



# Integrasjon av helsetjenester: åtte teser om samhandling i en funksjonelt differensiert helsetjeneste

## Integration of health services – eight theses on coordination in a functionally differentiated healthcare system.

Erlend Vik

*Førsteamanuensis, Avdeling for økonomi og samfunnsvitenskap, Høgskolen i Molde*  
[Erlend.Vik@himolde.no](mailto:Erlend.Vik@himolde.no)

Arve Hjelseth

*Førsteamanuensis, Institutt for sosiologi og statsvitenskap, NTNU*  
[Arve.Hjelseth@ntnu.no](mailto:Arve.Hjelseth@ntnu.no)

### Sammendrag

Å styrke samhandling i helsetjenesten er et sentralt politisk og faglig mål. Politiske målsettinger er gjerne også utgangspunktet for studier og analyser av samhandling på bekostning av mer teoretisk funderte perspektiver. Denne artikkelen søker å bøte på teoriunderskuddet i forskningsfeltet ved å presentere et teoretisk perspektiv på samhandling og integrasjon i helsetjenesten. Mer spesifikt spør vi hva som er forutsetningene for samhandling i helsetjenesten, og hvordan samhandling kan skape sosial integrasjon. Inspirert av Luhmanns teori om sosiale systemer og nyere skandinavisk systemteori presenterer vi åtte teser om samhandling i det vi beskriver som en funksjonelt differensiert helsetjeneste. Gjennom de åtte tesene diskuterer vi hvordan strukturelle forhold ved norsk helsetjeneste påvirker mulighetene for samhandling, hvordan vi kan forstå samhandling som sosialt fenomen, og hvordan samhandling kan skape sosial integrasjon. Tesene utgjør en samlet argumentasjonsrekke som belyser sentrale spenninger og paradokser i helsetjenestens organisering. Gjennom begreper som polyfoni, lukkethet, kompleksitet og konflikt utfordrer vi i artikkelen også den normative retorikken i den helsepolitiske samhandlingsambisjonen – en retorikk vi mener vanskeliggjør målet om bedre samhandling og integrasjon.

Nøkkelord

Samhandling, differensiering, integrasjon, systemteori, helse(tjeneste), reform (samhandlingsreform)

### Abstract

Strengthening collaboration in the health service is a political and professional core issue. There is, however, a tendency for political goals to guide studies and analyses of integrated care at the expense of more theoretically grounded perspectives. This article seeks to remedy the theoretical deficit in the research field by presenting a theoretical perspective on collaboration and integration in the health service. More specifically, we ask what the prerequisites for collaboration in the health service are and how collaboration can lead to social integration. Inspired by Luhmann's theory of social systems and recent developments in systems theory, we present eight theses on collaboration in a functionally differentiated health service. Through the eight theses, we discuss how the structural conditions of the Norwegian health service affect the possibilities for collaboration, how we can understand collaboration as a social phenomenon, and how collaboration can lead to social integration. The theses highlight key tensions and paradoxes in the health service's organization. Through concepts such as polyphony, closedness, complexity and con-

flict, the article also challenges the normative rhetoric in health politics, a rhetoric that we believe complicates the goal of better collaboration and social integration.

#### Keywords

Coordination, differentiation, integration, system theory, health care, integrated care

## Innledning

Et sentralt spørsmål innen helsepolitikk og helsetjenesteforskning er hvordan man kan oppnå bedre koordinering og integrasjon i en spesialisert helsetjeneste. Helsetjenestens organisering skaper både utfordringer og behov for koordinering på tvers av profesjonelle (Abbott, 2014; Supper mfl., 2014) og organisatoriske (Andersson mfl. 2011; Axelsson & Axelsson, 2006) grenser. Mens konkurranse har vært drivkraften for effektivisering og koordinering innen markedsbaserte styringsideologier som New Public Management (NPM) (Pollitt & Bouckaert, 2004), er samarbeid, tillit og gjensidig samarbeid mellom likestilte aktører nøkkelen til fremgang og målrealisering i de nye reformtrendene (Ling, 2002).

I Norge er samhandlingsreformen et eksempel på en slik retningsforandring (Grimsmo mfl., 2015). Reformens intensjon er at helsetjenesten kan koordineres og integreres bedre gjennom mer og bedre samhandling. Ambisjonene om bedre samarbeid, integrasjon og helhetsforståelse går igjen i en rekke helsepolitiske dokumenter (Helse- & omsorgsdepartementet, 2005; Meld. St. 11 (2015–2016); Meld. St. 26 (2014–2015)) og har klare likhetstrekk med perspektivet Integrated care (Kodner & Spreeuwenberg, 2002).

Integrated care er et av de raskest voksende forskningsfeltene innenfor samhandlingsforskning og kan forstås som en respons på de utfordringene som pasienter og brukere opplever i en moderne helsetjeneste preget av differensiering, spesialisering og silotankegang (Kodner, 2009). Tilnærmingen er også opptatt av utviklingen av primærhelsetjenesten og av å ivareta et sterkt pasientperspektiv med et spesielt søkelys på pasienter med komplekse og sammensatte lidelser (Alm Andreassen, 2019). Integrated care har vært med på å forme reformer og praksiser i helsetjenesten både i Nord-Amerika og Europa (Amelung mfl., 2017). Det er et vekselvirkningsforhold mellom den politiske forståelsen av samhandlingsproblemer, hvordan disse skal løses, og forskningsfeltets utvikling. For eksempel er samhandlingsreformen blitt gjort til gjenstand for en rekke studier og forskningsprosjekter. Mange av dem er tett koblet til reformbegrivelsene og reformeiernes kunnskapsbehov (Vik, 2018). Denne måten å finansiere forskning på inngår i en norsk evalueringstradisjon med tette koblinger mellom reformer og offentlig finansiert forskning (Tornes, 2012). En utfordring med dette er at forskningsfeltet fort kan adoptere den politisk-administrative beskrivelsen av utfordringsbildet.

Både de politiske og de faglige spenningene består i hvorvidt koordinering skal skje gjennom makt, konkurranse, nettverk og/eller normer. I en stadig mer differensiert helsetjeneste er dette et kritisk spørsmål. Glouberman og Mintzberg (2001, s. 70) beskriver at helsesystemet er karakterisert av svært høy differensieringsgrad, men relativt lav grad av integrasjon. Enten må differensieringen reduseres eller integrasjonen styrkes. Siden differensieringen representerer helsetjenestens essens og styrke, mener Glouberman og Mintzberg (2001) at det er integrasjonen som må styrkes.

Samhandlingsreformen (2008–2009) er også orientert mot å styrke integrasjon i helsetjenesten og fremhever at de ulike aktørene i helsetjenesten skal ta utgangspunkt i helheten, og ikke i sine egne interesser. Altså skal samhandling motiveres av en felles helsefaglig og samfunnsmessig orientering. Målet med denne artikkelen er å problematisere en slik normativt basert samhandlingsambisjon. Utfordringen er at ambisjonen bygger på en a priori

antagelse om at et helhetlig perspektiv kan danne et felles utgangspunkt for samhandling og integrasjon mellom helsetjenestens aktører. Vi argumenterer for at et modifisert systemteoretisk perspektiv, som vi presenterer i denne artikkelen, åpner for en bedre forståelse for hva samhandlingsutfordringene består i. Gjennom begreper som differensiering, polyfoni, lukkethet, kompleksitet og konflikt ønsker vi å utfordre ofte brukte honnørord om felles forståelse, helhetlige perspektiver og pasienten i sentrum. En slik utfordring er viktig, siden den normative retorikken faktisk kan vanskeliggjøre samhandling og sosial integrasjon fordi den tåkelegger spenningene, motsetningene og forskjellene som finnes i en moderne helse-tjeneste.

Med utgangspunkt i Luhmanns teori om sosiale systemer og skandinavisk systemteori forsøker vi å frigjøre oss fra den politisk-administrative reformbeskrivelsen og i stedet teoretisere om samhandling i helsetjenesten som sosialt fenomen. Vi spør for det første *hva som er forutsetningene for samhandling i helsetjenesten i lys av systemteori*, og for det andre *hvordan samhandling kan føre til sosial integrasjon*.

For å analysere dette presenterer vi åtte teser om samhandling i en funksjonelt differensiert helsetjeneste. Her diskuterer vi utfordringer og muligheter for sammenkobling mellom helsetjenestens ulike delsystemer. Målet er å skape rom og forutsetninger for teoretisk refleksjon som på en bedre måte kan belyse helsetjenestens samhandlingsutfordringer. Tesene er artikkelens sentrale bidrag og tar mål av seg å representere en systemteoretisk teoriutvikling. Basert på Luhmanns teori om sosiale systemer og nyere skandinavisk systemteori er tesene bidrag til en helhetlig teori om forutsetningene for samhandling og integrasjon i helsetjenesten som vi mener kan være et nyttig utgangspunkt for empiriske undersøkelser.

Tesene blir presentert som en teoretisk argumentasjonsrekke, hvor vi starter med en diskusjon av de strukturelle forholdene ved norsk helsetjeneste og hvordan disse påvirker mulighetene for både samhandling og integrasjon (tese 1–3). Deretter retter vi oppmerksomheten mot hvordan vi kan forstå samhandling som sosialt fenomen i et modifisert systemteoretisk perspektiv (tese 4–6). Til slutt diskuterer vi hvordan samhandling kan føre til sosial integrasjon (tese 7 og 8).

## **Bakgrunn: Samhandling som ordensproblem**

Samhandling i helsetjenesten utfordres på en grunnleggende måte av spenningen mellom differensiering og integrasjon. Vi vil derfor starte med å forklare hva vi legger i disse sentrale begrepene. Differensiering viser til at noe er oppdelt/skilt fra hverandre med utgangspunkt i en påvisbar forskjell. Forstå helsetjenesten som et sosialt system bestående av en rekke delsystemer, beskriver differensieringen hva som kjennetegner forskjellen mellom de ulike delene. Med dette utgangspunktet er helsetjenesten kjennetegnet av både faglig, profesjonell, organisatorisk, institusjonell og geografisk differensiering.

Integrasjon viser på sin side til hvordan ulike deler i et sosialt system er koblet sammen, og hvordan de forholder seg til hverandre som en helhet. Det skilles gjerne mellom sosial integrasjon og systemintegrasjon. I sosial integrasjon kobles delene sammen av felles forståelser, verdigrunnlag og normer, mens i systemintegrasjon kobles delene sammen gjennom ulike koordineringsmekanismer (Lockwood, 1964).

Samhandlingsbegrepet kan tolkes på flere måter, og det finnes en rekke ulike definisjoner St.meld. nr. 47 (2008–2009), s. 13; Orvik, 2015, s. 210; Torgersen, 2018, s. 26; Hagen & Johnsen, 2013, s. 32). I flere sammenhenger omtales samhandling både som et mål i seg selv og som et middel til å oppnå integrasjon og faglig kvalitet (Orvik, 2015). Begrepet er også nært beslektet med andre begreper som omhandler sammenkobling av aktiviteter eller

aktører, slik som samarbeid, samordning, koordinering og samskaping. Vi går ikke videre inn i en eksplisitt begrepsavklaring, men tar som utgangspunkt at samhandling kan forstås som samlebetegnelse på praksisene, prosessene og mekanismene som har som formål å bidra til integrasjon og sammenkobling.

Sosiologisk kan samhandlingsutfordringene i helsetjenesten tolkes som et *ordensproblem*, og representerer slik ett av sosiologiens grunnlagsproblemer (Joas & Knöbl, 2009, s. 18). Spørsmålet er generelt hvordan sosial orden, samarbeid og stabile sosiale mønstre kan oppstå med utgangspunkt i frie individers handlingsvalg (Aakvaag, 2005, s. 189). I helsetjenesten skal et komplekst system koordineres med utgangspunkt i aktører, organisasjonsheter og ulike kunnskaps- og profesjonsmiljøer som har hver sine oppgaver, interesser og verdier. Ordensproblemet kan forstås som et spørsmål om integrasjon og om forholdet mellom del og helhet. I helsetjenesten handler det om hvordan man skal sammenkoble spesialiserte deler til en fungerende helhet. Retorikken i samhandlingsreformen og den helsepolitiske samhandlingsambisjonen er sterkt preget av denne tenkemåten.

Paradoksalt nok er helsetjenestens spesialiserte delsystemer både den viktigste mekanismen for å opprettholde sosial orden og den største trusselen mot en slik orden. Organiseringen opprettholder sosial orden ved at oppgavefordelingen for bestemte helseproblemer nærmest er gitt på forhånd. Har du brukket en arm, utløser standardiserte kompetanser og ferdigheter en tilnærmet automatisk koordinering. Koordineringsutfordringen oppstår når pasienten har behov som ingen av aktørene i helsetjenesten kan løse alene, men som krever at de ulike samhandler på en måte som kobler dem sammen.

Det sentrale spørsmålet er da hvorfor aktørene skal samhandle, og hvordan samhandling skal foregå. Fra et normativt perspektiv må aktørene samhandle fordi det er til det beste for pasienten, for helsetjenesten og for samfunnet som helhet. Den helsepolitiske samhandlingsambisjonen forfekter nettopp et slikt helhetsperspektiv som en forutsetning for en mer integrert helsetjeneste. Ambisjonen krever at de (spesialiserte) aktørene må bevege seg fra individuell til kollektiv rasjonalitet, slik at samhandlingen får form av kollektiv handling. Kollektiv handling kjennetegnes av at konsekvensene av handling delvis er bestemt av hva de andre deltagerne velger å gjøre, og får derfor en annen dynamikk enn handlinger rettet mot konsekvenser aktørene kan realisere hver for seg (Kristiansen, 2017).

Selv om kollektiv handling er utbredt både i samfunnet og i helsetjenesten, er det teoretisk vanskelig å forklare. Utfordringene berører spenninger mellom frihet og avhengighet, aktør og struktur og egoisme og solidaritet. Hagen (2006, s. 40) peker på tre hovedstrategier i den samfunnsvitenskapelige faghistorien for å forklare hvordan kollektiv handling og sosial orden er mulig: gjennom makt, konkurranse eller sosiale normer. Det er utfordringer knyttet til alle strategiene.

Et sentralt trekk ved den moderne helsetjenesten er at ingen av aktørene har tilstrekkelig kunnskap eller kapasitet til å dominere alene (Vabo & Røiseland, 2008). Sammenkobling av helsetjenestens ulike deler kan derfor primært skje enten gjennom sosiale normer eller konkurranse. I så fall er de et resultat av at handlingsvalg enten er forankret i bestemte normer og regler, eller er regulert av markedsmekanismer og konkurranse. I det siste tilfellet ivaretar aktørenes egoisme helsetjenestens behov, selv om det ikke var aktørenes intensjon. De to strategiene viser til forskjellen mellom sosial integrasjon og systemintegrasjon (Lockwood, 1964).

Den helsepolitiske samhandlingsambisjonen kan forstås som et forsøk på å institusjonalisere normer om samhandling, fellesskap og en kollektiv bevissthet om pasienten i helsetjenesten. Satt på spissen er det et mål å kombinere solidariteten og den kollektive bevissheten man oppnår gjennom sosial integrasjon, samtidig som man opprettholder arbeidsde-

lingen og spesialiseringen som ligger til grunn for systemintegrasjon. Utfordringen er at spesialisering og sterk arbeidsdeling fort skaper motsetninger mellom grupper, et samhold basert på vinning og egeninteresse, samt svekket konsensus og sosial tilknytning (Durkheim, 1911). Tidligere reformtrender inspirert av NPM har forsterket slike tendenser (Lægread mfl., 2014). Målet om sterkere sosial integrasjon i helsetjenesten som helhet utfordres dermed av mekanismene som er introdusert for å oppnå systemintegrasjon.

Hagen (2006) hevder at den tradisjonelle sosiologiens ontologiske forutsetning om at samfunnet består av mennesker og relasjoner mellom mennesker, har vanskelig for å løse sosiologiens ordensproblem og derfor ikke har lyktes med å utvikle et begrep for den type kollektiv rasjonell handling som samhandlingsambisjonen etterspør (Hagen & Johnsen, 2013, s. 51). Spesielt pekes det på at sosiologien er for opptatt av å forstå fellesskap, i betydning felles *forståelse*. Dette er et begrensende perspektiv i et moderne og komplekst samfunn. Luhmanns (2000) teori om sosiale systemer utgjør et alternativ til den tradisjonelle sosiologiens ontologiske utgangspunkt. Her består ikke samfunnet av mennesker, men av kommunikasjon. Vi vil videre presentere noen av nøkkelbegrepene i Luhmanns systemteori og deretter vise hvordan et perspektiv på helsetjenesten som funksjonelt differensiert kan bidra til en alternativ måte å forstå og analysere helsetjenestens samhandlingsproblemer på.

## Luhmanns teori om sosiale systemer

Mens sosiologien vanligvis tar utgangspunkt i mennesker og/eller handling for å forstå sosiale fenomener, tar Luhmann (2000) som nevnt utgangspunkt i kommunikasjon. Luhmann (2000) hevder med bakgrunn i dette at det sosiale ikke finnes i mennesket; det sosiale er det som skjer *mellom* mennesker, og alt som skjer mellom mennesker, er kommunikasjon. Derfor gjør han også et skille mellom psykiske systemer (personer) som består av tanker, og sosiale systemer som består av kommunikasjon. Mens annen kommunikasjonsteori legger vekt på kommunikasjonens intenderte mening, er det hvordan informasjon *forstås og reageres på* som er det sentrale for Luhmann. Litt forenklet kan man dermed si at det ikke er den som snakker, som bestemmer meningen, men den som lytter, ser eller leser (Baecker, 2001, s. 66).

Kommunikasjon i samhandling, eller samhandling som kommunikasjon, utfordres derfor av at forståelsen kan bryte med avsenderens intensjon. For eksempel vil en lege og en sykepleier tolke informasjon med referanse til hver sine systemer og funksjoner. Videre er det ikke gitt at kommunikasjonen aksepteres, uavhengig om den er forstått «riktig» eller ikke. I studier av samhandling blir det dermed sentralt å analysere hvordan ulike aktører forholder seg til, forhandler, diskuterer, aksepterer og forkaster meningen i kommunikasjon.

I den grad kommunikasjon danner utgangspunktet for det sosiale, utgjør systemer utgangspunktet for mening. Verden er så kompleks og uoversiktlig at uten systemer slukes en i et hav av muligheter for valg og forbindelser. Systemers oppgave er å redusere kompleksiteten ved å gjøre valgmulighetene færre. Sosiale systemer er slik en formidling mellom verdens ubestemte kompleksitet og det enkelte menneskes kapasitet til å skape mening (Kneer & Nassehi, 1997, s. 45).

Et system kan karakteriseres som enhver enhet som klarer å skille mellom seg selv og sin omverden, og handle med utgangspunkt i denne forskjellen. Systemer er selvrefererende i kraft av at de benytter distinksjonen mellom system og omverden systeminternt som grunnlag for frembringelse av informasjon og mening (Luhmann, 2000, s. 44). Systemenes selvrefererende væremåte innebærer også at ethvert system forstår sine problemer og opp-

gaver ut fra seg selv. Leger og sykepleiere forstår dermed pasienten og dens utfordringer på forskjellige måter da de som profesjonelle sosiale systemer opererer ut fra ulike distinksjoner.

Videre forstår Luhmann (2000) systemene som operasjonelt lukkede. Det innebærer at systemets komponenter blir reproduisert internt i systemet. Systemene forstås som autonome og selvstyrte, og operasjoner i systemet kan aldri være en direkte effekt av systemets omverden. Samtidig står systemer alltid i en relasjon til sin omverden, som de reagerer på og tilpasser seg til, men reaksjoner og tilpasninger må alltid forstås som del av systemets egen operasjon, styrt av systemets egen forståelse og seleksjonshorisont. Det er derfor ikke gitt hvordan helsetjenestens ulike delsystemer reagerer på det politiske systemets kommunikasjon om for eksempel samhandling gjennom samhandlingsreformen. Spørsmålet i et systemteoretisk perspektiv er ikke hvordan samhandlingsreformen skaper forandring i helsetjenesten, men hvordan de ulike delsystemene håndterer reformens krav i lys av sine systeminterne forståelser og seleksjonshorisonter.

Luhmann skiller videre mellom tre ulike sosiale systemer: samfunnet, organisasjonssystemer og interaksjonssystemer. Det moderne samfunn beskrives som utdifferensiert i en rekke funksjonssystemer.

Samfunnet er det mest omfattende sosiale systemet og fungerer som omverden for interaksjons- og organisasjonssystemer. Luhmann (2012) er opptatt av hvilken form for indre differensiering samfunnet benytter for å håndtere sin egen kompleksitet. Basert på en historisk analyse skiller han mellom tre konkurrerende former for differensiering: segmentær, hierarkisk og funksjonell. De ulike formene kan sameksistere, men det utvikles alltid en *primær* differensieringsform som konstituerer det overordnede systemets egenart.

Ifølge Luhmann (2012) er det moderne samfunn differensiert i en rekke ulike funksjonssystemer, organisert i henhold til funksjonene de ivaretar for samfunnet som helhet. Det moderne samfunn er altså primært funksjonelt differensiert og består av funksjonssystemer som politikk, økonomi, helse, vitenskap, sport, religion, media, kunst og utdanning. Disse systemene opererer uavhengig av hverandre og etter sine egne koder og kriterier.

Funksjonssystemer er som andre systemer selvrefererende og operasjonelt lukkede og lar seg derfor ikke styres utenfra. De er altså ikke hierarkisk organisert med det politiske systemet på toppen, og det økonomiske systemet utgjør ikke noen basis som de andre systemene reflekterer, slik marxister hevder. De forskjellige funksjonssystemene utgjør bare omverdener for hverandre, og deres grenser beskytter privilegerte former for kommunikasjon, mens de enkelt ignorerer andre. Funksjonssystemene kan ikke kommunisere *med* hverandre; de kan bare kommunisere *om* hverandre med utgangspunkt i sin egen kode. Dette gjør det moderne samfunn desentrert og polykontekstuel, noe som gjør det problematisk å samordne de ulike funksjonssystemene for å realisere felles mål, uavhengig av om dette forsøkes gjennom bruk av makt, konkurranse eller sosiale normer.

Organisasjonssystemer opererer med utgangspunkt i beslutninger og er kommunikative systemer bestående av komplekse nettverk av beslutninger og kommunikasjon om disse beslutningene. Organisasjoner avgrenser seg fra sin omverden gjennom medlemskap og betingelser for medlemskap og håndterer på denne måten hvem som gjennom meddelelsehandlinger kan forstyrre organisasjonenes beslutningskommunikasjon (Luhmann, 1978, s. 46–63).

Interaksjonssystemer er den enkleste formen for sosiale systemer og innebærer personer som er fysisk eller virtuelt til stede sammen (Luhmann, 1982, s. 560). Innenfor slike systemer kan mennesker kommunisere med hverandre og danne seg oppfatninger av hver-

andres tanker og forventninger. Grensen i interaksjonssystemer er basert på hvem som er inkludert i interaksjonen. Kompleksitet reduseres i interaksjonssystemer gjennom å fastsette kommunikasjonens tema.

Et vesentlig poeng i denne artikkelen er at samhandling i helsetjenesten foregår både i ulike sosiale systemer og i spenningsfeltet mellom interaksjon, organisasjon og samfunnets funksjonssystemer. For som Luhmann (1982, s. 79) påpeker:

Interaction, so to speak, follows its own “system laws” and does not slavishly implement the program laid down by the organization. Organizational plans and directives are evaded, distorted, redefined, or intentionally derailed at the level of interaction.

## **Modifikasjoner av systemteori for å forklare sosial integrasjon**

Tesen om at systemer er operasjonelt lukket og selvrefererende, gjør det vanskelig å se for seg hvordan sosial integrasjon kan forekomme på tvers av ulike systemer. De ulike systemene kan kun observere sin omverden gjennom sin interne optikk. Funksjonssystemer observerer sin omverden gjennom sine binære koder, organisasjoner gjennom sine beslutningspremisser og psykiske systemer gjennom sine egne tanker og forestillinger. Flere systemteoretikere har dermed pekt på at systemteorien har utfordringer med å forklare samhandling og integrasjon (Hagen & Johnsen, 2013; Neumann mfl., 2011), eller den type samarbeid som går på tvers av systemer, slik målet ofte er i offentlig sektor. Vi vil derfor presentere to ulike modifikasjoner av systemteori som forsøker å løse systemteoriens empiriske utfordring med å forklare samhandling og integrasjon.

la Cour og Højlund (2008) mener at denne typen samhandling ikke kan forstås som et interaksjonssystem fordi kompleksiteten er for stor til å basere seg på nærvær alene. Det kan heller ikke forstås som et organisasjonssystem, siden samhandlingen ikke lar seg avgrense fra sin omverden gjennom beslutninger om medlemskap. Og det kan heller ikke være snakk om et funksjonssystem, siden kommunikasjonen ikke lar seg binde av en kode, men kan koble seg til flere. Løsningen er ifølge la Cour og Højlund (2008) å forstå samhandling som et nettverk som legger seg over den allerede eksisterende organiseringen, altså det de kaller et tredje ordenssystem, hvor interaksjon utgjør første orden, organisasjon andre orden og nettverk tredje orden. Bruddet med Luhmanns tredeling av sosiale systemer er inspirert av Teubner (1993). En nettverksoperasjon oppstår som ny elementærhandling ut av en sosial dobbelttilskrivning av handling. Alle kommunikative hendelser i nettverket tilskrives både en av de autonome kontraktspartene og organisasjonen som helhet (Teubner 1993, s. 49). Et viktig premiss for at samhandling skal kunne oppstå i denne formen, er at samhandlingspraksisene skaper grobunn for videre aktivitet mellom organisasjonene, samt at organisasjonene lar seg orientere dobbelt, dvs. både av egne individuelle og felles hensyn (la Cour & Højlund, 2008, s. 188).

Ambisjonen i samhandlingsreformen, men også i nettverkstankegangen i governance-litteraturen, er å skape samhandling gjennom nettopp et slik tredjeordens nettverk. Gjennom samarbeidsavtaler, retoriske forventninger om samarbeid, lover og utvikling av felles kommunikasjonsstruktur er målet at handlingene begått av de ulike delsystemene ikke bare skal ta utgangspunkt i egne mål, men også orientere seg mot felles hensyn.

En annen inngang er å forstå samhandling som uttrykk for et ønske om mer kollektiv handling i helsetjenesten. Hagen (2006) ønsker å utvikle systemteorien videre ved å forklare hvordan kollektiv rasjonell handling er mulig i en moderne og kompleks verden. Han forklarer hvordan kollektiv handling kommer til uttrykk som en særlig form for kommunikasjon

som genererer en bestemt distinksjon, nemlig skillet mellom individuell og kollektiv rasjonalitet. Dette grepet gjør at kollektive og individuelle handlingsrasjonaliteter ikke forstås som egenskaper hos individet, men som ulike forventningsstrukturer i kommunikasjonen. Sosiale systemer kan altså strukturere forventninger om hva som er positive og negative seleksjoner knyttet til fellesskapet, men de determinerer ikke valget (Hagen, 2006, s. 78).

Hagen (1999) tar utgangspunkt i hvordan samfunnet kan kommunisere om seg selv som fellesskap. I vårt tilfelle rettes analysen mot hvordan helsetjenesten som system kan kommunisere og observere seg selv som fellesskap. Samhandlingsutfordringene som helsetjenesten står overfor, altså manglende koordinasjon mellom ulike delsystem, kan da forstås som et problem som svekker helsetjenestens (fellesskapets) funksjonsevne. Slik blir delsystemene i helsetjenesten stilt overfor distinksjonen individuell/kollektiv rasjonalitet i spørsmålet om samhandling. At kommunikasjon om samhandling, tematiseres som et fellesskapsproblem, genererer en konflikt mellom individuell og kollektiv rasjonalitet og konfronterer kommunikasjonsdeltakerne med den kollektive handlingens problem (Hagen, 2006, s. 78). En slik konfrontasjon kan lede til rasjonell solidaritet, forstått som viljen til å gi avkall på egne interesser for det felles beste. Forventninger om rasjonell solidaritet er ikke så mye en indre overbevisning og motivasjon som en sosial struktur delsystemene i helsetjenesten må forholde seg til, for eksempel når helsemyndighetene krever bedre og mer samhandling.

Distinksjonen mellom kollektiv og individuell rasjonalitet tar ulik form i ulike sosiale systemer og kan forklare hvordan normative forventninger om samhandling kan struktureres både i interaksjonssystemet, i organisasjoner, i helsetjenesten som fellesskap og i samfunnet som fellesskap. Det sammenfaller med vår antakelse om at samhandling kommer til uttrykk og opererer i spenningsfeltet mellom ulike sosiale systemer. Problemet med et slikt perspektiv på integrasjon er at selv om delsystemene «velger» å handle kollektivt, er det ikke sikkert de ulike kollektive handlingene blir koordinert. Videre kan man spørre hvordan og hvorvidt distinksjonen faktisk aktiveres i kommunikasjon mellom helsetjenestens delsystemer.

Som vi har sett over, har flere i skandinavisk systemteori pekt på vanskelighetene med å forklare både samhandling og integrasjon og mer spesielt med å forklare samarbeid på tvers av systemer. Vårt bidrag til å utdype slike forklaringer, som følger under, er derfor forankret i systemteorien og dens skandinaviske modifikasjoner, men supplert og utdypet på bakgrunn av empiriske studier av samhandling.

## **Åtte teser om samhandling i en funksjonelt differensiert helsetjeneste**

For å belyse hvordan vi kan forstå samhandling i en funksjonelt differensiert helsetjeneste, og hva studier av samhandling kan tilføre systemteorien når det gjelder forståelsen av samhandling og betingelser for integrasjon, vil vi presentere en punktvis argumentasjonsrekke bestående av åtte teser. Dette er en teoretisk refleksjon som bygger på grunnleggende systemteoretiske forutsetninger hos Luhmann, modifikasjoner av systemteori basert på skandinavisk systemteori samt empirisk funderte modifikasjoner (Vik, 2018; Vik & Aarseth, 2019). De åtte tesene starter med en diskusjon av de strukturelle forholdene ved norsk helsetjeneste og hvordan disse påvirker mulighetene for både samhandling og integrasjon. Deretter retter vi oppmerksomheten mot hvordan vi kan forså samhandling som sosialt fenomen. Til slutt diskuterer vi hvordan samhandling kan føre til integrasjon. Det er ikke en ferdig utviklet teoretisk modell, men må forstås som en teoretisk utforskning som kan danne utgangspunkt for ytterligere empiriske og teoretiske studier.



## 1. Helsetjenesten er primært funksjonelt differensiert

Den norske helsetjenesten er differensiert på ulike måter. Den profesjonelle, faglige og organisatoriske differensieringen er et resultat av at ulike funksjoner må ivaretas. Selv om geografisk og hierarkisk differensiering også er fremtredende, argumenterer vi for at den primære differensieringsformen, som konstituerer helsetjenestens egenart, er den funksjonelle. Det innebærer at helsetjenesten er differensiert i en rekke spesialiserte, autonome og selvrefererende delsystemer, som ivaretar bestemte funksjoner for helsetjenesten som helhet. Differensieringen skaper gjensidig avhengighet mellom delsystemene og mellom delsystemene og helsetjenesten som helhet. Forholdet mellom delsystemene og helsetjenesten som helhet kan betraktes som delsystemenes funksjon. Fastlegen ivaretar sine funksjoner, hjemmetjenesten sine funksjoner, kirurger sine funksjoner osv.

En funksjonelt differensiert helsetjeneste består av en rekke interne system/omverden-relasjoner, hvor hvert delsystem er avgrenset fra de andre delsystemene. Differensieringen reduserer kompleksiteten for de ulike delsystemene ved at hvert system kan konsentrere seg om sitt ansvarsområde med utgangspunkt i sin ekspertise. Delsystemene representeres her ved ulike forvaltningsnivåer, organisatoriske enheter og profesjoner. Det er viktig å påpeke at en slik organisering ikke er noe problem i seg selv. Den funksjonelle differensieringen medfører tydelig ansvarsfordeling og reduksjon av kompleksitet og løser de fleste koordineringsproblemene. Utdifferensieringen av nye delsystemer har gjort helsesystemet i stand til å håndtere stadig mer spesialiserte og komplekse oppgaver. Funksjonell differensiering bidrar til at pasientene gjennomgående får god behandling.

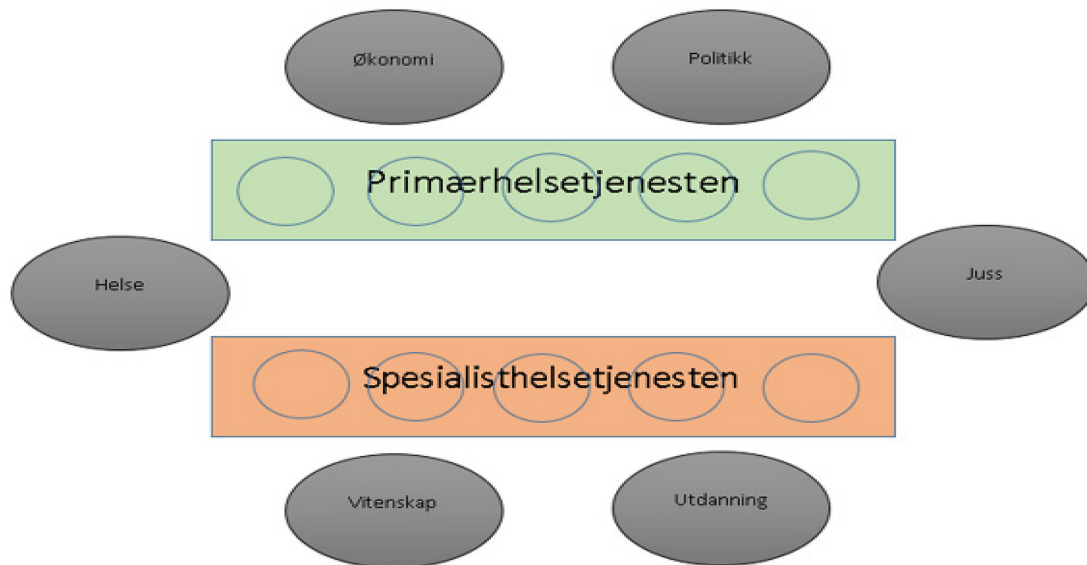
Økt differensiering øker samhandlingskompleksiteten for helsetjenesten som helhet, men minsker den samtidig for delsystemene. Dette fungerer godt når ansvarsfordelingen er tydelig, men blir utfordrende om det gjelder komplekse pasienter med samtidige og ulike behov, som krever integrerte tjenester mellom de ulike delsystemene. Her er ikke systemintegrasjon gjennom pakkeforløp, individuell plan, e-meldinger osv. nødvendigvis tilstrekkelig, og det er behov for sosial integrasjon. Delsystemene må i slike tilfeller kunne kommunisere med hverandre, men kommunikasjon vanskeliggjøres av systemenes interne forståelser. Hvert delsystem observerer sin omverden (pasienter og resten av helsetjenesten) ut fra sin egen funksjon, enten det er i form av utredninger, behandling, pleie, rehabilitering eller annet, og fra sin særegne horisont av beslutningspremisser, programmer og selvbeskrivelser. Helsehjelp er dermed ikke noe gitt; det defineres av et mangfold av aktører som både kan være samarbeidende, overlappende og konkurrerende (Villadsen, 2008).

## 2. Helsetjenesten er preget av polyfoni

Differensieringen av det moderne samfunn har utkrystallisert organisasjoner som kobler seg til bestemte funksjonssystemer, som i sin tur dominerer organisasjonens kommunikasjon (Luhmann, 2012). Eksempelvis er banker basert på det økonomiske funksjonssystemets kode knyttet til profitt / ikke profitt, politiske partier er dominert av koden posisjon/opposisjon, advokatfirma av koden lovlig/ulovlig osv. Dette forenkler samhandling fordi hele organisasjonen er omforent rundt en bestemt kode, som definerer dens mål, kommunikasjon og arbeidsprosess (Åkerstrøm, 2002).

Vi argumenterer for at den norske helsetjenesten ikke primært er koblet til ett funksjonssystem, men til en rekke ulike funksjonssystemer, som helse, politikk, økonomi, juss, vitenskap og utdanning. En slik polyfoni (Åkerstrøm, 2002) vanskeliggjør samhandling, siden det oppstår en konflikt om hvilken kode som skal danne utgangspunktet for samhandlingsbeslutninger. Samhandling i helsetjenesten utfordres altså ikke bare av konflikten mellom selvrefererende og autonome delsystemer; det oppstår også usikkerhet om hvorvidt delsys-

temene skal samhandle med utgangspunkt i helse, penger, makt, rettigheter eller kunnskap. Figur 1 illustrerer hvordan en funksjonelt differensiert helsetjeneste er differensiert i ulike funksjonelle delsystemer og strukturelt koblet til ulike og konkurrerende funksjonssystemer.



**Figur 1.** En funksjonelt differensiert helsetjeneste.

Polyfonien kommer til uttrykk på en rekke måter (Knudsen & Vogd, 2014). Målet om å skape integrasjon gjennom markedsbasert konkurranse har blant annet skapt en tydelig spenning mellom helse og økonomi. Et eksempel er hvordan samhandlingsreformens forventning om økt behandlingsansvar for kommunene har skapt et økonomisk press på den medisinske vurderingen av når en pasient er utskrivningsklar (Frisvoll mfl., 2020). Videre har økt oppmerksomhet på rettigheter skapt spenninger mellom helse og juss, og Gjerde mfl. (2016) viser blant annet hvordan en juridisk kode ofte blir styrende i tildelingen av tjenester hos koordinerende enhet. Ekeland mfl. (2011) viser på sin side hvordan evidenslogikken har skapt en spenning mellom vitenskap og helse i profesjonell praksis.

### 3. Samhandling i en funksjonelt differensiert helsetjeneste kan ikke styres, kun struktureres gjennom forventninger

I tråd med det moderne samfunn generelt (Luhmann, 2012) har en funksjonelt differensiert helsetjeneste ikke et sentrum eller en bestemt privilegert posisjon. Samhandling kan dermed ikke være et resultat av hierarkisk styring; den kan kun struktureres gjennom forventninger. Nettverkstankegangen i governance-litteraturen bygger på det samme poenget. Det fremheves at aktørene ikke har tilstrekkelig kunnskap eller kapasitet til å dominere alene, og derfor forutsettes det stor grad av autonomi og selvorganisering mellom aktørene (Vabo & Røiseland, 2008).

Slik vi ser det her, representerer ikke den helsepolitiske samhandlingsambisjonen direkte styring, men politisk kommunikasjon som tar sikte på styring gjennom selvstyring (Bang, 2003). Det skapes en tydelig forventning om at delsystemene i helsetjenestene må samhandle mer og bedre. Det teoretiske poenget er at delsystemene selv må forholde seg til omverdenens forventning om samhandling, og at dette vil skje på ulike måter. Politiske tiltak eller bestemte styringsregimer som New Public Management eller New Public Governance har da ikke automatisk noen integrerende funksjon. For å forstå samhandlingsutfordringene i helsetjenesten må oppmerksomheten rettes mot hvordan delsystemene faktisk

forholder seg til forventningene, snarere enn mot innholdet og logikken i forventningene. Vik og Aarseth (2019) viser for eksempel den store variasjonen i hvordan koordinatorordninger blir organisert i ulike kommuner og helseforetak, selv om de forholder seg til den samme politiske forventningen. Det samme ser vi i hvordan ulike aktører organiserer og forholder seg til pasientforløp (Valaker, 2014; Watson mfl., 2006).

Om samhandling ikke kan styres, kan man spørre seg hvordan myndighetene kan mobilisere for samhandlingsrelasjoner mellom delsystemene (O'Toole Jr., 2003), og hvordan man uten tydelig hierarkisk struktur skal kunne ansvarliggjøre aktører og unngå fragmentering av ansvar (Peters & Pierre, 1998). Samtidig kan man argumentere for at de strukturelle forventningene om samhandling i seg selv kan være viktige for å fremme samhandling. Gjentakende og høylytt støy om samhandling skaper irritasjon som både interaksjons- og organisasjonssystemer i helsetjenesten må forholde seg til. I lys av Hagen (2006) kan vi si at den helsepolitiske samhandlingsambisjonen skaper en sosial struktur som aktualiserer en konflikt mellom individuell og kollektiv rasjonalitet, og konfronterer aktørene i helsetjenesten med den kollektive handlingens problem.

#### 4. Det grunnleggende elementet i samhandling er kommunikasjon, og samhandling kommer til uttrykk som ulike typer kommunikasjon

Det grunnleggende elementet i samhandling er kommunikasjon. Samhandling handler derfor primært om hvordan ulike systemer produserer, tolker og observerer kommunikasjon. En funksjonelt differensiert helsetjeneste består av ulike typer sosiale systemer, og samhandling som kommunikasjon kommer til uttrykk på forskjellige måter i de ulike systemtypene. Dette er forsøkt illustrert i tabell 1. I tillegg til de sosiale systemene som Luhmann refererer til, inkluderer tabellen også det le Cour og Højlund (2008) betegner som nettverkssystem.

**Tabell 1.** Oversikt over hvordan samhandling kommer til uttrykk i ulike typer system.

Ulike systemiske nivåer	Systemteoretiske antagelser	Samhandling
Samfunn	Samfunnet er funksjonelt differensiert og består av en rekke ulike funksjonssystemer	Samhandling kommer til uttrykk som strukturelle koblinger mellom funksjonssystemer
Nettverk	Sosialt system bestående av ulike organisasjonssystemer, og nettverksoperasjoner hvor delsystemene orienterer seg dobbelt	Samhandling kommer til uttrykk som kommunikasjon som tilskrives både de autonome organisasjonssystemene og helsetjenesten som helhet
Organisasjon	Sosialt system bestående av beslutningskommunikasjon og medlemmer	Samhandling kommer til uttrykk som beslutningskommunikasjon og kommunikasjon om ulike beslutningspremisser i og mellom organisasjoner
Interaksjon	Kortvarige sosiale systemer bestående av kommunikasjon mellom de som er til stede	Samhandling kommer til uttrykk som kommunikasjon mellom de psykiske systemene som kobler seg til interaksjonssystemet
Psykisk system	Menneskelig bevissthetssystemer, strukturelt koblet til sosiale systemer gjennom meningskommunikasjon	Samhandling kommer til uttrykk som subjektive tanker, erfaringer og forestillinger som bli kommunisert i interaksjon og organisasjonssystemer

Tabell 1 illustrerer hvordan samhandling som sosialt fenomen struktureres forskjellig i de ulike systemiske nivåene. Videre er de ulike systemiske nivåene en del av en større gjensidig kontekst, hvor påvirkningsforholdet ikke er gitt (Nassehi, 2005, s. 185). Samhandling i helsetjenesten foregår altså både i og mellom ulike systemer og opererer i spenningsfeltet mellom individer, interaksjoner, organisasjoner, nettverk og samfunnets funksjonssystemer. Det er altså betydelig kompleksitet og usikkerhet knyttet til samhandling, og kompleksiteten må være utgangspunkt for studiet av samhandlingspraksiser.

Vi vil argumentere for at systemteoriens generelle inngang og vekt på kompleksitet muliggjør denne type analyser i større grad enn andre perspektiver. Som i helsetjenesten ser vi økende differensiering og spesialisering også i det vitenskapelige systemet. For å gjøre helsetjenestens kompleksitet vitenskapelig håndterbar, retter ulike perspektiver oppmerksomheten mot bestemte elementer i helsetjenesten. Dette har resultert i en fragmentert fremstilling av helsetjenestens samhandlingsutfordringer, hvor ulike perspektiver tar som utgangspunkt i at samhandling enten er en styrings-, nettverks-, organisasjons- eller profesjonsutfordring. Vi peker i stedet på at samhandling utspiller seg i *spenningsfeltet* mellom disse utfordringene og analysenivåene.

Samhandling kan derfor ikke forstås som et system i seg selv. Det kommer til uttrykk som noe mer enn et samarbeidssystem (Neumann mfl., 2011), nettverkssystem (la Cour & Højlund, 2008) eller et system for kollektiv handling (Hagen, 2006). Samhandling finner sted i ulike systemer, og om målet er integrasjon, må man studere hvordan de ulike formene for samhandling påvirker og forholder seg til hverandre. Organisasjoner kan inngå samarbeidsavtaler og dermed kategoriseres som nettverkssystemer. Spørsmålet er hvordan et slikt nettverkssystem påvirker eller strukturerer kommunikasjonen i de inkluderte organisasjonene. Videre må man stille spørsmål om interaksjonen mellom en lege og sykepleier baserer seg på beslutningene som danner grunnlaget for nettverkssystemene. Hvordan de ulike systemene påvirker og står i forhold til hverandre, blir dermed et sentralt spørsmål i analyser av samhandling.

## 5. Samhandling utfordrer delsystemenes grensedragning og kompleksitetsreduksjon

Systemers funksjon er å redusere kompleksitet ved å gjøre valgmulighetene færre (Luhmann, 2000, s. 62). Også helsetjenesten kjennetegnes av at de ulike delsystemene reduserer kompleksitet. Systemene kan derfor konsentrere seg om én bestemt type kompleksitet og dermed visse typer valg og forbindelser. Samhandling innebærer derimot at et delsystem også må forholde seg til andre delsystemers kompleksitet. Samhandling utfordrer dermed systemgrenser og kan ha en dedifferensierende effekt. For delsystemene kan dette skape usikkerhet når det gjelder å reprodusere egne grenser. I sin tur kan dette fremprovosere konflikter og forsvarsmekanismer (Holmström, 2007).

Dedifferensiering innebærer ikke nødvendigvis at systemgrenser viskes ut av samhandling og at systemene forsvinner, selv om dette også kan skje, slik tilfellet er ved organisatoriske sammenslåinger. For å illustrere samhandlingens dedifferensierende effekt kan det være nyttig å forlate tanken om systemgrenser som distinksjoner (Luhmann, 2000) og heller se på systemer som «siloer». En kontinuerlig reproduksjon av egne systemgrenser forstås da som noe mer enn vedlikeholdsarbeid; det innebærer også en *byggeprosess*. Om reproduksjon ikke blir utfordret av systemets omverden gjennom for eksempel samhandling, vil grenseveggene etter hvert bli høyere. Tanken om systemer som distinksjoner er ensidig opptatt av innside/utside-dimensjonen, mens silometaforen inkluderer tanken om at grenser kan forsterkes eller bli høyere eller lavere.

Silometaforen problematiserer tanken om at systemgrensene er blitt så høye at systemene ikke evner å observere noe utenfor sitt eget system. Dedifferensiering betyr da at samhandling utfordrer disse grensene fordi man må forholde seg til andre systemers observasjoner. I Vik og Aarseths (2019) studie av koordinatorene i helsetjenesten er ett av paradoksene som trekkes frem, at koordinatorordningene kan forsterke helsetjenestens funksjonelle differensiering gjennom at samhandling flyttes fra eksisterende delsystemer til en koordinator. Dette reduserer kompleksiteten for delsystemene ved at de i mindre grad må forholde seg til den kompleksiteten som krav om samhandling medfører. Videre kan delsystemer i større grad konsentrere seg om sitt eget ansvarsområde, noe som kan sementere differensieringen og forsterke grensene i helsetjenesten. Silometaforen åpner imidlertid for at slike murer også kan brytes ned gjennom samhandling og gi en potensielt dedifferensierende effekt. Det eksisterer ulike typer murer rundt ulike organisasjoner, som gjør dem mer eller mindre tilgjengelige for slik samhandling, og samhandling kan påvirke både styrken og høyden på murene.

## 6. Samhandling utfordres av et ikke gitt forhold mellom delsystemers gjensidige avhengighet og autonomi

Helsetjenestens delsystemer er på den ene siden autonome, operasjonelt lukket og selvrefererende. På den andre siden forutsettes en gjensidig avhengighet mellom delsystemene for at helsetjenesten som sosialt system skal fungere. Problemet er at den gjensidige avhengigheten ikke er forstått og problematisert godt nok. Vår viktigste innvending mot samhandlingsambisjonen er at den tar som utgangspunkt at delsystemenes gjensidige avhengighet medfører at det *a priori* finnes en felles forståelse eller et helhetlig perspektiv som kan danne et felles utgangspunkt for samhandling og integrasjon. Lerum og Frich (2012) problematiserer også et slikt normativt utgangspunkt og påpeker at forskjellene mellom helsetjenestens subsystemer er så store at en felles forståelse for hva samhandling skal ta utgangspunkt i, er umulig.

I forskningsfeltet Integrated Care er begrepet normativ integrasjon et felles utgangspunkt (Kodner, 2009). Valentijn mfl. (2013, s. 8) definerer normativ integrasjon slik: «The development and maintenance of a common frame of reference (i.e., shared mission, vision, values and culture) between organisations, professional groups and individuals.»

I samhandlingsreformen kommer dette til uttrykk i en retorikk om at et helhetlig perspektiv med pasienten i sentrum skal skape et felles utgangspunkt for samhandling. Verken Integrated Care eller samhandlingsreformen problematiserer hvordan dette skal oppnås, og spesialisering og fragmentering oppfattes ikke som noe hinder for et slikt mål. Ledelse og felles misjon og visjon fremheves som viktige prinsipper for normativ integrasjon (Suter mfl., 2009) til tross for at ledere i liten grad har ansvar eller myndighet ut over organisasjonenes grenser, og liten innflytelse over profesjonell praksis.

Med utgangspunkt i en forståelse av helsetjenesten som funksjonelt differensiert, samt at delsystemene er autonome og selvrefererende, er ambisjonen om helhet og fellesforståelse ikke bare urealistisk; den tåkelegger også de ulikhetene som finnes i helsetjenesten, og som i stedet bør løftes opp og danne utgangspunktet for samhandling.

## 7. Samhandling forutsetter refleksjon basert på gjensidig systemkunnskap om målet om større sosial integrasjon skal nås

Et resultat av helsetjenestens funksjonelle differensiering er at delsystemene først og fremst observerer sin omverden med utgangspunkt i sin egen forståelse, kontekst og rolle, og ikke i en felles forståelse. For at samhandling skal kunne skape integrasjon, må systemene bli

reflekterte i stedet for refleksive. Refleksivitet, eller første ordens observasjoner, innebærer at et system tar sitt eget verdenssyn for gitt. Refleksjon, eller andre ordens observasjon, innebærer at et system observerer at andre systemer forstår verden ut fra helt andre perspektiver, og dermed at systemets egne observasjoner er kontingente. De kunne vært annerledes (Holmström, 2007). Silometaforen illustrerer hvordan delsystemenes grenser kan vanskeliggjøre refleksjon om de blir for høye. Refleksjon danner på denne måten ikke bare forutsetningen for samhandling, men samhandling kan også forstås som en forutsetning for refleksjon.

Den politiske samhandlingsambisjonens strukturelle forventninger om at delsystemene i helsetjenesten skal samhandle mer og bedre, kan i lys av Hagens (2006) distinksjon mellom kollektiv og individuell rasjonalitet forstås som en viktig faktor for å fremme refleksjon i helsetjenesten. Den normative retorikken handler om hvordan pasienten og helsetjenesten som fellesskap har behov for at delsystemene ikke bare tar utgangspunkt i sin systemforståelse, men i kollektive konsekvenser når de samhandler.

At systemer er reflekterte og observerer at andre delsystemer observerer sin omverden på en annen måte, er en nødvendig, men ikke tilstrekkelig forutsetning for at samhandling skal skape sosial integrasjon. Refleksjon medfører kun at delsystemene er kognitivt åpne i møte med andre systemer og klare for å samhandle. For at samhandlingen skal medføre integrasjon og sammenkobling, må refleksjonen ta utgangspunkt i *gjensidig systemkunnskap* (Vik, 2018). Gjensidig systemkunnskap innebærer ikke at de ulike forståelsene smelter sammen til én felles forståelse. Snarere er det snakk om anerkjennelse av, og kunnskap om, hverandres systemiske forhold og at aktørene forstår at differensiering av arbeidsoppgaver er ulike funksjoner som utgjør viktige bidrag til helheten. Det er altså ikke nok at man samhandler med utgangspunkt i for eksempel et helhetlig pasientperspektiv eller en samarbeidsavtale, siden dette ikke sier noe om de systeminterne forskjellene som faktisk vanskeliggjør samhandling.

Det er altså ikke nok at aktørene stilles overfor konflikten mellom kollektiv og individuell rasjonalitet. Dette er kun en forutsetning. For at samhandling skal medføre sammenkobling, må den kollektive handlingen baseres på kunnskap som innebærer at en aktørs handling er tilpasset en annens. Dette skjer ikke automatisk verken gjennom at man velger å handle kollektivt, at man har forpliktet seg til å samarbeide, eller at man er en del av et nettverk.

Flere studier påpeker at nettopp manglende kunnskap om hverandres praksis og kontekst er en av de største barrierene mot samhandling (Vik, 2018; Cameron mfl., 2014). Utfordringen gjelder spesielt forholdet mellom ulike profesjoner (Hall, 2005), men manglende gjensidig systemkunnskap er identifisert også mellom aktører fra samme profesjon (Strandos, 2014; Nordsveen & Andershed 2015). Et sentralt spørsmål blir da hvordan man kan oppnå gjensidig systemkunnskap. Vik (2018) viser hvordan systemer kan oppnå dette gjennom konflikt, forhandling og diskusjon om hverandres systeminterne forskjeller. Helsetjenestens delsystemer er så komplekse at betydningen av systeminterne forskjeller vanskelig kan forstås utelukkende gjennom observasjon. Forskjellene må derfor oppleves og erfares gjennom kommunikasjon, og de fremprovoseres og tydeliggjøres spesielt i kommunikasjon som er preget av konflikt, forhandlinger og diskusjon, nettopp fordi denne type kommunikasjon tar utgangspunkt i de systeminterne forskjellene som vanskeliggjør samhandlingen. Poenget er altså at for å oppnå sosial integrasjon mellom delsystemer, må de bevisstgjøres om hverandres forståelser, mål og organisatoriske forhold. Ellingsen og Munkvold (2007) påpeker med utgangspunkt i et lignende resonnement at Integrated Care ikke kan forstås som en konstant enhet, men heller er en «short lived arrangement, achieved in practice, which constantly needs to be renegotiated».

## 8. Sosial integrasjon krever samsvar mellom to systemers strategier for å håndtere kompleksiteten

Sosiale systemer utvikler seg kontinuerlig gjennom å transformere ubestemt kompleksitet fra sin omverden til bestemt og organisert kompleksitet internt i systemet. Dette innebærer at systemene tolker og reformulerer kommunikasjon, forventninger og oppgaver fra sin omverden gjennom sine systeminterne seleksjonshorisonter. For at samhandling skal medføre integrasjon, må systeminterne forventninger og seleksjonshorisonter om samhandling stå i stil med de eksterne. Altså må det være samsvar mellom strategiene de to systemene som skal samhandle, har for å håndtere kompleksiteten tilknyttet en gitt pasient eller oppgave.

I interaksjonssystemet vil begrensninger tilknyttet tema og samtidig tilstedeværelse i seg selv redusere kompleksiteten. Det øker sjansen for balanse mellom intern og ekstern kompleksitet. Gjennom kommunikasjon i interaksjonssystemer kan psykiske systemer gjøre sin kompleksitet tilgjengelig for hverandre, og gjennom konflikt, diskusjon og forhandlinger om hverandres kompleksitet og seleksjonshorisonter kan det skapes gjensidig systemkunnskap som strukturerer tydelige forventninger og en felles strategi for samhandlingen.

Samhandling mellom organisasjonssystemer er derimot preget av større kompleksitet, noe som gjør det utfordrende å skape balanse mellom den interne og eksterne kompleksiteten. Her er det ikke bare individers tanker og bevisstheter som må koordineres, men også beslutninger, beslutningspremisser, kulturer, ulike strukturelle koblinger osv.

Deling av beslutningspremisser står sentralt både i nettverksperspektivet og Integrated Care. Utfordringen er at det ikke finnes noen garanti for at de ulike organisasjonssystemene forstår og forholder seg til beslutningspremissene på samme måte. La oss ta pakkeforløp som eksempel. Disse reduserer kompleksitet ved å informere om en bestemt seleksjonshorisonter for gitte deler av en behandling. Utfordringen oppstår når en organisasjon skal forholde seg til denne seleksjonshorisonten med utgangspunkt i sin egen kompleksitet og seleksjonshorisonter. Organisasjoner vil tolke beslutningspremisset ut fra tidligere beslutninger og forstå beslutningskommunikasjon med utgangspunkt i sin egen systeminterne kompleksitet. Det er altså ikke gitt at to eller flere organisasjoner utvikler samme strategi for å håndtere kompleksitet i det samme pakkeforløpet. Om man supplerer felles beslutningspremiss på organisasjonsnivå med møteplasser som gir rom for interaksjonssystemer, hvor man kan kommunisere hvorfor og hvordan man har tolket beslutningspremisset som man har gjort, er muligheten for sammenkobling større.

Argumentet om at samhandling krever balanse mellom et systems interne og eksterne kompleksitet, kan også forklare hvorfor organisatorisk samhandling virker å være lettere på tvers av organisasjoner internt i spesialisthelsetjenesten enn på tvers av forvaltningsnivåer (sykehus/kommune) (Vik, 2018). Ulike organisasjonssystemer i et sykehus har lettere for å samhandle ettersom de deler mange av de samme beslutningspremissene, har lignende organisering (differensiering), lignende forventninger fra pasienter og pårørende og mange av de samme strukturelle koblingene til funksjonssystemer (samme lovverk, politiske retningslinjer og økonomiske incentiver). Deres interne kompleksitet er dermed mer i balanse, og det er større sannsynlighet for samsvar mellom strukturelle forventninger og strategier for samhandling.

## Konklusjon

I denne artikkelen har vi diskutert hvordan samhandling som sosialt fenomen kan forstås i lys av Luhmann systemteori, samt forsøkt å vise hva et perspektiv på helsetjenesten som funksjonelt differensiert kan yte i studier av samhandling og integrasjon. Vi mener perspek-

tivet kan supplere innsikten som følger av mer praksisorienterte og reformnære studier. Spesielt vil vi trekke frem at perspektivet tar på alvor og belyser spenningene og paradokkene som ligger i helsetjenestens organisering, og hvordan dette utfordrer målet om samhandling. Perspektivet vi foreslår, representerer også en forskyvning av hva som er i sentrum for oppmerksomheten. Det sentrale er ikke hvordan integrasjon oppstår gjennom makt, normer eller konkurranse, men hvordan ulike aktører fortolker og forholder seg til ulike strukturelle forventninger.

Vi foreslår også nye måter å kommunisere om samhandling på. Begreper som polyfoni, lukkethet, kompleksitet og konflikt utfordrer ofte brukte honnørord om felles forståelse, helhetlige perspektiver og pasienten i sentrum. Den alternative måten å kommunisere om samhandling på er ikke bare av teoretisk betydning. Vi mener den normative retorikken, som står så sterkt både i faglig og politisk kommunikasjon, faktisk kan vanskeliggjøre samhandling og sosial integrasjon. Grunnen er at retorikken tåkelegger de spenningene, motsetningene og forskjellene som finnes i en moderne helsetjeneste. Disse forskjellene må i stedet løftes frem og danne utgangspunktet for aktørenes samhandling.

Artikkelen representerer slik også et bidrag til den systemteoretiske diskusjonen om hvordan integrasjon kan oppnås mellom systemer som opererer ut fra ulik forståelse, basert på deres ytelse og funksjon. Andre systemteoretiske bidrag som rasjonell solidaritet (Hagen & Johnsen, 2013), tredje ordens nettverkssystem (la Cour & Højlund, 2008) og samarbeidssystem (Neumann mfl., 2011) har hatt som utgangspunkt at samhandling kommer til uttrykk som et bestemt system, og at integrasjon er mulig gjennom felles mål eller solidaritet. Vi argumenter derimot for at samhandling struktureres forskjellig i ulike systemer, og at det er gjennom konflikt og diskusjon om forskjellene som vanskeliggjør samhandling, at aktørene kan oppnå gjensidig systemkunnskap som danner utgangspunkt for integrasjon.

De åtte tesene om en funksjonelt differensiert helsetjeneste som vi har identifisert her, er ikke er ment som endelige. De kan både kritiseres, nyanseres og suppleres. Vi håper imidlertid at artikkelen kan bidra til mer teoretisk forankrede analyser av samhandlingssituasjoner hvor komplekse systemer skal koordineres – ikke nødvendigvis bare innenfor helsetjenesten, men også andre sektorer som består av et mangfold av institusjoner, profesjoner og kunnskapsfelt. Vi håper derfor at vårt bidrag kan ha en overføringsverdi til andre komplekse organisasjoner.

## Referanser

- Aakvaag, G. C. (2005). Frihet og orden. En kommunikasjonsteoretisk løsning. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 46(2), 187–219.
- Abbott, A. (2014). *The system of professions: An essay on the division of expert labor*: University of Chicago Press.
- Alm Andreassen, T. (2019). Tilnærminger i forskning om samordning og samarbeid. I C. Bjørkquist & M. Jerndahl Fineide (Red.), *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester* (s. 19–46). Cappelen Damm Akademisk. DOI: <https://doi.org/10.23865/noasp.66.ch1>
- Amelung, V., Stein, V., Goodwin, N., Balicer, R., Nolte, E., & Suter, E. (2017). *Handbook integrated care*: Springer. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-56103-5>
- Andersson, J., Ahgren, B., Axelsson, S. B., Eriksson, A., & Axelsson, R. (2011). Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation – an international literature review. *International Journal of Integrated Care*, 11(4), 1–10.
- Axelsson, R., & Axelsson, S. B. (2006). Integration and collaboration in public health – a conceptual framework. *The International Journal of Health Planning and Management*, 21(1), 75–88. DOI: <https://doi.org/10.1002/hpm.826>



- Baecker, D. (2001). Why systems? *Theory, culture & society*, 18(1), 59–74. DOI: <https://doi.org/10.1177/026327601018001005>
- Bang, H. P. (2003). *Governance as political communication: Governance as Social and Political Communication*. University Press.
- Cameron, A., Lart, R., Bostock, L., & Coomber, C. (2014). Factors that promote and hinder joint and integrated working between health and social care services: a review of research literature. *Health & Social Care in the Community*, 22(3), 225–233. DOI: <https://doi.org/10.1111/hsc.12057>
- Durkheim, E. (1911). *De la division du travail social*. Alcan.
- Ekeland, T., Stefansen, J., & Steinstø, N. (2011). Klinisk autonomi i evidensenes tid. Styringspolitiske utfordringer for klinisk praksis. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 14(1), 2–14.
- Ellingsen, G., & Munkvold, G. (2007). Infrastructural arrangements for integrated care: implementing an electronic nursing plan in a psychogeriatric ward. *International Journal of Integrated Care*, 7(2). DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.190>
- Frisvoll, I. C., Aarseth, T., & Kirchhoff, R. (2020). Å skrive ut pasienter til kommunene–faglig rasjonalitet under press?. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 6(03), 1–15. DOI: <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-03-04>
- Gjerde, I., Torsteinsen, H., & Aarseth, T. (2016). Tildelingskontoret–en innovasjon i norske kommuner? I Amdam, J., Bergem, R., & Båtevik, F. O. (Red), *Fjordantologien: Offentleg sektor i endring* (s. 48–64). Universitetsforlaget. DOI: <https://doi.org/10.18261/9788215027722-2016-05>
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). Managing the care of health and the cure of disease—Part II: Integration. *Health Care Management Review*, 26(1), 70–84. DOI: <https://doi.org/10.1097/00004010-200101000-00007>
- Grimsmo, A., Kirchhoff, R., & Aarseth, T. (2015). Samhandlingsreformen i Norge. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 17(3), 3–12.
- Hall, P. (2005) Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional care*, 19, sup1, 188–196. DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820500081745>
- Hagen, R. (1999). *Rasjonell solidaritet*. Universitetsforlaget.
- Hagen, R. (2006). *Nyliberalismen og samfunnsvitenskapene: refleksjonsteorier for det moderne samfunnet*. Universitetsforlaget.
- Hagen, R., & Johnsen, E. (2013). Styring gjennom samhandling: Samhandlingsreformen som kasus. I A. Tjora & L. Melby (Red.), *Samhandling for helse* (s. 31–53). Oslo: Gyldendal Akademi.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2005). *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Holmström, S. (2007). Niklas Luhmann: Contingency, risk, trust and reflection. *Public Relations Review*, 33(3), 255–262. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pubrev.2007.05.003>
- Joas, H. & Knöbl, W. (2009). *Social theory: twenty introductory lectures*. University Press.
- Kneer, G., & Nassehi, A. (1997). *Niklas Luhmann: introduktion til teorien om sociale systemer*. Hans Reitzels Forlag.
- Knudsen, M., & Vogd, W. (2014). *Systems theory and the sociology of health and illness: Observing healthcare*. Routledge.
- Kodner, D. L. (2009). All together now: a conceptual exploration of integrated care. *Healthcare Quarterly*, 13(sp), 6–15. DOI: <https://doi.org/10.12927/hcq.2009.21091>
- Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications--a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2(4). DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.67>
- Kristiansen, T. T. (2017). *Det norske samfunnet som handlingsdyktig fellesskap – Svikt og endring etter 22. juli-terroren*. Doktorgradsavhandling, UiT Norges arktiske universitet.
- la Cour, A. & Højlund, H. (2008). Samarbejdets dobbelte strukturer. I M. Paulsen & J. Tække (Red.), *Luhmann og organisation* (s. 177–193). Unge Pædagoger.
- Lerum, S. V., & Frich, J. C. (2012). Normative assumptions in integrated care: A conceptual discussion. *International Journal of Healthcare Management*, 5(1), 32–39. DOI: <https://doi.org/10.1179/2047971911y.0000000004>

- Ling, T. (2002). Delivering joined-up government in the UK: dimensions, issues and problems. *Public Administration*, 80(4), 615–642. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-9299.00321>
- Lockwood, D. (1964). Social Integration and System Integration. I G. K. Zollschan & H. W. Hirsch (Red.), *Explorations in Social Change* (s. 244–257). Houghton Mifflin.
- Luhmann, N. (1978). Organisation und entscheidung. I *Organisation und Entscheidung* (s. 5–71). Springer.
- Luhmann, N. (1982). *The differentiation of society*. Columbia University Press.
- Luhmann, N. (2000). *Sociale systemer: grundrids til en almen teori*. Hans Reitzels Forlag.
- Luhmann, N. (2012). *Theory of society* (Vol. 1). Stanford University Press.
- Løegreid, P., Randma-Liiv, T., Rykkja, L. H., & Sarapuu, K. (2014). Introduction: Emerging coordination practices in European public management. *Organizing for coordination in the public sector*, 1–17. Springer. DOI: [https://doi.org/10.1057/9781137359636\\_1](https://doi.org/10.1057/9781137359636_1)
- Meld. St. 26 (2014–2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 11 (2015–2016). *Nasjonal helse- og sykehusplan*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Nassehi, A. (2005). Organizations as decision machines: Niklas Luhmann's theory of organized social systems. *The Sociological Review*, 53(1\_suppl), 178–191. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-954x.2005.00549.x>
- Neumann, D., de Santa-Eulalia, L. A., & Zahn, E. (2011). *Towards a theory of collaborative systems*. Paper presented at the Working Conference on Virtual Enterprises. Springer.
- Nordsveen, H., & Andershed, B. (2015). Pasienter med kreft i palliativ fase på vei hjem – Sykepleieres erfaringer av samhandling. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 5(3), 239–252. <https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2015-03-02>
- O'Toole Jr., L. J. (2003). Interorganizational relations in implementation. *Handbook of Public Administration*, 234–244. DOI: <https://doi.org/10.4135/9781848608214.n19>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. Cappelen Damm akademisk.
- Peters, B. G., & Pierre, J. (1998). Governance without government? Rethinking public administration. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 8(2), 223–243. DOI: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.jpart.a024379>
- Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2004). *Public management reform: A comparative analysis*. Oxford University Press.
- St.meld. nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett tid – til rett sted*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Strandos, M. (2014). Samhandling ved sjukehusinnlegging av sjukeheimspasienter. I O. Bukve & G. Kvåle (Red.), *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar* (s. 137–149). Universitetsforlaget.
- Supper, I., Catala, O., Lustman, M., Chemla, C., Bourgueil, Y., & Letrilliart, L. (2014). Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *Journal of Public Health*, 37(4), 716–727. DOI: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdu102>.
- Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., & Armitage, G. D. (2009). Ten key principles for successful health systems integration. *Healthcare Quarterly*, 13(sp). DOI: <https://doi.org/10.12927/hcq.2009.21092>
- Teubner, G. (1993). The many-headed hydra: Networks as higher-order collective actors. I J., McCathery, S., Picciotto, C., Scott, (Red.), *Corporate control and accountability, Changing structures and the dynamics of regulations*, (s. 41–60). Oxford University Press.
- Torgersen, G.-E. (2018). Samhandling Under Risk (SUR)? Theoretical Foundation as a Common Frame of Reference. *Interaction "Samhandling" Under Risk: A Step Ahead of the Unforeseen*, 19–38. DOI: <https://doi.org/10.23865/noasp.36.ch1>
- Tornes, K. (2012). Modeller i evaluering. I K. Tornes (Red.), *Evaluering i teori og praksis*. Akademika forlag.
- Vabo, S. I., & Røiseland, A. (2008). Governance på norsk. Samstyring som empirisk og analytisk fenomen. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 24(01–02), 86–107.
- Valaker, I. (2014). Et helhetlig behandlingsforløp – om samhandling rundt pasienter. I O. Bukve & G. Kvåle (Red.), *Samhandling og kvaliteten i helseorganisasjonar* (s. 98–116). Universitetsforlaget.

- Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International journal of integrated care*, 13(1). DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.886>
- Vik, E. (2018). Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(02), 119–147. DOI: <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03>
- Vik, E., & Aarseth, T. (2019). Koordinatorordninger som samordningstiltak – tre mulige paradokser. I C. Bjørkquist & M. J. Fineide (Red.), *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester* (s. 119–144). Universitetsforlaget.
- Villadsen, K. (2008). 'Polyphonic' welfare: Luhmann's systems theory applied to modern social work. *International Journal of Social Welfare*, 17(1), 65–73. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2007.00504.x>
- Watson, J., Hockley, J., & Dewar, B. (2006). Barriers to implementing an integrated care pathway for the last days of life in nursing homes. *International Journal of Palliative Nursing*, 12(5), 234–240. DOI: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2006.12.5.21177>
- Åkerstrøm, N. (2002). Polyfone organisasjoner. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 4(2), 27–53.