

Samhandling i det moderne «helsesystemet»

14.1 Helsesystemet – samhandling og samarbeid

De to foregående kapitlene omhandler noen av de strategiene som ble valgt for å strukturere og lede det nye sykehusforetaket etter 2015. Selv om svært mange av de ansatte deltok i organisasjonsutviklingen av det nye sykehuset, var endringene i lederstruktur (kapittel 12) og valg av overordnet konseptualisering for det nye sykehuset (kapittel 13) gjort gjennom beslutninger som var sterkt influert av den overordnede ledelsens ideer om hvordan et moderne sykehus måtte være. Mens en i mange år hadde tuftet tilnærmingen til helsetjenestene på det såkalte «LEON»-prinsippet om å fordele tjenestene for «lavest effektive omsorgsnivå» (St.meld. nr. 9 (1975–76)), var det påfallende at dette prinsippet ikke ble nevnt i forarbeidene til helseforetaksloven (sykehusreformen) (Ot.prp. 66 (2000–2001)) (Norges forskningsråd, 2016). Både sykehusreformen og den påfølgende prosessen i Østfold reflekterte tendensene til å hierarkisere beslutningssystem – i sterk kontrast til de helsepolitiske spill som er beskrevet i del 2.

Men utviklingen i helsesektoren er ikke entydig sentraliserende. For det første har somatiske og psykiske helsetjenester tatt ulike veier: Somatikken er blitt preget av kostnadseffektivisering gjennom stordriftsfordeler, inkludert sammenslåing av helseforetak og nedlegging av lokalsykehus. Psykiske helsetjenester – i spesialisttjenestene som i de kommunale tjenester etter hvert koplet til rustjenestene – er på sin side preget av desentralisering. De store sykehusavdelingene er blitt redusert, og utviklingen av distriktpsykiatriske sentra er nå markante strategier for denne delen av helsetjenestene. Samtidig er bedre samhandling og samarbeid mellom

spesialisttjenester og kommunale helsetjenester, og mellom helsetjenester og andre samfunnssektorer, et helt sentralt krav i helsepolitikken både i Norge og internasjonalt.

Denne åpnere tilnærmingen er i stor grad basert på ideen om de ulike helsetjenestene som del av et «helsesystem». Verdens helseorganisasjon definerer dette slik at det inkluderer «*all the activities whose primary purpose is to promote, restore or maintain health*». Dette er senere blitt presisert til at «system» her refererer til «*an arrangement of parts and their interconnections that come together for a purpose*» (WHO, 2000; Helsedirektoratet, 2015). Samhandling og samarbeid er med andre ord et mantra i ideen om «helsesystemet». Dette krever nye løsninger, også når det gjelder organisasjon og ledelse. En innfallsvinkel til å studere utformingen av dette systemet er ved å fokusere på det som «tjenesteinnovasjon» (Gallouj & Weinstein, 1995).

Parallelt med de siste års fokus på det nye sykehuset i Østfold fikk også samhandlingen med lokale helsetjenester et større fokus. Den desentraliserte strukturen med fem sykehus i fylket innebar at det oftest var et intimt samarbeid med fastleger, de kommunale helse- og omsorgstjenester – og også mellom lokalsykehuset og kommunalpolitiske aktører. Da helseforetaket ble etablert, var, som nevnt ovenfor, fokus primært knyttet til den interne organiseringen av det nye sykehuset, men det var likevel mange samarbeidsrelasjoner som ble opprettholdt. Noen av disse pekte frem mot de nye krav til samarbeid og samhandling som samhandlingsreformen stilte da den ble iverksatt fra 2012. Viktigste var det arbeidet som ble lagt i å formalisere samarbeidet mellom sykehus/spesialisttjenester, kommunale helsetjenester, pasientorganisasjoner og andre interessenter gjennom etableringen av det som ble kalt «Administrativt Samarbeidsutvalg».

14.2 Administrativt Samarbeidsutvalg i Østfold – og tilknytningen til samhandlingsreformen

En grunnleggende tanke i samhandlingsreformen var at det dreide seg om å utvikle bedre samordning og samarbeid mellom spesialisttjenestene – med helseforetakene og sykehusene som viktigste part – og de

kommunale helse- og velferdstjenester. Som vist i de to tidligere kapitlene var sykehusenes organisasjons-, styrings- og ledelsesformer etter sykehusreformen preget av at en primært var opptatt av interne prosesser. Og på samme måte som sykehuset var også kommunene preget av omfattende endringsprosesser – som innebar at relasjonene til spesialisttjenestene i flere år ble en salderingspost i lokale beslutningsprosesser. I Østfold skyldtes dette for det første at det ble gjennomført omfattende kommunesammenslåinger i 1994, der antallet kommuner ble redusert fra 25 til 18 – og for det andre at en i denne tiden også arbeidet med å omorganisere overordnede organisasjonsmodeller i svært mange kommuner. En oversikt fra 2006 viste at 13 av de 18 kommunene da var i en prosess der organisasjonsmodellen ble endret som et resultat av «fristillingen» med hensyn til organisering som revisjonen av kommuneloven i 1991 innebar (Kjellberg, 1991; Ramsdal, Jacobsen, Michelsen & Aarseth, 2000). Et trekk ved utviklingen av kommunal organisering var – til en viss grad parallelt med nye organisasjons- og styringsmodeller i helseforetakene – å etablere New Public Management-inspirerte modeller som to-nivå-modell, bestiller-utfører-modell eller varianter av det en kan betegne som konsernmodeller, diskutert i kapittel 8 og 9. Mange av disse modellene viste seg å ha som konsekvens en «enhets-egoisme», ettersom semi-autonome resultatenheter innebærer at en innenfor trange budsjettammer vil tendere mot å konsentrere seg om sine kjerneoppgaver (Naschold, 1996; Christensen & Læg Reid, 2006). En implikasjon av disse endringsprosessene var at kommunene ble «distrahert» i forhold til å utvikle samarbeidsrelasjonene med helseforetaket, på samme måte som helseforetaket hadde nok å gjøre med å konsolidere det styringsregimet som sykehusreformen innebar.

Til tross for disse rammebetingelsene ble det i Østfold allerede i 2004 tatt et initiativ til å etablere et Administrativt Samhandlingsforum (ASU) mellom kommunene og helseforetaket (Sykehuset Østfold HF). Initiativet kom fra enkeltpersoner i kommunehelsetjenestene og ved sykehuset som opplevde samarbeids- og samordningsproblemene på kroppen (Ramsdal & Hansen, 2009). Etter et års tid, i 2005, ble det så inngått en formell samarbeidsavtale mellom 17 av de 18 Østfold-kommunene og Sykehuset Østfold HF. (Den siste kommunen, Rømskog, tilhørte opptaksdistriktet til Follo.) Denne avtalen hadde en varighet på 4 år, og måtte fornyes

gjennom nye vedtak i kommunene og helseforetaket i løpet av 2009 – dette var grunnlaget for den evalueringen Ramsdal og Hansen foretok. Det samarbeidet som ble formalisert og utdypet gjennom Samarbeidsavtalen, var på dette tidspunkt på mange måter et pionerarbeid. Sammen med tilsvarende initiativ i Helse Vest (Helse Fonna HF) og Helse Midt-Norge (HF/Trondheim kommune) ble det formalisert samarbeidsrelasjoner som senere ble fulgt opp andre steder i landet, og som også ble lagt til grunn for at det i Samhandlingsreformen ble stilt krav om juridisk bindede avtaler mellom helseforetakene og kommunene. Selv om de samarbeidsavtalene som etter hvert ble vedtatt i landet, hadde samme mål og ble utarbeidet innenfor rammen av den nasjonale samarbeidsavtalen, var de ulike mht. struktur, sammensetning og forventede arbeidsformer. Et gjennomgående trekk ved analysene av avtalene var utfordringen med at helseforetakene ble oppfattet av kommunene som en sterk part som møtte mange, til dels små, kommuner som ikke hadde tilsvarende forhandlingskapasitet. For sykehusene var derimot utfordringen at kommunene var ulike både i størrelse og organisering av tjenestene (Kirchhoff, Grimsmo & Brekk, 2015; Norges forskningsråd, 2016; Hansen, Helgesen & Holmen, 2014).

Da Administrativt Samarbeidsutvalg (ASU) i Østfold startet sitt arbeid i 2004–2005, var utfordringene knyttet til bedre samordning og samarbeid velkjente for helsepolitikere og ansatte i sektoren. De nasjonale satsingene på kvalitetsutvikling, sammen med evalueringene av kommunale organisasjonsmodeller og helseforetak, ga grunnlag for en sterkere satsing også på tverrfaglig samarbeid horisontalt (innad i helseforetakene og kommunene), og bedre samhandling mellom kommunale tjenester og spesialisttjenester (Tjora & Melby, 2013).

Samarbeidsutvalget fikk en rekke oppgaver, som blant annet dreide seg om å utarbeide og følge opp samarbeidsavtalen mellom Sykehuset Østfold HF og kommunene, avklare samarbeidsrelasjoner knyttet til overordnede, prinsipielle samarbeidsspørsmål og godkjenne felles rutiner og prosedyrer vedrørende samhandling omkring felles pasienter (Ramsdal & Hansen, 2009). Utvalget skulle også legge til rette for felles opplæring av helsepersonell som kunne utfylle hverandre i tjenestene – herunder å stimulere til etablering av felles møteplasser på tvers av forvaltningsnivåene.

Samarbeidsavtalen skisserte tre virkemidler for arbeidet: For det første struktur og sammensetning for Administrativt Samarbeidsutvalg (heretter kalt ASU). Videre etablering av kliniske samarbeidsutvalg, og for det tredje opprettelse av et «Samhandlingsforum» som en bredere arena for dialog og diskusjon om samhandlingsutfordringer i fylket.

Enkelte problemstillinger peker seg ut i forhold til disse virkemidlene. Blant disse var avtalens status, i og med at den regulerte samhandling gjennom et *partnerskap*, viktig. Dette innebar at ASU med sekretariat ble organisert som en egen selvstendig enhet, gjennom bidrag fra partene (kommuner og helseforetak). Partnerskapsorganisering var på dette tidspunkt et relativt nytt begrep for å organisere samarbeidsrelasjoner i helsesektoren, men er etter hvert blitt en stadig mer vanlig måte å organisere slike relasjoner på mellom flere offentlige og private parter, og i forbindelse med samhandlingsreformen hevder Hansen, Helgesen og Holmen (2014, s. 108) at partnerskapstenkingen representerer en «*dypere endring i styringslogikken mellom stat og kommune*». Da de første årene med ASU-samarbeidet ble evaluert i 2009, konkluderte en med at Samarbeidsavtalen som arbeidet bygget på, var et godt fundament for videreutvikling av samarbeidsrelasjonene mellom helseforetaket og kommunene i Østfold (Ramsdal & Hansen, 2009). Rapporten pekte samtidig på fire utfordringer for det videre samarbeidet: avklaring av hva som mer konkret lå i begrepet partnerskapsorganisering, forankring for samarbeidet blant de ansatte både i kommunene og sykehuset, mer effektiv iverksetting av tiltak som ble besluttet i utvalget, og at kommunene skulle oppleve større grad av likeverdighet i relasjonene mellom kommunene og sykehuset (Ramsdal & Hansen, 2009).

Som nevnt var samarbeidsavtalen og de virkemidlene som ble lansert, en av modellene for den nasjonale strategien som ble vedtatt som en del av samhandlingsreformen. Flere av de utfordringene som evalueringen pekte på, ble senere bekreftet og utdypet i evalueringen av Samarbeidsavtalene i forbindelse med analysene av iverksettingen av reformen, etter at samarbeidsavtaler var blitt lovpålagt. Hansen et al. peker på at samhandlingsreformen inngår som en del av utviklingen mot en endret styringslogikk i forholdet mellom stat og kommune, mot et «*mer egalitært, forhandlende og partnerskapsbasert forhold*» (Hansen et al., 2014, s. 108).

Innenfor rammen av denne nye styringslogikken kreves en annen politisk og administrativ kompetanse om hvordan samarbeidsrelasjoner kan utvikles.

I evalueringen av samhandlingsreformen fant Kirchhoff, Grimsmo og Brekk (2015) at mens det generelle samarbeidet mellom sykehus og kommunene ble opplevd som godt, hadde ikke avtalene i seg selv vesentlig innflytelse på samarbeidsrelasjonene. Kommunene opplevde ikke endret styrkeforhold og økt likeverd i forhandlinger og samarbeid. Den viktigste grunnen til dette synes å være at kommunene er mange, til dels små og med særegne behov der sykehuset fremstår som på et høyere kompetansenivå, og med en mer enhetlig strategi i forhold til avtalene (Kirchhoff et al., 2015).

Sett i lys av erfaringene fra Østfold kan en konstatere at det er gjennom langsiktig tillitskapende samarbeid en kan bedre relasjonene mellom helseforetak og kommuner. Dette er også en av konklusjonene i Forskningsrådets evaluering av samhandlingsreformen (Norges forskningsråd, 2016, s. 52). I Østfold, etter at ASU var etablert som et viktig instrument i utviklingen av samarbeidsrelasjonene mellom sykehuset og kommunale helsetjenester, kom samhandlingsreformen etter hvert til å stille ytterligere krav til bedre samhandling mellom tjenestene. Innenfor den fragmenterte struktur som reformen har, er det først og fremst tre delstrategier jeg skal konsentrere meg om her: om «helhetlige pasientforløp», om innovasjonsprosesser knyttet til introduksjon av velferdsteknologi (i kommunene), og om arbeidet med forebyggende og sykdomsforebyggende arbeid. Et påfallende trekk er at disse strategiene i stor grad har skjedd adskilt, og som nevnt ovenfor har samhandlingsreformen kun fungert som en løs overbygning over disse strategiene.

14.3 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen er hevdet å være den mest omfattende politiske strategi for å utvikle helsetjenestene i Norge de siste tiårene (Veggeland, 2013). Reformen har som overordnet mål å fremme utviklingen av en mer samordnet og helhetlig tjenesteyting, samtidig som en skal redusere veksten i helseutgiftene gjennom styrking av det helsefremmende og

forebyggende arbeidet (Helsedepartementet, 2009). Reformen betegnes som en «retningsreform», det vil si at den angir langsiktige mål og strategier innenfor en tidshorisont på flere tiår, samtidig som den er splittet opp gjennom flere delmål som hver for seg har blitt gjenstand for egne strategier og endringsprosesser.

Gjennomføringen av reformen forutsetter en bred mobilisering av en rekke aktører som arbeider innenfor ulike institusjonelle rammer. På flere områder forutsettes det derfor at en finner gode løsninger gjennom bruk av nye kunnskaper og introduksjon av nye teknologiske og organisatoriske nyvinninger. Hovedresonnementet som ligger bak reformen, er viktig: at en gjennom økt forebyggende og helsefremmende innsats skal redusere behovet for (kurative) helsetjenester og redusere antallet liggedøgn på sykehus gjennom å styrke lokalbaserte tjenester. Ved siden av å forbedre folkehelsen vil dette også være en måte å redusere utgiftene til helsetjenester på, hevdes det.

Samhandlingsreformen ble først lansert som en stortingsmelding av helseminister Bjarne Håkon Hansen i Nasjonal helse- og omsorgsplan (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Den presenterte en tentativ, men mangfoldig strategi for bedre koordinerte helsetjenester. Den kan forstås som et normativt rammeverk for etableringen av en dialogprosess hvor målet var å forbedre helsetjenestenes evne til å etablere en sømløs ansvarsfordeling, å definere felles, overordnede mål, og å maksimere evnen til å yte rasjonelt koordinerte tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 13).

Stortingsmeldingen vektlegger tre utfordringer som helsetjenestene står overfor: fragmenterte tjenester for pasientene, manglende fokus på forebyggende medisin, og demografiske og epidemiologiske endringer som vil utgjøre en trussel mot samfunnets finansielle grunnlag (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Et av målene med reformen er bedre utnyttelse av spesialisthelsetjenestene ved å strømlinjeforme samhandlingen med kommunale tjenester og ved å øke spesialisthelsetjenestenes fokus på å implementere forløpsorienterte organisasjonsformer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 13–16).

Utgangspunktet var å styrke helhetlige pasientforløp særlig for eldre brukergrupper, og at flere pasienter skal tas hånd om i primærhelsetjenestene

og eventuelt i hjemmet. Fokus i studiene av reformen har særlig vært styrking av forebyggende og helsefremmende tiltak i kommunene, og etablering av øyeblikkelig hjelp-funksjoner og lokalmedisinske tjenester i kommunene. For å sikre at flere pasienter blir behandlet utenfor sykehus, ble det også innført et kommunalt medfinansieringsansvar for sykehusopphold fra 2012. I dette lå også at kommunene ble påført et «straffegebyr» dersom ferdigbehandlede pasienter ikke ble tilbakeført til kommunen. Alt i alt var dette uttrykk for en utvikling der sykehus- og lokalbaserte tjenester skulle samordnes, og at presset på sykehusene skulle reduseres (Torjesen & Vabo, 2014).

Samhandlingsreformen representerte på mange måter et brudd – eller kanskje rettere sagt et foreløpig slutt punkt – i en prosess der statlige styringsinstrumenter endrer sammensetning og karakter (Ramsdal, 2012). I egenskap av å være en «retningsreform» identifiseres noen overordnede mål, og knytter legale, økonomiske og faglige retningslinjer til disse målene, men uten å være helt presis verken i målformuleringer eller i hvordan komposisjonen av statlige virkemidler ville bli utformet i løpet av reformarbeidet. Det som kan betegnes som reformdesignet – det vil si sammensetningen av mål og styringsinstrument i reformen – representerte en politisk innovasjon som reflekterer tilsvarende utforminger av velferdsstatlige reformer i mange vestlige land (Salamon, 2002; Peters, 2002). Det vektlegges at lokale aktører gis frihet i konkret utforming av tiltak og tjenester, at styringsinstrumenter anvendes fleksibelt og dynamisk, blant annet at det åpnes for justeringer og endringer av disse underveis i reformperioden. Styringsinstrumenter er både svært presist utformet i forhold til noen aspekter ved reformarbeidet, men samtidig reduseres eller avvikles andre krav til lokale aktører.

Anvendelse av raffinerte økonomiske styringsmidler overfor kommuner og helseforetak for å stimulere til endringer i pasientstrømmer kan være et eksempel på dette. Et av kravene som ble stilt, var å inngå avtaler mellom helseforetakene og kommunene, som nevnt foran basert på de erfaringene en hadde fra tre helseforetak og tilhørende kommuner – hvorav som nevnt foran Østfold var ett. Det samme gjelder kombinasjon av legale reguleringer som styrker pasientrettigheter samtidig som spesifikke profesjonskrav avvikles. Det siste, som betegnes som «avviklingen

av profesjonsprotokollen», skjedde ved at tidligere profesjonskrav som har betydning for kompetansesammensetningen i de kommunale tjenestene, generelt ikke lenger blir stilt – for øvrig i tråd med de forvaltningspolitiske prinsipper som ble lagt til grunn for kommunelovsrevisjonen fra 1991 (Kjellberg, 1991; Ramsdal et al., 2000).

Et overordnet prinsipp om relativ autonomi i organisering av tjenestetilbudet til helseforetak og kommuner er forankret i den generelle forvaltningspolitikken. Denne setter en ramme for statlige myndigheters muligheter til å anvende ulike styringsinstrument overfor tjenestene, samtidig som det åpner for lokale prosesser der en må utvikle nye tiltak og tjenester i samspill med andre aktører. Derved åpnes det for lokale og regionale innovasjonsprosesser innenfor de ulike delstrategier som til sammen utgjør reformdesignet.

Samhandlingsreformen innebar derved et nytt reformregime, med mange og komplekse mål, et mangfold av målgrupper, men også en mer helhetlig tilnærming til utformingen av lokale tjenester. Reformen var utformet med en blanding av hierarkiske og dialogiske styringsinstrumenter, mye i tråd med det som internasjonalt betegnes som et nytt reguleringsregime i velferdsstaten, preget av at en anvender kunnskapsbaserte styringsinstrumenter, som i sin tur er begrunnet med høy kompetanse hos iverksetterne (Hood & Margetts, 2007; van Zanten & Ramsdal, 2011; Pons & van Zanten, 2007). Derved kan et fokus på styringsinstrumenter innebære at en vektlegger innovasjonsperspektivet på reformer, der høy styringskompetanse hos statlige reformentreprenører pares med høy lokal iverksettingskompetanse. Oppgaven blir da å utvikle nye innovative lokale løsninger innenfor fleksible og dynamiske rammebetingelser gitt gjennom reformdesignet (Eliadis, Hill & Howlett, 2005; Lascoumes & Le Gales, 2007).

Lokalt har reformen utløst en rekke aktiviteter, preget dels av at «veien blir til mens vi går», dels av at en der måtte antesipere statlige insentiver og politiske signaler – som en forholder seg mer eller mindre lojalt til. Resultatet ble et mangfold av lokale og regionale endringsprosesser, som forutsatte en grunnleggende tillit mellom statlige myndigheter og lokale aktører. Oppsplittingen av samhandlingsreformen i ulike delstrategier reflekterte denne situasjonen, og mangfoldet og kompleksiteten i

de lokale iverksettingsstrategiene var et resultat av dette. Endringsprosessene knyttet til reformen var forventet å skje i komplekse samspill mellom ulike aktører, det skulle etableres nettverksorganisasjoner for iverksetting av ulike delstrategier, og maktrelasjonene innenfor helsesektoren – for eksempel mellom ulike profesjonsgrupper og mellom spesialisttjenester og lokalbaserte tjenester – ville potensielt kunne endres når nye løsninger for tjenesteyting skulle etableres.

14.4 Samhandlingsreformens strategier for utvikling av helsesystemet

Evalueringene som ble foretatt på oppdrag fra Forskningsrådet, fulgte lojalt sporene som det fragmenterte reform-designet inviterte til. De seks evalueringsprosjektene dreide seg om erfaringene med samarbeidsavtaler og pasientforløp (Grimsmo et al., 2013, 2015), om statlige virkemidler og kommunale innovasjoner (NOU 2011:11), samhandling og bruk av IKT (Toussant, 2016), helseeffekter og samfunnsøkonomiske problemstillinger (Hagen, McArthur & Tjerbo, 2013), reformens konsekvenser for eldre (Holmås, Monstad & Steskal, 2015), og reformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør (Schou, Helgesen & Hofstad, 2014). Forskningsrådets oppsummering av disse evalueringene konkluderte at *«kommuner og helseforetak i hovedsak lojalt har fulgt opp intensjonene i samhandlingsreformen»* (Norges forskningsråd, 2016, s. 51). I forhold til vår analyse av utviklingen av organisasjons-, styrings- og ledelsesformer i helsesektoren er det de underliggende tendenser i reformens ideologi og strategier som er mest interessant.

De tre delstrategiene som er nevnt foran, kan brukes for å belyse disse – og peke på utfordringene i tilknytning til å nå målet om mer helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester: å etablere effektive og faglig gode pasientforløp/logistikk, innføring av omsorgsteknologi/velferdsteknologi og helsefremmende og sykdomsforebyggende helsearbeid (folkehelsearbeid). Det viktige her er at det gjennom mange år både før og under arbeidet med samhandlingsreformen ble arbeidet for å fremme disse tre strategiene. For hvert av de tre valgte delstrategiene vil jeg derfor strukturere drøftingen slik: om koplingen til samhandlingsreformens

overordnede mål, den «historiske» utvikling av strategien, kunnskapen om innovasjonsprosesser knyttet til denne utviklingen, og utfordringer i det videre arbeidet med å utvikle nye, «innovative» løsninger. Etter min oppfatning er det tre av disse strategiene som vil ha særlig stor innvirkning på den fremtidige organisering av helsetjenestene innenfor «helssystemet»: utvikling av «prosessbaserte virksomhetsmodeller» – der helhetlige pasientforløp er i fokus – utvikling av teknologiske innovasjoner i kommunene eller i samspill mellom tjenester i helseforetak og kommuner – velferdsstetnologi, og den sterkere fokusering på folkehelsearbeid – helsefremmende og sykdomsforebyggende strategier. Det er særlig tilknytningen til allerede institusjonaliserte ordninger innenfor disse tre strategiene jeg skal konsentrere meg om. Hvilken «historie» har disse, og hvilke utfordringer står en overfor i den fremtidige utviklingen av disse strategiene?

14.5 Pasientforløp: «eksogen standardisering og endogen innovasjon»

To formuleringer i St.meld. nr. 47 kan danne grunnlag for drøftingen av denne delstrategien: På den ene siden heter det: «*Gode, helhetlige pasientforløp bør i større grad ... bli en felles referanseramme for alle aktører i helse- og omsorgstjenesten*» (Helsedepartementet, 2009, s. 14). Men i neste omgang sies det også at: «*Hva som er gode pasientforløp vil avhenge av status og utvikling av teknologi og metoder innenfor medisin og helsefag*» (Helsedepartementet, 2009, s. 15). Derved illustreres utfordringene utviklingen av pasientforløp og behandlingslinjer som delstrategi som reformen står overfor.

På den ene siden er pasientforløp et sentralt begrep i reformen. Det umiddelbare formålet med å konseptualisere behandling i tråd med forløpsmodeller er å presisere pasientrollen og å integrere pasienten i beslutningsprosesser, både på et individuelt plan og på aggregert nivå, og i utviklingen og finjusteringen av behandlingsforløp (Helsedepartementet, 2009, s. 47). På individnivå er inkluderingen av pasienten i behandlingsforløpet ment å legge til rette for bedre koordinering mellom tjenesteytere slik at et helhetlig behandlingsprogram kan utvikles

når det er nødvendig. Det finnes allerede et slikt instrument, Individuell Plan, og pasientforløp er derfor å betrakte som et redskap på systemnivå, heter det i stortingsmeldingen. På systemnivå fungerer pasientforløp som en fellesnevner som definerer standarden for utformingen av samhandling mellom aktører og for hvordan finansielle insentiver skal utformes. I tillegg vektlegger meldingen betydningen av å dyrke frem en organisasjonskultur som bygger på en felles forståelse av hver profesjons- og organisasjonsmessig komponent som del av behandlingsforløpet. Utviklingen og evalueringen av spesifikke behandlingsforløp bør være inkluderende prosesser hvor et bredt tilfang av stakeholders inviteres til å delta, heter det (Helsedepartementet, 2009, s. 48).

Som det pekes på i meldingen, er formalisering av standardiserte pasientforløp et av de viktigste kjennetegn ved en moderne helsetjeneste, og det pekes ganske riktig på at:

«... spesialisthelsetjenesten har i de siste årene arbeidet med å utvikle gode pasientforløp/behandlingskjeder, men dette har ofte vært begrenset til det som skjer innad i det enkelte sykehus. Et viktig utviklingstiltak må være at spesialisthelsetjenesten utvider perspektivet og i større grad medvirker i utvikling av forløp som går på tvers av tjenesteområder og forvaltningsnivå. I dette arbeidet må det skapes en arena der kommunalt nivå og foretakene er likeverdige partnere, herunder forutsettes at kommunene må ha nok faglig tyngde til å kommunisere og sette krav til sykehusene. Når forløpene legges til grunn vil spesialisthelsetjenesten måtte reorganisere sine strategier og planer og tydeligere legge pasientperspektivet til grunn. Pasient- og brukerorganisasjoner må trekkes inn i prosessene for å videreutvikle både metodikk og innhold.» (Helsedepartementet, 2009, s. 112–113)

Bakgrunnen for utvikling av standardiserte pasientforløp er å finne i utviklingen av evidensbasert medisin (Muir Gray, 2001). Allerede i 1972, i forbindelse med stortingsmeldingen St.meld. 9 (1973–74) om sykehusutbygging i et regionalisert helsevesen, ble det, slik Berg (2009) formulerer det, forutsatt at medisinsk behandling og omsorg «i stigende grad ville bli «brutt ned» til standardiserte, stadig mer presist beskrevne, tjenester eller prosedyrer». Berg peker på at dette antesiperte den «evidensbaserte» eller kunnskapsbaserte medisin; «ja, den industrialiserte klinikk, eller i hvert fall spesialistklinikk» (Berg, 2009, s. 435). Standardisering ble begrunnet

med at det ville legge grunnlag for overvåking og ledelse av tjenesteytelser, og for å kunne nivå plassere de ulike helsetjenestene. Det ble også påpekt at det var hensiktsmessig å etablere ulike flerfaglige råd. Disse rådene ble etter hvert ikke bare etablert på nasjonalt nivå, men i de ulike helsedistriktene (Berg, 2009, s. 436). I Østfolds tilfelle hadde dette likhetspunkter med de kliniske utvalg som ble opprettet under Administrativt Samarbeidsutvalg.

Innenfor (somatisk) medisin har en opplevd en eksplosjon av standardiserte forløp som anbefalinger (og internasjonalt i økende grad også som faglig-medisinske pålegg) i form av guidelines, protocols, clinical pathways etc. – det som kan forstås som en global, *eksogen standardiseringsprosess* (Timmermans & Berg, 2003). I et organisasjonsteoretisk perspektiv er det interessant å konstatere at dette innebar formaliserte atferdsnormer i tråd med byråkratiske styringsprinsipper, på den annen side kombineres dette med et økende krav til evidensbasert medisinsk kunnskap. Dette har internasjonalt fått betegnelsen «scientific-bureaucratic medicine» (Chan, Morton & Schelke, 2004; Harrison, Moran & Wood; 2002, Ramsdal & Ramsdal, 2007). Denne særegne kombinasjonen av byråkrati og (medisinsk-faglig) vitenskap fremmer først og fremst et positivistisk-naturvitenskapelig kunnskapsgrunnlag (gjennom vektlegging av såkalte RCT-studier som det mest legitime kunnskapsgrunnlag for evidensbaserte behandlingsopplegg) (Grimen & Terum, 2009). Videre er de standardiserte forløpene som utarbeides, et uttrykk for ønske om å forhindre at profesjonell autonomi (særlig for leger) medfører så store variasjoner i behandlingen at det påvirker kvaliteten på helsetjenestene – ved at behandlingen av likeartede sykdommer blir for stor (Timmermans & Berg, 2003; Panella, Marchisio & Di Stanislao, 2003).

Erfaringene viser at behandlingslinjer – fra dette utgangspunktet i et relativt avgrenset nedslagsfelt knyttet (særlig) til somatiske lidelser og behandlingsopplegg innenfor sykehus – har ekspandert både mht. medisinsk anvendelsesområde og ved at en har gått ut over sykehusenes vegger og inn mot samhandling og samarbeid i pasientbehandling på mer generelt grunnlag – ikke minst i forhold til samspillet mellom sykehus og lokale helsetjenester. Dette innebærer at betegnelsen behandlingslinjer/pasientforløp dels kan forstås som medisinsk-faglig atferdsregulering

i et relativt avgrenset rom, dels som bredt anlagte, men standardiserte prosedyrer for kompleks samhandling mellom ulike tjenester – det som vi tidligere betegnet som «collaborative management». Ekspansjonen av «pakkeforløp» som helsepolitisk strategi i Norge er en måte å legge til rette for bredt definerte forløp innenfor en rekke ulike diagnoser, også i psykiatri- og rustjenestene (<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus>).

Utfordringene knyttet til pasientforløp

Fra et innovasjonssynspunkt er sitatet ovenfor om at en må etablere «gode pasientforløp avhengig av status og utvikling av teknologi og metoder innenfor medisin og helsefag» et uttrykk for at behandlingslinjer/pasientforløp som reformstrategi må anses som et programmatisk og generelt formulert mål. Det var gjennom arbeidet med å operasjonalisere dette målet i forhold til *ulike forløp i lokale sammenhenger* utfordringene kom til uttrykk. Det skyldes at behandlingsforløp må sammenkople a) et globalt kunnskapsgrunnlag (helst basert på evidensbasert vitenskapelig kunnskap), b) teknologier for å etablere prosedyrer/guidelines (i praksis IT-baserte standardprogrammer) og – helt sentralt for at slike behandlingslinjer skal fungere i praksis – c) en lokal utforming der prosedyrene setter navn på de aktiviteter/aktører/tjenesteenheter osv. som faktisk skal reguleres gjennom de standardiserte prosedyrene. En må med andre ord utarbeide egne prosedyrer for forløp basert på bestemte pasientgrupper eller diagnoser, disse må koples opp mot (IT-baserte) programmeringer, og de må begrunnes i forhold til et kunnskapsgrunnlag som aksepteres som legitimt i en lokal kontekst (Ramsdal & Ramsdal, 2007; Fineide & Ramsdal, 2014).

I vår sammenheng vet vi at Sykehuset Østfold HF var en av pionerene i Norge på satsing av behandlingslinjer (Fineide, 2012; Sundstøl, 2008; Finnanger & Sletvold, 2006; Ramsdal & Ramsdal, 2007), og samhandlingsreformen innebærer primært en støtte til videreutvikling og raffinering av perspektivet – særlig ved at det ekspanderes til samhandlingsprosedyrer mellom sykehus og lokale/kommunale tjenester. Samtidig bekrefter erfaringene fra regionen behovet for en viss nøkternhet

i utformingen av behandlingslinjer. Svært ofte viste det seg at implementeringen møtte på motstand og likegyldighet fra helsepersonellet side. Dette er også internasjonale erfaringer: Det amerikanske føderale senter for kvalitetsutvikling i helsetjenesten betegnet i 2000 det som en «avgrunn» mellom mål og praksis i anvendelsen av standardiserte prosedyrer i pasientbehandlingen (Sacket, Rosenberg, Muir Gray, Haynes & Richardson, 1996). Andre studier har vist at det er store variasjoner mellom ulike deler av helsesektoren og diagnosegrupper når det gjelder implementering av behandlingslinjer (Scheuer, 2003). Hovedproblemet er å etablere et troverdig kunnskapsgrunnlag for å kunne etablere prosedyrer, og ikke minst å sikre implementering av disse. Den mest kjente analysen av behandlingslinjer påpeker at ca. 70% av behandlingslinjer som er etablert i USA, ikke anvendes i praksis (Timmermans & Berg, 2003). På den annen side synes utforming av mer generelle samhandlingsprosedyrer å ha god effekt både ved å bedre samarbeidsklimaet mellom aktørene i sektoren og ved at en etter hvert utvikler gjensidige forventninger til ryddige prosesser i forbindelse med pasientens bevegelser mellom ulike deler av tjenestene (Ramsdal & Hansen, 2009).

Evalueringen av samhandlingsreformens strategi for å implementere helhetlige pasientforløp konkluderer paradoksalt nok med at for noen pasientgrupper har etablering av pasientforløp ført til mer oppstykkede helsetjenester (Norges forskningsråd, 2016, s. 30). En av de viktigste konklusjonene i evalueringen av reformen er at det viste seg et skille mellom sykehusenes fokus på diagnosebaserte forløp, men at disse ikke uten videre fungerte i kommunene, som har en tilnærming der pasienters og brukeres *funksjon* er viktigere for det lokale helsearbeid (Grimsmo, 2013; Grimsmo, Kirchhoff & Aarseth, 2015). I Norges forskningsråds oppsummering av evalueringene av reformen heter det ganske tydelig om dette: «*Diagnosespesifikke pasientforløpsbeskrivelser har vist seg uhensiktsmessige for samhandlingen mellom foretak og kommuner fordi de aller fleste pasienter som skrives ut fra sykehus med behov for kommunale tjenester, har multisykdom. Forløpsbeskrivelsene bør derfor gjøres diagnoseuavhengige*» (Norges forskningsråd, 2016, s. 31).

Det som skaper et *innovasjonsbehov* knyttet til behandlingsforløp, kan derved identifiseres på to dimensjoner: For det første legger målet om at

helsesektoren skal gjennomsyres av forløpstenkning, grunnlag for utarbeidelse av et utall prosedyrer, basert på ulike mål/målgrupper/diagnoser, og med ulike faglige og organisatoriske nedslagsfelt. Særlig er innovasjoner i skjæringspunktet mellom moderne helseteknologi og ulike behandlingsopplegg tilpasset der kunnskapsfronten befinner seg til enhver tid, nødvendige for at målet skal nåes. Dette tilsier at det vil være behov for ulike former for prosesskompetanse knyttet dels til IT-teknologi, dels til organisasjon og ledelse – noe ikke minst private konsulentselskap har muligheter til å tilby. *I tillegg* vil det (dersom denne strategien realiseres etter sine intensjoner) være et nytt kompetansefelt å kunne samordne samhandlingsprosedyrene, med andre ord behov for organisatoriske innovasjoner som kan bidra til et overordnet perspektiv på ledelse og styring av arbeidsprosesser.

Et aspekt ved samhandlingsreformens fokus på pasientforløp er at det reflekterer et nytt paradigme i organisering av helsetjenester basert på verdikjedetenkning, importert fra private produksjonsbedrifter (Ramsdal & Skorstad, 2004; Skorstad & Ramsdal, 2009/2016). I forhold til diskusjonen om konseptualisering av det nye sykehuset i Østfold var, som vist i kapittel 12, «verdi-kjede» en av tre ulike organisasjonsformer som ble lagt til grunn i strukturering av sykehuset, men her primært forstått som organisering av arbeidsprosesser innenfor sykehusets vegger.

14.6 Velferdsteknologi

Den andre delstrategien dreier seg om behov for nye teknologiske løsninger til brukere, primært i eget hjem, omsorgsboliger eller sykehjem. Disse løsningene er knyttet til et hovedpoeng i samhandlingsreformen: at en ikke vil kunne ivareta de mange eldre/mennesker med pleie- og omsorgsbehov i kommunene uten at en tilfører større kapasitet i støttefunksjoner innenfor pleie- og omsorgstjenestene. Ettersom rekruttering av pleie- og omsorgspersonell vil være en knapphetsressurs i fremtiden, vil innføring av ny teknologi – i hjemmet og innenfor ulike nivåer av pleie- og omsorgstjenester – være nødvendig for at reformen skal kunne realiseres.

I samhandlingsreformen pekes det på at en har arbeidet med å utrede på hvilken måte, og i hvilken grad, ny velferdsteknologi kan ivareta disse

målene, og arbeidet med å fastslå omfanget og karakteren av ny teknologi er særlig blitt forankret i det såkalte Hagen-utvalgets innstilling som ble offentliggjort i 2011.

I forlengelsen av samhandlingsreformen ble det tatt initiativ til en egen utredning om *Innovasjon i Omsorg* (Hagen-utvalget) (NOU 2011:11). Det ble i mandatet lagt særlig vekt på fire overordnede temaer knyttet til: ny teknologi; arkitektur og nye boformer; brukerinnflytelse; egenmestring og FoU. I tillegg ble det vektlagt et forebyggingsperspektiv som vi kjenner igjen fra samhandlingsreformen.

Utvalget peker på at den opprinnelige etableringen av omsorgssektoren i seg selv må sees på som en av samfunnets mest omfattende innovasjoner, og at det derfor ikke fremstår som noe nytt at man vil møte nye utfordringer med et systematisk innovasjonsprogram. De peker spesielt på «*at det er i mellomrommet mellom offentlig virksomhet og sivilsamfunn noe av den mest spennende fornyelsen kan komme til å skje i årene som kommer*» (NOU 2011:11, s. 13).

Utvalget valgte å konsentrere seg om temaer som ikke er like godt dekket, eller som ligger utenfor tidsperspektivet i tidligere utredninger.

Som en illustrasjon og praktisk innfallsvinkel har man tatt utgangspunkt i tre av de vanligste problemene omsorgstjenestene møter: fall, ensomhet og kognitiv svikt. Disse påvirker hverandre gjensidig og berører de fleste fagområder i sektoren. En annen utfordring som utvalget vil belyse, er internasjonale trender som går i retning av internasjonalt personellmarked, fremveksten av internasjonale tjenesteyterkonsern og økende pasient- og brukermigrasjon. Det het også at utfordringene «*må løses med grunnlag i et offentlig ansvar som involverer de fleste samfunnssektorer, og ved å støtte og utvikle mye former for engasjement og deltakelse fra familie og lokalsamfunn, organisasjoner og virksomheter*» (NOU 2011:11, s. 14).

I utredningen heter det også at omsorg gjennom hele livsløpet for alle forutsetter en «*helhetlig institusjonalisering av synergimekanismer*», nedbygging av funksjonshemmende barrierer i samfunnet og en helhetlig og aktiviserende/mobiliserende seniorpolitikk. Stikkord var brukerstyring og aktiviserende teknologi/teknisk utforming, tilpasning til funksjonsevne i retning av høyest mulig grad av brukerautonomi og

mobilisering av pårørende/frivillig sektor. «Næromsorg» betegnes som «den andre samhandlingsreformen», og utvalget sier at «*Den andre samhandlingsreformen handler like mye om å mobilisere ressurser og setter samspillet med familien, det sosiale nettverket og lokalsamfunnet i sentrum for oppmerksomheten*». Dette skal gjøres ved å etablere «alternative arbeidsmetoder, driftsformer og organisering som utfordrer til medborgerskap» (NOU 2011:11, s. 17). Dette forutsetter i sin tur en «*nasjonal overenskomst og lokale avtaler om partnerskap mellom offentlig og frivillig virksomhet, nye driftsformer, brukerstyrte ordninger, nye metoder og faglige tilnærminger med større vekt på aktiv omsorg, hverdagsrehabilitering, gruppetodikk, kultur og trivsel, ny pårørendepolitikk, organisering av tjenester mot familie og nærmiljø, hjemmetjenester, åpne institusjoner og nettverkssamarbeid*» (NOU 2011:11, s. 17).

Hagen-utvalgets innstilling skapte et klima for et stort antall lokale prosesser der en utredet og prøvde ut ulike teknologiske løsninger. Stortingmeldingen ble også fulgt opp av en fagrappport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013–2030 fra Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2012). Utredningen var en utdyping og konkretisering av Hagen-utvalgets forslag om en «Teknoplan 2015», og er en bred gjennomgang av de mulighetene og utfordringene en står overfor i realiseringen av planen. Utredningen lanserte en rekke anbefalinger og tiltak, og foreslo en nasjonal satsing på velferdsteknologi som burde rettes mot kommunale tjenester og helsefremmende og forebyggende arbeid. Denne er senere realisert.

Utfordringer knyttet til innføring av velferdsteknologi

De innovasjonene som er aktuelle i forhold til etablering av mer effektive og kvalitativt bedre pleie- og omsorgstjenester, dreier seg dels om ny IT-basert teknologi som støtter opp om den enkelte brukers daglige gjøremål, pasientbehandling eller tjenesteinnovasjon – organisatoriske innovasjoner knyttet til å organisere arbeidet mer effektivt ut fra økonomiske og faglige hensyn. Tjenesteinnovasjon på dette feltet vil ofte ha preg av de samme tilnærmingene – logistikk og forløpstenkning – som

det en ser i det foregående punktet – og møte mange av de samme utfordringene (Bjørkquist & Ramsdal, 2014). Behovet for ny teknologi innenfor den kommunale pleie- og omsorgssektoren er klart erkjent, men konkretiseringen av denne teknologien, dens rolle og omfang innenfor nye lokale rammebetingelser (de kommunale pleie- og omsorgstjenestene) er en stor utfordring. Som også Hagen-utvalget påpeker, knytter det seg etiske utfordringer til anvendelse av teknologiske løsninger innenfor hjemmet eller i forhold til tjenester til pasienter, og møtet mellom ny teknologi og profesjonelt pleie- og omsorgsfaglig arbeid vil også innebære etiske og profesjonelle utfordringer. Innføring av ny teknologi skjer i spennet mellom «teknologioptimister» og «profesjonspessimister», der de sistnevntes problematisering av faglige og etiske utfordringer, sammen med manglende kompetanse i å håndtere ny teknologi, ofte vil representere barrierer for å ta i bruk det potensialet som teknologiske kunnskaper representerer, slik et ensidig teknologisk perspektiv kan innebære.

Et hovedproblem ved innføring av ny teknologi/tjenesteinnovasjon er forholdet mellom det markedet – gjennom et utall produsenter – kan tilby av velferdsteknologi, og det behovet som defineres av brukere/innkjøpere – enten det dreier seg om mennesker med behov for teknologiske støttefunksjoner, deres pårørende eller de lokale tjenestene. Det potensialet markedsbaserte teknologiske løsninger representerer, utvides stadig, delvis gjennom omfattende globale nettverk som f.eks. «Living Lab»-bevegelsen (<http://www.livinglabproject.org>). På sett og vis er innovasjonsperspektivet på velferdsteknologi ikke primært de teknologiske løsningene i seg selv, men de kopleingene som skjer mellom tilbydere og innkjøpere – der innovasjonsreisen fra teknologi til implementering er det primære. I lokal sammenheng studerte vi lokale innovasjonsreiser knyttet til et omfattende prosjekt for innføring av velferdsteknologi i to kommuner, Sarpsborg og Fredrikstad. Dette prosjektet – eSenior – var et Interreg-prosjekt ledet av Borg Innovasjon og fire kommuner (Gøteborg og Oslo i tillegg til de to foran nevnte). Et av funnene var at det var store utfordringer å ivareta målet om at brukerne og pårørende skulle delta som likeverdige parter i utviklingen av den nye velferdsteknologien som ble introdusert (Bjørkquist, Ramsdal & Ramsdal, 2015).

14.7 Helsefremmende og forebyggende arbeid - folkehelsearbeid

Folkehelsearbeid har lange tradisjoner i Norge og andre nordiske land, og har historisk utviklet seg fra et sektorspesifikt arbeid i helsesektoren til et mer allment perspektiv – manifestert gjennom begrepet om helsefremming og forebyggende arbeid: «helse i alt vi gjør». Denne bevegelsen har endret synet på hvilke mål og oppgaver som skal ivaretas gjennom folkehelsearbeidet, og det har de siste årene skjedd en gradvis tilpasning av lovverket til disse nye perspektivene. Samhandlingsreformen innebærer et foreløpig sluttpunkt i denne prosessen, og et element i reformen har vært beslutningen om et nytt lovgrunnlag for lokale folkehelsearbeid, gjennom ny folkehelselov gjeldende fra 2012. I den nye folkehelseloven legges ansvaret for folkehelsearbeidet til kommunene som sådan og ikke til en bestemt sektor. Det lokale folkehelsearbeidet skal være tverrsektorielt – derved altså omtalt som «helse i alt vi gjør» (Prop. 90 L (2010–2011)). Loven vektlegger et sektorovergripende ansvar hvor et sosiologisk kunnskapsperspektiv legges til det eksisterende helsevitenskapelige kunnskapsperspektivet (Hauge & Mittelmark, 2003).

Lovreguleringen på folkehelseområdet gjennomføres av et forebyggingsfokus. Dette skal sikre at helse spørsmål også tas hensyn til på områder utenfor de rent helsepolitiske, hvilket også bidrar til å sikre «helse i alt vi gjør». I tillegg til et slikt sektorovergripende prinsipp er det å bekjempe sosial ulikhet, bærekraftig utvikling, føre var-prinsippet og medvirkning også sentrale verdier i den nye folkehelseloven og som myndighetene har som mål skal prege utviklingen fremover (Prop. 90 L (2010–2011)).

Et overordnet mål for folkehelsepolitikken er å øke antall forventede leveår med god helse for befolkningen som helhet. Et annet er å redusere sosial ulikhet i helse (Helsedepartementet, 2003). Det siste krever at oppmerksomheten må rettes mot bakenforliggende faktorer og fordelingen av disse, heter det. Oppvekstbetingelser, risikofaktorer i arbeidsmiljø og effekten av sosial og økonomisk betinget helseatferd er eksempler på noen slike faktorer (Prop. 90 L (2010–2011)).

Nasjonale myndigheter har gitt fylkeskommunen ansvaret for å være pådriver med hensyn til å gjøre folkehelse spørsmål til en integrert del

av andre politikkområder og at folkehelse inngår i det generelle arbeidet med samfunnsplanleggingen. Samtidig har en understreket at også sykehusene har en viktig rolle i forebyggende arbeid. Folkehelsearbeidet er da tenkt å skulle forankres i de ordinære plan- og styringsdokumentene. Et slikt fokus på «helse i alt vi gjør» hevdes å være en forutsetning for å kunne møte helseutfordringene før de gir seg utslag i sykdomsutvikling. Loven viser slik sett at man legger til grunn et påvirkningsperspektiv der man er opptatt av gode oppvekst- og levevilkår og av å legge til rette for sunn livsstil, deltakelse og trygghet. Dette gjenspeiles også i strategier som «levende», «sunne», «trygge» og «rettferdige lokalsamfunn». Det å innta et påvirkningsperspektiv skal bidra til å tydeliggjøre sammenhengen mellom faktorer og den sosiale fordelingen av disse faktorene som påvirker helse. Dette skiller seg fra det tidligere rådende sykdomsperspektivet hvor man tok utgangspunkt i bestemte sykdommer eller tilstander.

Prinsippet om «helse i alt vi gjør» innebærer også en horisontal styring av helse (Kickbusch, 2010). Dette er en del av en mer generell trend hvor mer horisontale styringsmekanismer erstatter eller supplerer allerede eksisterende hierarkiske styringssystemer (Hill & Hupe, 2009). Offentlige virksomheter må jobbe på tvers av saksfelt eller portefølje for å nå felles mål og en samlet respons på bestemte saker. En slik *whole-of-government*-tilnærming (WOG) vil blant annet si at organisert samarbeid mellom ulike deler av forvaltningen, særlig mellom ulike enheter på samme nivå, kommer som en reaksjon på silotenking i offentlig sektor (Christensen & Læg Reid, 2006). Mye av folkehelsepolitikken er desentralisert ved lov. I tillegg benyttes mer resultatkontroll og mindre kontroll av regjefølgning slik at lokale myndigheter i større grad kan velge virkemidler og tiltak ut fra lokale behov og utfordringer. Men dette er en svak form for regulering (Bjørkquist, 2012; Ramsdal, 2012).

Folkehelsearbeid har de siste tiårene generelt vært betraktet som en relativt marginal aktivitet i de fleste kommuner, med lav status og manglende operasjonelle mål og virkemidler (Ramsdal & Aarvak, 2000). Det har derfor lenge vært ansett som nødvendig å vitalisere folkehelsearbeidet i kommunene. Gjennom samhandlingsreformen vektlegger statlige myndigheter nettopp innsats med hensyn til lokale utfordringer. I henhold til den nye loven om folkehelse har fylkeskommunen et overordnet

ansvar for å ha oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer i fylket. Løpende helseovervåking blir et sentralt virkemiddel regionalt og lokalt for å få kunnskap om sykdomsutbredelse og risikofaktorer. For å sikre at folkehelseperspektivet er ivaretatt i regionale og kommunale planer, er Fylkesmannen bedt om å foreta en vurdering av regionale og lokale folkehelseutfordringer slik at helseperspektivet kan ivaretas i konsekvensutredninger. Dette innebærer å inkludere en vurdering av helsemessige konsekvenser – folkehelse og sosial ulikhet i helse – av kommunal virksomhet i planverket (Helsedirektoratet, 2012). Noen kommuner har allerede vedtatt at folkehelsekonsekvenser skal inn i alle saksfremlegg.

Kommunene har ansvaret for å skaffe slik oversikt over helsetilstand og over faktorer som påvirker helsen. Nasjonalt utformede folkehelseprofiler skal støtte kommunene med å skaffe seg slik oversikt. Arbeidet skal knyttes til identifisering av viktige helseutfordringer og videre som grunnlag for planstrategier, målutforming og tiltak for å bedre folkehelsen lokalt. Folkehelseloven vektlegger fylkeskommunenes ansvar med hensyn til å *«bidra til en jevnere sosial fordeling av faktorer som påvirker helsen»* (§1).

Folkehelseprofilene er et ledd i utviklingen av et kunnskapsgrunnlag for folkehelse, i den forstand at helseprofilene utgjør en kartlegging av den enkelte kommunens utfordringer, og skal være et grunnlag for hva gjeldende kommune bør gjøre noe med, både på kort og lang sikt. De er ment å være et virkemiddel for å finne frem til tiltak som vil gi et bidrag til vesentlig forbedring av folkehelsen. Utgangspunktet for temaområder i helseprofilene er kjente folkehelseutfordringer. Lokalt vil informasjonen være begrenset av hva som er tilgjengelig statistikk på området.

Utfordringer knyttet til folkehelsearbeid

Det er viktig å merke seg at arbeidet med å styrke lokalt folkehelsearbeid ble koplet til samhandlingsreformen primært gjennom den nye loven som ble vedtatt i 2009. Samtidig har folkehelsearbeid og forebyggende arbeid hatt en tvetydig status i kommunenes arbeid på dette feltet: På den ene siden har en etablert sterkt institusjonaliserte og trygt forankrede virksomheter som helsestasjonsvirksomhet, skolehelsetjeneste og forebyggende helsearbeid mer generelt. Her har det skjedd en langsom

endring i arbeidsformer og faglige tilnærminger – helt siden helsestasjonsarbeidet ble reformert i 1970-årene (Jákupsstovu & Aarseth, 1996). Men denne forankringen har vært problematisk, og den andre siden av forebyggende helsearbeid og folkehelsearbeid – det som er sektornøytralt og bygget i større grad på sosiologiske og epidemiologiske perspektiver – har hatt en langt mer problematisk vei inn i de kommunale virksomheter. Dette arbeidet – ofte betegnet som «det nye folkehelsearbeidet» og «helsefremmende» aktiviteter som friskvård – har ofte vært gjennomført ved hjelp av statlig finansierte prosjekter med relativt svak forankring i de lokalpolitiske miljøene, og med til dels store problemer med å skape arbeidsformer på tvers av sektororganisasjonene i kommunene (Røise-land, 1999; Ramsdal & Aarvak, 2000). Folkehelseloven fra 2012 forutsetter at kommunene skal utarbeide oversikter over lokal helsetilstand, og det arbeides nå med å bygge opp databaser som kan gi kommunene disse kunnskapene. Et hovedproblem er imidlertid at kunnskapene om helse-tilstander og årsaksfaktorer for folkehelseproblemer er langt større enn oppmerksomheten og kunnskapene har vært om hvilke organisatoriske og relasjonelle forhold som representerer barrierer som må overvinnes for at folkehelsearbeidet skal bli effektivt. Det har derfor vært ansett som essensielt å legge forholdene til rette både for en mer offensiv folkehelsepolitikk i kommunene gjennom nytt lovverk og for å operasjonalisere arbeidet på måter som gir grunnlag for økt oppmerksomhet og effektivitet i dette arbeidet.

Samhandlingsreformen legger opp til at det styrkede kommunale ansvaret for folkehelsearbeidet skal utløse nye former for samarbeid og samordning både horisontalt i kommunene og i interaksjonen mellom kommunene og ytre helse- og sosialaktører, dvs. NAV, spesialisthelsetjenesten, brukere, pårørende osv. Reformens gjennomgående tosidighet kommer også her dels til uttrykk som eksogene standardiseringskrefter i form av regulert samordning, dels som systemiske insentiver til endogen innovasjon, spesielt mht. organisering og utarbeiding av nye prosessløp.

Som nevnt har en etter hvert fått en erkjennelse av kompleksiteten og omfanget av folkehelseproblemer. Internasjonalt blir utfordringene folkehelsen representerer, noen ganger benyttet som eksempel på det en betegner som mer grunnleggende problemer i velferdsstaten, det vil si

problemer som ikke har entydige årsaksforklaringer, der mål er komplekse og mangfoldige, og der instrumentelle metodikker og verktøy ikke (så lett) lar seg anvende (Rittel & Webber, 1973; Norman, 2009).

Til tross for dette er det liten tvil om at behovet for å etablere operasjonelle metodikker som kan anvendes til å forenkle og strukturere folkehelsearbeid og helsefremmende arbeid, har medført at en utvikler stadig flere relativt avgrensede organisatoriske verktøy som kan benyttes for å håndtere det lokale arbeidet.

14.8 Diskusjon

Den gjennomgåelsen av samhandlingsreformen og de tre utvalgte temaene innenfor rammen av denne reformen som er presentert foran, viser at det er grunnlag for å konsentrere analysene om det som vi betegner som «interaktive prosessperspektiv». Her fremheves nettopp betydningen av å forstå hendelsesforløp knyttet til innovasjoner i komplekse relasjoner mellom ulike aktører, der særlig samspillet mellom handling og organisatoriske egenskaper er i fokus (Slappendel, 1996). Samhandlingsreformen er en politisk reform, som danner en overbygning og – i en viss grad – en premiss, for de innovasjonsprosessene som nå skjer. Som politisk reform er imidlertid ikke samhandlingsreformen kontekstuavhengig – tvert imot er den mer å anse som et forsøk på å samle en rekke endringsprosesser i helsesektoren (og også sektoruavhengige prosesser) innenfor en løst definert ramme. Sett fra et innovasjonsperspektiv er imidlertid disse prosessenes historie eldre enn reformen, og vi har i de tre avsnittene om disse temaene prøvd å vise at de hver for seg innebærer koplinger både i tid og rom til innovasjonsprosesser som har startet lenge før reformen gjorde disse temaene koplet til en overordnet politisk strategi. Når vi har hevdet at samhandlingsreformen kan forstås som en politisk innovasjon, har dette sammenheng nettopp med dens karakter av retningsreform, der ulike virkemidler og nye organisatoriske og teknologiske løsninger forutsettes implementert for i et langsiktig tidsperspektiv å skape en bedre helsetjeneste. Vi har betegnet dette som et uttrykk for et nytt styringsregime, «new governance», kjennetegnet ved et komplekst samspill mellom ulike delstrategier i ulike lokale innovasjonsprosesser (Ramsdal, 2012).

Jeg har konsentrert meg om noen av disse delstrategiene der det etter min oppfatning kan identifiseres relativt klart definerte innovasjonsstrategier. Samtidig er det et fellestrekk ved disse strategiene at målene er løst definert, og at de inviterer til interaktive innovasjonsprosesser i tråd med det perspektivet som er presentert foran som det Slappendel (1996) betegnet som det «tredje» perspektivet innenfor analyser av innovasjoner i organisasjonsteoretiske sammenhenger. Innenfor denne generelt formulerte rammen har imidlertid hver delstrategi sitt særpreg, og de adresserer ulike kunnskaps- og tjenestefelt innenfor sektoren.

Arbeidet med å etablere prosessbaserte virksomhetsmodeller i form av *pasientforløp* innebærer anvendelse av kunnskapsgrunnlag som i seg selv er flertydige. Vi har hevdet at denne utviklingen er del av en tung trend innenfor helsesektoren, betegnet som fremveksten av «scientific-bureaucratic medicine». Kunnskapsgrunnlaget for denne tradisjonen er imidlertid mangfoldig og til dels omstridt, i og med at en kombinerer i den praktiske innovasjonsprosessen (i hvert fall) tre ulike kunnskapsfelt som hver er gjenstand for en rivende utvikling: medisinsk-faglig kunnskap, IT-teknologi og standardiserte guidelines forankret i Business Process Reengineering-tradisjonen etter Porter (1979) og Porter og Teisberg (2006).

Et viktig poeng er at denne kunnskapsmiksen varierer blant annet avhengig av hvilket helsefaglig arbeidsfelt og geografisk lokasjon en taler om, og i praksis vil en innenfor rammen av det bredt definerte området som prosessbaserte virksomhetsmodeller representerer, finne rom for et utall innovasjonsprosesser. I arbeidet med å standardisere samhandlingsmodeller må en kople globale kunnskaper og lokale kontekster for at en skal kunne etablere konkrete forløp (Ramsdal & Ramsdal, 2007). Disse innovasjonsprosessene berører derfor en rekke (potensielle og aktuelle) aktører, og preges ofte av usikkerhet om kunnskapsgrunnlag og noen ganger konfliktfylte beslutninger om design og implementering. Et kjennetegn er også at innovasjonsprosessene preges av at en gjennom organisatorisk læring re-designer, modifierer og reformulerer den opprinnelige forløpsmodellen (Fineide, 2012; Scheuer, 2003).

Det forsterkede fokus på utviklingen av *omsorgsteknologi* representerer et annet kunnskapsfelt som inviterer til lokale innovasjonsprosesser. Også her er imidlertid fragmentering, usikkerhet og ambivalens et kjennetegn.

Fremveksten av omsorgsteknologi er nå preget av en global teknologioptimisme, manifestert gjennom EU-strategien for Innovation 2010, og ulike internasjonale nettverk der universiteter, næringsliv og helseprofesjoner samarbeider – et eksempel kan være «Independent Living»-bevegelsen, som også har koplinger til norske aktører (<http://www.livinglabproject.org>). I norsk sammenheng er NOU 2011:11 Hagen-utvalgets innstilling et uttrykk for en bredt definert, pragmatisk nasjonal strategi, som har vært et viktig grunnlag for iverksettingen av samhandlingsreformen. Bakgrunnen for dette er at en forutsetter dels at antallet eldre og pleietrengende som bor hjemme vil øke sterkt, ikke bare av demografiske grunner, men også fordi samhandlingsreformens mål om at «spesialisttjenestene skal bli mer spesialiserte» innebærer at utskrivningsklare pasienter vil ha et større medisinsk, pleie- og omsorgsbehov enn tidligere. Mangel på pleiepersonell og kompetanse i kommunene vil, hevdes det, gjøre det påtrengende å erstatte pleie- og omsorgsfunksjoner, for eksempel knyttet til monitorering i boligen, til et felt hvor ny teknologi vil være helt nødvendig for at alle nye oppgaver skal kunne ivaretas lokalt (Helsedirektoratet, 2012).

Hovedutfordringen her er i første omgang at de behovene som skal dekkes, ikke er avklart. Verken eldre/pleietrengende selv eller kommunene har foreløpig kunnet definere hvilke teknologiske (og organisatoriske) innovasjoner som skal etterspørres lokalt. Statlige myndigheter styrer i svært liten grad disse prosessene ut over finansiell støtte til ulike kompetansemiljøer, og det er i dag som oftest lokale pilotprosjekter som skaper grunnlaget for utprøving av nye teknologiske løsninger. Private bedrifter som ønsker å selge en bestemt teknologi, er på sin side vanligvis ensidig orientert mot helt spesifikke produkter, og vil ha begrenset kunnskap om de helhetlige hensyn som skal ivaretas i den enkelte tjeneste/kommune. Resultatet er ofte et gap i innovasjonsprosessen mellom tilbydere og bestillere. Det er derfor stort behov for å organisere en type kompetansemekling mellom de ulike aktører som er involvert i disse prosessene. Også her er det forholdet mellom «globale kunnskaper og lokal kontekst» som er en hovedutfordring. Den enkelte kommune/tjeneste er utformet ut fra lokale og historisk genererte forhold som ikke nødvendigvis er tilpasset standardiserte løsninger. Derved vil en også her

måtte utforme tjenester som inkluderer omsorgsteknologiske løsninger ut fra lokale forhold, i skjæringspunktet mellom globale teknologier og lokale innovasjonsprosesser. Gjennom lokale translasjonsprosesser, og under hensyntaken til hvilke drivere og motstandere en finner i konkrete prosesser, vil en kunne belyse forutsetningene for at en skal etablere en omsorgssektor der ny teknologi spiller en nøkkelrolle i fremtiden (Nicolini, 2010).

Mens de to førstnevnte feltene som vi har identifisert i forhold til «samhandlingsreformens innovasjonspotensiale», har en eksplisitt kopling også til teknologiske løsninger, er folkehelsearbeid primært grunnlag for utvikling av organisatoriske innovasjoner. Utfordringen er først og fremst å finne metoder for å knekke koden om hvordan en skal implementere tiltak for å bøte på de omfattende og vanskelige oppgavene som folkehelsepolitikken beskriver: å skulle bidra til redusert ulikhet i folkehelsen, og bedre helsetilstand for befolkningen i stort, gjennom lokalbaserte tiltak. Her er mulighetene for å etablere et solid kunnskapsgrunnlag gjennom tilstandsrapportering gode, mens det stadig letes etter nye måter å angripe de generelle folkehelseproblemene på uten å intervensere for sterkt i enkeltmenneskers liv. Det er her en kan forvente at ulike konsepter/metoder vil bli et nytt marked der konsulenter og andre private aktører (også frivillige organisasjoner) kan spille en rolle.

14.9 Samhandlingsreformen: å temme uregjerlige problemer med innovasjon?

Vi har tidligere vist at de samfunnsproblemene samhandlingsreformen adresserer, er komplekse, omfattende og langsiktige, og uten entydige og klare kunnskapsgrunnlag i forhold til å finne løsninger. Samhandlingsutfordringene fremstår derved som et godt eksempel på det en har betegnet som «uregjerlige problemer» – internasjonalt kjent som «wicked problems» (Vabø & Vabø, 2014; Rittel & Webber, 1973). Disse kjennetegnene ved at mulighetene for å «lykkes» avhenger av at problemene omdefineres til håndterbare størrelser. Et påfallende trekk ved samhandlingsreformen er at den i så liten grad er opptatt av de mekanismene som skaper samhandlingsproblemer i helsesektoren, og i så stor grad konsentrerer seg om

å splitte opp reformarbeidet – både i tid og rom. Dette skjer gjennom en implementeringsprosess der «veien blir til mens en går», innenfor rammen av det en har betegnet som en retningsreform. Oppsplittingen kommer til uttrykk gjennom konsentrasjonen om pasientforløp på sykehus og mellom sykehus og kommuner, etablering av nye lokale tiltak for å ivareta de nye behov for behandling, pleie og omsorgstjenester som en raskere utskrivning av pasienter fra sykehus medfører, og nye incitament for å styrke folkehelsearbeidet. En forventer at lokale og regionale endringsprosesser deretter vil utvikle tjenestene i «riktig retning». Ifølge Rittel og Webber vil en strategi for å møte «uregjerlige problemer» være å omdefinere dem til sin motsats – «tame problems». Ifølge den etter hvert omfattende litteraturen om slike problemer er noen av de mekanismene som anvendes å splitte slike problemer opp i enkeltdeler. Disse enkeltdelene – eller strategiene, om en vil – blir gjenstand for instrumentell rasjonalitet, (del-)mål og tiltak som initierer mangfoldet av lokale prosesser. Disse endringsprosessene blir utgangspunktet for det fokus på «innovasjon» som reformstrategiene er opptatte av, slik Helse- og omsorgsdepartementets utredning om *samhandlingsreformens forskning og innovasjonsbehov* (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2012) er et eksempel på. Innovasjons-paradigmet kan kort sagt oppfattes som et uttrykk for de mekanismene som gjennom rasjonaliseringsprosessene forutsettes å kunne «temme» «uregjerlige problemer». Det er særlig i samspillet – eller det manglende samspill – mellom ulike styringsmekanismer utfordringene med å nå målene i samhandlingsreformen kommer til uttrykk. Samhandlingen påvirkes særlig av helsetjenestenes organisering og finansiering. For eksempel er oppsplittingen av finansieringssystemet – særlig mellom spesialisttjenester, primærhelsetjenester og fastleger – et markant hinder for å skape bedre samhandling. Samtidig er de nye tiltakene for å lette overganger mellom spesialisttjenester og primærhelsetjenester preget av at kommunene opplever at deres ansvar for utskrevne pasienter som har mer komplekse og alvorlige lidelser enn tidligere øker. Dette er et problem som er forsterket gjennom reformen (Grimsmo, 2013; Grimsmo et al., 2015; Norges forskningsråd, 2016).