seg på samfunnsvitenskapelige teorier og begreper? Utvikler samhandlingsreformen selv begreper som samfunnsvitenskapene kanskje kan lære av?

Framstillingen følger ikke stegene i analysen, men slår sammen resultatene fra de induktive og deduktive delene av forskningsprosessen, som jo også rent faktisk trekker på hverandre. Den abduktive analysen og vitenskapelige refleksjonen presenteres til sist.

Analyse av samhandlingsreformen

Problemer og problemforståelse

Det første punktet i vår styringsanalyse er å avdekke problemer som skal løses. Vi spesifiserte tre hovedtyper av problemer med hensyn til ytelse, funksjon og kollektiv handling. Finner vi tilsvarende distinksjoner og begreper i datamaterialet? Både utredningen og stortingsmeldingen nevner mange problemer, men det største problemet går ut på at det er et misforhold mellom de meget store offentlige utgiftene til helse og det samfunnet får igjen i form av helsegevinster.⁷ Mye er bra, og mange får god behandling, men stadig flere blir syke, befolkningen blir eldre, stadig flere lidelser lar seg behandle med ny teknologi, og køene i spesialisthelsetjenesten blir lengre. Problemene vokser også på den måten at de som i dag får det dårligste tilbudet, blir flere: eldre, kronikere og andre med sammensatte lidelser. Denne utviklingen er rett og slett ikke bærekraftig. På sikt må samfunnet enten øke skattene betraktelig eller gi opp velferdsstatsmodellen slik vi kjenner den.

Denne beskrivelsen av problemer har alle de tre nevnte referansene: Ytelsene er for dårlige i forhold til behovene, årsaken til problemene ligger i organiseringen av behandlingssystemet, og forholdet til samfunnet aktualiseres som et spørsmål om kollektive goder som borgerne er mer eller mindre villige til å betale for over skatteseddelen. Tilsvarende formuleringer finnes en rekke steder i dokumentene. Det er imidlertid ingen nødvendig sammenheng mellom en *samhandlingsreform* og denne beskrivelsen av samfunnets problemer med å styre aktivitetene i helsesektoren. De samme utfordringene kunne kanskje bli håndtert gjennom privatisering av helse-tjenester og fordelt gjennom markeder og priskonkurranse. Så hvorfor falt valget på samhandlingen når samfunnets forhold til helsevesenet skal omstruktureres?

⁷ Se for eksempel forordet i den engelske kortversjonen av stortingsmeldingen, *The coordination reform* (NMHCS 2009).

Et funksjonelt differensiert helsevesen

Ovenfor hevdet vi at det moderne samfunnet er kjennetegnet ved funksjonell differensiering, og den samme sosiale strukturen finner vi også internt i samfunnets ulike delsystemer. Vitenskapssystemet er delt inn i disipliner, og utredningen forstår også den moderne helsetjenesten som et sterkt differensiert system. Behandlings-systemet er delt opp i en rekke medisinske spesialiteter og helsetjenester, det er mange yrkesgrupper, et stort antall tjenesteytende organisasjoner i sektoren og mange relasjoner til aktører utenfor systemet. Styringen av norsk helsetjeneste er fordelt på to organisatoriske nivåer, kommunene og de (fem) regionale helseforetakene. Relasjonene mellom alle disse kommunikasjonsdeltakerne iakttas som handlinger, spesifisert som samhandling. Utredningen legger til grunn at dagens helsetjeneste er funksjonelt differensiert, og at denne differensieringen krever *samarbeid*. System- og problemforståelsen kommer godt til uttrykk i dette sitatet:

Spesialiseringen og kunnskapsutviklingen i helsetjenesten betyr at stadig flere yrkesgrupper og spesialister må yte sine delbidrag inn i en helhet. Det er ingen yrkesgruppe som har spesialkompetanse på helhet. Forutsetningen for god samhandling er at de ulike aktørene har en faglig kompetanse å bringe inn i samhandlingen og at denne kompetansen blir anerkjent. Likeverdighetstenkningen må være utgangspunktet for samarbeid på alle nivå i helsetjenesten.

NOU 2005: 3 p. (punkt) 2.1.3

Sitatet ovenfor rommer tre viktige iakttakelser: Faglig spesialisering er en forutsetning for faglig dyktighet. Spesialisering skaper gjensidig avhengighet. Når alle blir avhengige av hverandre for å gi god behandling, blir alle bidrag like mye verdt.

Nøkkelen til å bringe de ulike delbidragene sammen er altså «samhandling». Når samhandlingen svikter i et funksjonsdifferensiert system, så går det ut over «helheten».

Svikt i helheten

Helhet har mange dimensjoner i utredningen. Eksempler er tjenestetilbud, behandling, hjelpetilbudet, helsetjenesten, helse- og sosialtjenesten, menneskesyn, hensynet til pasientenes situasjon, tjensteperspektiv som går utover den enkelte avdelingen eller institusjonen, pasientforløp, oversikt over pasientens legemiddelinformasjon, det ingen tar ansvaret for, tiltakskjede, plan, organisasjoner, forsikringsordning, rehabiliteringstjeneste og tenkning.

Det pekes på at spesialiseringen og helsetjenestenes differensiering skaper et rikholdig tilbud, men at det samtidig oppstår svikt i tilbudet for visse kategorier

pasienter. Det gjelder voksende pasientgrupper med store behov for samhandling i tjenesten:

På noen områder er utfordringene spesielt store. Det gjelder pasientgrupper med store behov for samhandling hvor ingen av tjenestenivåene alene kan løse utfordringene.

NOU 2005: 3 s. 67

Utredningen illustrerer problemet ved å beskrive det differensierte helsevesenet fra et pasientperspektiv, som prosess eller «pasientforløp». Medisinsk differensiering og spesialisering innebærer at systemet kan diagnostisere og behandle et stort antall sykdommer. Behandlingskommunikasjon er organisert i spesialiteter, og pasienter fordeles på avdelinger som behandler en eller noen få sykdommer. Det fungerer fint for pasienter som har en klar diagnose. Dersom pasientene har mange eller uklare lidelser, oppstår en uoversiktlig situasjon. Pasientene må oppsøke mange ulike spesialiteter, med flere inn- og utskrivninger og med fare for over-, under- og feilbehandling. Dessuten er det ineffektivt og kostbart for samfunnet, og det er stressende for pasienten.

Hvorfor samhandling

Hvorfor er samhandling løsningen på problemene som beskrives? Det er ikke lett å svare på spørsmålet gjennom å identifisere eksplisitte begrunnelser for å velge samhandling som overordnet referanse for tenkning om styring. De aktuelle dokumentene presenterer ikke ett enkelt *derfor* i kraft av en klar teori om samhandling som virksom mekanisme. I stedet for å forklare hva det er ved samhandling som kan løse problemene og levere en teoribasert begrunnelse for hvorfor samhandling er en egnet strategi for styring, er argumentasjonsrekken omvendt. *Manglende samhandling* er den viktigste årsaken til systemets manglende evne til å forsyne samfunnet med nødvendige helsetjenester til kostnader samfunnet kan leve med: God samhandling er en forutsetning for gode helsetjenester. Slike formuleringer går igjen i dokumentene. Problemforståelse og problembeskrivelse forutsetter hverandre. Logisk sett hviler reformen på en tautologi.

Økende kompleksitet i helsesektoren og dermed økende behov for samhandling i sektoren tilskrives både systeminterne logikker, mer generelle samfunnsmessige tendenser og politikk.

Økende medisinsk spesialisering og organisatorisk oppsplitting av helse-tjenesten, som vi har omtalt ovenfor, er vesentlig (NOU figur 5.1). Samtidig endrer samfunnets demografi seg: Samfunnet får en stadig eldre befolkning, og de eldre eldre blir både faktisk og relativt flere (NOU p. 5.4). Den demografiske

utviklingen påvirker sykdomspanorama og tjenestebehov. Utredningen poengterer at samhandlingen kan svikte for alle typer pasienter. Den beskriver også utfordringene som spesielt store for pasientgrupper med behov ingen av tjenestenivåene kan løse alene. Dette gjelder i stor grad de eldre og eldste blant oss.⁸

Et annet generelt utviklingstrekk i samfunnet som drar i samme retning, er tendensen til individualisering. Ett forhold er at den offentlige helsetjenesten og øvrig offentlig hjelpeapparat må forholde seg til hjelpe- og omsorgsbehov, ikke minst hos eldre, som familie og øvrig nettverk tidligere ivaretok (NOU p. 5.2). I helsevesenet kommer individualiseringen også til uttrykk i selve pasientrollen med nye forventninger og nye rettigheter hva gjelder både brukermedvirkning og brukerinformasjon (NOU p. 5.1).

Utredningen antar at «mangel på helhetlige pasientforløp kan skyldes mangel på kapasitet for deler av tjenestetilbudet», og at manglende kapasitet både kan initiere og lage problemer for samhandling (NOU p. 5.6). Et eksempel på svikt i kvalitet og samarbeid – med tanke på både pasienten og fellesskapets ressurser – er økningen i antallet «øyeblikkelig hjelp»-innleggelser, der en stor andel er gjeninnleggelser og har klar sammenheng med alderen på pasientene. Færre sykehussenger, press i retning av kortere liggetid på sykehus og en presset kommunal pleie- og omsorgstjeneste er med på å skape dette bildet.

En viktig årsak til problemene finner utredningen i tidligere helsereformer og finansieringsordningene som de introduserte. Økonomiske rammebetingelsers betydning for samhandlingen får mye oppmerksomhet. Dette skal forstås på bakgrunn av at finansieringen påvirker «planmessige og operasjonelle beslutninger og ofte også hva som tilføres av ressurser», og er meget kompleks (NOU s. 116). For eksempel belønner dagens takstsystem gjentatte pasientbesøk der det kan heves spesialisthonorar, takster for undersøkelser og egenandel. Dette er uheldig for pasienten og medfører offentlige utgifter til transport og refusjoner. Igjen konkurrerer helhetens behov med delers interesser i en rekke varianter (NOU p. 8.2).

Det er for øvrig utredningens oppfatning at «mye manglende samhandling skyldes manglende oppmerksomhet på helheten» (NOU p. 2.3.1). I utredningen er dette en viktig og selvstendig kilde til samhandlingsproblemer.

⁸ Utvalget nevner disse gruppene spesielt: syke eldre pasienter, pasienter med behov for habilitering og rehabilitering, pasienter med store psykiske problemer, pasienter med rusproblemer og pasienter med kroniske og sammensatte lidelser (NOU 2.2, kap. 6).

Hva må gjøres? Forslag til tiltak

Vi skal nå se nærmere på hvilke midler meldingen vil benytte for å skape betingelser for god samhandling. Utredningen foreslår ikke én omfattende reform, men en lang rekke større og mindre tiltak som skal bidra til mer og bedre samhandling mellom aktørene i helsesektoren. Løsningsforslagene for bedre samarbeid blir innordnet tre kategorier: styrking av pasientperspektivet, tiltak for bedre samhandling i behandlingssituasjonen og endringer i helsesektorens såkalte rammebetingelser, både organisatoriske og finansielle (NOU p. 2 og 10).

Pasientperspektivet står sentralt i reformen. Perspektivet uttrykker en verdi. Det uttrykker også en funksjonsiaktakelse, forventningen om at delene orienterer seg mot og ivaretar helhetens behov. Ett aspekt er bedre informasjon, medvirkning og innflytelser for den enkelte pasienten og for brukerorganisasjoner. Pasientperspektivet ses som et uttrykk for viktige verdier. Helsetjenestenes verdigrunnlag må bygge på at pasientene selv ønsker og har kompetanse til å gjøre egne valg. I et demokratisk perspektiv må det også ses på som en rettighet at vi som borgere kan øve innflytelse på beslutningssystemene. Retten er også en plikt for pasienten til å legge pasientperspektivet til grunn for egne valg og utøvelsen av kompetansen og se seg selv og sykdommen i en større sammenheng. Dette er den andre dimensjonen som også gjelder tjenesteytersiden. Enhver som arbeider i helsetjenesten, plikter å legge pasientperspektivet til grunn for handlinger. Dette innebærer plikt til å se utover egne faglige rammer og forsøke å se pasientens helhetlige situasjon (NOU p. 2 og 10.2), altså i forhold til andre aktører i pasientforløpet.

Pasientperspektivet operasjonaliseres gjennom ulike teknologier. Individuell plan er en slik teknologi, og omtales i utredningen også som «verktøy». Utredningen foreslår at alle pasienter skal ha en individuell plan. I stortingsmeldingen er ambisjonen redusert til de mest krevende pasientene: de med uklare eller sammensatte lidelser og behov. Til individuell plan svarer rollen pasientansvarlig lege. Anbefalinger for bedre samhandling i behandlingssituasjonen har delvis form som oppfordringer til helsetjenestens ulike utøvede ledd, mens andre må følges opp i form av nasjonale tiltak og eventuelt forankres i lover og forskrifter.

Forslag til justeringer av eksisterende hovedmodeller for bedre å understøtte samhandling omfatter forsøk med både nye organisasjonsmodeller og nye finansieringsordninger. Eksempler på organisatoriske forslag er adgang til å etablere interkommunale organisatoriske enheter og forsøksordning med utførerenheter som kommuner og foretak eier i fellesskap. En vesentlig del av foreslåtte tiltak

handler om finansiering, som skal hindre at enkelte enheters interesser går på bekostning av helhetens interesser. For eksempel trengs en ordning som gjør det økonomisk interessant for partene å etablere interkommunale legevaktsamarbeid. Utredningen mener at helsetjenesten trenger økonomiske insentiver som stimulerer til høy aktivitet og effektiv tjenesteproduksjon. Utredningen er likevel bekymret for at høye refusjonssatser vil øke utfordringene med samhandling, og mener at samhandlingen er tjent med redusert stykkprisandel. Et av forslagene går derfor ut på å gjennomgå takstsystemet med sikte på å fjerne insentiver for å stykke opp behandlingstilbudet.

Utredningen foreslår at det brukes én milliard til å prøve ut nye organisasjonsmodeller og nye finansieringsordninger på tvers av foretak og kommuner (NOU p. 2.3.3 og 10.4.6). For at partene skal kunne benytte midlene, forutsettes det en formell samarbeidsavtale mellom partene. Med dette forslaget har utredningen «bevisst introdusert en 'avtalebasert finansieringsform'» (NOU s. 146).

Samhandling som styringsregime

Er samhandlingsreformen en særlig form for styring som danner et avgrensbart regime? Vi mener at dette er tilfellet. Det er klart at det dreier seg om styring «fra aktørens perspektiv»: Samhandlingsreformen forstår seg selv som styring. Det som skal styres, er i dette tilfellet samfunnets produksjon av medisinsk behandling og helsetjenester. Utredningen er seg bevisst at den ikke er en del av helsevesenet, men deltar i samfunnets kommunikasjon med et mandat om å se og utvikle nye muligheter for kollektiv binding i maktmediet:

Den offentlig finansierte helsetjenesten er underlagt et system med politisk styring og må derfor innrettes i samsvar med de prioriteringer som gjøres i det politiske system. Viktig her er prioriteringsforskrift, styringsdokumenter med nedfelte prioriteringer, handlingsplaner etc. I tillegg påvirkes prioriteringsbeslutninger i helsetjenesten av helsefaglige forhold: direkte gjennom de faglige skjønn og vurderinger i behandlingssituasjonen som gjøres av den enkelte, men også indirekte ved at den faglige kompetansen definerer hva som er mulig.

NOU s. 124–125

Bestrebelsene på styring baserer seg på et skille mellom system og omverden. Det egne systemet omfatter handlinger myndigheten rår over, og en omverden omfatter mer eller mindre autonome aktører og systemer som myndighetene kan påvirke gjennom å endre handlingsbetingelsene og rammevilkår. Systemet endrer omverdenen først og fremst ved å endre seg selv. Når det gjelder systemer i omverdenen, skiller

styringssystemet mellom for eksempel offentlige leger og privatpraktiserende leger. Begge typer leger har autonomi, og begge kan styres. Styringsmidlene er imidlertid mer omfattende og annerledes for offentlige ansatte enn for private leger. Myndighetene styrer systemer i omverdenen gjennom å manipulere avhengigheter. Det finnes hovedsakelig to styringsmidler: makt og kunnskap. Makt brukes både positivt og negativt, positivt gjennom å tilstå ressurser, negativt gjennom å holde tilbake ressurser og andre former for eksklusjon.

Skillet mellom del og helhet står sentralt og er gjennomgående: De enkelte delene ses som en funksjon for helheten de inngår i, enten det er helsetjenestesystemet som del av samfunnet som helhet, eller delfunksjoner i tjenesten. Blant de mange funksjonsiaktakelsene er sykestuefunksjonen, funksjonen som koordinator for individuell plan, funksjonsdeling mellom helseforetak og fastlegens funksjon som portvakt til spesialisttjenesten. Funksjonssvikt gir kvalitetssvikt. For at aktørene skal fylle funksjonen for helsetjeneste og samfunn, må aktørene i helsetjenesten samhandle: «Samhandlingens mål er å understøtte pasientenes behov for en helhetlig helsetjeneste» (NOU p. 3.1).

Utredningen beskriver relasjoner mellom helsesektorens aktører som samhandling, og problemer er samhandlingsproblemer. Samhandlingsproblemene lar seg løse dersom hver enkelt legger et helhetsperspektiv til grunn. Helhet betyr her å se seg selv i en behandlingssammenheng: den sammenhengen som er mellom ulike typer medisinske og helsefaglige spesialiteter og mellom ulike organisasjoner og administrative nivåer når det gjelder å gi god behandling på laveste effektive omsorgsnivå. Forventningen er at hver enkelt aktør skal se og innordne seg denne sammenhengen, kalt pasientperspektivet. Pasientperspektivet operasjonaliseres gjennom en rekke tiltak, som til sammen utgjør det aktuelle styringsregimet.

Tiltakene som blir foreslått, kan ordnes i tre grupper. Det er tiltak rettet mot individer, mot organisasjoner og formaliserte rammebetingelser, særlig finansieringssystemet. Tiltakene overfor individer handler dels om å tilføre informasjon og gjøre oppmerksom på utfordringene med samhandlingen. Dels handler de om å pålegge helsepersonell generelle og spesifikke plikter til samarbeid. En tredje kategori handler om insentiver som skal sikre at aktørene ikke taper økonomisk på å velge samarbeid, og som skal stimulere visse handlingsmønstre. Et viktig eksempel er større økonomiske overføringer til kommunene samtidig som kommunene må betale for utskrivningsklare pasienter som blir liggende ved sykehusene. Forslaget hviler på en antakelse om at kommunene vil stimuleres til å investere i sykehjemsplasser, rehabilitering og forebygging for å maksimere helsegevinster. Dermed blir det frigjort midler for andre velferdsoppgaver på kommunebudsjettet.

Forslagene handler dermed om at systemet iakttar de sosiale aktørenes vilje og forsøker å påvirke denne viljen. En fjerde kategori handler om å øke aktørenes kompetanse til samhandling. Ifølge utredningen læres samarbeid ved at spesialisten reflekterer over egen rolle for helheten. Utredningen antar at slik refleksjon fremmes ved å bringe ulike faggrupper sammen, blant annet under utdannelsen. Den virkelige mekanismen, det vil si hva som skal skje i denne samhandlingen, og hvordan det å bringe forskjeller sammen, skal lede til bedre samhandling, forklares ikke.

Organisasjoner løser problemer ved samhandling på flere måter. Dels handler det om å plassere ansvar og etablere adresser. Dels skal organisasjonen legge til rette for samarbeid ved å etablere møteplasser og fora hvor parter konfronteres med samhandlingsutfordringene.

Forslag til endringer i finansieringssystemet tar først og fremst sikte på å begrense former for finansiering som fremme særinteresser og hindrer samarbeid. Begrunnelsen for disse er først og fremst negativ. Utredningen har ingen positiv teori om sammenhengen mellom samarbeid og finansiering for helheten.

Samhandlingsregimets rasjonalitet og rasjonale

For at systemet skal kunne styre, trenger det teorier og modeller om adressat-systemets interne operasjoner som kan forklarer hvordan endringer i rammebetingelsene virker i systemet. Slike teorier og modeller leveres gjerne i form av samfunnsvitenskapelige bidrag. Men selv om samhandlingsreformen baserer seg på ulike empiriske bidrag, mangler den teoretiske forankringen tilsvarende den NPM-inspirerte reformer har i teorien om rasjonelle valg. Reformen utvikler heller ingen egen teori i form av presise og eksplisitt formulerte antakelser om sammenhenger mellom årsaker og virkninger formidlet av aktørenes handlinger. Vi kan imidlertid identifisere en *implisitt* samhandlingsteori i reformen. De ulike elementene i samhandlingsreformen med begreper som funksjonell spesialisering, helhet, pasientperspektiv og ulike teknologier som individuell plan, lover, organisering og økonomiske insentiver er satt sammen slik at de danner en gjennomtenkt sammenheng. Av denne sammenhengen kan vi utlede en rasjonalitet og et rasjonale. En kjerneantakelse gjelder forholdet mellom iakttakelse av funksjon og handlingsvalg, altså at aktørene velger handlinger som har gunstige konsekvenser for helheten.

Utredningen legger til grunn at spesialiseringen i helsesektoren, som har kommet langt, er hensiktsmessig og må fortsette. Denne differensieringen i ulike oppgaver eller funksjoner forutsetter imidlertid at de ulike ytelsene eller tjenestene er tilpasset hverandre. Økt differensiering skaper et tilsvarende behov for å koordinere, og reformforslaget baserer seg på at samordning kan realiseres gjennom samhandling.

Funksjonssvikt betegnes derfor som samhandlingsproblemer. Denne beskrivelsen er ikke opplagt, men er heller ikke urimelig:

Aktørene i de ulike spesialitetene ses på som elementer i en omfattende arbeidsdeling for å skape behandlingstilbud og helsetjenester samfunnet og dets medlemmer trenger. Reformen forventer at aktørene skal velge handling ut fra hvordan valget deres virker sammen med andre relevante aktørers valg av handling. Alle skal på en eller annen måte ta de andres valg i betraktning som forutsetninger for egne valg, og så komme fram til en felles forståelse og en slags kollektiv handling. Under dagens styringsregime skjer ikke dette i tilstrekkelig grad, og det skaper problemer som altså skal løses gjennom en rekke tiltak. Gjort til spørsmål om valg og handling er problemet at aktørene velger egne interesser eller eget delsystems interesser på bekostning av helheten. Forholdet mellom aktørene blir forstått med begreper som valg, handlinger og struktur, hvor struktur er forhold aktørene ikke selv kan påvirke, men som danner forutsetninger for valg. Det nye regimet må legges opp slik at aktørene styres mot å velge helhet framfor delen – eller å sette delene mer i helhetens tjeneste.

Forslagene om å etablere klare adresser, funksjons- og kvalitetskrav, interdisiplinære fora og møteplasser mellom organisasjoner samt endringene i finansielle rammevilkår, kan tolkes slik at de skal løse problemer som skyldes at individuell rasjonalitet dominerer over den kollektive. God samhandling krever at aktørene legger helheten eller altså pasientperspektivet til grunn. Hvordan skal vi vurdere slike forventninger og regimet som myndighetene ser som nødvendig for å realisere dem?

Samhandlingsreformen som utfordring for sosiologisk teori

Hvilke antakelser vi gjør om aktørene, får konsekvenser for hvordan vi kan tenke om relasjonene mellom dem. Økonomisk teori og den såkalte valghandlingsteorien tar utgangspunkt i at aktørene er rasjonelle og egoistiske. Slike aktører lar seg ikke motivere til å handle for fellesinteresser, men handler utelukkende for egne interesser. Dermed må relasjoner mellom del og helhet være indirekte. Priskonkurransen sørger for at aktørene i arbeidsdelte produksjonssystemer realiserer det felles beste når de maksimerer egen nytte. Det er denne formen for rasjonalitet og rasjonale som ligger til grunn for NPM, hvor staten skal realisere samfunnets mål enten ved å erstatte staten med marked eller ved å skape markedsliknende mekanismer i offentlig sektor. Innenfor en slik tankegang skal stykkprisfinansiering av helsetjenester lede leger til økt produksjon ved å appellere til deres egeninteresse. Siden ekte markeds-

mekanismer mangler, må imidlertid det politiske systemet selv definere behov, fastsette priser og kontrollere kvaliteten på «varene». Samhandlingsreformens bekymring er at slike systemer som motiverer aktørene ved å konstruere egeninteresser, undergraver helhetsinteressene i stedet for å realisere dem.

Samhandlingsreformens forventning til de sosiale aktørene er nærmest motstridende av de valghandlingsteoretiske forventningene. I reformen forventes det at aktørene skal legge konsekvensene for helheten til grunn når de velger handlinger, og at de motiveres av felles, helsefaglige og samfunnsmessige interesser, ikke av egeninteresser. Hvordan ser denne typen forventninger ut i mer sosiologisk belystning? Systemteoretisk frastår slike helhetsorienteringer som grunnleggende urealistiske. Ifølge Luhmann (1997a) er det moderne samfunnet rett og slett for komplekst til at borgerne kan overskue konsekvensene av handlingene sine. Det er de sosiale systemene som reduserer kompleksiteten slik at kommunikasjon og handling blir mulig. Det sentrale for Luhmanns samfunnsteori er derfor de ulike funksjonssystemene. Hvert av disse systemene reduserer kompleksitet og skaper avgrensede kontekster for meningsfull handling.

Et stykke på vei er dette et fruktbart perspektiv som vi har benyttet i den empiriske analysen. Vi følger Luhmann i at moderne samfunn er differensierte i en rekke spesialsystemer. Et eksempel på et slikt funksjonssystem er systemet for medisinsk behandling (Luhmann 1990a), som sammen med flere andre behandlings- og pleiefaglige systemer skaper helsetjenester for den norske befolkningen og dermed løser viktige samfunnsproblemer. Begrensningene ved systemteorien gjelder hvordan den forstår forholdet mellom spesialsystemene.

Ifølge systemteorien kan ikke samfunnet regulere relasjonene mellom de ulike samfunnsdelene (Luhmann 1997b). Det moderne samfunnet er rett og slett sine funksjonssystemer og ikke et overordnet supersystem som styrer og regulerer funksjonssystemene. Et funksjonssystem kan heller ikke gripe inn i andre systemers operasjoner. Ifølge systemteorien har ikke det moderne samfunnet et sentrum, og heller ikke det politiske systemet kan være det moderne samfunnets kollektive aktør (Luhmann og Kieserling 2000). Da måtte det politiske systemet, i tillegg til egen kompleksitet, ta inn over seg adressatsystemenes kompleksitet, for eksempel kompleksiteten i de ulike systemene for medisinsk behandling. Faren er at styringssystemet enten blir oversvømt av informasjon eller baserer sine beslutninger på drastiske forenklinger som ødelegger det styrte systemets autonomi og handlingsevne. Styring av moderne samfunn er i systemteoretisk perspektiv i bunn og grunn umulig, og avhengigheter mellom delsystemene reguleres av hvert enkelt systems medier, koder og programmer. En systemteoretisk vurdering av samhandlingsreformen er altså at den er urealistisk, og at den vil mislykkes.

Omfanget av mer eller mindre vellykket samfunnsstyring er imidlertid større enn det Luhmanns teori åpner for, i alle fall nasjonalt (Mayntz og Scharpf 2005). I tillegg til kommunikasjon i hvert enkelt system finnes det kommunikasjon *om* de enkelte systemene og *om* sammenhengen – eller mangel på sammenheng – mellom dem. Det politiske systemet legger også opplagt føringer for hvilke lidelser som skal behandles, hvor behandling skal foregå, hvem som få tilgang til hvilke behandlinger og helsetjenester, under hvilke betingelser, og så videre. Systemteorien mangler rett og slett begreper for slike sammenhenger.

For at vi skal kompensere for disse begrensningene, valgte vi å supplere systemanalyse med styringsanalyse. Styringsanalysen hevder nærmest det motsatte standpunktet – at alt dreier seg om styring – og alle sosiale fenomener betraktes som løsninger på styringsproblemer. Foucault forklarer at framveksten av de ulike diskursene om behandling, straff, vitenskap og seksualitet er et svar på samfunnets eller samfunnsgruppers behov for å kontrollere befolkningen, og at dette er et ledd i strategier for å styre utviklingen mot bestemte mål, oppgaver eller funksjoner (Brenner 1994; Foucault mfl. 2007). I dette perspektivet er medisinsk behandling og helsepolitikk funksjonelle svar på samfunnsmessige behov for styring.

Styringsanalysen skiller mellom autoritære og liberale former for styring (Dean 2010). Autoritær styring tar form av hierarkier og kommandokjeder. Liberal styring forutsetter at styringsobjektet har evne til å regulere seg selv, og forsøker å styre via systemets kapasitet for selvregulering. I dette perspektivet framstår samhandlingsreformen som et liberalt regime med noen totalitære innslag hvor statens makt er tydelig til stede. Det sentrale ved reformtanken er likevel at aktørene i helsesektoren skal styre seg selv. Reformen vil styre nedenfra, gjennom at de sosiale aktørenes tar samfunnets problemer som sine egne og gjør problemløsning til en del av sin selvforståelse. De skal forstå seg selv som en del av helheten. I denne forstanden er samhandlingsreformen styring av samfunnet gjennom borgernes mentalitet.

Det som lett blir borte i dette perspektivet, er det usikre, prekre ved styring og mulighetene for å mislykkes. Funksjonssystemene autonomi setter også grenser for styring. Styring er kontekststyring, og samhandlingsreformen forsøker ikke å gripe inn i den medisinskfaglige praksisen og overstyrer for eksempel ikke legenes diagnoser. Det er rammene for den medisinske praksisen som skal endres. Dermed belastes heller ikke det politiske systemet med kompleksiteten i de medisinske og helsefaglige praksisene.

Vi har anvendt styringsanalysen og systemteoriens begrep om funksjonell differensiering som gjensidig utfyllende perspektiver, til tross for disse begrensningene. Teoriene utfyller hverandre. På dette grunnlaget har vi etablert et skille mellom to typer selvgående sosiale fenomener: Systemer som regulerer seg selv, og systemer

som regulerer seg selv og andre systemer. Likevel gir ikke de to perspektivene sammen et tilstrekkelig rammeverk for den empiriske analysen. Begge perspektiver har mangler, og begrensningen gjelder kjernen i samhandlingsreformen, nemlig hvordan man skal forstå forholdet mellom del og helhet.

Funksjon og kollektiv handling

For at vi skal komme videre i den empiriske analysen, må vi endre det teoretiske rammeverket. Det skjer i to steg (Hagen og Gudmundsen 2011). Først må vi identifisere hvilke vitenskapelige begreper som begrenser analysen, og dernest forsøke å utvikle nye og mer fruktbare begreper. Å gjennomføre denne begrepsanalysen er det ikke rom for her, men vi skal kort antyde noen begrensninger og muligheter. De knytter seg til særlig to begreper: funksjon og kollektiv handling.

Funksjon er en virkning som er blitt til en årsak. Slik brukes begrepet i styringsanalysen, i systemteorien og i reformdokumentene. Begrepsbruken skiller seg imidlertid med hensyn til hvordan virkninger transformeres til årsaker. Foucaults analyse av de ulike diskursene om behandling, straff, makt, vitenskap har klare funksjonalistiske trekk: De dannes *fordi* de løser problemer for samfunnet (Brenner 1994). Sammenhengen forutsettes, og det gjøres ikke nærmere greier for prosessene og mekanismene som forvandler virkninger til årsaker.

I systemteorien har funksjonsbegrepet en helt sentral plass. Samfunnsdelene kalles funksjonssystemer, og det moderne samfunnet er karakterisert av funksjonell differensiering. Luhmann (1972) er oppmerksom på kritikken av funksjonalismen og forsøker ikke å forklare delsystemene med deres funksjon for samfunnet. Hvert enkelt system ivaretar selv sin funksjon. Men dermed blir teorien selvmotsigende. Funksjon betegner alltid forholdet til en helhet, og systemteorien både benekter og forutsetter samfunnet som en helhet som delsystemene har eller ikke har funksjoner overfor.

Reformdokumentene anvender funksjonsbegrepet i en tredje betydning. Å iaktta delers funksjon for helheten er både problembeskrivelse og verditilskrivelse: Å si at aktører eller sosiale systemer har funksjoner eller løser problemer for helheten, er det samme som å si at de er viktige for oss (Searle 2010). I lys av funksjonen skiller reformdokumentene mellom mer eller mindre funksjonsdyktige aktører og systemer. Til forskjell fra de to omtalte sosiologiske perspektivene har samhandlingsreformen også en «teori» om hvordan funksjonsiaktakelsen skal koble delene sammen til en fungerende helhet: Aktørene må iaktta konsekvensene av handlingene med hensyn til deres funksjon og velger handling etter en vurdering av om handlingen hemmer eller fremmer løsningen av det aktuelle problemet.

Funksjoner betegner felles utfordringer og aktualiserer dermed samhandling som kollektiv handling. Et godt pasientforløp krever at alle aktørene bidrar til helheten, og aktualiserer dermed en konflikt mellom individuelle og kollektivt rasjonelle handlingsstrategier. Den som begir seg inn på samhandling, tar også en risiko fordi man gjør seg avhengig av bidrag fra andre som kanskje ikke stiller opp i tilstrekkelig grad. Det er også sider ved aktørenes situasjon og det eksisterende systemet som trekker aktørene bort fra samarbeid – som gjør det rasjonelt ikke å velge samarbeid. For eksempel kan retten til fritt sykehusvalg ha kollektivt uheldige konsekvenser. Når befolkningen velger et sykehus i mer sentrale strøk, svekkes det lokale eller regionale sykehuset økonomisk og faglig. Dette kan utvikles til onde sirkler, hvor det regionale tilbudet svekkes og valgmuligheter forsvinner. Individuelle valg og rasjonalitet truer den individuelle friheten. Alene har pasientperspektivet rent normativ status og gjør krav på solidaritet fra de involverte aktørene. Men disse normative forventningene må gjøres om til handlinger via mer håndfaste virkemidler: ulike former for kollektiv makt, lover, forskrifter, organisatoriske og finansielle strukturer.

Dokumentene bruker ikke selv begreper som kollektiv og individuell rasjonalitet. Vi vil likevel hevde at disse begrepene dekker den sentrale distinksjonen i utredningens refleksjon over samhandlingsproblemer. De ulike tiltakene – planer, organisering og kunnskapsutvikling – skal skape en type «kollektiv bevissthet» hos aktørene og gi insentiver (positiv og negativ kollektiv makt) slik at kollektive handlingsstrategier realiseres. Rasjonalet i hvert enkelt element i samhandlingsregimet og koblingen mellom dem skal sørge for at kollektiv rasjonalitet vinner fram på bekostning av særinteresser.

Samhandlingsreformen kan i kraft av rasjonalitet og rasjonale karakteriseres som et liberalt styringsregime av et annet slag enn styring basert på NPM. Når markedet brukes som styringsmiddel, realiseres samfunnsinteresser (kollektive interesser) indirekte via mekanismer som tvinger aktørene til å ha sine egne interesser for øyne og fritar dem fra å ta hensyn til helheten. Samhandlingsreformen legger til grunn et motsatt rasjonale: De involverte aktørene skal legge et helhetsperspektiv til grunn for sitt eget valg av handlinger. Kravet om hensyn til helheten strekker seg utover pasientperspektivet og kobler pasientperspektivet til samfunnet som helhet i betydningen økonomisk fellesskap: Dagens helsevesen er ikke bærekraftig og vil enten føre til at ytelser eller rettigheter reduseres, at skattenivået øker, eller at det foretas en relativ innskrenkning på andre samfunnsområder som kultur, vitenskap og utdanning. Alle skal derfor forsøke å redusere kostnader, og all behandling bør skje på laveste effektive omsorgsnivå.

Kunnskap og kollektiv makt

Utredningen hevder at det er en ubalanse mellom den betydningen samhandling har for å realisere helsepolitiske mål og den vekten akademia og faglige organisasjoner legger på området. Det trengs forskning på de behandlingsområdene som krever samhandling, og på metoder for samhandling. Det er også behov for kunnskap om hva som er virksom samhandling, og hvordan den kan bli mer effektiv og nyttig. Teorier og begreper for godt samarbeid mangler og er en selvstendig årsak som begrenser utredningens arbeid og evne til refleksjon.

Reformen består av en rekke tiltak som skal fremme samhandling i helsesektoren, men rår ikke over teori og begreper som eksplisitt forklarer hvordan tiltakene virker styrende for aktørenes atferd. Forslag til endringer i finansieringssystemet tar sikte på å begrense former for finansiering som fremmer særinteresser, og å belønne samarbeid. Utredningen har imidlertid ingen positiv teori om sammenhengen mellom samarbeid og finansiering for helheten, samfunnet, som kunne forklare hvorfor avtalebasert finansiering er bedre enn stykkprisfinansiering. Hvilken rasjonalitet virker for eksempel på kommunenivå som berettiger den store overføringen av ansvar for og midler til behandling og helse? Ifølge utredningen læres samarbeid ved at spesialisten reflekterer over sin rolle for helheten, og den antar at slik refleksjon fremmes ved å bringe ulike faggrupper sammen, men den virksomme mekanismen forklares ikke.

Et av tiltakene er da også å legge mer vekt på forskning om samhandling innen medisin, samfunnsmedisin og samfunnsvitenskapene (NOU p. 7.8.6 og 10.3.8). Et betimelig spørsmål kan selvsagt være om utredningen har tilstrekkelig oversikt over litteraturen om samarbeid: Det kan være referanser de ikke ser, eller overser.⁹ Det kan også være slik at samfunnsvitenskapene ikke i tilstrekkelig grad tilbyr et fruktbart teorigrunnlag for samhandling og samarbeid. NPM-baserte reformer har et samfunnsvitenskapelig grunnlag i økonomisk teori og valghandlingsteori. Sosiologien har ikke på samme måte vært i stand til å levere teori og begreper om de rasjonelle aspektene ved kollektive handlinger og samarbeid.

En slik mer konstruktiv teori om styring krever også en avgrensning av makt begrepet. Systemteorien knytter makt på samfunnsnivå til det politiske systemet. Styrings-

⁹ Utvalget skriver at evalueringen av fastlegeordningen ikke tar opp samhandlingsproblematikken, men ikke at evalueringen av det norske fastlegeforsøket tok opp dette både i rapporteringen underveis (Johnsen 1994) og i sluttrapporten (Heen, Johnsen og Moe 1996).

analysen legger et videre maktbegrep til grunn med utgangspunkt i Foucaults (1997) relasjonelle definisjon av makt som «føringer av føringer» («conduct of conduct»). Denne maktdefinisjonen faller sammen med definisjonen av det sosiale vi ga ovenfor: Alle handlinger som tar andre handlinger i betraktning, er ifølge Foucault også utøvelse av makt. Dette utvidete maktperspektivet gjør det mulig å identifisere former for makt utover og utenfor staten. Tilnærmingen har åpnet for nye empiriske analyser av makt, men det kan innvendes at begrepet er for vidt og fanger for mye. Foucault (1995) betegner medisinsk behandling som en spesiell form for makt, som biomakt, men analysen mister stringens når alle former for kommunikasjon og handling betraktes som maktutøvelse. Makten er produktiv også i den forstand at politisk makt gjør det mulig å løse kollektive handlingsproblemer ved å sanksjonere negativt handlinger som bare har aktørens egeninteresser som formål, mens kollektive handlingsstrategier understøttes positivt (Hagen 2010).

Konklusjon

Samhandlingsreformen er en måte å tenke om styring på som danner et regime, og som skiller seg fra andre regimer for styring av samfunn. De grunnleggende problemene følger av differensieringen i funksjonssystemer, på samfunnsnivå og internt i helsesektoren. Samordning av funksjoner skal skje gjennom samhandling. Hvert spesialsystem og de respektive sosiale aktørene må være villige til å se sin egen funksjon – og altså sitt eget bidrag – opp mot helsevesenets behov som helhet og opp mot den samfunnsmessige ressurstildelingen. Normative forventninger om at aktørene skal legge pasientperspektivet til grunn for sine handlinger, følges opp med ulike strukturelle tiltak som skal løse kollektive samhandlingsproblemer og gjøre sektoren mer ytelsesdyktig slik at borgerne får adekvat tilgang til helsetjenester samtidig som samfunnets ressurser utnyttes effektivt. Det dreier seg om et liberalt regime basert på en type kollektiv rasjonalitet som skiller det fra tradisjonelle nyliberale regimer basert på et individualistisk rasjonale. Dette regimet for styring av helsevesenet synes å mangle samfunnsvitenskapelig grunnlag.

Om kapitlet

Begge forfatterne av kapitlet har bidratt på like fot. Vi takker bokas redaktører og Tor Erik Evjemo for gode kommentarer underveis i arbeidet.

Referanser

- Ardon, P. og Holand, R.B. (2011). *Samhandlingsreformen. En teoretisk studie knyttet til kritiske organisatoriske og styringsmessige faktorer når Samhandlingsreformens målsettinger skal realiseres*. Avhandling i MPA-studiet. Høgskolen i Sør-Trøndelag, Høgskolen i Nord-Trøndelag og Copenhagen Business School.
- Brenner, N. (1994). Foucault's new functionalism, *Theory and Society* 23 (5): 679–709.
- Dean, M. (2007). *Governing societies. Political perspectives on domestic and international rule*. Maidenhead: Open University Press.
- Dean, M. (2010). *Governmentality. Power and rule in modern society*. London: Sage.
- Foucault, M. og Faubion, J. (1997). *Power* (bind 3). London: Allen Lane the Penguin Press.
- Foucault, M. og Schaanning, E. (1995). *Seksualitetens historie 1. Viljen til viten*. Halden: EXIL.
- Foucault, M., Ewald, F., Senellart, M. og Fontana, A. (2007). *Security, territory, population. Lectures at the Collège de France, 1977–78*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Hagen, R. (2006). *Nyliberalismen og samfunnsvitenskapene. Refleksjonsteorier for det moderne samfunnet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hagen, R. (2010). Collective power. Reception and prospect of a scientific concept, i Østreng, W. (red.) *Transference. Interdisciplinary communications 2008/2009*. Oslo: CAS.
- Hagen, R. og Gudmundsen, A.C. (2011). Selvreferanse og refleksjon. Forholdet mellom teori og empiri i forskningsprosessen, *Tidsskrift for samfunnsforskning* 52 (4): 459–489.
- Heen, H., Johnsen, E. og Mo, T.O., med bidrag av Lurås, H. (1996). *Forsøk med fastlegeordning. Evaluering av et forsøk i fire kommuner*. Rapport 1996: 2. Oslo: AFI.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2005). *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. NOU 2005: 3. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Johnsen, E. (1994). *Riset over pulten. Fastlegeforsøk og tjenestekvalitet. Rapport fra fastlegeforsøkets første fase i Tromsø*. Rapport 1994: 08. Tromsø: NORUT.
- Luhmann, N. (1972). *Funktion und Kausalität*. Köln/Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Luhmann, N. (1990). Der medizinische code, i *Soziologische Aufklärung* (bind 5). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Luhmann, N. (1990b). *Die wissenschaft der gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Luhmann, N. (1997a). *Die gesellschaft der gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Luhmann, N. (1997b). Limits of steering, *Theory, Culture & Society* 14 (1): 41–57.
- Luhmann, N. (2000a). *Art as a social system*. Stanford, California: Stanford University Press.
- Luhmann, N. (2000b). *Sociale systemer. Grundrids til en almen teori*. København: Hans Reitzel.
- Mayntz, R. og Scharpf, F.W. (2005). Politische Steuerung – Heute?, *Zeitschrift für Soziologie* 34 (3): 236–243.
- Miller, P. og Rose, N. (2008). *Governing the present. Administering economic, social and personal life*. Cambridge: Polity.

- NMHCS (2009). *Summary in English. Report No. 47 (2008–2009) to the storting. The coordination reform. Proper treatment – at the right place – to the right time*. Oslo: Norwegian ministry of health and care services.
- Prior, L. (2008). Repositioning documents in social research, *Sociology* 42 (5): 821–836.
- Searle, J.R. (2010). *Making the social world. The structure of human civilization*. Oxford: Oxford University Press.
- Shils, E.A. og Parsons, T. (1951). *Toward a general theory of action*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Weber, M., Roth, G. og Wittich, C. (1968). *Economy and society. An outline of interpretive sociology*. New York: Bedminster Press.