

De som lurer på hvordan helsevesenet skal effektiviseres, kan ta seg en tur til Arendal

Arendals-modellen: Enkel og effektiv

I mars 1981 kom statsviteren Robert Axelrod og biologen William Hamilton med artikkelen *The evolution of cooperation* – en av de mest siterte fra tidsskriftet *Science* (1). Senere samme år skrev Axelrod *The emergence of cooperation among egoists* (2). Artiklene bygger på det klassiske spillet «fangens dilemma». I dette får deltakerne to alternativer: samarbeid eller svik. Uansett hva den andre gjør, vil det siste alternativet for den enkelte spiller alltid gi bedre resultat enn samarbeid. Aller dårligst kommer en spiller ut hvis vedkommende velger å samarbeide og så blir falt i ryggen av den andre. Men svikter begge den andre, kommer de begge dårligere ut enn hvis de samarbeider. Samlet sett ville spillerne kommet best ut ved å samarbeide, selv om det for den enkelte er mest rasjonelt å falle medspilleren i ryggen. Dette gjelder hvis man spiller én gang. Sagt på en annen måte: Hvis man aldri risikerer å treffe sin medspiller igjen, kommer man best ut ved å svikte. Men hvis alle opptrer på denne måten, taper både individet og kollektivet.

Et samfunn, stort eller lite, enten det består av bakterier, kreftceller eller mennesker, er avhengig av samarbeid for å overleve og utvikle seg (3–6). Men hvordan skal man få enkeltindividene til å samarbeide når det egoistisk sett ikke lønner seg? Hvordan kan individer som er villige til å samarbeide overleve et darwinistisk imperativ som sier at bare de sterkeste (mest egoistiske) overlever? Svaret fant Axelrod & Hamilton i gjentakelsen: Lot man de samme deltakerne spille mot hverandre gang på gang, kom de som samarbeidet, best ut (1). Forfatterne konkluderte med at samarbeid ikke bare er basert på idealisme og selvoppofrelse – tvert imot er evnen til samarbeid et overlevelsesfortrinn som utvikler seg i levedyktige samfunn parallelt med f.eks. konkurranseegenskaper.

Axelrod & Hamiltons studier av forutsetningene for samarbeid og forholdet mellom konkurranse og samarbeid er blitt anvendt og videreutviklet i en rekke sammenhenger (5, 7–9). Vi vet i dag mye om hvordan organisasjoner bør bygges opp og belønningssystemer innrettes for å oppnå ønskede resultater. Konkurranse er en spore til innovasjon og produktivitet. Men samarbeid er like viktig – for kvalitet, presisjon og rasjonell drift. Avveiningen for enhver organisasjon er å finne den riktige kombinasjon av konkurranse og samarbeid (7, 9). Noen lærdommer er entydige: Konkurranse er effektivt for å få frem enkle tjenester og produkter når partene er uavhengige av hverandre. Men hvis tjenestene er komplekse og tjenesteyterne gjensidig avhengige for å oppnå et godt resultat, må det samarbeides (7, 9).

Hva har så dette med helsetjenesten generelt og Arendal spesielt å gjøre? Mange tiltak og anbefalinger for omorganisering av helsevesenet i de senere år har tatt sikte på å øke konkurransen, f.eks. ved stykkprisfinansiering. Dette er ment å gi økt effektivitet. Samtidig har helseforetakene store problemer med å holde budsjettet og bedre tilbudet til pasientene. Kan det tenkes at andre tiltak enn økt konkurranse må til?

Det finnes helsetjenester som er enkle, tidsavgrenset og kan utføres av enkeltleger eller små grupper uten at andre berøres i særlig grad. Disse kan med hell konkurranseutsettes og stykkprisfinansieres – og blir det også. Men det aller meste av det pasientene trenger av helsetjenester, krever forpliktende samarbeid mellom ulike grupper helsepersonell – mellom første- og annenlinjetjenesten, mellom ulike spesialister og ikke minst mellom pasienten selv, de pårørende og helsepersonellet. Da blir det problematisk hvis de som må samarbeide om oppgavene bare møtes én gang eller bare har flyktig kontakt, slik det lett skjer i store systemer.

I dette nummer av Tidsskriftet er det en artikkel av fastlege Gunnar Moulund og psykiater Johannes Kyvik – begge fra Arendal. De har testet ut en ny modell for samarbeid, der pasient, fastlege og psykiater har én felleskonsultasjon på 90 minutter i stedet for at pasienten henvises til et distriktspsykiatrisk senter på vanlig måte (10). 17 av 19 pasienter har klart seg med denne ene felleskonsultasjonen. Nyhenviste pasienter til Distriktspsykiatrisk senter Aust-Agder får ellers i gjennomsnitt 8,6 konsultasjoner hos spesialist. Det er en effektiviseringsgevinst på nær 90%! Moulund & Kyvik er forsiktige i sine konklusjoner og tar behørig forbehold når det gjelder generaliserbarheten av sine funn. Kanskje er de *for* forsiktige?

For Arendals-modellen bygger på det motsatte av konkurranse, nemlig på partnere som samarbeider over lang tid om komplekse oppgaver – og som tar sjansen på å være personlige, vise hverandre tillit og finne nye løsninger. Resultatene de har oppnådd, taler for seg. Både leger og pasienter er tilfredse, samtidig som det brukes mindre tid og ressurser – akkurat slik Axelrod & Hamilton beskrev samarbeid som et betydelig fortrinn når viljen og forutsetningene var til stede (1).

Charlotte Haug
redaktør

Litteratur

1. Axelrod R, Hamilton WD. The evolution of cooperation. *Science* 1981; 211: 1390–6.
2. Axelrod R. The emergence of cooperation among egoists. *The American Political Science Review* 1981; 75: 306–18.
3. Axelrod R, Axelrod DE, Pienta KJ. Evolution of cooperation among tumor cells. *Proc Natl Acad Sci USA* 2006; 103: 13474–9.
4. Foster KR. Sociobiology: the Phoenix effect. *Nature* 2006; 441: 291–2.
5. Griffin AS, West SA, Buckling A. Cooperation and competition in pathogenic bacteria. *Nature* 2004; 430: 1024–7.
6. Nowak M, Sigmund K. Chaos and the evolution of cooperation. *Proc Natl Acad Sci USA* 1993; 90: 5091–4.
7. Beersma B. Cooperation, competition, and team performance: toward a contingency approach. *Academy of Management Journal* 2003; 46: 572.
8. Le Grand J. Competition, cooperation, or control? *Tales from the British National Health Service. Health Aff (Millwood)* 1999; 18: 27–39.
9. Teece DJ. Competition, cooperation, and innovation: Organizational arrangements for regimes of rapid technological progress. *Journal of Economic Behavior & Organization* 1992; 18: 1–25.
10. Moulund G, Kyvik J. En time hos psykiater kan være nok. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 2810–2.