

# MASTEROPPGAVE

**”Vi jobber på hver vår tue”**

**En studie av samarbeid i kommunal  
fysioterapitjeneste.**

Utarbeidet av:

Kari Anne Dehli.

Fag:

Masterstudiet i organisasjon og ledelse.

Avdeling:

Avdeling for økonomi, språk og samfunnsfag,  
2015.



## Forord

Etter fire års studier skal masteravhandlingen leveres. Jeg sitter igjen med mye ny kunnskap og erfaringer som jeg kan bygge videre på.

Først og fremst ønsker jeg å takke min flotte familie. Jon, Tuva og Jonathan. Takk for oppmuntring, klemmer og for at dere har heiet på meg. Nå er jeg endelig i mål. Et stort takk til øvrig familie, venner og kollegaer som hele tiden har oppmuntret og støttet meg.

Tusen takk til min kloke, dyktige og tålmodige veileder Tom B. Gundersen. Du har fått meg til å strekke meg og gitt meg de rette rådene til rett tid. Takk for at du har vært så tilgjengelig og positiv, det har betydd mye.

Til alle dere som velvillig har deltatt i denne undersøkelsen, både gjennom å svare på spørreskjema og stille opp til intervju: Mange takk. Det hadde ikke gått uten dere.

Ørje 21.04.15

Kari Anne Dehli

## Innholdsfortegnelse

Forord .....	1
Innholdsfortegnelse .....	4
1. INNLEDNING. ....	7
Oppgavens design og oppbygging. ....	7
Bakgrunn for valgt tema. ....	8
Valg av problemstilling og forskningsspørsmål.....	10
Kunnskapsstatus på feltet. ....	11
2. KOMMUNAL FYSIOTERAPITJENESTE.....	14
Illustrasjon over kommunal fysioterapitjeneste. ....	15
Kommunefysioterapitjenesten.....	16
Fysioterapi i privat praksis .....	17
Formalisert samarbeid .....	18
3. UNDERSØKELSENS FREMGANGSMÅTE.....	20
Refleksjoner om valg av metode. ....	20
Forundersøkelse.....	21
Valg av respondenter.....	22
Praktisk gjennomføring. ....	23
Datainnsamling.....	24
Dataanalyse. ....	26
Reliabilitet, validitet og overførbarhet. ....	28
Intern gyldighet. ....	29
Overførbarhet. ....	30
Pålitelighet.....	31
Etiske vurderinger. ....	32
4. FORDYPNING I UNDERSØKELSENS FUNN.....	34
Del 1. Delanalyse. ....	35
Hvordan er de strukturelle betingelsene for samarbeid?.....	35
Fellesskap. ....	36
Om mål.....	36
Om ulik organisering.....	37

Felles møtearena.....	38
Arbeidsdeling.....	40
Arbeidsmåter.....	40
Fag og kompetanse.....	43
Myter.....	44
Syn på hverandre.....	44
Hvordan kan de strukturelle betingelsene forstås?.....	46
Formell struktur og samarbeid.....	47
Kulturelle forhold og samarbeid.....	52
Spesialisering og samarbeid.....	58
Hvilken betydning har ledelse for samarbeid?.....	61
Lederadferd.....	62
Regler.....	62
Ressurser.....	63
”Sette agenda”.....	64
Støtte.....	65
Lederadferd og dens betydning for samarbeid.....	66
Lederadferd.....	67
Transformasjonsledelse.....	69
Mandatperspektivet.....	71
Ledelsesadferd, makt og samarbeid.....	73
Ledelse, strukturelle betingelser og samarbeid.....	75
Hvilken betydning har individuelle forhold for samarbeid?.....	77
Interesser.....	77
Om økonomiske interesser.....	78
Om faglige interesser.....	78
Om ønske om samarbeid.....	79
Hvordan kan de individuelle forholdene forstås?.....	80
Interesser.....	80
Del 2.....	84
Fra deler til helhet; en overordnet analyse av undersøkelsen.....	84
Forundersøkelsens funn.....	87
Avhengighet og samordning.....	88

Kommunal fysioterapitjeneste som et løst koplet system. ....	94
Ledelsesperspektivet i forhold til opplevelse av avhengighet, samordning og løst koplede systemer. ....	96
5. DETTE FANT JEG, OG HVA SÅ?.....	98
En oppsummering og konklusjon av undersøkelsen. ....	98
Svar på undersøkelsens problemstilling. ....	99
Undersøkelsens resultat i relasjon til kunnskapsstatus på feltet.....	100
Undersøkelsens resultat i lys av forundersøkelsen.....	101
Avsluttende kommentar og tanker om veien videre.....	102
Litteraturliste. ....	104
Vedlegg 1. ....	109
Vedlegg 2. ....	111
Vedlegg 3. ....	113
Vedlegg 4. ....	114
Vedlegg 5. ....	115

# 1. INNLEDNING.

Samhandlingsreformen legger opp til at kommunen skal ta et større ansvar for helsetjenestene enn før. I økende grad skal kommunen forebygge skader og lidelser og ta imot pasienter når de skrives ut fra sykehusene. Økt fokus på forebyggende og helsefremmende arbeid er viktig for å sikre god kvalitet på tjenestene og for å sørge for en bærekraftig utvikling av helsesektoren (St. meld. nr. 47, (2008-2009), s.14). Kommunal fysioterapitjeneste er en viktig del av kommunens helsetjeneste og skal dermed være med og bidra for å løse disse utfordringene.

Kommunal fysioterapitjeneste består av kommunalt ansatte fysioterapeuter og privatpraktiserende fysioterapeuter med driftstilskudd. Denne oppgaven handler om samarbeidet mellom disse fysioterapeutene.

## Oppgavens design og oppbygging.

Oppgaven er delt inn i 5 kapitler. Innledningen som er kapittel 1 tar for seg bakgrunnen for studien, og leder frem til studiens problemstilling og forskningsspørsmål. Videre redegjøres det for undersøkelsens avgrensning. Kapittel 2 tar for seg den kommunale fysioterapitjenesten, ulikheter mellom de ansatte fysioterapeutene og de private, og hvordan tjenesten er bygget opp forklares. Kapittel 3 er viet refleksjoner og begrunnelse for undersøkelsens bruk av kvalitativ metode. I kapittel 4 begynner analysen av funnene, teori presenteres underveis i analysen og er med på å sette søkelys på og gi forståelse til empirien som undersøkelsen har samlet inn. Analysen starter med å belyse oppgavens tre forskningsspørsmål, etter denne delanalysen presenteres en sluttanalyse. Det siste

kapittelet presenterer undersøkelsens konklusjon og ser funnene i relevans til tidligere kunnskap på feltet.

## Bakgrunn for valgt tema.

Etter å ha jobbet i helsesektoren i snart 20 år har jeg gjort meg mange erfaringer og refleksjoner over egen praksis og yrkeserfaring. Helsevesenet er under stadig press og etterspørselen etter dens tjenester øker i takt med befolkningens helseutfordringer og utviklingen av nye behandlingsteknikker. De ulike profesjonene som utgjør helsevesenet står overfor mange utfordringer, behovet for å stå sammen for å møte denne komplekse virkeligheten synes fornuftig. Samhandling og samarbeid vil kunne være viktig for å løse disse utfordringene til brukernes beste. Staten innførte i 2012 en ny reform basert på samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Eksisterende oppgaver skal bygges opp, nye tilbud utvikles og oppgaver skal flyttes fra spesialisthelsetjenesten til kommunene:

*Det er en ambisjon at kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning, med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging, slik at helhetlig pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innefor beste effektive omsorgsnivå(BEON) (St.meld. nr. 47,(2008-2009), s. 26).*

Denne reformen tar sikte på å gi innbyggerne behandling der de bor, noe som gir kommunene et økt ansvar for den enkelte.

Jeg har jobbet som privatpraktiserende fysioterapeut i over 15 år. Kommunenes offentlige fysioterapitjeneste består av privatpraktiserende fysioterapeuter med avtale, og de kommunalt ansatte fysioterapeutene. Det er virksomhetsleder som har det overordnede lederansvaret. De private driver ofte enkeltmannsforetak eller AS, mens de kommunale er ansatt. Vi skal i samarbeid dekke kommunens behov for fysioterapi.

Samarbeid og samhandling blir stadig viktigere for å imøtekomme nye lover og retningsreformer i helsetjenesten; jmf Folkehelseloven (2011), Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) samt Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47). Dette gir føringer om helhetlige og koordinerte tjenester. I hverdagen opplever vi økt



press på våre tjenester; vi har behov for å utvikle en samlet og sterk fysioterapitjeneste som jobber helhetlig og ikke fragmentert.

”Den sømløse pasienten” er det nye moteordet. Rett behandling på rett sted til rett tid gjentas som et mantra av mange.

Helseminister Bent Høie og regjeringen vil i løpet av 2015 legge frem en stortingsmelding om kommunehelsetjenesten. Fokus her vil være å tydeliggjøre kravene til økt samordning og samarbeid i helsevesenet. Det skal legges vekt på organisering av oppgaver, bruk av helsepersonell, kvalitetskrav og opptrappingsplan for rehabilitering (Rekve, 2014). Dette kan sees på som en oppfølging av Samhandlingsreformen som ble innført 01.01.2012.

Vi som arbeider i kommunens helsevesen, opplever ikke at ressursene øker i takt med økte utfordringer og nye arbeidsoppgaver. Derfor er det vesentlig at vi sørger for at vi utnytter ressursene til det beste for pasientene våre og at vi både organisasjonsmessig og faglig sett er rustet til å møte disse kravene.

Det er dette samarbeidet denne undersøkelsen ønsker å se nærmere på; samarbeidet mellom kommunalt ansatte og private fysioterapeuter. Jeg har selv erfart at dette samarbeidet og samhandlingen ikke alltid er så lett å få til. Samarbeid er de fleste positive til, men rent praktisk er det vanskelig i hverdagen. Hva ligger bak vanskene? Er det noen som får det til? Hva preger de som lykkes? Hvordan samhandler fysioterapeutene i forhold til hverandre? Hvordan påvirkes samarbeidet av hvordan tjenestene er organisert?

Det har de siste årene vært skrevet en del om samhandling mellom kommune og sykehus. Men jeg er interessert i hvordan kommunen selv samarbeider innad for å løse de daglige utfordringene. Hvordan samhandler fysioterapitjenesten seg i mellom; ”i eget hus”?

Fysioterapi er en del av hele kommunens helsetjeneste. Faget er stadig i utvikling og må tilpasse seg de omgivelsene det utøves i.

## Valg av problemstilling og forskningsspørsmål.

Min drivkraft i denne undersøkelsen har vært å finne ut av samhandling og samarbeid innad i kommunens fysioterapitjeneste. For å imøtekomme utfordringer i hverdagen, og for å kunne samhandle med kommunens øvrige helsevesen og spesialisthelsetjenesten for brukernes beste, vil det være avgjørende at fysioterapitjenesten samarbeider. Temaet samarbeid er stort, og et av kravene til en problemstilling, er at den skal være klar (Jacobsen, 2005, s. 74).

Problemstillingen og forskningsspørsmålene er drevet frem av egen yrkeserfaring og opplevelse, samt av de føringene som legges på helsetjenesten fra lover, høringer og reformer.

Økt kunnskap om hvordan samarbeid og samhandling fungerer i dag, vil kunne legge en god plattform for en styrking og utvikling av kommunenes fysioterapitjeneste, og være med å gi forståelse for hvilke tiltak som kan iverksettes for å fremme dette; dette er oppgavens hensikt.

Norsk Fysioterapeutforbunds leder Fred Hatlebrekke har i en fagkronikk presisert at det i dag er manglende samhandling mellom nivåene i helsetjenesten og mellom ulike grupper helsepersonell i primærhelsetjenesten; i kommunehelsetjenesten. Systemer for samhandling, ledelse og styring av tjenesten må på plass. For å få til denne forandringen kreves det lederskap som staker ut retning, skaper tilslutning, motiverer, inspirerer, kommuniserer og støtter (Hatlebrekke, 2014, s.7).

På bakgrunn av dette har jeg valgt følgende problemstilling og forskningsspørsmål:

**Hva kjennetegner samarbeidet i kommunal fysioterapitjeneste, og hvilke forhold har betydning for dette samarbeidet?**

Siden samarbeid foregår mellom aktører i en organisasjon underlagt ledelse, var det naturlig å reise disse forskningsspørsmålene:

- Hvordan er de strukturelle betingelsene for samarbeid?
- Hvilken betydning har ledelse for samarbeid?
- Hvilken betydning har individuelle forhold for samarbeid?

Undersøkelsen er avgrenset til samarbeidet mellom fysioterapeutene, de kommunalt ansatte og de private med avtale om refusjonsrett.

Etter å ha redegjort for valg av undersøkelsens problemstilling og tre forskningsspørsmål, presenteres det som er kjent på kunnskapsfeltet som omhandler samarbeid i kommunal fysioterapitjeneste.

### Kunnskapsstatus på feltet.

Det er skrevet mye litteratur som omhandler samarbeid, samhandling og koordinering. Boken *Dugnadsånd og forsvarsverker* er et eksempel på litteratur som bygger på empiriske studier om dette temaet, og som siteres ofte i drøfting av samarbeid (Repstad, 2004).

Denne undersøkelsen konsentrerer seg om kunnskap om samarbeid, samhandling og koordinering som omhandler kommunal fysioterapitjeneste. Etter presentasjon av Odsbu (2012) sin studie, og en spørreundersøkelse om fysioterapi i kommunehelsetjenesten, vises det til en gjennomgang av flere studier om vellykket samarbeid i helsetjenesten forfattet av San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D`Amour og Ferrada-Videla i 2005 (San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D`Amour, & Ferrada-Videla, 2005).

Odsbu (2012) har skrevet en masteravhandling om samarbeid i fysioterapitjenesten mellom 1. og 2. linjetjenesten; mellom kommune og sykehus. Undersøkelsen så på hva som hemmet og fremmet dette samarbeidet. Sentrale funn var at de organisatoriske forskjellene mellom fysioterapeutene spilte en rolle på kommunalt nivå. De private fysioterapeutene etterlyser sterkere lederskap og mer handlekraft fra helseledelsen i kommunen. Det å skape klare rammer rundt og ha en felles agenda eller mål ble presisert som viktig for samarbeidet. Det var også utfordringer på det relasjonelle planet og at hver og en må starte med seg selv, sine prioriteringer og holdninger for å få til samarbeid. Undersøkelsen vektlegger at det videre vil være viktig å bringe inn ledelsesnivået i videre forskning på samarbeid i fysioterapitjenesten.

En spørreundersøkelse om fysioterapi i kommunehelsetjenesten utført av Agenda på vegne av Helse og omsorgsdepartementet i 2009, konkluderte med følgende som omhandlet samhandling i kommunal fysioterapitjeneste:

- De private fysioterapeutene med avtale ønsket et tettere og bredere samarbeid med kommunen.
- De fast ansatte fysioterapeutene opplever at det er til dels vanskelig å få de private til å utføre behandling i pasientens hjem.
- Flere private med avtale har dårlig erfaring fra samarbeid med kommunen (AGENDA, 2009).

San Martin-Rodriguez et al. (2005) har gjort en gjennomgang av teoretiske og empiriske studier om avgjørende faktorer for vellykket samarbeid. Samarbeid er en mellommenneskelig prosess som legger til grunn flere forhold som bør være tilstede i forholdet mellom de som skal samarbeide. Vilje til samarbeid, tillit til hverandre, gjensidig respekt og kommunikasjon, løftes frem som viktig.

Organisatoriske forhold spiller også en rolle, spesielt i forhold til evner til human resource ledelse og sterkt lederskap (San Martin-Rodriguez et.al, 2005, s. 145).

Dette kapitlet har redegjort for bakgrunnen for valget av samarbeid som tema for denne undersøkelsen. Det er redegjort for problemstilling og forskningsspørsmål, og kunnskapsstatus på feltet undersøkelsen omhandler er presentert. Neste kapittel presenterer hvordan kommunal fysioterapitjeneste er satt sammen av to ulike organisasjoner; de kommunalt ansatte og de private med avtale. Dette illustreres med en modell for å klargjøre aktørene som inngår i strukturen kommunal fysioterapitjeneste og hvordan ledelsen har ulik beslutningsrett over de private jmf de kommunalt ansatte fysioterapeutene. Hvordan samarbeid dem i mellom kan formaliseres redegjøres det også for.

## 2. KOMMUNAL FYSIOTERAPITJENESTE.

Fysioterapi er en klinisk og forebyggende virksomhet som utøves av fagpersoner med offentlig godkjenning etter 3 års høyskoleutdanning og 1 års turnustjeneste. Faget er forankret i medisinske, samfunnsvitenskapelige og humanistiske fag. Til sammen danner det fysioterapeuters kunnskapsfelt om kroppens bevegelsesapparat, utvikling og funksjon i et helseperspektiv. Denne kompetansen gjør fysioterapeuter til en viktig bidragsyter innen folkehelsearbeid, habilitering, rehabilitering og behandling (Temaplan, 2013).

For å kunne undersøke hvordan samhandlingen og samarbeidet mellom fysioterapeutene i kommunene fungerer, er det viktig å se hvordan arbeidet er organisert og hva som formelt og reelt skiller de privatpraktiserende fra de kommunalt ansatte fysioterapeutene. Jeg vil beskrive organisering, ansettelsesforhold og arbeidsoppgaver. Dette vil være med på å gi et bilde av hvilke betingelser de har for samarbeid. Jeg redegjør også for eventuell formalisering av samarbeid.

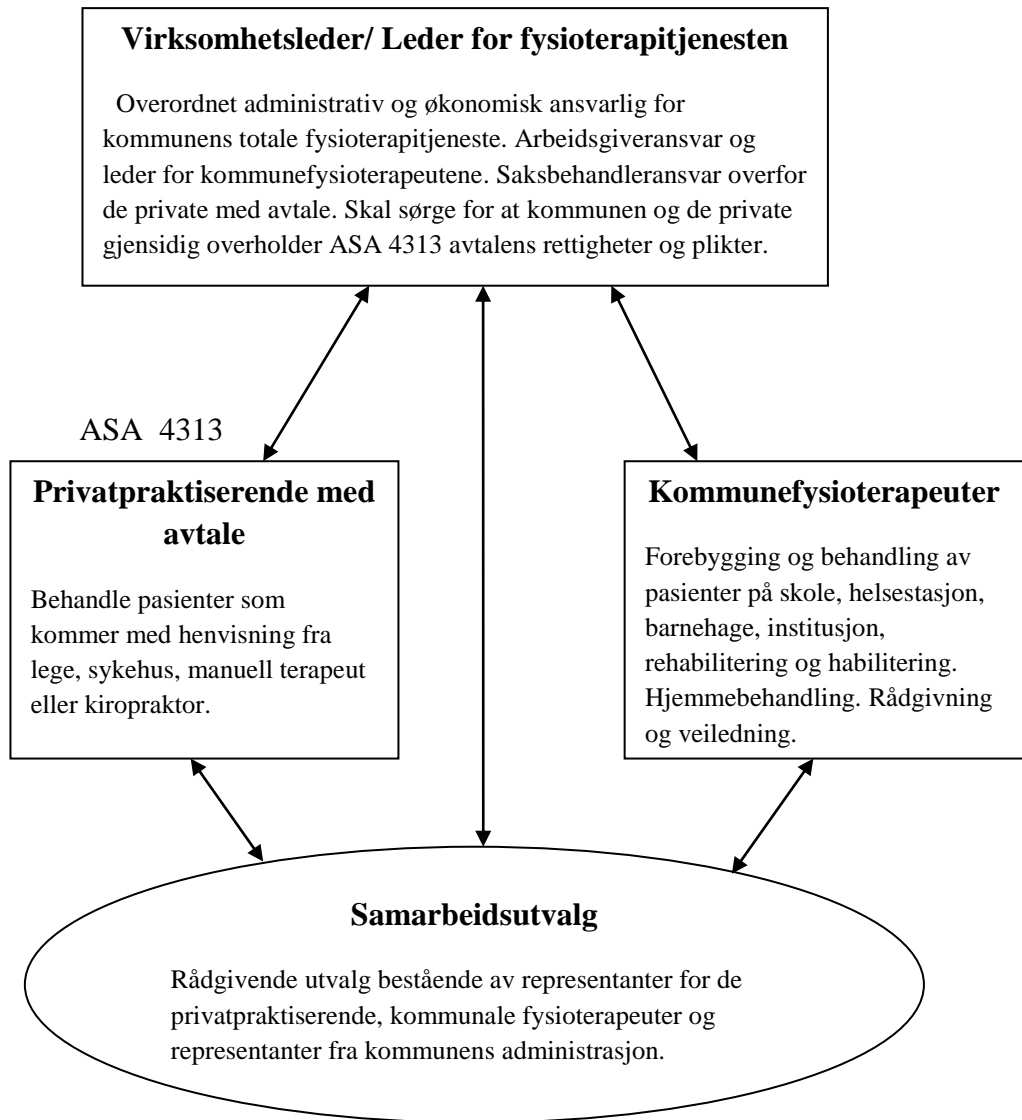
Etter Helse – og omsorgstjenesteloven (2011), skal kommunen ha en fysioterapitjeneste som dekker innbyggernes behov for helsetjenester. Kommunen står fritt i hvordan de ønsker å løse dette. Den offentlige fysioterapitjenesten i kommunen består av fysioterapivirksomhet med driftstilskudd (privat praksis), fast ansatt fysioterapeut eller fysioterapeut i fast ansettelse med fastlønnstilskudd.

Det er ofte virksomhetsleder i kommunen som har det overordnede ansvaret og lederfunksjonen for fysioterapitjenesten i kommunen. I kommuner med flere fast ansatte kommunefysioterapeuter, har ofte en av dem eller avdelingsleder lederansvar overfor de andre, og er et bindeledd mot virksomhetsleder.

For å billedliggjøre sammensetningen av kommunal fysioterapitjeneste og hvordan de er knyttet til leder av kommunal fysioterapitjeneste, presenteres en figur som viser dette:

Figur, nr. 1. Kommunal fysioterapitjeneste.

### Illustrasjon over kommunal fysioterapitjeneste.



(Egen figur, ASA 4313, 2013-2014, Veileder for fysioterapitjenesten, 2007).

Figuren viser at kommunal fysioterapitjeneste består av privatpraktiserende fysioterapeuter med avtale (private) og ansatte kommunefysioterapeuter (ansatte). Disse forholder seg begge til virksomhetsleder av kommunal fysioterapitjeneste som har det administrative og økonomiske ansvaret for kommunens fysioterapitjeneste. I noen kommuner er det en sjefsfysioterapeut eller annen leder for fysioterapitjenesten som utøver dette lederansvaret. Denne lederen har ulik beslutningsrett over de private og de ansatte. De ansatte forholder seg til leder som arbeidsgiver og leder for den jobben de utfører. De private forholder seg til leder som en saksbehandler og den som forvalter ASA 4313 avtalen som de private forholder seg til overfor kommunen (ASA 4313, 2013-2014). I praksis betyr dette at de private mottar driftstilskudd hver måned som utbetales fra kommunen, det er dette driftstilskuddet som reguleres i ASA 4303 (ibid).

Figuren viser også at de private og de ansatte har ulike arbeidsoppgaver. Samarbeidsutvalg er et utvalg som kan opprettes med representanter fra de private og de ansatte, og leder eller en representant for kommunens ledelse.

## Kommunefysioterapitjenesten.

De ansatte fysioterapeutene i kommunen tar imot pasienter i alle aldersgrupper fra flere ulike instanser for eksempel fra sykehus, helsestasjon, hjemmesykepleie, via fastlege og så videre. Arbeidsoppgavene og hvor de utføres kan oppsummeres punktvis.

Som fast ansatt fysioterapeut i kommunen er arbeidsoppgavene ofte:

- Forebygging og behandling av pasienter på skoler, helsestasjon, institusjon, barnehager, rehabilitering og habilitering.
- Behandling av hjemmeboende pasienter som ikke klarer å benytte seg av det private fysioterapitilbudet ved instituttene.
- Rådgivning og veiledning.
- Administrativt arbeid, møtevirksomhet og pasientbehandling.  
(Helse og omsorgstjenesteloven, 2012).



## Fysioterapi i privat praksis

De privatpraktiserende med avtale tar imot pasienter til behandling som kommer med henvisning til fysioterapi skrevet av fastlege, lege, kiropraktor eller manuellterapeut. De behandler de pasientene som selv kommer til instituttet og som ikke er underlagt de kommunalt ansatte fysioterapeutenes oppgaver.

Privatpraktiserende fysioterapeuter med avtale om driftstilskudd, er ikke i et ansettelsesforhold med kommunen, men er selvstendig næringsdrivende. De fleste driver enkeltmannsforetak og andre velger å organisere seg i aksjeselskap eller i praksiser med delt ansvar. De som driver enkeltmannsforetak er personlig ansvarlig for drift, investeringer i utstyr og lokaler, regnskap og bokføring, egen kompetanseutvikling, forsikringer og markedsføring. Noen velger å gå sammen i en gruppepraksis for å dele felleskostnader, mens andre jobber helt alene. Noen etablerer institutt i eget hjem. De er hver for seg ansvarlig for mottak og behandling av pasientene og de sender personlig oppgjør til Helseforvaltningen (HELFO) en gang i måneden for utført pasientbehandling.

En rammeavtale regulerer vilkårene mellom kommunen og den privatpraktiserende fysioterapeuten som har tilskudd fra kommunen, ASA 4313 (ASA 4313, 2013-2014). Avtalen er forhandlet frem mellom Kommunenes Sentralforbund (KS) og Norsk Fysioterapiforbund (NFF). Denne avtalen tar for seg de retter og plikter som de ulike partene har. Formålet er å skape forutsigbare rammebetingelser.

Leder for fysioterapitjenesten i kommunen er ofte også tildelt saksbehandleransvar for privat fysioterapipraksis, eventuelt med budsjettpost for driftstilskudd underlagt sitt økonomiansvar. Leder av fysioterapitjenesten har ansvar for oppfølging av de gjensidige rettighetene og pliktene mellom fysioterapeutene og kommunen i forhold til deres avtaler (Veileder for fysioterapitjenesten, 2007).

Så langt i dette kapitlet er det forsøkt å redegjøre for hvordan kommunal fysioterapitjeneste består av to ulike organisasjoner; de private som er selvstendig næringsdrivende og de ansatte fysioterapeutene. Figuren som presenteres viser at det kan opprettes et samarbeidsutvalg om kommunen ønsker det eller om de private ønsker det. Dette vil være en form for formalisert samarbeid mellom leder, de private og de ansatte.

## Formalisert samarbeid

For å forstå og undersøke samarbeidet mellom de ansatte og de private fysioterapeutene, er det viktig å se om det finnes prosedyrer eller retningslinjer for samarbeid dem imellom.

*Når Norsk Fysioterapeutforbunds (NFF) kontaktperson for selvstendig næringsdrivendes fysioterapeuter i kommunen, eller kommunen krever det, skal det opprettes et rådgivende samarbeidsutvalg mellom kommunenes administrasjon og de selvstendig næringsdrivende og fastlønte fysioterapeuter i kommunen for å diskutere forhold av betydning for fysioterapitjenesten (ASA 4313, 2013-2014, s.4).*

Formålet med dette utvalget er:

- Sikre hensiktsmessig drift av tjenesten gjennom samarbeid.
- Sikre de selvstendige fysioterapeutene innflytelse over drift og organisering av egen praksis i samsvar med de planer som er aktuelle for fysioterapitjenesten.

Utvalget skal gi råd i relevante saker som for eksempel:

- Planlegging av kommunal fysioterapitjeneste.
- Oppretting av avtalehjemler og fastlønns stillinger.
- Forslag til rapporteringsrutiner
- Ventelister og venteliste reduserende tiltak.
- Fordeling av behandlingsoppgaver.
- Kvalitetsarbeid; ventetid, telefonliggjenglighet, behandling i pasientens hjem osv.

Kommunen bestemmer utvalgets omfang. Det betales møtegodtgjøring etter kommunale satser (ASA 4313, 2013-2014, s.4).

Dette er det som er regulert i avtalen som de private har med kommunen. Ut over dette vil prosedyrer, retningslinjer for samarbeid og felles plan for kommunens fysioterapitjeneste være opp til hver kommune å formalisere.

Dette kapitlet har plassert de ansatte og de private fysioterapeutene som utgjør kommunens fysioterapitjeneste i forhold til ulik organisering, tilknytning til leder av kommunal fysioterapitjeneste og hvordan de har muligheter til å formalisere samarbeidet i Samarbeidsutvalg (SU) eller andre lokale formaliserte samarbeidsarenaer.

Undersøkelsen redegjør videre for hvilken metode som er valgt for å finne svar på undersøkelsens problemstilling og tre forskningsspørsmål.

### 3. UNDERSØKELSENS FREMGANGSMÅTE.

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for hvilket forskningsdesign jeg har valgt for å få svar på min problemstilling og mine forskningsspørsmål. Jeg gjør rede for valget av kvalitativ metode, bruken av semistrukturert intervju under datainnsamlingen og for mitt valg av informanter. Jeg vil forsøke å begrunne de metodologiske valgene jeg har tatt underveis. Deretter følger en redegjørelse for undersøkelsens reliabilitet og validitet. Tilslutt redegjør jeg for undersøkelsens ivaretagelse av det etiske perspektivet.

#### Refleksjoner om valg av metode.

For å få svar på problemstillingen og forskerspørsmålene, har jeg tatt valg i forhold til hvordan jeg skal gjennomføre forskningen; min metodiske tilnærming. Jeg ønsket å undersøke hva som kjennetegnet samarbeidet i kommunal fysioterapitjeneste. Jeg ønsket å gå i dybden og finne ut hva som kjennetegner det og hvordan aktørene handler i dette samarbeidet. Hvilke erfaringer har de? Kvalitativ metode nærmer seg verden der ute, den hjelper oss å forstå, beskrive og noen ganger forklare sosiale fenomen fra innsiden. Den utforsker menneskelige prosesser i en virkelig situasjon (Nilssen, 2012, s. 13).

Jacobsen argumenterer for at en kvalitativ og åpen tilnærming vil gi et mer nyansert bilde av kontekst og individ, mens en kvantitativ tilnærming vil gi et mer fragmentert og snevert bilde av konteksten (Jacobsen, 2005, s.39). En kvalitativ tilnærming vil vise noen generelle funn og tema som er felles og som også kan være gyldige for andre i samme situasjon. Det vil få frem det respondentene i studien er opptatt av og som er relevant for dem. Det kan hjelpe til å forstå virkeligheten; det som deles av flere. Det kan gi innsikt og dybdeforståelse. En

kvalitativ undersøkelsesform vil derfor være en egnet metode. På bakgrunn av dette valgte jeg å benytte kvalitativ metode i min undersøkelse.

Studien har et intensivt design da den går i dybden for å få frem nyanser og detaljer som omhandler samarbeid og samhandling i kommunens fysioterapitjeneste. Et intensivt design kjennetegnes av mange variabler, men få enheter (ibid, s.89).

Det individuelle åpne intervjuet, gruppeintervju, observasjon og dokumentanalyse er de vanligste undersøkelsesformene som benyttes ved kvalitative undersøkelser. Det åpne intervjuet er den vanligste datainnsamlingsmetoden (Jacobsen, 2005, s. 141).

Et kvalitativt intervju vil kunne gi en innsikt i de enkelte aktørers syn og deres erfaring med samhandling og samarbeid i kommunenes fysioterapitjeneste.

Slike intervju av respondentene er egnet når det er relativt få enheter som skal undersøkes og når vi er interessert i hva det enkelte individ ser. Vi får frem respondentens holdninger og oppfatninger om det temaet vi spør om (ibid, s. 142).

Datamaterialet som produseres gjennom disse intervjuene vil danne grunnlaget for en induktiv analyse med sikte på å oppdage mønster, temaer og kategorier i datamaterialet (Nilssen, 2004, s.14).

## Forundersøkelse.

I begynnelsen av undersøkelsen brukte jeg mye tid på å tenke ut mulig problemstilling og hvilke forskningsspørsmål studien skulle ha. Jeg bestemte meg for å benytte en kvalitativ forundersøkelse; en pilotundersøkelse, for å få mer innsikt i forkant av utarbeidelsen av en intervjuguide.

Et spørreskjema ble utarbeidet som skulle fylles ut anonymt. Fire kommuner i Østfold ble valgt ut. Jeg tok telefonkontakt med leder av kommunal fysioterapitjeneste, en representant fra de ansatte fysioterapeutene og en

fysioterapeut ved de private instituttene i hver av de fire kommunene. Det anonyme spørreskjemaet (vedlegg 4) ble sendt ut sammen med et informasjonsbrev om forundersøkelsen (vedlegg 3) til 44 respondenter i disse 4 kommunene. Respondentene returnerte det anonyme svaret tilbake i vedlagt frankerte konvolutt. 32 svar ble returnert.

Det viktigste med denne forundersøkelsen var den informasjonen den gav, kartleggingen gav et inntrykk av hvordan respondentene så på samarbeid i kommunal fysioterapitjeneste. Den gav en forståelse i arbeidet med analysene fra de kvalitative dybdeintervjuene, og svarene ble brukt i utforming av studien, valg av relevant problemstilling og utformingen av intervjuguiden. Til slutt i undersøkelsen kunne det vurderes om det var noe samsvar mellom det som kom opp i forundersøkelsen og det som var funnene fra intervjuene. Pilotundersøkelsen ble gjennomført i 4 kommuner, det gav en inngangsport til respondenter til de kvalitative intervjuene som ble gjennomført i tre av disse kommunene.

## Valg av respondenter

For å få svar på problemstillingen var det viktig å velge respondenter som kunne gi informasjon og innsikt. Patton benytter uttrykket hensiktsfullt utvalg, det vil si å velge respondenter som kan gi svar. Han legger vekt på at respondentene skal være informasjonsrike fordi det gir innsikt og dybdeforståelse (Patton, 2002, s.230). En av strategiene for å sikre dette er å velge det han kaller ”*maximum variation sampling*”; altså å velge flere utvalg. Han argumenterer for at styrken er at felles mønster som kommer ut av denne variasjonen er av interesse og verdi for å fange viktige erfaringer og sentrale dimensjoner av et tema. Dette vil i følge Patton gi to ulike typer funn gjennom datainnsamlingen og analysen. Det ene er detaljerte beskrivelser av hver case som dokumenterer det unike ved dette caset. Det andre er at viktige delte mønstre som trer frem på tvers av casene og meningen av disse stammer fra ulikhetene i casene (ibid).

Som forsker var jeg avhengig av at noen ønsket å dele sine tanker, meninger og handlinger med meg. Jeg måtte derfor velge ut respondenter som kunne gi svar på spørsmålene. For å oppnå ”*maximun variation sampling*”, valgte jeg å gjennomføre undersøkelsen i tre kommuner av ganske lik størrelse i Østfold. Innbyggertallet i de tre kommunene varierer fra 7000 til 16000. Jeg har intervjuet en privatpraktiserende, en kommunalt ansatt og en leder i hver kommune. I den største kommunen er det virksomhetsleder som fungerer som felles leder av fysioterapitjenesten, og som ble intervjuet. I de andre to kommunene, er det leder for fysio- og ergoterapitjenesten som har lederansvaret og som dermed ble intervjuet. Lederne har mange års erfaring med å være ledere for kommunal fysioterapitjeneste, mens den som er virksomhetsleder har ca to års erfaring med å lede fysioterapeutene. Av de tre lederne var en utdannet fysioterapeut. De ansatte og de private har alle en yrkeserfaring fra 10 år og oppover. På denne måten mener jeg at studien oppfyller kravene til informasjonsrike respondenter. De ni respondentene i tre kommuner som ble valgt ut har den erfaringen og kunnskapen om temaet som jeg ønsket å belyse.

### Praktisk gjennomføring.

Jeg ringte til lederen av fysioterapitjenesten i de tre kommunene jeg ønsket å undersøke for å spørre om lov til å gjennomføre undersøkelsen hos dem, og om de selv var villige til å delta på et intervju. De var alle positive og ønsket å stille opp. Jeg spurte om de hadde forslag til hvem av de private og hvem av de kommunale de ville foreslå jeg skulle kontakte. I to av kommunene var det en kontaktperson blant de private, disse ble foreslått av begge lederne fordi de hadde god kjennskap til samarbeid og samhandling i kommunen. I den tredje kommunen hadde de ikke kontaktperson fra de private, derfor ble det foreslått en privatpraktiserende som hadde jobbet lenge ved det største instituttet i kommunen. Av de ansatte anbefalte lederne at jeg tok kontakt med den av de ansatte som hadde jobbet lenge som kommunefysioterapeuter. Jeg ringte til de ansatte og de private og de var alle positive til å delta. Alle respondentene ble forklart hensikten med intervjuet og at de ville bli anonymisert i studien. De ble informert om at de når som helst frem til levering av studien hadde retten til å trekke seg og at de hadde muligheten til å

trekke de funnene de bidro med inn i studien. I forkant av intervjuene sendte jeg ut et informasjonsskriv om studien som skriftlig forklarte det de ble informert om på telefon, samt en samtykkeerklæring de skulle underskrive og levere til meg på intervjudagen (Se vedlegg 1). I skrivet stod det også at jeg skulle benytte meg av lydopptak, og at alt materiale skulle oppbevares utilgjengelig for andre enn meg.

Vi avtalte et møte for gjennomføringen av intervjuet på telefon, og det var respondentene som bestemte hvor og når det skulle gjennomføres. Alle respondentene valgte at jeg kom til dem på deres private kontor på arbeidsplassen eller at det ble gjennomført på et møterom i tilknytning til deres jobb.

Intervjuene ble gjennomført som planlagt, etter at vi hadde hilst og jeg presentert meg selv, samlet jeg inn samtykkeerklæringene. De som hadde glemt å underskrive samtykkeerklæringen gjorde det i forkant av intervjuet. Jeg spurte om de hadde spørsmål rundt intervjuet før vi startet. Det ble benyttet to lydopptakere, jeg skrev litt notater underveis. Intervjuene varte i ca en time.

Intervjuene ble transkribert rett etter at intervjuene var gjennomført. I transkripsjonene ble det ikke benyttet navn på personer eller kommuner. Jeg har benyttet meg av kommune A, B og C, samt ansatt, privat og leder. I presentasjon av data vil det derfor bli referert til som leder kom A, ansatt kom B og så videre. Dette for å ivareta respondentenes krav på anonymisering.

## Datainnsamling.

I kvalitative studier er det individuelle åpne intervjuet den vanligste datainnsamlingsmetoden. Gruppeintervju, observasjon og dokumentanalyser er vanlig. Datainnsamlingsmetoden vil ha betydning for dataenes gyldighet, det er viktig at datainnsamlingsmetoden er egnet til problemstillingen som ønskes klarlagt (Jacobsen 2005, s.141). Gitt oppgavens problemstilling var det viktig å få ut av respondentene deres erfaringer og meninger om samarbeid i fysioterapitjenesten i kommunen. Intervju er godt egnet når vi ikke kan observere de tingene vi ønsker å finne ut. Følelser, tanker og intensjoner kan ikke



observeres, vi må stille spørsmål for å finne ut det. Hensikten med et intervju vil derfor være å gi oss tilgang til et annet menneskes perspektiver (Patton, 2002, i Merriam, 2009, s.88). På bakgrunn av dette valgte jeg intervju som datainnsamlingsmetode i min undersøkelse.

Det er ulike intervju typer i kvalitativ forskning, og det som kjennetegner dem er at de har ulik struktur. Det semistrukturerte forskningsintervjuet kjennetegnes ved at det er en miks av mer eller mindre strukturerte spørsmål. Spørsmålene blir brukt fleksibelt i forhold til hva intervjuobjektet svarer. Intervjuet styres av en intervjuguide med temabaserte spørsmål som sørger for at intervjueren får spurt om det som er viktig å få svar på i forhold til problemstillingen og forskningsspørsmålene (Merriam, 2009, s.89). Styrken til et semistrukturert intervju er at det tillater respondentene noe frihet og posisjon til å snakke om det som er viktig og som er av interesse for dem i intervjusituasjonen. Samtalen kan gå lettere og gir rom for uventet retning. De som intervjues har ofte informasjon og kunnskap som ikke forskeren har tenkt på i forberedelsene til intervjuet. Det semistrukturerte intervjuet tillater intervjueren å forfølge disse emnene som dukker opp som er relevant for undersøkelsens tema (Hesse-Bieber & Leavy, 2011, s.102).

Det ble laget en intervjuguide som skulle sørge for at semistrukturerte intervju kunne gjennomføres. Den samme intervjuguiden ble brukt til alle ni respondentene. De tre forskningsspørsmålene ble hovedtemaene i guiden, under hvert hovedtema laget jeg underspørsmål som kunne guide meg gjennom intervjuet. Guiden er vedlagt (vedlegg 2). Intervjuguiden er ikke bare et verktøy, men også en del av en analytisk prosess som gir forskeren muligheten til å reflektere over viktige spørsmål og ideer som er viktige å adressere. Guiden må ikke være for detaljert slik at forskeren mister fokus og distraheres vekk fra respondenten i intervjusituasjonen. Det understrekes hvor viktig guiden er for å få til et vellykket intervju, og at forberedelsene er viktig for uerfarne forskere. Intervju er et håndverk og læres ved å gjøre det (Hesse -Bieber & Leavy, 2011, s.104 og 105) Dette innbar at intervjuer måtte være oppmerksom i intervjusituasjonen og stille de riktige oppfølgingsspørsmålene.

Som en forberedelse før respondentene ble intervjuet, gjennomførte jeg et pilotintervju for å teste ut guiden. Dette ble gjort på en kollega som er fysioterapeut, og som jobber i tilsvarende organisasjon som jeg skulle ut og undersøke. Etter intervjuet fikk jeg nyttige tilbakemeldinger fra min kollega og erfarte selv at guiden trengte forbedringer. Den var noe uklar på et par spørsmål, og noen spørsmål manglet for å få relevante opplysninger om oppgavens tema.

Utbedringene ble gjort i samarbeid med min veileder. Etter at en siste revidering av intervjuguiden var gjort og godkjent av veileder, ble intervjuene gjennomført. Intervjuguiden ble bevisst ikke delt ut på forhånd, dette for å sikre at svarene ikke var planlagte og tilpasset det de trodde intervjuer ville ha. Temaet for intervjuet var gjort rede for i det utsendte informasjonsskrivet og i telefonsamtalen i forkant (vedlegg 1).

Alle ni intervjuene ble gjennomført som planlagt, det har ikke vært behov for oppfølgende spørsmål i etterkant av intervjuene.

## Dataanalyse.

Datainnsamling og dataanalyse er ikke to separate handlinger, men simultane prosesser i kvalitativ forskning. Det betyr ikke at analysen er ferdig når alle data er samlet inn, analysen går da inn i en mer intensiv fase (Merriam, 2009, s.169). Analysen startet allerede da intervjuguiden ble laget og under forberedelsene for å gå ut i feltet og innhente informasjon, og fortsatte gjennom alle fasene via transkriberingen, kodingen og kategoriseringen. Det praktiske målet med dataanalysen er å finne svar på de forskningsspørsmålene som stilles i undersøkelsen. Det første steget i denne prosessen, er å begynne med å identifisere deler av materialet som er med og kaster lys på forskningsspørsmålene (ibid, s.176).

Først ble alle intervjuene transkribert. Deretter ble intervjuene organisert og gjennomlest nøye. Jeg begynte med å understreke viktige temaer og utsagn som syntes å være relevante for problemstillingen og forskningsspørsmålene. Disse temaene utgjør koder i datamaterialet, tidlig i prosessen er dette åpne koder. Deretter ble det samme gjort med de andre intervjuene. Ut ifra de åpne kodene til alle intervjuene, så jeg koder som passet sammen og som dannet mønstre som gikk på tvers av materialet.

Parallelt med dette ble det skrevet ned memo til hvert intervju, det inneholdt de tankene som kom i forhold til svarene respondentene gav, teoretiske ideer, spørsmål til funnene og så videre. Denne prosessen er en viktig del av dataanalysen, det beskrives som en dynamisk prosess mellom å skrive memo og å kode. Kodingen beskrives som å sette ord på deler av teksten, redusere data til analyserbare segmenter der målet er å komme frem til analytiske begreper. Å skrive memo refereres til som å stille deg selv spørsmålene ” hva skjer her?”, ” hva er felles for disse kodene?”. Å skrive memo beskrives som stien inn i egne data; trinnene mellom koding og tolking av data (Hesse-Bieber & Leavy, 2011, s.314). Dette var til god hjelp i en tidkrevende dataanalyseprosess.

Etter å ha sammenlignet på tvers av intervjuene, kodene og memoene, begynte det å danne seg koder som passet sammen. Disse samlingene av koder gjorde det mulig å begynne å danne kategorier. Denne inndelingen i kategorier beskrives av Merriam som induktiv. Kategoriene formes av empiriske funn i undersøkelsen. Gradvis vil du som forsker begynne å se disse kategoriene i lys av studiens teoretiske rammeverke og gradvis så går analysen over i en deduktiv fase. Merriam argumenterer for at de kategoriene jeg konstruerte i dataanalysen også skal kunne møte følgende krav:

- Kategoriene skal svare til hensikten med undersøkelsen; det vil si at kategoriene er svarene på de forskningsspørsmål undersøkelsen har.
- Alle data som anses som viktig og relevant å løfte frem skal passe inn i subkategorier eller kategoriene du har valgt.
- De dataene du velger skal passe inn i kun en kategori.
- Navnet på kategoriene skal gi leseren en forståelse av hva slags data kategorien inneholder.

- Kategoriene skal ha det samme begrepsmessige nivået.

( Merriam, 2009, s. 183 -187).

Prosessen med å sammenligne de ulike intervjuene, skrive koder, skrive memo fortsatte til jeg nådde en metning, det vil si at det ikke kom frem flere koder og behovet for flere kategorier. At dataene som ble valgt bare skulle passe i en kategori ble krevende og opplevdes som et strengt krav.

I neste kapittel under presentasjonen av undersøkelsens funn, vises i tilknytning til hvert forskningsspørsmål en figur av subkategorier og deskriptive kategorier; førsteordens og andreordens kategorier. Jeg kom frem til fem deskriptive kategorier.

## Reliabilitet, validitet og overførbarhet.

En undersøkelses gyldighet (validitet) og pålitelighet (reliabilitet) er viktig i vurderingen av all forskning. Det er diskusjoner om hvordan disse begrepene skal brukes i kvantitativ og kvalitativ forskning. Disse begrepene hører hjemme i kvantitativ logikk og er tilpasset kvantitative metoder (Thagaard, 1998, i Jacobsen, 2005, s. 213). Silverman på sin side mener i sin publisering av kvalitativ metode at gyldighet er viktig uansett ens teoretiske innfallsvinkel, det vil si uansett om det benyttes kvalitativ eller kvantitativ metode (Silverman, 1993, i Jacobsen, 2005, s.213). Som forskere er det viktig å være kritisk til kvaliteten på dataene vi har samlet inn (Jacobsen, 2005, s.214).

Nedenfor vil jeg gjøre rede for undersøkelsens interne gyldighet, overførbarheten og om resultatene er pålitelige.

## Intern gyldighet.

Intern gyldighet handler om resultatene kan oppfattes som riktige, har jeg fått tak i det jeg ønsker å få tak i? (Jacobsen, 2005, s.214). Har jeg fått tak i de rette respondentene? Er informasjonen de har gitt riktig? Studien er gjennomført i tre kommuner som representerer helt vanlige kommunale fysioterapitjenester. Leder, en ansatt og en privatpraktiserende i alle kommunene er intervjuet. De har en noe ulik lederstruktur og de har ikke lik praksis i gjennomføring av samarbeidsutvalgsmøter eller bruk av kontaktpersoner fra privat praksis. Dette er med på å gi undersøkelsen bredde og dermed sikre at informasjonen blir rik og fylldig. Triangulering er en strategi for å sikre intern gyldighet, med det menes for eksempel å benytte flere datakilder. Å gjennomføre datainnsamling på flere steder er en måte å gjøre det på (Merriam, 2009, s. 215).

Den samme intervjuguiden ble benyttet i alle intervjuene (Vedlegg 2). Alle de som ble intervjuet har mange års erfaring med å jobbe i kommunal fysioterapitjeneste og førstehåndsinformasjon ble derfor gitt, det vil si de har beskrevet sin egen erfaring. I følge Jacobsen vil det være vanskelig for en forsker å vite om kilden forteller sannheten og at vi derfor ikke bare kan basere oss på en kilde:

*Informasjon fra flere uavhengige kilder gir en gyldig beskrivelse av fenomenet (ibid, s218).*

Forskerens erfaring og evne til å gjennomføre et intervju vil også påvirke resultatene. I denne undersøkelsen vil manglende erfaring kunne være med å svekke funnene. Gjennomføringen av prøveintervju av en kollega førte til en forbedring av intervjuguiden og var en fordel. Jeg er selv fysioterapeut og kan ”hverdagspråket”, dette gav meg en mulighet til å stille presise oppfølgingsspørsmål.

*Det er viktig med kunnskap om intervjutemaet for å kunne stille gode oppfølgingsspørsmål når intervjupersonen svarer. Kvaliteten på de produserte data i et kvalitativt intervju avhenger av kvaliteten på intervjuerensferdigheter og kunnskaper om temaet (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 99).*

Min fagutdanning og mangeårige yrkeserfaring som både privatpraktiserende med avtale, og som ansatt kommunefysioterapeut, kan ha ført til fyldigere og mer nyanserte data enn om jeg ikke var fysioterapeut. Samtidig er det viktig å være kritisk til om jeg var for nær slik at jeg har gått glipp av å stille de riktige oppfølgingsspørsmålene. En fordel var at ingen av respondentene var mine arbeidskollegaer, undersøkelsen er gjort utenfor egen arbeidsplass og kommune. Jeg gjennomførte ni intervju, og merket at evnen til å gjennomføre intervju og benytte intervjuguiden forbedret seg underveis i undersøkelsen.

I redegjørelsen for dataanalysen forklarte jeg hvordan jeg gjennom koding, skriving av memo og sammenligninger på tvers av intervjuene kom frem til kategoriene. Dette var en prosess som tok lang tid og som ble gjennomført til det opplevdes at det ikke kom ny informasjon ut av datamaterialet. Denne prosessen er viktig og den er en strategi du som forsker kan benytte deg av for å fremme intern validitet (Merriam, 2009, s.219).

Sammensetningen av respondentene har vært bred ettersom både leder, en ansatt og en privat fra hver kommune har deltatt. De har delt førstehåndsinformasjon og de har alle mange års erfaring. Informasjon fra flere uavhengige kilder gir en gyldig beskrivelse av fenomenet (Jacobsen, 2005, s.218). Dette sammen med prosessen med dataanalysen vil styrke den interne gyldigheten i undersøkelsen.

### Overførbarhet.

Overførbarhet er ekstern gyldighet, hensikten med kvalitative metoder er ikke å generalisere fra de enhetene og de respondentene som er undersøkt til en større gruppe enheter (Jacobsen, 2005, s.222). Det betyr at jeg heller ikke kan generalisere mine funn og si at det gjelder alle kommunale fysioterapitjenester. Kvalitativ metode har sin styrke i intern gyldighet og sin svakhet i ekstern gyldighet (Jacobsen 2005, s.135).

Merriam argumenterer på sin side at "*Rich, thick description facilitates transferability*" (Merriam, 2009, s.234). Ut i fra min undersøkelse med bruk av respondenter som representerte alle tre parter i kommunal fysioterapitjeneste og bruken av tre kommuner som kilder, vil studien kunne avdekke generelle

fenomener om temaet jeg undersøkte og dermed ha relevans og overføringsverdi for andre som jobber i kommunal fysioterapitjeneste. Resultater fra kvalitative undersøkelser er sterke på å avdekke generelle fenomener (Jacobsen, 2005, s.225). Som nevnt i valg av respondenter sier Patton at bruk av "*maximum variation*" som utvalgsstrategi ved valg av respondenter, får frem mønstre som trer frem fra ulike case og den fanger viktige erfaringer og sentrale dimensjoner av et tema (Patton, 2002, s.235). Dette er med på å styrke undersøkelsens eksterne gyldighet. Undersøkelsens funn og konklusjon kan ikke overføres og generaliseres til en annen sammenheng, men kan gi viktig innsikt og kunnskap om temaet samarbeid i kommunal fysioterapitjeneste.

### Pålitelighet.

Med pålitelighet menes om dataene er reliable. Er de funnene jeg har gjort pålitelige og har forskningsprosessen blitt gjennomført på en troverdig og tillitsfull måte?

Intervjuene ble foretatt på respondentenes kontor og arbeidsplass. Det betyr at konteksten der intervjuene ble foretatt var kjent for respondentene. Hvorvidt undersøker har hatt en effekt på svarene respondentene gav, er viktig å reflektere over. Ingen av de som ble intervjuet er mine arbeidskollegaer. Undersøkelsen ble foretatt utenfor egen organisasjon. Dette har vært et bevisst valg for å unngå at det ble et for nært forhold mellom meg som undersøker og de som var respondenter.

De mottok ikke intervjuguiden på forhånd for å unngå at svarene kunne konstrueres på forhånd. Studien har gjort rede for hvordan undersøkelsen er gjennomført og de metodiske valgene som er tatt underveis. Analyseprosessen er gjort rede for, og viser hvordan undersøkelsens funn har fremkommet og hvordan de henger sammen med innsamlet empiri. Undersøkelsen har en triangulering av datainnsamling ved at det er benyttet flere kommuner.

Ved innsamling av data benyttet jeg meg av lydopptak, disse ble transkribert ordrett og dermed ble dataene uavhengig av meg som forsker.

Reliabilitet handler om hvorvidt forskeren har konsistens i funnene. Det kan gjøres rede for ved triangulering av data, forklare i detalj hvordan studien ble gjennomført og hvordan resultatet av studien ble formet av innsamlet empiri (Merriam, 2009, s. 234). På bakgrunn av dette mener jeg at undersøkelsen møter kravene til reliabilitet. Videre vil jeg gjøre rede for undersøkelsens etiske vurderinger.

## Etiske vurderinger.

Gjennom hele undersøkelsen er det tatt valg som handler om etikk. Flick (2011) har skrevet om hvilke etiske betraktninger som er viktig når vi samler inn empiri i sosial forskning. Disse vil jeg benytte i redegjørelsen for egne valg.

Informert samtykke ble hentet inn fra alle som deltok i studien, først muntlig på telefon, deretter skriftlig ved gjennomføringen av alle intervjuene. Alle ble også informert om at de deltok i en studie og at det var en del av min masteravhandling. Alle deltagerne var med frivillig, i alle kommunene var det klarert med leder av kommunal fysioterapitjeneste. Leder gav også tillatelse til at intervjuet ble gjort i arbeidstiden. De private fikk selv bestemme tidspunkt for intervju. Det ble brukt mellom en og en og en halv time til gjennomføringen av intervjuene. Forundersøkelsen som ble gjennomført tidlig i undersøkelsen var frivillig og alle deltagere ble anonymisert.

Alle informantene ble gjort oppmerksomme på at de når som helst kunne trekke seg fra studien. Ingen har benyttet seg av den muligheten. På denne måten mener jeg at ingen av informantene ble påført ekstra belastninger ved deltagelse i studien. Studien er søkt inn til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS (NSD) (vedlegg 5) og prosjektet fikk godkjenning 31.10.2014. Anonymiteten er ivarettatt etter de retningslinjer som er gitt fra NSD. Data, transkriberinger og lydopptak er kodet og oppbevart utilgjengelig for andre enn forsker og veileder. I presentasjonen av undersøkelsens funn benyttes ikke navn på kommuner eller respondenter. Funnene presenteres også mest mulig samlet som en case for å



ivareta anonymiteten av hensyn til et lite fagmiljø. Ved prosjektets slutt vil alle personopplysninger og lydopptak slettes i henhold til retningslinjer fra NSD (Flick, 2011, s.226-227).

Det er tre grunnleggende krav til forskningsetikk, det omhandler forholdet mellom forsker og dem det forskes på. Det er å innhente informert samtykke, at deres privatliv skal respekteres og at de skal bli gjengitt korrekt (Jacobsen, 2005, s.45). Dette ble ivaretatt i denne studien, og var med på å bringe tillit inn i forskerprosessen overfor respondentene.

I dette kapitlet har det blitt redegjort for valg av kvalitativ metode, forundersøkelse, valg av respondenter, datainnsamling, analyse av data, oppgavens reliabilitet, validitet og overførbarhet samt etiske betraktninger.

Neste kapittel tar for seg funnene som er fremkommet i undersøkelsen og hvordan disse kan forstås og gis mening til ved bruk av relevant teori.

## 4. FORDYPNING I UNDERSØKELSENS FUNN.

I dette kapitlet vil alle funnene i undersøkelsen presenteres og drøftes. Relevant teori som belyser funnene i undersøkelsen blir presentert og benyttet i drøftingen. Teori kan hjelpe til å sette funn i en undersøkelse inn i en større sammenheng, og bidrar dermed til å forstå hvorfor fenomenet er som det er, og hvilke konsekvenser dette kan ha (Jacobsen, 2005, s.378).

Problemstillingen i oppgaven er:

*Hva kjennetegner samarbeidet i kommunal fysioterapitjeneste og hvilke forhold har betydning for dette samarbeidet?*

Dette kapitlet struktureres etter de tre forskningsspørsmålene som er presentert i undersøkelsen:

- Hvordan er de strukturelle betingelsene for samarbeid?
- Hvilken betydning har ledelse for samarbeid?
- Hvilken betydning har individuelle forhold for samarbeid?

Etter hvert forskningsspørsmål følger først funnene, deretter drøftes disse i lys av relevant teori. Denne del 1 av kapitlet er en delanalyse av undersøkelsen. Etter presentasjon og drøfting av forskningsspørsmålene følger del 2 som er en overordnet analyse av undersøkelsen; fra deler til helhet.

Før presentasjonen og drøftingen vil jeg løfte frem følgende, som viser dette temaets aktualitet og relevans:

Flere av respondentene beskrev at de har opplevd en endring i arbeidshverdagen sin de siste årene. En av de private sa det slik ved spørsmål om graden av samarbeid mellom private og ansatte har endret seg de siste årene:

*”Bruk av rehabiliteringssentre, bruk av sykehus er jo nesten borte, sånn at trykket på oss og kommunen har jo blitt mye større. Du må jo, det tvinger seg frem en annen struktur på det..... problemet er jo å prioritere.”*  
(Privat, kom C, 155 -157).

Samhandlingsreformen ble nevnt, det har blitt økt behov for hjemmebehandlinger, og pasientene skrives raskere ut fra sykehusene. Prioriteringsnøkler og definering av arbeidsoppgaver er noe av det som nevnes av flere som viktig for å takle dette. Dette kan synes som en bekreftelse på og en begrunnelse for at samarbeid er nødvendig for å løse de utfordringene kommunal fysioterapitjeneste står overfor.

## Del 1. Delanalyse.

### Hvordan er de strukturelle betingelsene for samarbeid?

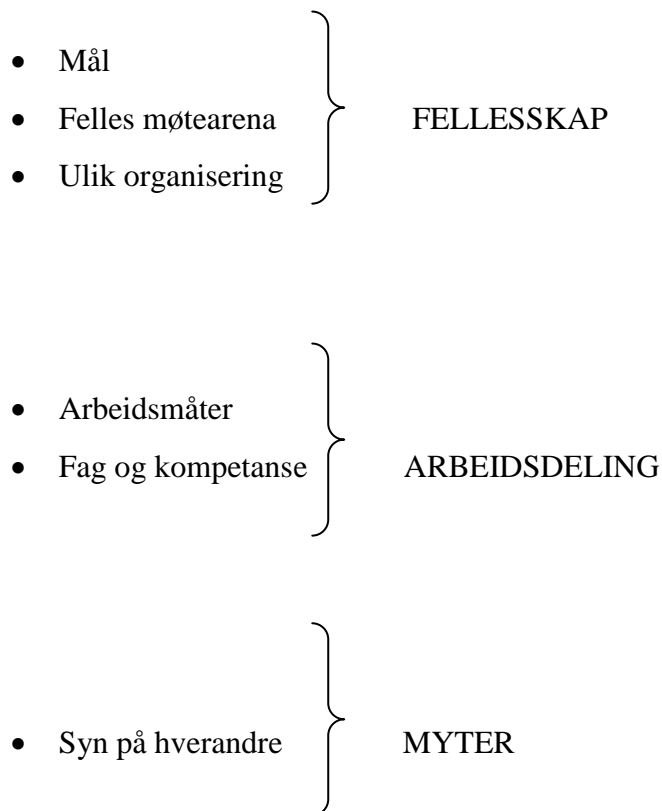
Jeg har i denne delanalysen sortert alle funn som berører de strukturelle betingelsene for samarbeid. Figuren nedenfor viser overgangen fra førsteordens kategorisering, som består av seks kategorier, til andreordens kategorisering.

Denne består av de tre endelige deskriptive kategoriene:

1. Fellesskap
2. Arbeidsdeling
3. Myter

Jeg presenterer og tydeliggjør funnene under hver av disse tre kategoriene før jeg presenterer tolkningen av dem.

Figur nr. 2. Fra førsteordenskategori til andreordenskategori.



### Felleskap.

En strukturell betingelse for samarbeid synes å være at det etableres en følelse eller oppfatning av fellesskap. Et fellesskap bygger i denne sammenhengen på at man har etablert felles mål og utnytter felles møtearenaer for å overbygge ulikhetene i organisering, og dermed tilhørighet mellom kommunalt ansatte og privatpraktiserende fysioterapeuter.

### Om mål.

Alle respondentene var opptatt av viktigheten av å ha felles mål for fysioterapitjenesten. Det var ikke noe forskjell i ønsket om det. Hva det felles målet var, var det derimot ulike tanker om.

En av de privatpraktiserende sa:

*”Jeg opplever at vi sikkert har den samme grunntanken, men jeg tror at vi har ikke så klart for oss hva det felles målet er. Spør du meg kan jeg ikke svare på hva det er. Men jeg opplever litt at vi jobber på hver vår tue.. også vil vi få folk bedre...”* (Privat, kom A , 359 – 363).

Nettopp oppmerksomhet mot behovet for tilhørighet til et fellesskap kommer frem av utsagnet til denne lederen:

*”Jeg ser at det må stadige påminnelser til for de private at de er en del av kommunehelsetjenesten, for det er det noen som kan glemme (.....) Hallo...vi har samme målet her!”*(Leder, Kom A, 246 - 257).

En annen av de private uttrykte at målet var å få pasientene bra og at det på en måte er en felles målsetning. (Privat, Kom C, 114 – 121).

Målsettinger og planer hører alltid sammen. Eksempelvis benytter de fleste kommuner i dag balansert målstyring som styringssystem.

Ved spørsmål om målsetningen var skrevet ned i en felles plan for kommunens fysioterapitjeneste svarte imidlertid alle at det ikke eksisterte en felles plan, ingen de visste om. Dette gav flere uttrykk for var uheldig.

Ved spørsmål til lederne om de jobbet etter en felles plan for fysioterapitjenesten sa alle lederne nei. En av lederne var opptatt av at det skulle endres ved neste rullering:

*”Vi har en kommunedelplan, den kan jeg ikke si omhandler mye private. Den sier noe om helsetjenester generelt, men ikke spesifikt på fysioterapi. (.....) Neste gang tror jeg at jeg vil ha det med meg på en litt annen måte ( Leder, kom B 173 – 183).*

Så langt ser det ut til at målsetninger og planer i liten grad er formalisert. Samtidig er det en felles oppfatning at de har et felles mål.

### Om ulik organisering.

Ulik organisering ble nevnt av en av de ansatte fysioterapeutene som noe som hemmet samarbeidet.

*”Det hemmer nok i og med at vi sitter på ulike steder. Det er ikke noen direkte link det er opp til oss å ta kontakt med en på et eller annet institutt, hvor skal man da begynne?”* (Ansatt, Kom B, kom B, 96-99).

Den ulike organiseringen innbefatter ulikhet i ansettelsesforhold, og dermed ulikhet i finansieringsgrunnlaget:

*”Man har egentlig helt ulikt utgangspunkt, hvis man tenker på at man jobber for å ha en inntekt. (...) Det skinner kanskje litt igjennom når man skal samarbeide med hverandre.”* (Ansatt, Kom B, 75 – 84).

En av de private forklarer at en av utfordringene for samarbeidet mellom ansatte og private går på om pasienten kan behandles på henvisning i for eksempel institusjon og om hvem som betaler. Men at betalingen kan avklares med kommunen. Ellers er det ikke noe hun tenker på som et problem.

En annen av de private mener derimot at den ulike organiseringen vanskeliggjør samarbeidet:

*”Jeg tror det er vanskelig å få et godt samarbeid. Fordi vi er regulert veldig frie. Vi kan gjøre litt som vi vil. Bare vi jobber.”* (Privat, Kom B, 114 – 116).

Lederne legger vekt på tiden som en begrensende faktor fordi de private legger mer vekt på effektivitet, de har ikke tid til de samme treffpunktene som de i kommunen har mulighet til. Hvordan det skal finansieres når det er samarbeid mellom private og ansatte nevnes også som et hinder av lederne.

### Felles møtearena.

Et av de funnene som var tydeligst og som alle la stor vekt på, uavhengig av stillinger, var betydningen av å ha en felles arena; faste møter. Derimot var det ganske stort sprik mellom respondentene i hvor hyppig disse møtene bør holdes.

De skiller mellom ulike møter. SU som er samarbeidsutvalg (ASA4313, 2013-2014, s.4), felles møter, lunchmøter og noen nevner uformelle møter og ønske om faglige møteplasser.

Det som er det mest markante skillet mellom kommunene i undersøkelsen, er at den ene kommunen ikke har opprettet SU. De har hatt regelmessige møter med alle før, men ikke nå. Hun sier hun har dårlig samvittighet for det og planlegger et felles møte snart. Men hun mener de har korte greie kommunikasjonslinjer, derfor har hun ikke regelmessighet i møtene nå (Leder, kom A, 8-13).

Ved spørsmål om hva faste møter vil bety for samarbeidet sa hun:

*”Det vil være et ledd i å styrke samarbeidet, at man ikke glemmer hverandre og at de private er en del av kommunehelsetjenesten”* (Leder, kom A, 259 -261).

En annen leder forklarte at i deres kommune hadde SU møtene falt bort en periode, ikke fordi det ikke var ønsket, men

*”...det skurret og gikk på et vis”* (Leder, kom C, 195 -196).

Den samme lederen understreket at det ble tatt opp igjen fordi det er viktig med treffpunkt for at det ikke skal bli ”oss og dem”. Møtene med alle blir et viktig ledd i å forme en ensartet fysioterapiutøvelse (Leder, kom C, 37 -38).

Den tredje lederen ser på SU som et overordnet arbeidsmøte der det møter en representant for alle instituttene samt virksomhetsleder, en kommunefysioterapeut og leder for kommunefysioterapeutene.

En av kommunene arrangerer to til fire SU i løpet av året i tillegg til et til to store møter med alle i løpet av året, mens den andre satset på to. Lederen i denne kommunen som arrangerer flest SU møter sier:

*”Jeg er helt avhengig av å treffe dem, og det er klart det er ikke ofte. Det er sånn sett lite.”* ( Leder, kom B, 150).

En av kommunene hadde også satt i gang felles lunchmøter med de ansatte, de private fysioterapeutene og leder. Ellers har alle kommunefysioterapeutene og leder for de ansatte fysioterapeuten møter med hverandre ukentlig. De som jobber sammen på institutt forklarer at de har driftsmøter sammen regelmessig, men det kom ikke frem at det var regelmessig møteaktivitet i mellom instituttene i de tre kommunene undersøkelsen er gjort.

De aller fleste er veldig positive til møter, men en av de private er veldig tydelig på at det ikke må bli for mye møter, det blir frustrerende. Men at i følge ASA 4313 vet hun at det er pålagt (Privat, kom C, 143 – 147).

En av de ansatte forteller at det er lenge siden SU møte og at de private har etterspurt det. Hun vektlegger SU møtene som viktige fordi:

*”(...) ta opp saker på et litt annet nivå, rutiner, praksis, det kan være å oppklare ting man tror er også er det ikke.(...) Så er det det å formidle det også, slik at alle føler man er en del av det og kan bidra, får beskjeder og ja, ....alt.”( Ansatt, kom C, 91 -95)*

### Arbeidsdeling.

En annen strukturell betingelse for samarbeid er arbeidsdeling. Hvordan de deler arbeidet og fordeler pasientene seg i mellom, og hvordan de prioriterer synes som viktige arbeidsmåter. Gjensidig utnyttelse av kompetansen fremkommer også som en del av arbeidsdelingen og et viktig element i samarbeidet mellom fysioterapeutene.

### Arbeidsmåter.

I alle kommunene var det en felles forståelse mellom de ansatte og de private om hvilke pasienter som skulle behandles av hvem. I en av kommunene ble det forklart at de hadde hatt en ”ryddejobb” fordi de over en periode hadde erfart at det var uklart og tilfeldig hvem som ble behandlet av hvem. De utarbeidet da i fellesskap en fordelingsnøkkel som tydelig klargjorde dette. Leder i denne kommunen sier at denne nøkkelen har vært betydningsfull fordi den gir lite rom for diskusjon som for eksempel når en pasient skal hjem fra institusjon eller sykehus og skal behandles av de private.

*”Det er ingen diskusjon hvis vi i kommunen ringer og sier at den personen skal hjem, trenger fysioterapi og skal til dere.(...) De har jo selv vært med på å utarbeide den nøkkelen”(Leder, kom C, 153 – 158).*



Den privatpraktiserende i samme kommune bekreftet at det er veldig nyttig å vite hvem som har ansvaret for hva.

En av de andre kommunene har definerte ansvarsområder, men det er ikke skrevet ned og formalisert.

Selv om det er en viss felles forståelse om fordelingen av pasientene beskriver en av de ansatte at det er ofte en gråson. Men han understreket at det er viktig å bruke skjønn.

*”Jeg føler det er en gråson.(...) At det er helt definert, det er det ikke, men jeg vet ikke om det skal være så kjempedefinert. Man må også bruke litt skjønn.”(Ansatt, kom B, 358 – 363)*

Prioriteringsnøkler er et annet verktøy som beskrives av de ulike kommunene for å bestemme hvilke pasienter som bør prioriteres før andre. En leder sa at de ikke har skrevet ned en prioritering fordi hun har formidlet dette til de ansatte og de private fysioterapeutene. Imidlertid svarer den private i samme kommune at hun veldig gjerne skulle ønske at det fantes en liste. De private som jobber på instituttet har drøftet det og lurer på hva lovverket sier om prioriteringer. Hun kunne tenke seg å få en prioriteringsliste fra den som er leder av tjenesten. Hun understreker at det vil være viktig for at de ulike instituttene i kommunen kan sørge for lik prioritering av pasientene og dermed sikre at pasientene mottar det samme tilbudet.

En annen leder beskrev at de er i gang med en prosess for å komme frem til prioriteringsnøkler som alle jobber etter. Hun sa:

*”..for det er jo viktig at vi som kommune vet at det er de riktige pasientene som blir prioritert. Og når det er trangt om plassen, velger den rette (...) det har ikke kommunen noen oversikt over at de gjør.” (Leder, kom B, 73 - 76)*

Det er ved overføring av pasienter fra de kommunale til de private fysioterapeutene oftest er i kontakt med hverandre. Det beskrives som et naturlig ledd i et pasientforløp at de kan overføres fra kommunal behandling til å begynne på institutt. Derfor forklarte respondentene at det er naturlig at det er de kommunale som oftest tar kontakt med de private. Det er forskjell mellom

kommunene i hvordan de løser dette. En av kommunene i denne undersøkelsen har mange fysikalske institutt og kommunefysioterapeuten forklarte at det er tilfeldig hvem man tar kontakt med, han sa:

*”Det opplever jeg ikke som like systematisk, det blir litt sånn tilfeldig kanskje, og litt sånn man vet og kjenner til noen enkelte som man vet om også de har vi et godt samarbeid med.”* (Ansatt, kom B, 11-13).

Den private i samme kommune bekreftet dette og sa hun sjelden blir kontaktet av de kommunale for overføring av pasient. I en annen kommune, der de private er samlet alle på et stort institutt har de en kontaktperson for overføring blant de kommunale og en kontaktperson på instituttet. Ved overføring av pasient fra kommune til de private er det kontaktpersonene som tar kontakt med hverandre for overføring. Den ansatte fysioterapeuten i denne kommunen fortalte at de også ofte dropper innom selv med henvisningen for å sikre at pasientene kommer raskt i gang, det har de positiv erfaring med.

En av de ansatte forklarte at hun sjelden tar kontakt med de private ved overføring av pasient, men hun forklarte pasientene hvor de kunne ringe og sendte med en rapport.

Det nevnes også av en ansatt at de har blitt kontaktet av private om overføring av pasient fordi de har kommet til kort og ønsker en mer tverrfaglig tilnærming for pasienten.

Ventelistene nevnes av mange som et hinder i overføring av pasienter fra kommune til de private. En av de ansatte sier at de private selv snakker mye om ”ventelistene” som et hinder i å overføre pasienter. Han mener de kommunale kunne ha avlastet de private med de komplekse pasientene på instituttet fordi de har hatt grei kapasitet til å gå inn i slike saker.

De privatpraktiserende forklarer at de informerer pasienter om at de selv kan ta kontakt med andre private for å slippe å stå så lenge på venteliste. Det er lite kontakt mellom instituttene i forhold til ventelister og overføring av pasienter.

Ved spørsmål om hva som ikke fungerer med dagens samarbeid la flere vekt på at tilgjengeligheten til hverandre er dårlig, de private og de ansatte snakket alle om hvor vanskelig det er å få tak i hverandre og at det ikke er tid til å snakke i telefonen:

*”(...) det vanskeligste er når du får telefoner der du skal sette av, eller vi har jo egentlig ikke den tiden. Og det samme er det for de ansatte, for de er på en del møter og ute og farter. Det å få tak i hverandre er vanskelig.”* (Privat, kom C, 46 -49).

### Fag og kompetanse.

I funnene kommer det tydelig frem at lederne var opptatt av at de ansatte og de private både skal bruke og utnytte hverandres kompetanse. Samtidig presiseres det en utfordring i at det må bestemmes hvordan det skal finansieres og betales. En leder var veldig opptatt av at det finnes flere blant de private som har spesialistutdanning og at det har vært brukt inn i behandlingen av eldre på institusjon. Det løftes frem som viktig å: *”utnytte hverandres kompetanse gjensidig”* (Leder, komB,116).

Samme leder har også sendt en av kommunefysioterapeutene rundt til alle de private for å få frem hvilken kompetanse de ulike private hadde.

De private var positive til å samarbeide i forhold til kompetanse, men understreket at det er vanskelig å få til i hverdagen. En sa:

*”Jeg føler det er lav terskel for å spørre, men det er mer det at dagene går, så man verken bruker kompetansen begge veier, at vi kunne brukt hverandre mer sånn.”* (Privat, kom A, 45 -46).

En av de private mente at de får det greit til med å utnytte hverandres kompetanse.

En annen av de private som er spesialist bekreftet at det er sjelden og mest på papiret at de samarbeider om kompetanse. Samme fysioterapeuten er også kritisk til at systemet rundt driftstilskudd legger opp til at:

*”..jo mindre du går på kurs, jo mer tjener du. Og det synes jeg er feil.”* (Privat, kom B, 11-12).

De ansatte fysioterapeutene presiserer at de lærer mye av hverandre når de samarbeider med de private om kompetanse. En av dem omtalte de kommunale som allmennpraktikere og de private som spesialister på en del ting.

En av de kommunale har selv blitt lært opp av en av de private i kommunen i forhold til en enkelt pasient, og ikke bare lærte hun noe selv, men beskrev også at det var nyttig for pasienten.

En ansatt stilte også spørsmålet om det skulle vært mer styrt slik at pasientene blir fordelt etter hvilken kompetanse de ulike fysioterapeutene har.

### Myter.

En tredje strukturell betingelse er mytedannelsen, som skjer i større eller mindre grad i alle organisasjoner. Mytedanning er viktig for virkelighetsforståelsen, og kan således få betydning for samhandlingen.

I alle intervjuene kom det klart frem at de kommunale og de private hadde forestillinger om hverandre. Det ble derfor i de aller fleste intervjuene naturlig å stille oppfølgingsspørsmål om dette. Det kom frem mange meninger og tanker om hverandre og måten det jobbes på. Av den grunn er det naturlig at en kategori blir myter, altså hvilke forestillinger om hverandre som finnes og som kan være med å påvirke kommunal fysioterapitjeneste.

### Syn på hverandre

En av lederne bekreftet at det har vært tendenser til en del meninger og utsagn om hverandre:

*"(...)det har vært litt sånn: "De gjør sånn, men de som jobber i kommunen har masse tid, fordi jeg jobbet i kommunen før"(...) Så kan de kommunale si at:" De privatpraktiserende har aldri individuelle behandlinger, de tar bare grupper. Hvordan kan de ha så mange inne?". Ja det er litt det der, jeg vet ikke om jeg skal kalle det konkurranse eller kniving innad i en faggruppe." (Leder, kom C, 78 -82).*

En av de private understreket at skulle hun være ærlig og sa:

*”..for de privatpraktiserende så føler vel vi at det er mer effektivt her da (...) vi hadde noen ganger håpet at de fast ansatte hadde vært litt mer ja, effektive i forhold til behandlinger og sånn. (...) Jeg skulle ønske det var mindre byråkrati og litt mer effektiv pasientbehandling. Det går litt tregt.”*  
(Privat).

En annen av de private la vekt på at det er et utbredt syn på de private at de tar for mye betalt og at de bare er ute etter penger. Hun etterlyste mer respekt mellom de kommunale og de private. En av de ansatte har også jobbet privat tidligere og bekreftet at det var vanlig blant de kommunale å ha et negativt syn på de private:

*”Men jeg har følt det da jeg jobbet i privat praksis og møtte dem som var ansatt så hadde de et veldig sånt negativt syn på de som jobber privat og det husker jeg provoserte meg noe helt forferdelig. (Ansatt, kom A, 172 - 174).*

En annen av de ansatte sa også at de kommunale ofte lurer på hvorfor de private ikke klarer å redusere ventelisten, og de spør seg om det er et forsøk på å få mer ressurser. Men sa samtidig at de ikke spør de private direkte fordi de er redd for å trå over noen grenser.

Flere av dem kom også med forslag til hvordan disse synene på hverandre kan endres. Det å møtes ble nevnt av flere som en ”medisin” mot disse mytene om hverandre.

*”Fordi når man ikke snakker sammen så går man og lager seg sånne forventninger og tror at det er sånn eller sånn. (...) man ilegger dem sikkert ting som ikke stemmer”* (Ansatt, kom A, 164 – 174).

En leder bekreftet også dette og la vekt på at når man møter hverandre vil det være med på å redusere det hun kaller ”spenningsforholdet” mellom fysioterapeutene. En av de ansatte i en kommune reiste rundt og besøkte alle instituttene i kommunen etter initiativ fra leder for å hilse på alle og kartlegge kompetanse og snakke litt om samarbeid. Dette ble oppfattet veldig positivt av alle respondentene i denne kommunen og de sa at det bidro til å senke terskelen for å ta kontakt med hverandre.

Så langt er funnene som berører de strukturelle betingelsene for samarbeidet mellom de ansatte og de private fysioterapeutene presentert. Neste steg er å drøfte funnene for å forsøke å forstå disse betingelsene.

## Hvordan kan de strukturelle betingelsene forstås?

Fellesskap, arbeidsdeling og myter er hovedfunnene under første forskningsspørsmål; Hvordan er de strukturelle betingelsene for samarbeid?

Oppsummert beskrev respondentene:

- Behov for felles mål og felles plan
- Viktigheten av felles møtearenaer
- utfordringer ved ulik organisering
- Mangel på tid
- Behov for klarere arbeidsmåter for å unngå gråsoner
- Viktigheten av å benytte hverandres kompetanse
- Hvilket syn de har på hverandre

For å kunne tolke og drøfte disse funnene benyttes teori om organisasjonsstruktur, organisasjonskultur og samarbeidsteori. Disse teoriene inneholder begreper som gir mening til de deskriptive kategoriene; fellesskap, arbeidsdeling og myter, knyttet til det første forskningsspørsmålet. Drøftingen vil presenteres i tre

analysekategorier; formell struktur og samarbeid, kulturelle forhold og samarbeid og spesialisering og samarbeid.

### Formell struktur og samarbeid.

En organisasjons struktur kan beskrives som organisasjonens skjelett. Det gir organisasjonen dens form og den viser hvilke krav som formelt stilles til alle medlemmene som inngår i den; krav til fellesskapet. Et organisasjonskart antyder fordeling og gruppering av oppgaver, fordeling av ansvar, hierarkisk oppbygning og beslutningsmyndighet. Det kan beskrives med hjelp av stillingsinstrukser, skriftlige regler og bestemmelser som sier noe om hva medlemmene i organisasjonen forventes å gjøre og hvordan de skal opptre (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s.120).

En organisasjons struktur kan deles inn i to hoveddeler. Det ene er det som gjøres for å sikre arbeidsdeling og dermed spesialisering. Det andre er det som gjøres for å styre medlemmene i organisasjonen og sørge for koordinering mellom spesialiserte funksjoner og oppgaver. Hovedhensikten med en organisasjons struktur er å påvirke adferden i en spesiell retning. Det betyr ikke at det i virkeligheten er samsvar mellom den formelle strukturen og det som faktisk skjer i en organisasjon (ibid).

For å forstå de strukturelle betingelsene for samarbeid er det derfor av betydning for denne undersøkelsen at både den formelle strukturen og den uformelle strukturen drøftes.

Kommunens fysioterapitjeneste kan beskrives ut i fra det Mintzberg (1979, i Jacobsen og Thorsvik, 2013, s.98) betegner som et profesjonelt byråkrati. Det kjennetegnes ved profesjonalisering. Det vil si at aktørene er tildelt mye beslutningsmyndighet og handlefrihet i det daglige arbeidet. Standardiseringen av arbeidsoppgavene skjer gjennom å rekruttere fagpersoner. Denne standardiseringen er ment å skape forutsigbarhet med hensyn til hvordan oppgavene blir løst. Beslutningsmyndighet i faglige spørsmål er delegert til aktørene i organisasjonen. Det er de profesjonelle som kan vurdere hvordan jobben kan gjøres (ibid, s.98).

Den formelle strukturen som beskrives av respondentene i studien handler om felles mål, felles møter, og ulik organisering. Det handler om fellesskap. De fleste etterlyser felles mål for tjenesten. Det uttrykkes et ønske om tydeligere definering av felles mål, og viktigheten av at det er en felles plan for kommunens fysioterapitjeneste. En av de private sa:

*”...vi har ikke så klart for oss hva det felles målet er”* (Privat, kom A).

De ulike kommunene hadde også jevnlige møter, men flere gav uttrykk for at møtene i perioder ikke ble holdt regelmessig. En av lederne forklarte at samarbeidsutvalgsmøtene (SU) hadde falt bort, ikke fordi de ikke var ønsket, men fordi det: *”skurret og gikk på et vis”*. En annen leder vektla at møtene var et ledd i å styrke samarbeidet. På den ene siden var respondentene opptatt av at det var viktig med felles møter, men på den andre siden var det uenighet om hyppigheten.

En måte å forstå dette på er at det er et naturlig uttrykk for kjennetegnet ved nettopp en ekspertorganisasjon eller profesjonelt byråkrati, fordi aktørene selv vil bestemme og sette dagsorden for sin egen yrkesutøvelse.

En av de ansatte uttrykte i forhold til utfordringer ved samarbeid ved overføring av pasient fra de ansatte til de private:

*”...det er ikke noen direkte link, det er opp til oss å ta kontakt med en på et eller annet institutt”* (Ansatt, kom B).

Den ulike organiseringen ble av respondentene beskrevet som en utfordring for samarbeidet fordi det var behov for avklaring i forhold til hvordan det skulle finansieres. Det var behov for avklaring med leder i enkelte tilfeller og leder måtte gi tilsagn om finansiering.

Arbeidsdelingen var de fleste respondentene tydelige på var grei, men det ble beskrevet at det hadde vært oppklarende og til hjelp i daglig arbeid om det var skrevet ned og formalisert tydeligere. I en av kommunene hadde det vært en ”ryddejobb” for å sikre at det ikke ble tilfeldig hvem som fikk behandling av hvem. I den prosessen var både de private og de ansatte delaktige. Det ble utarbeidet fordelingsnøkler mellom de private og de ansatte for å klargjøre arbeidsdelingen.



Flere respondenter legger vekt på viktigheten av prioriteringsnøkler for å sikre at pasienten får rett behandling til rett tid. De private og de ansatte har separate ansvarsområder, men de vil ha noe overlappende ansvarsområder. Dette kalte en av de ansatte en ”gråson”, men at det ikke måtte defineres for bestemt, han understreket viktigheten av å bruke skjønn. Han vektla nettopp det som kjennetegner et profesjonelt byråkrati, nemlig at de profesjonelle selv ønsker å ha handlefrihet til å løse arbeidsoppgavene; faglig autonomi. At fysioterapeutene fikk være med i utformingen av fordelingsnøklerne synes fremmede for samarbeidet siden profesjonsutøvere krever frihet i arbeidet og ofte ønsker at regler og rutiner skal komme fra dem selv (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 112).

Felles møter, felles mål, plan for fysioterapivirkosomheten og klar arbeidsdeling mellom de private og de ansatte synes å være viktige forutsetninger for at samarbeidet i fysioterapiorganisasjonen skal fungere godt.

Hovedhensikten med en organisasjons struktur er som tidligere beskrevet å påvirke adferden til medlemmene i en spesiell retning. Arbeidsdeling er en av delene, den andre delen er det som gjøres for å styre medlemmene i organisasjonen og sørge for koordinering mellom spesialfunksjoner og oppgaver (ibid, s.120). Felles møter, felles mål og en felles plan vil være viktig for å styre medlemmene i organisasjonen. Det vil kunne være med å sørge for koordinering mellom de spesielle funksjonene og oppgavene. En organisasjon er et sosialt konstruert system, bestående av mennesker som gjennom samhandling med hverandre søker å nå mål. Sosialisering betyr at en organisasjons kultur blir en del av medlemmene i en organisasjon, slik at de gjør organisasjonens mål og ønsker til sine egne (Jacobsen & Thorsvik, 2014, s.92).

Det kan forstås slik at gjennom sosialiseringssprosessene i en organisasjon, vil skillet mellom egne og organisasjonens mål viskes bort. Gjennom å presisere felles mål for den kommunale fysioterapitjenesten, vil helheten komme frem og medlemmene kunne oppleve et fokus på fellesskap.

Samarbeidsmøter som for eksempel SU møter, felles møter for alle fysioterapeutene, fagmøter og lunchmøter vil være eksempler på hva leder kan benytte for å fremme sosialisering. Å møtes og å være tilgjengelig for hverandre vil være positivt og vil kunne legge grunnlag for god kommunikasjon og

kunnskapen om hverandre kan styrkes. Respondentene beskrev at de ikke var så tilgjengelige for hverandre i det daglige, tiden beskrives som en begrensende faktor.

I forbindelse med godtgjøring av tid avsatt til samarbeid så er det ulikheter mellom de private og de ansatte fysioterapeutene. De private får godtgjøring bare når samarbeidet omhandler enkeltpasienter (Fysioterapiforskriften, 2014). Det betyr at de ansatte har denne tiden inkludert i arbeidstiden sin, mens de private må forsikre seg om at de har en henvisning på pasienten de skal samarbeide om for å sikre en betaling for tiden som brukes. Andre møter som arrangeres i kommunal fysioterapitjeneste som felles informasjonsmøter, fagmøter og for eksempel felles luncher for å fremme samarbeid og fellesskap får de private ikke godtgjøring for.

De private som deltar på samarbeidsutvalgsmøter får møtegodtgjøring etter kommunale satser (ASA 4313, 2013-2014, s.4).

De ansatte har større mulighet til å sette av tid til samarbeid i det daglige arbeidet, siden det inngår som en del av arbeidet.

De ansatte og de private har tilgang til ulike møtearenaer. De ansatte sitter tettere på leder av fysioterapitjenesten fordi de er i et ansettelsesforhold. Det medfører vanlig møtevirksomhet for å sikre daglig drift, samt medarbeidersamtaler og annen kontakt som er naturlig i et ansettelsesforhold. De private kan ha driftsmøter seg imellom på instituttet om de er flere som jobber sammen. Samarbeidsutvalget består av noen private og noen ansatte fysioterapeuter. Det betyr at de private er avhengig av god kommunikasjon seg i mellom for å få tilbakemelding etter samarbeidsutvalgsmøte. De er også avhengig av at leder av fysioterapitjenesten kaller inn til jevnlig møter for både de ansatte og de private.

De private kan oppnevne en kontaktperson, NFFs kontaktperson som er en representant for de private overfor kommunen. Ikke alle private har valgt å oppnevne en slik kontaktperson.

De ansatte fysioterapeutene kan være lokalisert på ulike kontorer, men de arbeider ofte flere sammen. De privatpraktiserende kan velge, å få godkjent av kommunen, at de danner enkeltmannsinstitutter. Noen private velger å gå sammen flere og

danne større praksiser. Hvordan de private lokaliserer seg kan ha betydning for hvor ofte de er i kontakt med andre og dermed gi ulike betingelser for samarbeid.

Ulikhet i godgjøring av tid avsatt til møter, ulik tilgang til møtearenaer og ulik bruk av kontaktperson utgjør forskjeller mellom de ansatte og de private fysioterapeutene i forhold til betingelser for samarbeid.

Kommunikasjon beskrives som limet i samarbeid og bidrar til sosialisering mellom deltagerne (Lauvås & Lauvås, 2004, s.178). Det synes derfor avgjørende at det i strukturen legges vekt på felles møteplasser, de vil være viktige samarbeids og samhandlingsarenaer. Tid til å møtes, dele informasjon og utvikle relasjon med hverandre er viktig for samarbeidet (San Martin-Rodriges et. al, s.139).

Funnene understreker at det er viktig og ønskelig at den formelle strukturen er på plass. Men det kan også tenkes at for stram formell struktur vil være med å skape motstand mot samarbeid og samhandling. For mye styring gjennom regler og rutiner; for eksempel for rigid definering av arbeidsoppgaver og for hyppige felles møter, kan føre til dyp skepsis og motstand. Personer med høy formell utdanning; i dette tilfellet fysioterapeuter, krever frihet i arbeidet (Jacobsen & Thorsvik, 2013,s.112). Men det kan også tenkes at fordi lederne av de kommunale fysioterapitjenestene i undersøkelsen selv er fagspesialister (fysioterapeut, ergoterapeut og vernepleier), vil det kunne føre til at det ikke skapes for rigide formelle strukturer, noe som vil være en fordel for samarbeidet fordi det fører til mindre motstand hos aktørene.

I følge Knudsen (2004) er det to hovedgrunner for at to eller flere parter ønsker å samarbeide. Den ene underliggende premissen er en erkjennelse av gjensidig avhengighet mellom partene, den trenger ikke å være like sterk hos alle aktører, men mer eller mindre gjensidig. På denne måten kan felles mål, planer og fokus på fellesskap fremme følelsen av gjensidig avhengighet mellom de private og de ansatte. De vil da søke å komme frem til en enighet om en fornuftig oppgavefordeling som en nødvendig betingelse for utveksling av tjenester og klienter. Den andre premissen er for å oppnå økonomisk verdi. Det vil si at partene gjennom samarbeid kan løse oppgaver mer effektivt.

Dette perspektivet på samarbeid kalles utvekslingsperspektivet. Dette er et samarbeid som koordineres av partene selv, et frivillig samarbeid. Over tid vil dette utvekslingsperspektivet utfordres av partenes egne interesser og maktforhold. Dette vil kunne ta over for opplevelsen av nytte og påvirker partenes vilje og evne til samarbeid. Det betyr at samarbeid ikke bare er avhengig av partenes evne og positive innstilling til samarbeid, men av økonomiske og politiske rammebetingelser (Knudsen, 2004, i Repstad, 2004, s. 27).

Fysioterapitjenestens ulike organisering og ulike finansiering vil være med å utfordre dette.

Det er ikke perfekt samsvar mellom den formelle strukturen og det som faktisk skjer i den formelle strukturen (Jacobsen & Thorsvik, 2013,s.120). Ved å benytte et kulturelt perspektiv på organisasjonen i denne undersøkelsen, kan det bidra til økt forståelse av hva som foregår, hvordan det skjer og hvorfor det skjer. Ved å se på normer, verdier og virkelighetsoppfatninger som dominerer deler eller hele organisasjonen, skapes en dypere innsikt i hvorfor dens medlemmer handler som de gjør (Bang, 2013, s.335). Dette perspektivet vil være til hjelp for å forstå den uformelle strukturen som kommer til uttrykk i datamaterialet, og hvordan det påvirker samarbeidet. Struktur og kultur kan være like viktig for hvordan organisasjoner fungerer, kultur og struktur kan gjensidig påvirke hverandres effekt på de ansattes adferd og prosessene i organisasjonen (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 159).

### Kulturelle forhold og samarbeid.

Undersøkelsen viser at respondentene er opptatt av fellesskapet; følelsen av å være en del av et fellesskap. Det beskrives at det ikke foreligger et felles mål eller plan for hele fysioterapitjenesten, det er noe ulikt hvordan de har valgt å legge opp til felles møter mellom de to ulike delene av organisasjonen; de private og de ansatte fysioterapeutene. Fysioterapitjenesten er organisert ulikt. De ansatte har et ansettelsesforhold i kommunen, de private en avtale med kommunen, men ikke et ansettelsesforhold. Leder har dermed ulik beslutningsrett over de private og de ansatte fysioterapeutene.

Verdier, normer og virkelighetsoppfatninger er de tre viktigste kjerneelementene som går igjen i litteratur om organisasjonskultur. En definisjon av organisasjonskultur er:

*”Organisasjonskultur er de sett av felles normer, verdier og virkelighetsoppfatninger som utvikles i en organisasjon når medlemmene samhandler med hverandre og omgivelsene, og som kommer til uttrykk i medlemmenes handlinger og holdninger på jobben.”* (Bang, 2013, s327).

Kultur er derfor det som er felles delt, det kan eksistere flere sett av felles delte normer, verdier og virkelighetsoppfatninger i en og samme organisasjon. Kultur vokser frem gjennom interaksjon mellom medlemmer og omgivelser. Kultur er et produkt av samhandling (ibid).

Verdier uttrykker hva som oppfattes som viktig, verdifullt og som er det som etterstreses i en organisasjon. Normer kan oppsummeres som hvordan man bør oppføre seg, hva som er akseptable og uakseptable handlinger og holdninger. Virkelighetsoppfatninger hjelper medlemmene å forstå hva som er usant og sant, hvordan ting fungerer og hvordan de skal tolke det som skjer rundt dem (Trice & Beyer, 1993 i Bang, 2013,s. 329).

Hva ligger i fellesskapsbegrepet som lar seg tolke og belyse av normer, verdier og virkelighetsoppfatninger?

Kulturen kommer til uttrykk i hvordan medlemmene faktisk oppfører seg og hvilke holdninger de har (ibid).

Mangelen på et tydelig felles mål for fysioterapitjenesten kan forstås ut i fra at fysioterapitjenesten som en felles tjeneste ikke har klart å uttrykke en felles verdi for fellesskapet. Respondentene beskriver en hverdag der de jobber mye hver for seg. De kan ikke vise til en felles plan for tjenesten. Det er ikke et felles overordnet mål. Verdier slik det beskrives, er et uttrykk for felles mål, det som er viktig og som man skal etterstreve i organisasjonen. Respondentene etterlyste en felles plattform som synliggjør de verdier og mål de skal jobbe etter. Det vil gi dem et verdigrunnlag som gir retning og som handlinger kan bygges på. En av grunnene til at det ikke er felles mål og en felles plan for tjenesten er at organisasjonen preges mer av subkulturer i kommunal fysioterapitjeneste enn en

felles delt kultur. Det kan synes som om organisasjonsverdiene ikke deles av de private og de ansatte fysioterapeutene. Fysioterapeutene deler samme profesjonsutdanning, deres profesjonsverdier vil være like og i motsetning til de ulike organisasjonsverdiene som vil kunne splitte dem, vil felles profesjonsverdier være med å forene dem.

Spesielle kulturelle verdier kan også påvirke samarbeid mellom profesjonelle yrkesutøvere. Disse verdiene kan gå imot samarbeidets verdi. I helsevesenet vil faglig autonomi kunne fostre og støtte individualisme og spesialisering i stedet for samarbeid (San Martin-Rodriguez et al.2005, s.136).

I analysen av kulturen kan det brukes to perspektiver; integrasjonsperspektivet som vektlegger kultur som noe som preger hele organisasjonen. Dette deles i tre karakteristika. Den første er at kulturen beskrives som *konsistent*; kulturen kommer til uttrykk i enighet med medlemmenes verdier og antakelse. For det andre at det er konsensus om kulturens innhold; at medlemmene har samme verdier og antakelser om organisasjonen. Tredje og siste er at analysen i integrasjonsperspektivet kan være lederfokuserert, at det er organisasjonens leder som former kulturen (Martin, 1992, i Bang, 2013, s. 329).

Det andre analyseperspektivet av kultur i organisasjoner er differensieringsperspektivet. Med det menes at kulturens manifestasjoner og verdier spriker i ulike retninger. At det er uenighet mellom organisasjonens medlemmer når det gjelder oppfatninger av hva slags kultur organisasjonen preges av. At det ikke bare er leder som former kulturens innhold (ibid).

Gitt fysioterapitjenestens ulike organisering og uttalelser fra respondenter som:

*”vi jobber på hver vår tue”*(Privat, kom A)

*”det må stadige påminnelser til for de private at de er en del av kommunehelsetjenestetilbudet”*(Leder, kom A);

vil differensieringsperspektivet kunne benyttes til å forstå at det er dominante subkulturer, og at ønsket om felleskapsfølelse er noe respondentene fokuserer på og ønsker for å få til et samarbeid. Det perspektivet retter fokus mot alle

subkulturene som eksisterer i en organisasjon og forholdet dem imellom. Subkultur utvikles i en gruppe som samhandler jevnlig med hverandre, som ser seg selv som en spesiell gruppe i organisasjonen, som deler et sett av utfordringer som de fleste i gruppen er enige om er problematiske (Van Maanen & Barley, 1985, i Bang, 2013, s.329) De private fysioterapeutene vil på bakgrunn av det respondentene har gitt uttrykk for ha mer kontakt med hverandre og andre som driver private institutt. De kommunale har i daglig arbeid mest kontakt med de andre ansatte fysioterapeutene. Dette synes å være naturlig, gitt den arbeidsdelingen som er mellom private og ansatte fysioterapeuter.

Den subkulturen som preger de private vil være den kulturen som former deres verdier, normer og oppfatninger av virkeligheten. Det samme gjelder de ansatte. Kultur beskrives som noe som vokser frem gjennom interaksjon mellom mennesker og de omgivelsene de er i. Kulturen blir et produkt av samhandling. Årsaken til at den felles kulturen i kommunal fysioterapitjeneste ikke er så tydelig, er at de har få møteplasser, de har ikke formulert felles mål for tjenesten og det foreligger ikke en felles plan for tjenesten. Dermed blir samhandlingen på tvers av de private og ansatte fysioterapeutene en sjeldenhet og muligheten til å bygge felles kultur svekkes. Dermed blir subkulturene dominerende.

I organisasjoner der den formelle strukturen gir aktørene stort rom for å benytte personlig skjønn, kan effekten av kulturelle forhold bli spesielt sterk (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s.321). Det kan være en annen mulig forklaring til at de ansatte og de private utvikler dominante subkulturer.

Den ulike organiseringen løftes frem som en utfordring av respondentene. Hvordan kan de klare å få fellesskapsfølelsen på sikt gitt at det er ulike tenkemåter, interesser og ikke minst myndighetsstruktur?

En av de private uttrykte seg slik:

*”Jeg tror det er vanskelig å få til et godt samarbeid fordi vi er regulert veldig frie. Vi kan gjøre litt som vi vil. Bare vi jobber”*(Privat, kom B, 114 - 115).

Dette er et eksempel på en virkelighetsoppfatning som en av de private har om sin egen rolle i fysioterapitjenesten. Hva betyr dette for fellesskapet? Det er ikke med

på å fremme utviklingen av en felles kultur der de deler samme verdi og visjon, og vil kunne gi legitimitet til å trekke seg unna samarbeid og samhandling.

På den andre siden er det viktig å vektlegge hva ASA 4313 (ASA 4313, 2013-2014) sier om de private sine gjensidige forpliktelser til kommunen i utøvelsen av sin jobb. De er ikke frie til å gjøre hva de vil. De er en del av fellesskapet, og kan ikke definere seg ut.

Fellesskapet som beskrives av respondentene handler om det som er felles for fysioterapitjenesten, det som knytter dem sammen. I beskrivelsen av kommunal fysioterapitjeneste ligger det til grunn at det er to ulike juridiske enheter som utgjør en felles organisasjon. Det betyr at dette fellesskapet er avhengig av på hvilken måte de ulike delene spesialiserer seg. Arbeidsdeling mellom de ansatte og de private fysioterapeutene blir viktig. Helheten skal ivaretas ved at de ulike delene av organisasjonen løser sine arbeidsoppgaver.

Det beskrives at det har vært gjort ryddejobber fordi det har vært tilfeldig og uklart hvem som behandles av hvem. Bruk av verktøy som fordelingsnøkler og prioriteringsnøkler er nevnt som virkemiddel. Det beskrives at bruk av prioriteringsnøkler vil være viktig for å sikre lik behandling av pasienter i kommunen. På den ene siden beskriver en leder at det er veldig klart hvem som skal gjøre hva, mens på den andre siden sier en av fysioterapeutene i samme kommune at hun ikke opplever det som klart. En mulig forklaring til at det er slik er at det i organisasjonskulturen ikke er en tradisjon på å fokusere på helheten i kommunal fysioterapitjeneste.

Et viktig poeng synes å være at den formaliseringen som beskrives i kommunal fysioterapitjeneste ikke synes å slå tilstrekkelig igjennom og bidra til gode betingelser for samarbeid.

Myter er presentert i undersøkelsen som en deskriptiv kategori. Respondentene beskrev ulike forestillinger og holdninger til hverandre. Kultur kommer til uttrykk i hvordan medlemmene faktisk oppfører seg og hvilke holdninger de har (Bang, 2013, s.329). En leder la vekt på at det kommer frem meninger om hvordan de private jobbet mest med grupper og hadde lite individuelle behandlinger. Leder kalte det tendenser til ”*konkurrans*e og *kniving*” innad i en faggruppe. De private



uttalte at de ansatte var lite effektive og at det gikk litt tregt. Ventelisten ble også nevnt av en ansatt som noe som de private bruker for å sikre seg mer ressurser.

Utviklingen av disse mytene handler om at det er mer en organisasjon som preges av to subkulturer og deres forhold seg i mellom enn en felles delt kultur i kommunal fysioterapitjeneste. På den andre siden er kommunal fysioterapitjeneste satt sammen av to ulike organisasjoner med hvert sitt særtrekk. Det kan tenkes som en forklaring til at det vil være naturlig at det utvikles to sterke subkulturer som er sterkere enn en felles delt kultur i kommunal fysioterapitjeneste.

Kultur er et produkt av samhandling, kultur kan ikke vedtas, den vokser frem gjennom interaksjon mellom medlemmene (Bang, 2013, s.329). De mytene de ansatte og de private har om hverandre kan forstås ut ifra at de ikke samhandler veldig tett med hverandre. En ansatt sa:

*”Fordi når man ikke snakker sammen så går man og lager seg sånne forventninger og tror det er sånn eller sånn (...) man ilegger dem ting som sikkert ikke stemmer”* (Ansatt, kom. A, 167-169).

En av lederne hadde erfart at dette ”spenningsforholdet” mellom fysioterapeutene ble redusert etter at hun hadde sent ut en av de ansatte til alle instituttene for å kartlegge kompetanse og hilse på alle. Det bekrefter at det å møtes kan rive ned myter og gjøre det lettere å samhandle og samarbeide med hverandre. Avstand opprettholder myter. Ut i fra dette kan det synes viktig for samarbeide i kommunal fysioterapitjeneste at det legges vekt på jobbe frem en helhetlig kultur for kommunal fysioterapitjeneste som legger vekt på helheten men samtidig erkjenner ulikheten gitt den ulike organiseringen. Integrasjonsperspektivet som vektlegger kulturen som noe som preger hele organisasjonen synes derfor som viktig å jobbe frem. At kulturen kommer til uttrykk i enighet med medlemmenes verdier og antakelser, at det er enighet om kulturens innhold og for det tredje at leder av organisasjonen er med å forme kulturen (Martin,1992, i Bang, 2013 s.329).

Å vektlegge felles møteplasser vil være viktig for å rive ned myter og bygge felles kultur, det vil fremme samarbeid.

## Spesialisering og samarbeid.

Gitt den ulike organiseringen av kommunal fysioterapitjeneste er det en arbeidsdeling som gir de private og de ansatte ulike arbeidsoppgaver. Denne arbeidsdelingen er også en del av en organisasjons struktur (Jacobsen & Thorsvik, 2014, s. 120). Innsamlet data sier at fysioterapeutene stort sett har en forståelse av hvilke pasienter som skal behandles av hvem, men at det vil være gråsoner. Det er ved overføring av pasienter fra de ansatte til de private det oftest er kontakt mellom fysioterapeutene. Der de private er spredd på flere institutter sier respondentene fra de private at det er *”litt sånn tilfeldig”* og *”ikke like systematisk”* i forhold til hvem man tar kontakt med. Der de private er samlet på ett stort institutt beskrives det som lettere, der stikker de ansatte innom for å levere henvisningen. De har også en egen kontaktperson både hos de private og de ansatte for å gjøre samarbeidet ved pasientoverføring smidigere.

For å drøfte hvordan de strukturelle betingelsene for samarbeid er, vil det være hensiktsmessig å benytte samarbeidsteori. Knudsen (2004), skriver om samarbeid og koordinering på tvers av organisasjonsgrenser, mellom to ulike juridiske enheter. Kommunal fysioterapitjeneste er en organisasjon som kan kalles en *”hybrid”* i forhold til Knudsens (2004) forutsetninger, fordi den består av to organisasjoner som deler leder, men leder har ikke samme beslutningsrett over de ulike delene av organisasjonen. Knudsen beskriver en virkelighet der det kan være uklart hva som er eksternt og hva som er internt samarbeid nettopp på grunn av hvordan det er organisert (ibid, s.22).

Å oppleve en reell nytte av samarbeidet for aktørene som skal samhandle, og tillit mellom partene er avgjørende forutsetninger for samarbeid. Tillit kan bygges opp. Samarbeidet kan oppleves som brysomt for de samhandlende aktørene selv om mottakerne av de koordinerte tjenestene har fordel av det (ibid, s.24).

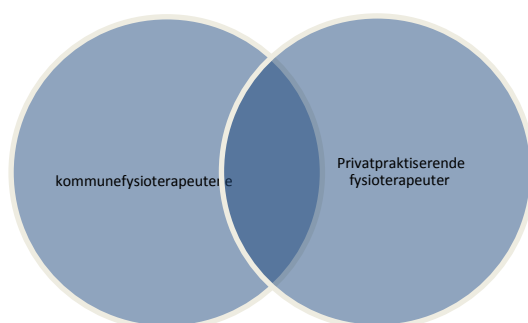
Domenekompatibilitet, ideologisk kompatibilitet, kvalitetsmessig kompatibilitet og mandatkompatibilitet er avgjørende for å lykkes med samarbeid. Disse faktorene påvirker hverandre i stor grad (ibid, s.43).

Å forsvare eget domene er for de fleste både offentlige og private organisasjoner en hovedmålsetning. For å ivareta sine interesser vil derfor organisasjonen gjøre en god jobb, ivareta sine økonomiske ressurser og utveksle ressurser med andre

enheter. For å forsvare egeninteresser vil de også bruke politiske midler, søke ekstern støtte og noen ganger ty til negative strategier for å forsvare sine legitime interesser. Når flere organisasjoner gjør dette samtidig kan det i stedet for samarbeid bli konkurranse, konfrontasjon og konflikt. Forholdet mellom samarbeidende enheters domeneavgrensninger blir derfor en nøkkelfaktor i samarbeidet. Helt sammenfallende domeneoverlapping betyr konkurranse, og de vil ha lite å tilby hverandre. De som ikke har noe overlapping av domene vil ikke ha noe til felles og har derfor svært lite å tilby hverandre. Derfor vil det optimale og den interessante kategorien være delvis overlappende domene. Denne domenekompatibiliteten vil føre til at enhetene kan utnytte og utfylle hverandres kompetanse, tilby samme klientgruppe flere tilbud og oppleve samarbeidsgevinster. Det vil være et samarbeid som oppleves nyttig og det vil være et lavt potensial for konflikt (Knudsen, 2004, s.44).

Forholdet mellom domeneavgrensningene for de private og de ansatt vil være en viktig nøkkelfaktor for samarbeidet. Den strukturelle rammen kommunal fysioterapitjeneste har gjennom oppgavefordelingen; spesialiseringen, mellom de ansatte og de private, vil kunne illustreres i en tenkt modell for å beskrive hvordan domenekompatibiliteten er:

Figur nr. 3. Domenekompatibilitet i kommunal fysioterapitjeneste.



(Egen figur).

Dette vil være delvis overlappende domene, de har ulike arbeidsoppgaver, men de beskriver hvordan de ved for eksempel pasientoverføringer samarbeider for å

gjøre overgangene så smidige som mulig. En av respondentene understreker at det også er ”gråsoner” i arbeidsfordelingen; det vil si at noen oppgaver kan løses av begge parter. De strukturelle betingelsene gjennom arbeidsdelingen vil derfor være med på å lage gode betingelser for samarbeid mellom de ansatte og de private. Forutsetningene for å oppleve samarbeidet som nyttig vil dermed være til stede, gitt at oppgavefordelingen er tydelig og klar.

I spesialiseringen av de ansatte og de private gjennom arbeidsdelingen kom det i undersøkelsen frem at ”de ønsket å utnytte hverandres kompetanse gjensidig”, og at det var ulik praksis i hvor godt de fikk det til. På den ene siden kom det derfor frem ønske om å samarbeide om kompetanse, mens på den andre siden kom det også frem at de hadde en del tanker om hverandre og syn på hverandres måter å jobbe på.

Derfor kan det tenkes at den ideologiske og kvalitetsmessige kompatibiliteten ikke gir de samme gode premissene for samarbeidet som domenekompatibilitet i kommunal fysioterapitjeneste. En ideologi vil her kunne bety samme syn på god terapi, gode arbeidsmåter og behandlingsformer og hva enheten står for.

Kvalitetsmessig kompatibilitet er nært knyttet til ideologisk kompatibilitet. Det betyr hvordan partene vurderer hverandres faglige prestasjonsnivå. Respekt for hverandres arbeid er resultatet om enhetene som skal samarbeide har et noenlunde likt kvalitetsnivå. Har de sympati for hverandres kultur, arbeidsmåter og måten de løser sine oppgaver har de lettere for å akseptere hverandre ut i fra kvalitetsmessige ideologier (Knudsen, 2004, s.45).

Mandatkompatibilitet handler om at det må til et trykk for at samarbeidet skal komme i stand. Selv om domenekompatibiliteten, ideologisk og kvalitetsmessig kompatibilitet er til stede, er det ikke sikkert det blir et samarbeid. Mandatet kan realiseres ved at en overordnet instans har plikt og rett til å koordinere og kontrollere at samarbeidet finner sted. Det kan skje gjennom planlegging eller direkte styring (Knudsen, 2004, s.46).

Ut i fra de funnene som har kommet frem, kan det tenkes at den ideologiske og kvalitetsmessige kompatibiliteten legger en demper på premissene for samarbeid. Samtidig kommer det frem at de som har jobbet sammen om kompetanse

opplevde det som nyttig både for seg selv og pasienten. Fysioterapeutene som samarbeider har også samme utdanning og et relativt likt faglig utgangspunkt for å bedømme hverandre faglig sett, det vil bety at de har gode forutsetninger for å inneha det samme kvalitetsnivået. Derfor kan det tenkes at en av grunnene til at det kommer frem en del myter og synspunkter på hverandres måter å jobbe på har mer med få treffpunkter å gjøre og at avstand opprettholder myter og synspunkter om hverandre.

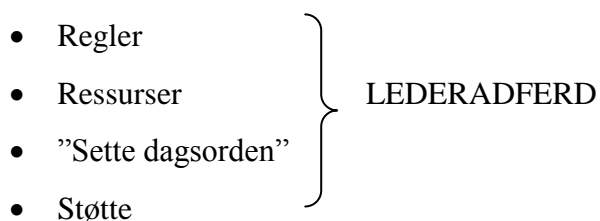
Både fysioterapeutene og lederne erkjenner at samarbeidet som skjer i kommunal fysioterapitjeneste kan være noe ujevnt og tilfeldig. De forteller også om eksempler der det fungerer veldig bra. Det kan derfor tenkes at en mulig forklaring til at samarbeidet er noe ujevnt handler om at det har vært en manglende mandatkompatibilitet. Lederne uttrykker at det i perioder har vært bortfall av møter, og en leder sier hun har ”*dårlig samvittighet* ” fordi det er lenge siden de har hatt felles møter. Hvordan leder utøver dette mandatet diskuteres videre under forskningsspørsmålet: Hvilken betydning har ledelse for samarbeid?

Så langt er delanalysen av første forskningsspørsmål som tar for seg de strukturelle betingelsene for samarbeid presentert. Videre følger delanalysen av det andre forskningsspørsmålet som tar for seg hvilken betydning ledelse har for samarbeid.

## Hvilken betydning har ledelse for samarbeid?

I denne delanalysen har jeg sortert funnene slik at de funn som direkte peker mot lederadferdens betydning for samarbeidet, er samlet under den deskriptive kategorien lederadferd. Som figuren nedenfor viser er denne kategorien basert på fire førsteordens kategorier.

Figur, nr. 4. Fra førsteordens til andreordens kategori.



I spørsmålene om ledelse og leders betydning for samarbeid kom det frem fire tydelige andreordens kategorier. Disse handler om behov for at leder kan reglene som gjelder for kommunal fysioterapitjeneste, at leder lå tett på for å forsikre at ressurser ble fordelt riktig, at leder setter dagsorden og at leder kan fungere som en støtte i en hektisk og krevende arbeidssituasjon for fysioterapeutene. Både de ansatte og de private var tydelige på at dette var viktig ledelsesadferd som ville fremme samarbeid dem imellom. Dette var overraskende funn, gitt de privates rolle som selvstendig næringsdrivende kunne det forventes at de ønsket minst mulig ledelse og innblanding fra leder av fysioterapitjenesten.

## Lederadferd.

### Regler.

Avtalen mellom de private og kommunen er regulert av avtalen mellom Norsk fysioterapeutforbund (NFF) og Kommunenes Sentralforbund (KS) (ASA4313, 2013-2014), den legger rammen for gjensidige plikter og rettigheter mellom de to partene. At leder er oppdatert på og opptatt av regelverket ble understreket av alle de private som ble intervjuet. De sa at en leder må kunne lover og regler. En leder må vite, ikke bare å synse.

Ved overtagelse av nye hjemler, uttrykte de private også hvor viktig det er at det gjøres riktig og at det ikke er uvanlig at NFF og advokat trekkes inn ved

konflikter i slike prosesser. Leder er viktig som en støttespiller i slike prosesser sa de private.

To av lederne er spesielt opptatt av hvor vanskelig det er å vite hva de kan styre som leder og hva de ikke kan mene noe om. ASA 4313 oppleves som vanskelig å forstå.

Om dette sier en av lederne:

*”Utfordringen er å se hva kan vi styre og hva kan vi ikke styre. ... de kommunalansatte kan jeg styre på en helt annen måte enn å styre de med driftstilskudd. Så som leder er det viktig å ha en intern diskusjon og bevissthet på hva og hvordan(...) jeg synes jo for eksempel at ASA 4313 når det gjelder utlysning av driftstilskudd er helt uforståelig. Det var en prosess som gav meg mange grå hår” (Leder, kom C, 316-328).*

En leder var også opptatt av at det er noen private som ”kjører sitt eget løp”. Hun sa også det var til hjelp for henne som leder å benytte seg av ASA 4313 når hun diskuterte med de private. Den revideres årlig og leder mente det er viktig at de private til en hver tid er oppdatert. De private bekrefter at de ikke alltid er helt à jour med oppdaterte versjoner av avtalen.

En leder følte også at avtalen kan oppleves som et hinder i å yte best mulig tjenester til brukerne av fysioterapitjenesten. Men det lederne var mest opptatt av, er dilemmaet om hva som kan og ikke kan styres av dem som leder.

#### Ressurser.

Det kom tydelig frem som et sentralt funn at det er viktig at lederne til enhver tid har oversikten over hvor det er behov for ressurser, at det ikke er den som roper høyest som skal få, men at lederne ligger tett på og ser det reelle behovet i kommunen. At det er helheten som teller.

En av de ansatte sa:

*”..det å stå i det trøkket og faktisk finne ut av når det er et reelt behov og når det bare er et ønske og krav, ja det er en utfordring for leder å finne ut av, og komme til bunns i det reelle behovet da. Som ikke bare handler om hva fysioterapeuten mener(...). Det som leder da å ivareta alles interesser er kjempeutfordrende. Det krever egentlig mye mer tid enn det som er satt av til det” (Ansatt, kom B, 307-310, 319).*

Lederne understreket selv at det ikke er ventelistene som sier noe om det reelle behovet; de må se bak ventelistene. Men understreket at de private er en forskjellig gruppe og at det er utfordrende å få de til å si noe mer enn bare hvor lang ventelisten er. Samme leder var også veldig bevisst sin rolle som leder og sa at det er leders jobb å viderefordre til det politiske nivået hva som er ressursbehovet. En annen leder var opptatt av at de må få til en tettere dialog med de private om hvordan det forholder seg med venteliste og hvordan de jobber for å bruke ressursene best mulig. At det er veldig vanskelig å få nye driftstilskudd, men at det da er viktig å: *”gå igjennom våre egne måter å jobbe på og prioriteringer” (Leder, kom B, 80).*

### **”Sette agenda”.**

Et sentralt funn både blant de ansatte og de private fysioterapeutene var at de er opptatt av at det er leder som har ansvar for å sette i gang og initiere til samarbeid, samt at det er viktig at samarbeidet forankres i ledelsen.

*”Jeg mener det må forankres i ledelsen, fordi det er de som styrer over alle og de må sitte med alle kortene og se hvordan de skal få det til. Da må de jo i utgangspunktet ha en interesse for det og en følelse av at dette er viktig. Og hvis det ikke er prioritert så blir det ikke viktig” (Ansatt, kom A, 256-258).*

Det ble presisert at det kan oppleves som *”skummelt”* med styring, men at leder må gå foran og si noe om hva man skal prioritere, hvordan man skal gå frem og *”sette retning”*. En av de private sier at de ender opp med å ta opp det samme om



og om igjen, at de ikke finner en løsning på utfordringene de har i fysioterapitjenesten i kommunen.

En av de private var opptatt av at de er usikre på hvorvidt leder er opptatt av å samarbeide med dem, til tross for at leder i samme kommune snakker om viktigheten av samarbeid og at leder skal sitte i "førersetet" når det gjelder samarbeid. En annen leder sa at det har vært erfaringer blant de private der de har levert inn årsmelding og rapporter til kommunen, men at de private har opplevd at det blir liggende i en skuff. Leder var opptatt av at det ikke skal fortsette.

Samme leder var også opptatt av leders rolle for å påvirke samarbeid:

*"...jeg tenker at jeg har et ansvar for det, å prøve å igangsette, få til dialog, klart det fremmer samarbeid, så jeg tenker at det å ha tid til å prioritere, jeg tror det har vært en slik glemt gruppe"* (Leder, kom B, 289-290).

Struktur på ledelse av samarbeidet ble også nevnt som viktig av en leder. Ellers er det fare for at det blir tilfeldig. "Noen må holde i rammene". Alle lederne sa at det er viktig at de ligger tett på med informasjon ut til fysioterapeutene og at det er et område de kan jobbe mer med. Særlig i forhold til nyansatte og vikarer, men også for å ta vekk "grobunn fra rykter og feil informasjon som de hører fra andre" (Leder, kom C, 305). De private la også spesielt vekt på viktigheten av at også de får informasjon fra leder om det som angår fysioterapitjenesten i kommunen, de kommunale nevnte ikke mangelfull informasjon som et problem.

### Støtte.

Å kunne oppleve støtte og hjelp av leder og ikke bare av kollegaer i arbeidshverdagen ble nevnt både av private og av ansatte fysioterapeuter. I en hektisk hverdag der det er stort arbeidspress og stor pågang av pasienter vil leder kunne bli "en buffer" å vise til når terapeutene må si nei til pasienter som ønsker rask time. Det ble beskrevet en arbeidshverdag der det er utfordringer med pasienter og pårørende på grunn av manglende kapasitet.

Ønske om kort vei til leder ble nevnt som viktig:

*”Leder kan støtte og si at ”sånn kan vi ikke gjøre, eller da må vi på det”, Sånn at man finner løsninger på det. Så vi ansatte kan stå i en storm eller hva det måtte være” (Ansatt, kom C, 195 – 199).*

## Lederadferd og dens betydning for samarbeid.

Respondentene beskriver at å forvalte regler, ressurser, sette agenda for samarbeidet og å opptre støttende er viktig lederadferd for å fremme samarbeidet.

Definisjonen på ledelse er:

*Ledelse er en spesiell adferd som mennesker utviser i den hensikt å påvirke andre menneskers tenkning, holdning og adferd (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 416).*

Innenfor en organisasjon vil ledelse ha til hensikt å få aktørene til å realisere mål, å motivere dem til å arbeide for å yte mer og få dem til å trives i arbeidet (ibid, s.416).

Å være leder for en ekspertorganisasjon også kalt et profesjonelt byråkrati gir spesielle utfordringer. I slike organisasjoner vil makten i stor grad være lokalisert i produksjonskjernen blant de profesjonelle. Effekten av ledelse vil dermed kunne nøytraliseres og mislykkes, fordi lederens mulighet for innflytelse er sterkt begrenset. I andre situasjoner er ledelse overflødig, det vil si at det finnes forhold som fungerer som et substitutt for ledelse. Det gjør ledelse unødvendig, og forsøk på å utøve ledelse vil i noen sammenhenger virke mot sin hensikt. Trekk ved organisasjonen som for eksempel høy utdanning, profesjonaliserte organisasjoner som for eksempel kommunens fysioterapiorganisasjon, vil være eksempel på dette. De har en sterk gruppekultur og sterkt samhold i gruppen. Nøytralisering og substitutt for ledelse vil kunne virke som moderatorer på effekten av ledelse generelt (ibid, s. 456-458).

## Lederadferd.

Gitt at kommunal fysioterapitjeneste kan beskrives som en ekspertorganisasjon kunne det tenkes at funnene ville avspeile en motforestilling mot ledelse og at de ville uttrykke at ledelse har liten betydning for samarbeid. I stedet uttrykker respondentene et tydelig ønske om ledelse og at ledelse vil fremme samarbeid, at leder skal være en *"støttespiller"* og *"være en pådriver for samarbeidet"*. En leder beskriver at hun ønsker å sitte i *"førersetet"* for å drive samarbeidet fremover. En annen leder beskriver at hun ønsker å bruke mer tid på og prioritere samarbeidet, at hun har ansvaret for å *"igangsette og få til dialog"*. Struktur på ledelse av samarbeidet så det ikke blir tilfeldig ble nevnt som viktig; *"noen må holde i rammene"*.

Fysioterapeutene beskriver at de ønsker at leder skal ha interesse av samarbeid og at de faktisk prioriterer det, selv om det er *"skummelt"* med styring.

Fysioterapeutene beskriver også at de trenger leder som en støtte og hjelp i de utfordringer de står i daglig, så de kan *"stå i en storm"*. Fysioterapeutene sier også at de tar opp de samme utfordringene om og om igjen uten å komme videre. En svarte at hun var usikker på om leder var opptatt av å samarbeide med dem. De private har opplevd å levere årsrapporter og årsmeldinger bare for å oppleve at *"det legges i en skuff"*, en leder bekrefter at det har skjedd og at det er ønskelig med en endring. De private beskrives som en *"glemt gruppe"*.

Hvilken kultur for ledelse preger kommunal fysioterapitjeneste? Eksempelvis har en leder sendt ut en ansatt fysioterapeut for å kartlegge kompetanse og *"hilse på"* alle de som jobber privat med avtale i kommunen. Dette beskrives som nytt og positivt, det bygger ned myter og det fremmer relasjoner.

Oppfatningen om en slags *"mangel på ledelse"* kan forklares med at kommunal fysioterapitjeneste er ulikt organisert, det gir utfordringer for leder og en måte å styre er å ta tak i regler og lover. Lederne beskriver selv en usikkerhet i forhold til hva de kan styre. Den fysiske plasseringen kan også forklare hvorfor det blir avstand og lite kontakt mellom de private og leder. Ofte er leder og de ansatte tettere i kontakt med hverandre. De strukturelle betingelsene; mangel på felles planer, mangel på felles mål og en kultur som er mer delt enn felles kan forklare

at leder ikke har tatt sin lederrolle og fungerer som en tydelig leder for fellesskapet.

*Det sentrale er å formidle at de to elementene henger tett sammen, og at ledere som skal forstå og styre organisasjoner, også må forstå hvordan struktur og kultur virker sammen (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s.159).*

Det uttrykte ønsket om tydeligere ledelse kan forklares med at alle fysioterapeutene opplever et økt press på tjenestene sine, det beskrives en hektisk arbeidshverdag. Oppgavene blir mer sammensatt og Samhandlingsreformen har medført at arbeidsoppgavene stadig krever mer spesialisert oppfølging og behovet for å samordne seg og jobbe på tvers øker. De etterlyser en støttende leder som kan stå sammen med dem, ikke bare en som administrerer og kontrollerer dem gjennom tall og rapporter.

Verdibasert ledelse legger til grunn at ledelse og administrasjon er to forskjellige sett av funksjoner. Philip Selznick (1957) presiserte at ledelse først og fremst vil være med på å skape et felles verdigrunnlag i organisasjonen, det betyr at organisasjonen ikke bare er et instrument for leder og eiere. Dette perspektivet kan kalles et institusjonelt perspektiv på ledelse. Ledelse knyttes til begreper som verdi, normer, legitimitet og tillit (Selznick, 1957, i Jacobsen & Thorsvik, 2014, s.445). Dette er begreper som handler om organisasjoners kultur. Denne kulturen kan ha sterk effekt på adferden til medlemmene i organisasjoner, akkurat slik som den formelle strukturen har. En sterk og enhetlig organisasjonskultur vil gi medlemmene følelsen av tilhørighet og fellesskap, virke motiverende, skape tillit, virke styrende på adferd og ha positiv effekt på samarbeid og koordinering (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 127-128). Dette betyr at ledelse i kommunal fysioterapi er viktig for å fremme felles organisasjonskultur som igjen virker positivt på samarbeid, tillit og følelse av fellesskap.

Hvilken kultur for ledelse preger kommunal fysioterapitjeneste? Funnene beskriver mer en kultur for administrasjon enn ledelse.

En variant av verdibasert ledelse er transformasjonsledelse.

### Transformasjonsledelse.

Lederadferden her spiller på de følelser de underordnede har. Denne formen for ledelse spiller på fire elementer. Utvikling av en visjon som går utover rene organisatoriske mål som for eksempel lønnsomhet og vekst, og mot noe som man ønsker å forbedre. Visjon vil kunne være verdier som for eksempel åpenhet og respekt. For det andre å inspirere de ansatte til å yte noe ekstra, leder kan være en rollefigur i dette. Det tredje elementet er at den enkelte følges opp på en personlig måte så hver enkelt får følelsen av å bety noe og være respektert. Det siste er at leder stadig kan gi aktørene nye utfordringer, en intellektuell stimulering.

Det motsatte og som mer vil representere en lederadferd som er instrumentell er transaksjonsledelse. Der vil forholdet mellom leder og medarbeidere være en slags utveksling der aktørene gir sin arbeidskraft i bytte for en belønning. Relasjonen mellom leder og de ansatte preges av instrumentalitet, relasjonen opprettholdes så lenge begge parter har noe å tjene på det. De to viktigste elementene er at belønning brukes aktivt for å oppnå målrettet adferd og avviksledelse som betyr at leder kun griper aktivt inn hvis ikke alt går som planlagt (ibid, s.446).

I lys av teorien om transformasjons og transaksjonsledelse kan det synes som om undersøkelsen beskriver at fysioterapitjenesten er mer preget av en form for transaksjonsledelse enn transformasjonsledelse. Funnene beskriver mer en kultur for administrasjon enn ledelse. Det kan være en mulig forklaring på at en leder omtalte de private som *"en glemt gruppe"*. Det som kommer klart til uttrykk er at det er et ønske både fra noen av lederne og fra fysioterapeutene at de ønsker mer verdibasert ledelse. Hva vil en verdibasert ledelse ha å si for samarbeidet?

Tillit er et av de sentrale begrepene i verdibasert ledelse. At leder kan være med gjennom sin adferd å fremme tillit og bidra til at det kjennetegner relasjonene mellom fysioterapeutene og mellom leder og fysioterapeutene vil påvirke samarbeidet positivt. Tillit nevnes som en avgjørende forutsetning for samarbeid (Knudsen, 2004, s.24). Verdibasert ledelse og den lederadferden denne bygger på vil fungere som et viktig bidrag for å fremme samarbeid. Det er ikke bare fysioterapeutene som har et ansvar for å fremme samarbeidet, leder har

hovedansvaret i kraft av sin posisjon. Det er viktig at leder tar denne rollen, og en av lederne var tydelig på at dette er viktig:

*”...jeg tror noe med det at det er synlig hva alle gjør, at det skaper gjensidig tillit, jeg sier ikke at det ikke er tillit, men jeg tror det er ganske blandet.”* (Leder, kom B, 339 -340).

At leder er en rollemodell som kan inspirere de ansatte til å yte noe ekstra er også et element i transformasjonsledelse. At leder går foran som et godt eksempel og selv viser at samarbeid er viktig, og at det settes av tid og at det blir prioritert beskrives av en av lederne som noe hun har tenkt å gjøre. Hun bruker selv ordene *”klart det fremmer samarbeid”*. En av fysioterapeutene nevnte også dette og sa at leder må være en *”pådriver”*, men at det var avgjørende at leder faktisk hadde en interesse for det og en følelse av at samarbeidet var viktig. Blir det ikke prioritert signaliserer også leder at det ikke er viktig. Det kan være en forklaring på hvorfor en av de private sa at det var usikkert om leder ville samarbeide med dem, mens leder sa at leders jobb var å være i *”førersetet”* i samarbeidet.

Mangel på prioritet og tid avsatt til samarbeid kan her ha vært årsaken til denne dualiteten. Tid avsatt til samarbeid og møteplasser beskrives som en nøkkelfaktor for å få til et godt samarbeid. Det må være nok tid til at aktørene får delt informasjon, utvikle relasjonen seg imellom og kunne ta opp saker av betydning for tjenesten (San Martin-Rodriguez et al, 2005, s.139).

Leders evne og vilje til i å sette fokus på, initiere til samarbeid og sette av tid til det være viktig for å fremme samarbeid. Å gi legitimitet til aktørene i fysioterapitjenesten så de kan gjøre det samme, vil også være et viktig ledd i å fremme samarbeid.

*Når man skal forsøke å skape et samarbeid på tvers av etats-og organisasjonsgrenser, må man forsøke å påvirke både den frivillige og den "tvungne" koordineringen (Jacobsen, 2004, i Repstad, 2004, s.83).*

I hvilken grad leder klarer å påvirke frivillig og tvunget samarbeidet vil ha betydning for samarbeidet mellom de private og de ansatte. Det frivillige samarbeidet baserer seg på at de ser nytten av det og at de ønsker å koordinere sine aktiviteter. Leder kan gjennom å øke bevisstheten om hvordan de ulike deloppgavene henger sammen, danne kunnskap om den enkeltes plass i helheten. Samtidig kan man som leder legge vekt på og forsøke å gjøre rede for hvilke konsekvenser denne manglende koordineringen får for pasientene. En av strategiene for å få til dette samarbeidet, er å aktivt oppmuntre til samarbeid. Om dette frivillige samarbeidet blir begrenset, må det ofte innføres regler eller få ledere som kan stå for en mer tvungen koordinering (ibid, s. 82-85).

På den ene siden er fysioterapitjenesten en ekspertorganisasjon, og ut ifra det vil det kunne gi utfordringer med for mye styring fordi det utfordrer faglig autonomi. Det blir en situasjon der kyndighet brytes mot myndighet. Men på den andre siden gir fysioterapeutene klart uttrykk for at de ønsker et trykk fra leder for å fremme samarbeid. Funnene beskriver også at lederne ser behovet for et påtrykk for å få til et samarbeid.

### **Mandatperspektivet.**

Mandatperspektivet handler om en overordnet myndighet som etablerer et mandat for samarbeid, i motsetning til utvekslingsperspektivet som bygger på frivillig koordinering mellom partene som skal samarbeide. Koordinering betyr her en form for styring av samhandlingen. Koordineringen kan dermed styres av partene selv; utvekslingsperspektivet eller av overordnet instans; mandatperspektivet (Knudsen, 2004, s.25). Et overordnet mål vil være å sikre optimal ressursutnyttelse; at alle enhetene i en sektor må utnytte sine ressurser slik at totalytelsen blir best. Bakgrunnen for dette mandatet kan være overordnede teknologiske og økonomiske betraktninger eller hensynet til service overfor publikum. Et slikt forsøk på overordnet koordinering er avhengig av personlige egenskaper til den som står for koordineringen. Dette mandatet eller påtrykket kan

beskrives som legalistisk; at det bygger på lovverk og regler. Det kan også knyttes til ressurser og avhengighetsforhold (Knudsen, 2004, s.38).

Gjennomføringen av dette mandatet vil avhenge av mandatgivers; her leder av fysioterapitjenesten, vilje og evne til å kontrollere samarbeidet. Det kan tenkes at om enhetene synes samhandlingen er fornuftig og at de aner mulighet for effektivt samarbeid med gevinster vil det virke positivt. Men det kan også tenkes at om fysioterapeutene opplever koordineringen som unødvendig og at for eksempel møter blir presset på dem kan mandatet bli oversett og eventuelt medføre en konflikt og virke hemmende på samarbeidet. Dette kan være en forklaring på beskrivelsen av noen private som *"trekker seg ut"*.

Dette perspektivet på samarbeid beskriver at leder vil ha sterkest posisjon og lettere lykkes med påtrykket om samhandlingen om leder baserer trykket på et legalistisk grunnlag og på partenes ressursavhengighet (Knudsen, 2004, s.38). Dette legalistiske grunnlaget er ulikt for de private og de ansatte fysioterapeutene. Undersøkelsen avdekker at det er frustrerende for lederne at det er noe uklart hva som ligger i beslutningsretten de har over de private i forhold til ASA 4313. Hva kan de kreve og hva kan de bestemme over? For at de skal kunne benytte mandatet som ledere og fremme samhandling gjennom et påtrykk som ledere, vil det være en fordel å avklare og gjennomgå ASA avtalen.

I ASA 4313 står det at de private skal jobbe i nært samarbeid med kommunens øvrige helsepersonell og drive fysioterapivirksomhet i henhold til kommunens plan for helsetjenesten og driftsavtalen som inngås. Kommunen skal etter drøfting med SU eller kontaktperson der SU ikke foreligger, utarbeide retningslinjer for samarbeid (ASA 4313, 2013-2014, s.3-4). På bakgrunn av denne avtalen er det ingen tvil om at de private skal samarbeide med de ansatte fysioterapeutene. Leder kan derfor i sitt mandat for samarbeid vise til ASA 4313 om de private nekter å delta på SU eller annet samarbeid som er viktig for kommunal fysioterapitjeneste. Gjennom mer aktivt bruk av denne avtalen kan det være med å påvirke de private til mer aktiv deltagelse i samarbeid.

Både de private og lederne sa de ikke var helt à jour med alt som stod i avtalen. Når de forsøkte å forstå det, var det noe uklart og vanskelig. Respondentene var veldig opptatt av at leder må ligge tett på og kjenne fysioterapitjenesten slik at det



ikke er den som roper høyest om mer ressurser som får det, men at det reelle behovet må frem. En av lederne var også veldig bevisst sin rolle som videreformidler av ressursbehovet i kommunal fysioterapitjeneste til det politiske nivået i kommunen. Det kan på bakgrunn av dette synes viktig at leder i sitt trykk for å fremme den ”tvungne” samhandlingen fokuserer nettopp på ASA avtalen og den gjensidige forpliktelsen som ligger i den, og fokusere på behovet for ressurser i fysioterapitjenesten.

Mandat beskrives også som en premiss for å lykkes med samarbeid (Knudsen, 2004, s.43). Leder må ha nødvendig autoritet for å få gjennomslag, dels gjennom å ha legitimitet og dels gjennom å ha økonomisk-juridisk makt til å tvinge frem en koordinering. I kommunal fysioterapitjeneste har nettopp leder ulik beslutningsmakt over de private og de ansatte. Men gjennom ASA 4313 kan leder kreve at de private deltar på aktiviteter som har betydning for samarbeidet i kommunens fysioterapitjeneste. Usikkerheten i forhold til hva som kan styres og hva som ikke kan styres kan løses med å skaffe legitimitet gjennom ASA avtalen. Leder kan også spille på andre kilder til makt og forsøke å påvirke til samarbeid.

### Ledelsesadferd, makt og samarbeid.

Både holdning til samarbeid og adferd knyttet til samarbeid kan påvirkes. Bruk av tøffe påvirkningsteknikker som sterkt press, krav og henvisning til formelle regler, kan være effektivt for å oppnå ønsket atferd. Men det kan likevel hemme mottakerens ønske om å samarbeide og bidra over tid (Lai, 2014, s.25). Lykkes det å endre både adferd og holdninger, vil det skje en indre forpliktelse. Dette fører til at atferden blir egenmotivert. Utfall av påvirkningsforsøk kan gi ulike typer utfall. Åpen motstand der parten nekter og er uenig. Det kan være passiv motstand der mottaker er noe villig utad, men som ikke er innstilt på det. Det tredje utfallet som kan tenkes, er ubesluttsomhet, mottaker trenger mer tid. Det fjerde er medgjørighet, mottaker gjør bare det som er strengt nødvendig. Aksept er den femte, mottakeren er enig, men følger ikke opp i konkret handling. Det siste mulige utfallet er at mottakerne for påvirkningsforsøket både er overbevist og overtalt og er motivert (ibid, s. 25).

*Påvirkning er å bruke de mulighetene makt gir for å oppnå det man ønsker*  
(Lai, 2014, s. 29).

French og Raven (1959, i Lai, 2014, s.29) la vekt på fem kilder til makt. Mulighet til å belønne, mulighet til å straffe, posisjon eller rolle, dette kan kalles legitim makt. Ekspertise og tillit og respekt; referentmakt. Yukl og Falbe (1991, i Lai, 2014, s.29) har også identifisert to andre kilder til makt. Det er kontroll over informasjon og personlige argumentasjonsevner (ibid, s. 29).

Makt handler om hva slags avhengighetsforhold det er mellom de involverte partene. Legitim makt kan være i kraft av den stillingen man har, leder av fysioterapitjenesten vil derfor ha legitim makt over fysioterapeutene. Å benytte ASA 4313 som styringsverktøy kan leder gjøre i kraft av sin legitime makt. Men det kan tenkes å bli møtt med motstand. Skal adferd og holdning i forhold til samarbeid påvirkes bør mottakerne bli overbevist og motivert for samarbeid. Det fremmer også følelsen av nytte og det vil lettere føre til tillit mellom partene som er nøkkelfaktorer for alt samarbeid (Knudsen, 2004, s.24).

En av de aller sterkeste kildene til sosial makt er referentmakt. Da er man et forbilde, en som andre vil identifisere seg med. En leder med stillingsmakt vil ha en svak maktbase om ikke referentmakten er stor. Referentmakt er den aller mest effektive maktbasen om du ønsker å oppnå indre forpliktelse hos andre (Yukl, Kim & Falbe, 1996, i Lai, 2014, s. 34). Bruk av referentmakt gir mindre motstand og gir mer tillit til prosessen (Steensma & Visser, 2007, i Lai, 2014, s.34). Gjennom å benytte referentmakt vil leder kunne påvirke samarbeidet og samtidig sørge for at motstanden mot samarbeid minsker og tilliten øker. Overveiende bruk av legitime maktkilder vil fremme en transaksjonsledelse, om referentmakten får større oppmerksomhet vil lederadferden bli mer i form av transformasjonsledelse. Transformasjonsledelse vil fremme samarbeid.

Ekspertmakt handler om at man gjennom kompetanse har en kilde til makt. Troverdighet basert på kompetanse og pålitelighet kan gi makt og tillit, respekt og beundring. Dette gjør det interessant å vurdere om lederne har den ekspertmakten i kommunal fysioterapitjenesten. Lederne har alle helsefaglig bakgrunner, men ikke alle er fysioterapeuter. Det er en mulighet for at bruk av ekspertise som kilde til makt og påvirkning er størst for de lederne som selv er fysioterapeuter.

Lederne av fysioterapitjenesten sitter nærme beslutningsmyndigheten i kommunen, de sitter nært til politikere og øvrig ledelse i kommunen. De vil i kraft av sin stilling sitte med relevant og oppdatert informasjon om saker som angår kommunal fysioterapitjeneste. Dette kan kalles informasjonsmakt (Lai, 2014, s. 38). De ansatte og de private har ulik nærhet til ledelsesnivået. Dette kan medføre at de ansatte opplever denne informasjonsmakten tydeligere enn de private. Opplevelsen av å få informasjon raskt og likt er viktig for opplevelsen av felleskap og at man er en del av helheten.

Leder av fysioterapitjenesten kan bevisst benytte seg av referentmakt og bygge på denne kilden til makt for å påvirke til økt samarbeid.

### Ledelse, strukturelle betingelser og samarbeid.

I drøftingen av de strukturelle betingelsene for samarbeid kom det frem at respondentene tydelig ønsket felles mål for tjenesten, og at det skulle være en klar arbeidsdeling. Dette er en del av en organisasjons struktur og har til hensikt å vise hva de ulike medlemmene av en organisasjon skal gjøre (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s.120). Ingen av lederne kunne gjøre rede for en felles plan for fysioterapitjenesten. Men en av lederne sa at ved neste rullering skulle hele den kommunale fysioterapitjenesten med. Denne arbeidsdelingen og spesialiseringen mellom de private og de ansatte er det leder som har ansvaret for. Respondentene beskrev en praksis der de stort sett visste hvem som skulle behandles av hvem, men at det også noen ganger var tilfeldig. En av lederne beskrev at de hadde hatt det som ble kalt en ryddejobb for å avklare dette, og at det hadde vært betydningsfullt og til hjelp i samarbeidet mellom de private og de ansatte ved pasientoverføringer. Det kan tenkes at domenekompatibiliteten dermed blir klarere og at det kan bidra til å styrke samarbeidet mellom de private og de ansatte. Leder vil ha en avgjørende rolle i å forklare og spesifisere hvordan kommunal fysioterapitjeneste har en delvis overlappende domenekompatibilitet. Om noen av de private ”trekker seg” som det er beskrevet av respondentene, kan det også være fordi de ikke ser at domenekompatibiliteten er delvis overlappende, men at de mener de er uten domeneoverlappning og ikke vil ha noe å tilby hverandre i et samarbeid (Knudsen, 2004, s.44).

En leder mente også at de privates ønske om samarbeid kan påvirkes:

*”Hvis de private ser at det faktisk nytter, at kommunen går inn, jeg i dette tilfellet går inn og formidler at her er det det og det behovet, og vi ønsker å organisere det sånn og sånn, så tror jeg de private vil ha mer tro på det og ikke bare beskrive ventelistene. Det er jo det jeg opplever at de har en tradisjon for. Jeg skjønner det og, for det er jo det som frustrerer dem i det daglige. Jeg forstår det” (Leder, kom B, 310-312).*

Leder kan også fremme fokus på kompetanse og fagutvikling i kommunal fysioterapitjeneste. Respondentene vektla det som viktig, men at det var en utfordring å få det til i hverdagen. En av de private som også var spesialist, sa det var sjelden og mest *”på papiret”* at de samarbeidet i forhold til kompetanse.

*Å utforme en formell struktur som skal underbygger målene i organisasjonene er en viktig lederoppgave. En viktig oppgave er da å skape en arbeidsdeling som både støtter opp om oppgaveløsningen, og støtter opp om sosiale samhandlingsmønstre i organisasjonen som er nødvendig for et tilfredsstillende resultat (Jacobsen & Thorsvik, 2013 s. 444).*

På den ene siden viser det at det er viktig at leder er tydelig på å fordele arbeidsoppgaver og at det er en lederoppgave. Men på den andre siden kan det forstås at gjennom arbeidsdeling og spesialisering kan det legges til rette for å utnytte hverandres faglige kompetanse.

Utvekslingsperspektivet i samarbeidsteori, legger til grunn at ved erkjennelse av gjensidig avhengighet, og ut fra ønske om å nå sine mål, vil partene søke å komme frem til enighet om en fornuftig oppgavefordeling seg i mellom som en fornuftig betingelse for utveksling av tjenester og klienter, eller for å oppnå økonomisk verdi (Knudsen, 2004, s. 27). Men er det virkelig slik at leder kan påvirke et frivillig samarbeid? Gjennom aktivt å jobbe frem felles mål og dermed jobbe med fysioterapitjenestens verdigrunnlag, samt å sikre en arbeidsdeling som fremmer spesialisering og legge til rette for felles møtearenaer vil leder kunne tenkes å bidra til å stimulere det frivillige samarbeidet.

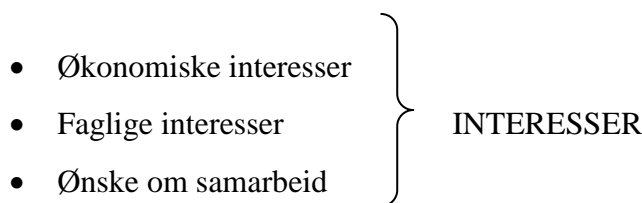
Legalt mandat som leder til å fremme samarbeid alene vil ikke være nok. Det må være forankret i en grunnleggende enighet mellom partene og nedfelt i arbeidsrutiner og felles verdigrunnlag. Ut fra dette synes det viktig at leder

gjennom sin ledelse av fysioterapiorganisasjonen jobber frem felles mål som kan være med å danne et verdigrunnlag. Gjennomføring av mandat avhenger av leders evne og vilje til å kontrollere samhandlingen og om enhetene oppfatter samarbeid som fornuftig. Om ikke også de andre kompatibilitetspremissene er tilstede (domene, ideologisk og kvalitet) vil det være muligheter for at de føler de får samarbeidet ”tredd nedover ørene”(ibid, s. 50).

## Hvilken betydning har individuelle forhold for samarbeid?

Dette er det tredje og siste forskningsspørsmålet i denne undersøkelsen. Gjennom analysen kom det frem tre førsteordens kategorier; økonomiske interesser, faglige interesser og ønske om samarbeid. Disse samles i en deskriptiv kategori som kalles interesser, dette illustreres i figur nr 5. Jeg presenterer først funnene og deretter følger en tolkning av dem.

Figur nr. 5. Fra førsteordens til andreordens kategori.



### Interesser.

Hvilke interesser som styrer fysioterapeutene synes som viktig for de individuelle valgene de tar på vegne av seg selv. I denne studien kommer det frem at økonomiske og faglige interesser er med og styrer avgjørelsene fysioterapeutene tar i forhold til samarbeidet med de andre.

### Om økonomiske interesser.

Det kom klart frem at lederne var usikre på motivet for hvorfor de private ikke sender fra seg pasienter til de kommunale når de tilbyr seg å avlaste på grunn av lange ventelister:

*”..det kan synes som om de synes det er godt å ha den ventelista. Det blir en sånn dobbel agenda, det kan jeg nok føle litt på. Hvorfor kommer det ikke flere pasienter fra instituttet når de klager sånn på ventelistene og vi har sagt vi har ledig kapasitet?” (Leder, kom A, 77-80).*

De ansatte var også skeptiske til hvorfor de private nøler med å sende fra seg pasienter.

Ellers var de private opptatt av at det tar mye tid å samarbeide, de føler det *”tar tid”*:

*”Jeg tror det hadde vært ålreit og kjent på at det gir litt å samarbeide, ikke bare tar fra arbeidstiden vår”(Privat, kom A, 269 -275).*

Grupper er noe både de private og de ansatte bruker for at pasientene kan trene videre etter individuell behandling eller som et ledd i forebyggende trening. Ved spørsmål om samarbeid i forhold til disse gruppene var det ulik praksis.

En av de private beskrev det slik som en forklaring på hvorfor de ikke samarbeidet og sendte fra seg pasienter til kommunens grupper:

*”Vi har jo balansegruppe i kommunen, det er flere sånne grupper, men det er ikke vi som rekrutterer pasienter dit. Det er jo en del pasienter som er ferdig behandlet her på henvisning som går over i egentrening der de kjøper seg et abonnement. Vi har jo en bra mulighet der de som ønsker å fortsette gjerne gjør det. Da er de på et kjent sted, de kan øvelsene, de vet hva de skal gjøre og velger å fortsette”(Privat, kom C, 68 -73).*

### Om faglige interesser.

Faglige interesser ble også nevnt. En av de private var opptatt av at fysioterapi som fag er viktig i forhold til å beholde stillingen som en av fagprofesjonene kommunen velger for å løse helseutfordringer til innbyggerne:

*”(...)jeg tror andre yrkesgrupper selger seg bedre inn hvis vi ikke er sterke på samarbeid både innenfor kommunen og i forhold til sykehusene”(Privat, kom A, 337-338).*

Ellers var de flere som snakket om at en av grunnene til at det ikke tas mer initiativ til å sende fra seg pasienter mellom både private og ansatte handler litt om hvilke faglige utfordringer man vil ha selv. De private snakket også om viktigheten av at de som kollegaer ikke overlot for eksempel kronikerne til andre. En av de private var tydelig på at hun plukket ut de diagnosene hun var spesialist på og sendte de fleste andre videre, men tok litt andre diagnoser av og til.

### Om ønske om samarbeid.

Et av spørsmålene i intervjuguiden handlet om de hadde et personlig ønske om samarbeid. Det var entydig ja hos alle. En av de private ønsket samarbeid, men var som den eneste veldig tydelig på at det ikke var ønskelig med for mye:

*”Jeg er egentlig ikke interessert i å involvere meg for mye i det kommunale heller fordi man verken har tid eller interesse av det. Det er mye byråkrati og andre ting i kommunen, vi jobber jo i det private fordi vi liker å jobbe med den kurative delen. Så minst mulig, ikke mer enn vi trenger, det ser jeg ingen grunn til. Selvfølgelig går det jo på at tilgangen på pasienter er så stor, hadde vi hatt lite å gjøre da hadde det kanskje vært et helt annet spørsmål” (Privat, kom C, 300-307).*

En ansatt sa at hun hadde inntrykk av at alle i fysioterapitjenesten hadde samme ønske om samarbeid. En annen ansatt uttrykte det samme, men at han ikke ser hvor samarbeidet med de private blir av. Det ble også lagt vekt på at man kan ulike ting når man jobber privat og når man er ansatt, og dermed kan man være en støtte for hverandre både faglig og personlig som kollega. Alle beskrev derimot en hektisk arbeidshverdag som gjør at det er lett å falle tilbake i gammel vane. Alle var tydelige på at pasientene vil tjene på økt samarbeid.

De fortalte også om noen private som ikke deltar på SU møter de er innkalt til. De stiller seg ”på sidelinjen”. Dette ble nevnt av to av lederne som et problem. Ellers kom det frem at ønske om samarbeid er veldig personlig, det har ikke bare med ”papirer og rutiner” å gjøre. Flere av respondentene la vekt på at det handler om innstilling, prioriteringer og interesser hos den enkelte.

Lederne og fysioterapeutene selv beskrev at initiativet og ønsket om samarbeid ligger mest hos de kommunale, at det er ulik innstilling til samarbeidet, men at det handler om at de ansatte i sine daglige arbeidsoppgaver vanligvis må samarbeide tverrfaglig og at det ofte er dem som overfører pasienter til de private. Ellers beskrev en leder at SU møtene tydelig har ført til et større ønske om tettere samarbeid fra alle parter.

En leder mente også at de privates ønske om samarbeid kan påvirkes:

*”Hvis de private ser at det faktisk nytter, at kommunen går inn, jeg i dette tilfellet går inn og formidler at her er det det og det behovet, og vi ønsker å organisere det sånn og sånn, så tror jeg de private vil ha mer tro på det og ikke bare beskrive ventelistene. Det er jo det jeg opplever at de har en tradisjon for. Jeg skjønner det og, for det er jo det som frustrerer dem i det daglige. Jeg forstår det” (Leder, kom B, 309-313).*

## Hvordan kan de individuelle forholdene forstås?

### Interesser.

Kommunens fysioterapitjeneste består av individer som sammen utgjør fysioterapitjenesten.

*Organisasjoner består av forskjellige mennesker som både som enkelt individer og som medlemmer i grupper kan ha ulike mål, ambisjoner og preferanser, og ulike syn på hva som er viktig, hvordan ting bør gjøres, og hvem som bør gjøre hva (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s.164).*

Dette betyr at det fort kan bli en interessekonflikt og ikke harmoni og samarbeid mellom aktørene, og i organisasjonen (ibid). Dette kan da forstås som om at ulike interesser vil kunne påvirke samarbeidet i fysioterapitjenesten.

Hva er det da som gjør at vi handler som vi gjør? Det kan sees ut i fra to perspektiver, det ene er det normstyrte og det andre er ut ifra behov og interesse. Den bytteteoretiske innfallsvinkelen forutsetter at mennesker velger handlinger mest mulig rasjonelt og egoistisk. Det normstyrte, der menneskets handlinger ses som handlinger lært i et miljø, det er ikke alltid like bevisst (Repstad, 2004, s.14).



En av de privatpraktiserende fortalte hvordan de etter endt behandling solgte abonnement på videre trening ved instituttet. Hun så det ikke som sin oppgave å sende pasienter til kommunens treningsgrupper. Ser vi dette i lys av de to perspektivene vil det normstyrte kunne føre til at hun begynte å sende så mange som mulig til kommunens grupper for å samarbeide mest mulig. Samarbeid er et positivt ladet ord som har i seg en norm at det er noe alle bør si ja til. Sanksjonen ved ikke å være positiv til samarbeid frister ikke, derfor prioriteres samarbeid. Disse normene og verdiene som er knyttet til samarbeid vil oppleves som bindende. Men dette vil avhenge av normsenders kraft, det betyr at normen om å realisere egne interesser kan være sterkere enn å realisere fellesskapets.

Om det er interesseperspektivet som styrer valget vil det være det motsatte som skjer. Et fornuftig valg tas ut i fra hva som synes riktig ut ifra hva som oppfattes som fordelaktig for en selv. For den private fysioterapeuten vil det da være at hun fortsetter å selge abonnement til videre trening hos dem etter at pasientene er ferdig behandlet. Det vil være basert på hennes egne interesser, som kan tenkes å være at hun er selvstendig næringsdrivende og må tenke på egen økonomi.

Interesseperspektivet i denne undersøkelsen kan knyttes til beslutningsteori, det som står sentralt i denne teorien er at mennesker handler rasjonelt; det betyr handler fornuftig. Den enkeltes valg er viktig. March (1994) sier beslutningene blir fattet ut fra situasjonen man er i, ulike alternative løsninger vurderes, konsekvensene ved de ulike løsningene vurderes, alternativer veies opp mot hverandre og det alternativet som har de beste konsekvensene velges. Dette rasjonelle valget bygger på informasjon (March, 1994, i Jacobsen & Thorsvik, 2013 s.309-310).

Det vil være trekk ved en organisasjon som påvirker beslutningsadferden til medlemmene i en organisasjon. Det er de organisatoriske forholdene, personlige forhold og trekk ved situasjonen.

Organisasjonens mål ble beskrevet i undersøkelsen som noe uklar, de hadde ikke en felles oppfatning om det felles målet. Når fysioterapeutene står overfor et valg vil da organisasjonens felles mål stå i fokus eller fysioterapeutens egne interesser? Det vil ha betydning for beslutningen som fattes. I organisasjoner med uklare mål

og strategier blir det færre bindinger på beslutningstakerne og utfalle av selve beslutningen kan bli vanskelig å forutse (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s.316).

Organisasjonskulturen kan i forhold til å fatte beslutninger virke som et filter. De private vil da for eksempel søke etter det som passer inn i deres egen kultur og avvise den informasjonen som oppfattes som en trussel mot egen kultur (ibid, s.316) Ventelistene kan være et bilde på dette. De ansatte forstår ikke hvorfor de private ikke vil sende fra seg pasienter til dem når ventelistene er så fulle.

Ventelisten kan sees som et synlig symbol på kulturen som kjennetegner de private, de er ikke interessert i å dele ventelisten med andre, det kan oppfattes som en trussel. Ventelisten blir som en ressurs som sikrer jevn inntekt og arbeid.

Av personlige forhold kan det være behov for trygghet, suksess og for eksempel prestisje. Det kan også være evner, ferdigheter og ulike personligheter som styrer hvordan beslutninger fattes (ibid, s.316). Her kan både de økonomiske interessene og de faglige interessene hos fysioterapeutene plasseres. Noen er spesialister og ønsker at de kan utnytte denne i behandling av pasienter og ønsker at de kan samarbeide om disse pasientene. Andre igjen kan ønske å beholde de faglig mest interessante pasientene selv og ikke sende de videre i systemet når det er naturlig.

Selv om alle fysioterapeutene i kommunens fysioterapitjeneste selv handler fornuftig, kan det tenkes at det allikevel ikke blir rasjonelt for flertallet.

Bruk av tid på samarbeid kan være et eksempel på dette. De private sa at samarbeid tar tid, tid de føler de ikke har. Det kan da tenkes at de ikke er interessert i å bruke tid på det fordi det tar tid fra pasientbehandling; det går ut over pasientene. Mens for hele fysioterapitjenesten kan det være et ufornuftig valg fordi det kan tenkes å legge en begrensing på samhandling mellom fysioterapeutene. Mangel på tid vil her kunne forstås å være et trekk ved organisasjonen som påvirker beslutningsadferden (ibid, s.316).

Mye av denne diskusjonen handler om egeninteresser opp mot organisasjonens interesser. Det individuelle kontra det kollektive. I samfunnet og i arbeidslivet har det de siste årene vært en dreining fra det kollektive mot mer det individuelle. Fysioterapeutene er fagpersoner, de har en profesjonsidentitet og de er forpliktet

til å følge sine profesjonsetiske retningslinjer. Det kan også tenkes at det er egen yrkesutøvelse som fysioterapeutene er mest lojale mot. For de private vil det derfor være naturlig å bruke mye tid på pasientbehandling for å sørge for at de yter god behandling og har hovedfokuset på pasientene. Beskrivelsen av de lange ventelistene viser at det er viktig at de private prioriterer å bruke tid på behandling.

De ansatte har en annen rolle, de er ansatt av kommunen og kan tenkes å ha en sterkere forventning på seg til å tenke på det kollektive. En mulig forklaring på at de ansatte er mer opptatt av samarbeid, som beskrevet i funnene, er at de har et tydeligere samfunnsmandat. De private kan tenkes å være mer styrt av sine egne interesser og derfor må sette grenser for omfanget av samarbeid for å verne om disse interessene. Utsagnet til en av de private som sier hun ikke er interessert i mer involvering med de kommunale enn det som de trenger; minst mulig, er et godt eksempel på dette.

I domenesperspektivet ligger det underforstått at alle, uavhengig av om de er ansatt i det offentlige eller er i private bedrifter, forsøker å forsvare eget domene. Det blir en hovedmålsetning. For å ivareta sine egne interesser vil derfor organisasjonene gjøre en god jobb, ivareta sine økonomiske ressurser og utveksle ressurser med andre. Egne interesser vil de forsvare med å bruke politiske midler, søke ekstern støtte og noen ganger ty til negative strategier for å forsvare sine legitime interesser. Dette er en av premissene for samarbeid (Knudsen, 2004, s.44).

Interesseforhold er med på å bestemme partenes vilje og evne til samarbeid. Dette vil også påvirke premissene som ble redegjort for i utvekslingsperspektivet; i erkjennelse av gjensidig avhengighet komme frem til oppgavefordeling (ibid, s. 27). I undersøkelsen kom det frem at partene var villige til og positive til samarbeid. I egen interesse kan fysioterapeutene forsøke å unngå samarbeid og interorganisatorisk samarbeid som fører med seg økt avhengighet. Analysen av hvordan de individuelle forholdene kan forstås, viser at konsekvensene av å følge egne interesser er at det kan være et hinder for samarbeid. Egne interesser påvirker hvordan du handler.

Funnene fra undersøkelsen er nå presentert og drøftet i tre delanalyser strukturert etter de tre forskningsspørsmålene. Dette utgjør del 1. Videre fortsetter en overordnet analyse av undersøkelsen, der helheten sees i lys av organisasjonsteori; dette er del 2.

## Del 2.

### Fra deler til helhet; en overordnet analyse av undersøkelsen.

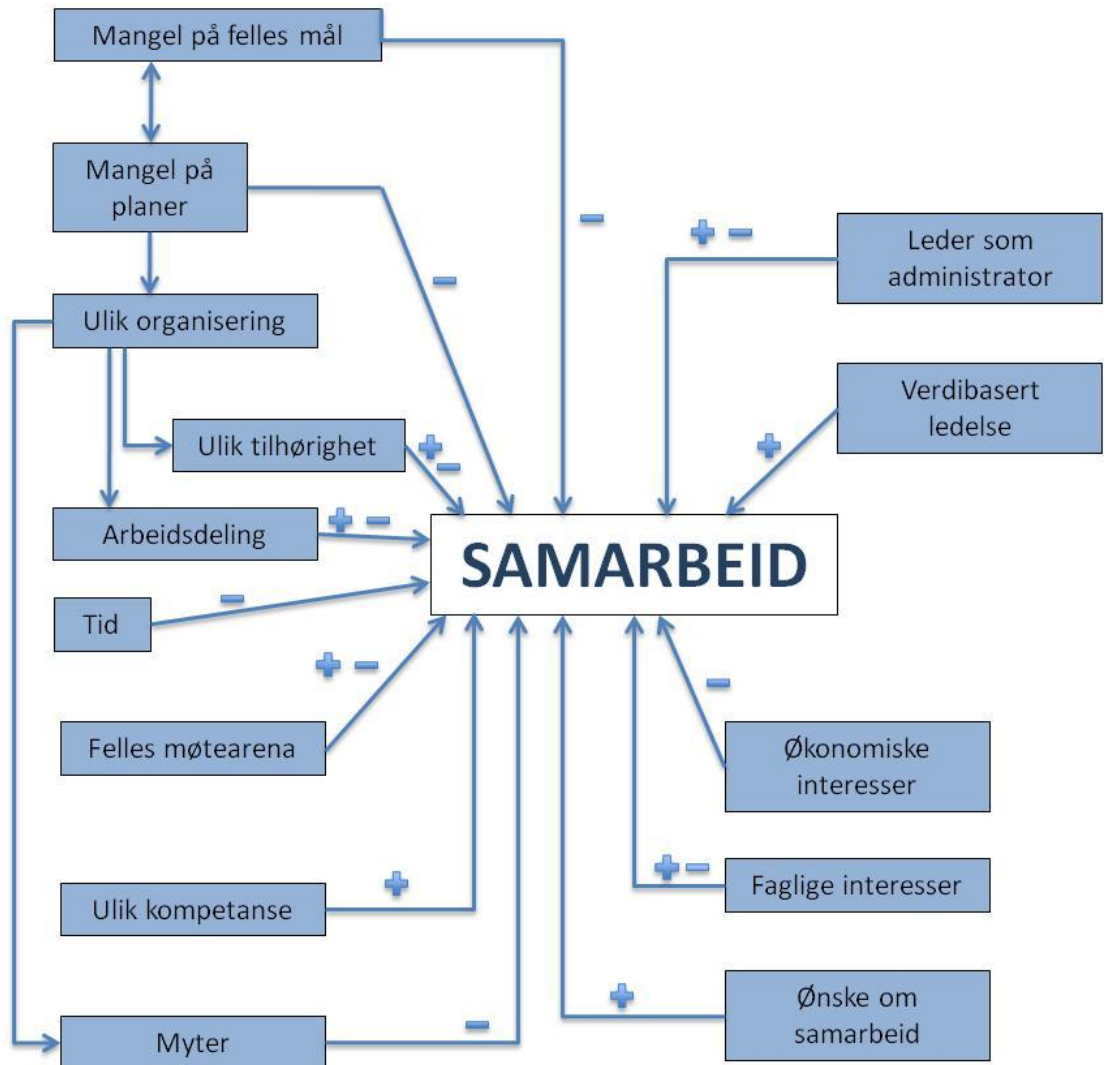
Jeg har ovenfor presentert tre delanalyser basert på funnene fra undersøkelsen og gjennomført drøftinger med sikte på å besvare undersøkelsens tre forskningsspørsmål:

- Hvordan er de strukturelle betingelsene for samarbeid?
- Hvilken betydning har ledelse for samarbeid?
- Hvilken betydning har individuelle forhold for samarbeid?

For å illustrere disse delanalysene og gi et bilde av hva som kjennetegner samarbeidet i kommunal fysioterapitjeneste og de forhold som har betydning for dette samarbeidet presenteres dette i en figur.

Figur nr. 6. Oppsummering av delanalysene.

**Hva kjennetegner samarbeidet i kommunal fysioterapitjeneste, og hvilke forhold har betydning for dette samarbeidet?**



(Egen figur).

Denne figuren viser de forhold som har betydning for samarbeidet i kommunal fysioterapitjeneste, og hvordan disse forholdene kan virke hemmende eller fremmende på samarbeidet. Den kan sees som en oppsummering av funn og drøfting. Mangel på felles mål og felles planer påvirker hverandre og virker hemmende på samarbeidet. At fysioterapitjenesten er organisert ulikt fører til ulik tilhørighet og dermed kan det danne seg sterkere subkulturer enn en felles delt kultur. Felles profesjons tilhørighet kan virke fremmende til tross for at de ikke deler organisasjonsverdier. Respondentene ønsker å få til et fellesskap og dette vil virke fremmende på samarbeidet. Den ulike organiseringen fører til en arbeidsdeling. Det er positivt for samarbeidet at denne er tydelig og klar, mangler denne virker det hemmende. Den ulike organiseringen fører til en mytedannelse mellom de ansatte og de private, dette virker negativt inn på samarbeidet.

Mangelen på avsatt og tilgjengelig tid til samarbeid virker hemmende. At fysioterapeutene innehar ulik kompetanse og spesialistutdanning virker fremmende og positivt på samarbeidet. Mangel på regelmessige felles møtearenaer virker negativt inn på partenes mulighet for samarbeid.

Undersøkelsen viser at ledelse har betydning for samarbeidet. En administrativ ledelsesadferd kan være både fremmende og hemmende på samarbeidet. En ledelsesadferd som domineres av en verdibasert ledelse vil virke positivt inn på fysioterapeutenes evne og vilje til samarbeid.

Om fysioterapeutene følger sine økonomiske interesser kan det virke hemmende på deltagelse og initiativ til samarbeid. Faglige interesser synes å fremme samarbeidet mellom fysioterapeutene. Alle respondentene er tydelige på at de har et ønske om samarbeid og dette virker positivt inn på samarbeidet.

Figuren viser hovedfunnene fra undersøkelsen etter delanalysene, disse kom frem gjennom intervju av respondentene. I forkant av intervjuene ble det gjennomført en forundersøkelse, denne ble sendt ut med hjelp av anonyme spørreskjema (vedlegg 4) til 4 kommuner. Denne forundersøkelsen har bidratt med verdifull innsikt gjennom hele prosessen fra valg av endelig problemstilling til utforming av intervjuguide.

## Forundersøkelsens funn.

Spørreskjemaet som ble sendt ut inneholdt seks hovedtema (vedlegg 4).

Oppsummert så oppgir både de private og de kommunalt ansatte at de i lik grad opplever at de samarbeider med hverandre. Ved spørsmål om hvilken nytte de opplever av samarbeidet med hverandre, så opplever de ansatte større nytte av samarbeidet enn de private. De fleste private opplever noe nytte av samarbeidet.

Når de skal rangere hvor stor interesse de har for samarbeidet med hverandre, kommer det frem at nesten alle ansatte oppgir stor interesse. De private er delt på midten mellom opplevelse av stor interesse og noe interesse.

På spørsmål om hvor avhengig de var av samarbeidet for å utføre sitt arbeid, oppgav de fleste av de ansatte at de var noe avhengig av samarbeidet. Majoriteten av de private krysset av for at de var lite avhengig av samarbeid med de ansatte for å utføre arbeidet sitt.

Felles for alle respondentene var at de mente at det var pasientene som hadde mest igjen for at de samarbeidet. Dernest rangerte de at samarbeidet hadde størst betydning for dem selv som fysioterapeuter.

Det siste punktet på spørreskjemaet omhandlet hvem som tar mest initiativ til samarbeidet. Her skulle de ikke krysse av, men beskrive kort. Felles for alle 32 svarene som ble returnert var at alle beskrev at det var oftest de ansatte som tok initiativ, men at mye initiativ til samarbeid også kom fra de private. Noen av respondentene kom med følgende beskrivelser:

*”Jeg har spurt flere ganger om samarbeid. Svaret er positivt, men det kommer så lite ut av det” (Privat).*

*”Det er et viktig samarbeid som jeg skulle ønske vi i større grad tok oss tid til” (Privat).*

*”Et godt samarbeid er helt avhengig av flere som tar initiativ og er positive” (Privat).*

*”Samarbeidet er minimalt i en travel hverdag, ser ut som det er vanskelig å få det til (... )det må forankres på ledernivå” (Ansatt).*

Virksomhetslederne / leder for fysioterapitjenesten oppgav at de hadde stor interesse av samarbeidet, stor nytte av det og at de samarbeidet i stor grad med fysioterapeutene.

Analysen av forskningsspørsmålene har vist hvordan fellesskap, arbeidsdeling og myter tydelig henger sammen og representerer strukturelle betingelser som har både positive og negative betydninger for samarbeidet og som påvirker hverandre gjensidig. Hvordan ledelse utføres og ikke utføres har også innvirkninger på samarbeid. Det siste forskningsspørsmålet så på hvordan de individuelle forholdene har betydning på samarbeidet, og det kom frem at interesser hos den enkelte påvirker samarbeidet. Funnene i forundersøkelsen er redegjort for og vil bli sett i sammenheng med undersøkelsens resultat i kapittel 5.

For å løfte analysen og dermed forståelsen av undersøkelsens funn videre kan følgende spørsmål stilles: Hva ligger bak resultatene som kom frem i delanalysen av forskningsspørsmålene? Hvordan kan det forstås i en organisasjonsteoretisk sammenheng sett hele den kommunale fysioterapitjenesten under ett?

Det kan synes som om det er tre ting som står frem som sentrale trekk. Det ene er at på grunn av fysioterapitjenestens ulike organisering så er partene preget av ulike typer *avhengighet* seg i mellom for å løse arbeidsoppgavene sine. Denne ulike avhengigheten fører til en viss grad av *samordning*; ved å se på hva slags samordning som preger avhengigheten kan det kaste lys over hvordan avhengighet og samordning påvirker samarbeidet i fysioterapitjenesten. Til slutt vil kommunal fysioterapitjeneste kunne sees på som et *løst koplet system* (Weick, 1976).

### **Avhengighet og samordning**

Hva slags type avhengighet er det mellom partene i kommunal fysioterapitjeneste? I undersøkelsen kan det fremstå som noe uklart hva denne avhengigheten består av. Det vil være vesentlig å diskutere denne avhengigheten



fordi utvekslingsperspektivet (Knudsen, 2004) bygger på et underliggende premiss for samarbeidet som handler om at enhetene i erkjennelse av *gjensidig avhengighet* vil søke å komme frem til enighet om en fornuftig oppgavefordeling (Knudsen, 2004, s.26-32).

Å se på denne gjensidige avhengigheten synes viktig for forståelsen av samarbeidet i kommunal fysioterapitjeneste. Det kan tenkes at i det øyeblikket aktørene opplever større avhengig av hverandre så vil det være fornuftig å samarbeide med hverandre, og opplevelsen av nytte erfares.

Lederne er klare på at de er avhengig av at fysioterapeutene, både de private og de ansatte, gjør jobben sin for å løse de arbeidsoppgavene lederne har ansvaret for. I daglig arbeid vil fysioterapeutene ha en til en kontakt med hverandre i forbindelse med pasientoverføringer og ved utveksling av kompetanse rundt enkeltpasienter. Det kan synes naturlig at avhengigheten ikke oppleves så stor i mellom fysioterapeutene gitt den ulike organiseringen.

Noen respondenter beskriver også hvordan de har samarbeidet og utvekslet kompetanse som har vært avgjørende for å gi best mulig behandling til pasienten. De ansatte er avhengig av de private i forhold til at de etter endt behandling av pasientene har behov for å videreføre pasientene til de private for videre behandling. De private kan tenkes å være mer uavhengig av de ansatte da funnene beskriver at det i de fleste tilfellene er de kommunale som tar kontakt med de private, noe de beskriver som naturlig.

Mangelen på en felles plan og et felles mål kan også synes som en årsak til at avhengigheten mellom partene ikke kommer tydeligere frem og kan være en grunn til at avhengigheten mellom partene synes som noe tilfeldig. Dette diskuteres senere i lys av ledelse og ut fra at fysioterapitjenesten synes som et løst koplet system.

Oppgaveavhengighet og samordningsmekanismer beskrives av Thompson (1967). Å være avhengig av hverandre for å utføre oppgaver, kalles å være oppgaveavhengig. Samordningsproblemer kan forstås ved å se på forhold mellom oppgaveavhengighet og ulike samordningsmekanismer. Fysioterapitjenesten i kommunen kan forstås som en form for aggregert oppgaveavhengighet. Denne

avhengigheten kjennetegnes ved at det er en rekke fysioterapeuter som utfører sine oppgaver nesten uavhengig av hverandre, disse terapeutene er delt inn i to avdelinger, de private og de ansatte. Pasientene blir behandlet av kommunens fysioterapitjeneste, men avhengig av hva de trenger hjelp til forholder de seg til enten en ansatt eller en privatpraktiserende. Disse fysioterapeutene trenger ikke å ha mye kontakt med hverandre for å løse oppgavene. Fysioterapiorganisasjonens resultat er summen av de ulike avdelingenes innsats. Dette krever i følge Thompson (1967) lite i form av samordning. For å sikre at det ytes lik behandling til alle pasientene uavhengig av hvilken avdeling eller hvilken fysioterapeut som behandler dem, kan samordningen løses ved regler og standardprosedyrer (Thompson, 1967, i Hatch, 2001, s.170).

En leder beskriver dilemmaet med at hun ikke vet om det er de rette pasientene som blir prioritert:

*”..for det er jo viktig at vi i kommunen vet at det er de riktige pasientene som blir prioritert (...) at de (fysioterapeutene) velger den rette (...) det har ikke kommunen noen oversikt at de gjør” (Leder, kom B, 73-76).*

Dette viser at det kan synes som vesentlig for fysioterapitjenesten at de har behov for å få på plass prioriteringsnøkler og fordelingsnøkler for å sikre at produksjonen i en aggregert oppgavehengighet gir best mulig resultater og sikrer god pasientflyt. Dette må klargjøres og skrives ned, slik at alle til enhver tid vet hvem som skal behandles av hvem og hvordan pasienter skal prioriteres. Dette vil sikre like tjenester til brukerne av tjenesten, og at de får behandling til rett tid.

Ser vi på fysioterapien som en organisasjon med seriekoplet oppgaveavhengighet vil fysioterapeutene være avhengig av at fysioterapeuten som har hatt pasienten før dem selv har gjort jobben sin på en god måte (ibid, s.171). Når en pasient er ferdig behandlet av en ansatt og skal videre til de private, vil det være et problem for den ansatte fysioterapeuten at de private ikke har mulighet eller vilje til å prioritere denne pasienten og pasienten havner på en venteliste.

Den formen for samordning som trengs i en seriekoplet oppgaveavhengighet for å få til best mulig resultat, er planlegging og tilrettelegging. Det betyr en samordning gjennom planlegging og at det legges til rette for overføring av pasienter. Det trengs også klare prosedyrer for hva som skal gjøres når det oppstår

problemer (ibid, s.171). En av respondentkommunene forklarte hvordan de hadde laget en egen prosedyre for hvordan pasientene skulle videreføres fra de ansatte til de private fysioterapeutene. Etter at de hadde innført dette, var det lettere å gjennomføre pasientoverføringen og det ble ikke stopp på grunn av ventelister, pasientene ble prioritert og fikk raskt hjelp. Her vil også opplevelsen av nytte som en følge av samarbeidet melde seg, fysioterapeutene har opplevd at det fungerer når de jobber sammen. Andre respondenter fortalte at det var frustrerende når de blir møtt med at de private ikke kan ta imot pasientene og setter pasientene på venteliste.

Det kan synes som om de private ser seg selv som mest en del av den aggregerte oppgaveavhengigheten, gitt at de ikke henviser mye pasienter til de ansatte, og de ansatte synes gjennom sin pasientoverføring til de private å stå mer i en seriekoplet avhengighet til de private. Dette vil også gi mening til det respondentene sier om at det oftest er de ansatte som tar kontakt med de private. De ansatte fysioterapeutene opplever større oppgaveavhengighet med de private for å få gjort jobben sin, spesielt i overføring av pasienter til videre behandling hos de private.

Den siste formen for oppgaveavhengighet kaller Thompson (1967, i Hatch, 2001, s.172-173) for gjensidig tilpasning. Dette er det høyeste nivået av oppgaveavhengighet. Her løses oppgavene mellom flere aktører. I fysioterapitjenesten kan det tenkes at det kan gjelde noen situasjoner der det er en komplisert faglig problemstilling rundt en pasient. Det kan tenkes at det på grunn av behov for samordning rundt kompetanse, eller at både den ansatte og den private fysioterapeuten må dele på en pasient på grunn av et intensivt behov for behandling og oppfølging. Undersøkelsen beskriver at de ansatte er oppgitt over at de private har som vane å henvise til de lange ventelistene, men når de ansatte tilbyr seg å avlaste dem og overta pasienter fra ventelistene vil de ikke levere fra seg pasienter. Det kan forstås som mangel på samordning gjennom gjensidig tilpasning, i en situasjon preget av stort press på fysioterapitjenestene. Det kan synes som om kommunal fysioterapitjeneste ikke har stor gjensidig tilpasning.

Det som er vesentlig i teorien om ulik oppgaveavhengighet er at når man går fra aggregert til seriekoplet og til gjensidig tilpasning så vil behovet for flere samordningsmekanismer øke (Hatch, 2001, s.172-173).

Undersøkelsen avdekker at samordningen synes å være noe manglende og uklar i kommunal fysioterapitjeneste, men den beskriver også situasjoner der det er en tydelig og vellykket samordning.

Undersøkelsen beskriver en arbeidshverdag der oppgaveavhengighet som oftest er aggregert, men den beskriver også elementer av seriekoplet avhengighet. Ved akutsituasjoner, og ved spesielt krevende pasientkasus eller ved stor pågang kan det også tenkes at det vil være behov for en gjensidig oppgaveavhengighet. Dette vil være spesielt om det oppstår situasjoner som går utenfor de vanlige arbeidsoppgavene. At de private og ansatte opplever en ulik avhengighet synes tydelig.

Hva slags type samordningsmekanismer beskrives i undersøkelsen?

Som tidligere nevnt er definering av fordeling av pasienter og prioriteringsnøkler benyttet av noen, mens andre ikke har formalisert dette. Andre har beskrevet at det foreligger en muntlig enighet om hvem som behandler hvem. En leder mente det var tydelig formidlet, men en av fysioterapeutene sa at det hadde vært så mye bedre om det hadde vært skrevet ned. Andre hadde tydelig definert en kontaktperson hos de private og en hos de ansatte slik at de seg imellom formidlet pasientoverganger for å sikre en god overføring og for at den skulle bli effektiv og smidig for alle parter. De andre kommunene beskrev at denne pasientovergangen var tilfeldig og at pasienten selv fikk ansvar for å ta kontakt med en privat og at resultatet kunne bli at de ble satt på en venteliste og dermed fikk avbrudd i behandlingsskjeden. En av de ansatte sa at det ble tilfeldig og at pasientoverføringen ofte ble til de private man kjente litt til og som de hadde et godt samarbeid med.

Møtevirksomhet kan også sees som en samordningsmekanisme. Respondentene beskriver ulike rutiner på møtene. De som benytter seg av SU møtene gir klare tilbakemeldinger på at det har vært med på å "styrke samarbeidet". Felles lunchmøter og temamøter med alle private og ansatte nevnes også som noe som er

ønsket mer regelmessig for å sikre informasjonsflyt, *"vite hvordan det er, hvor er trykket, hva man har mulighet til og hva man ikke kan prioritere..."* og ikke minst vil disse tema og lunchmøtene kunne være en viktig arena for utveksling av kompetanse. Møtene beskrives ut i fra to nivå, SU møtene er de overordnede møtene der ikke alle private og ansatte møter, men noen representanter fra hver gruppe samt representant fra ledernivået. De andre møtene beskriver representantene som viktig for den daglige driften og for at alle skal kunne treffes og for å hindre at det blir *"vi og dem"*. Regelmessig møtevirksomhet, bruk av SU møter, felles fagmøter og lunchmøter kan dermed være et viktig ledd i samordningen mellom fysioterapeutene og leder og vil kunne bidra til opplevelse av større oppgaveavhengighet.

En annen samordningsmekanisme som beskrives er å utnytte hverandres kompetanse. Dette er ønsket av alle parter, men det beskrives en ulik praksis i hvordan dette foregår. Det som beskrives refereres til som vellykket både for fysioterapeutene som samarbeidet om kompetanse, men også for pasienten som fikk et bedre behandlingstilbud.

Oppsummert kan det synes som om samordningen som kreves for en aggregert oppgaveavhengighet, som er regler og standardprosedyrer, i fysioterapitjenesten kan tilsvare prioriteringsnøkler og fordelingsnøkler. Dette inngår som en del av organisasjonenes felles mål, felles plan og arbeidsdeling. Undersøkelsen viser at dette finnes i liten grad.

I de tilfellene det er snakk om å overføre pasienter mellom de ansatte og private, en form for seriekoplet oppgaveavhengighet, vil planleggingen og tilretteleggingen for det tilsvare SU møter, fellesmøter, felles mål og arbeidsdeling, samt bruk av kontaktpersoner. Hvordan man kan utnytte hverandres kompetanse, vil også komme innunder dette for å sikre at det skjer smidig og fornuftig. En viss grad av rutiner og prosedyrer vil også være viktig her.

I de tilfellene det er snakk om at både ansatte og private må jobbe sammen for å løse arbeidsoppgaver vil det være en gjensidig oppgaveavhengighet og det krever en samordning gjennom gjensidig tilpasning. Klare prosedyrer for hvordan dette gjøres vil være nødvendig.

Denne undersøkelsen avdekker at det er variabel praksis i de ulike kommunene og ulik grad av oppgaveavhengighet og samordning. Noen opplever at det går smidig, mens andre beskriver det som noe tilfeldig. Aktørene opplever dette også ulikt innad i samme kommune. Felles for alle respondenter er deres ønske og uttrykte behov for en felles plan for hele tjenesten og at arbeidsdelingen må være klar og tydelig. Arbeidsdelingen vil i tillegg til å vise hvem som gjør hva, også skape forventninger som viser hvem som er avhengige av hvem (Hatch, 2001, s.219). Økt opplevelse av oppgaveavhengighet vil fremme den frivillige koordineringen som beskrives i utvekslingsperspektivet (Knudsen, 2004, s. 27).

### Kommunal fysioterapitjeneste som et løst koplet system.

Diskusjonen om avhengighet og samordning i fysioterapitjenesten handler om at de er organisert ulikt. Denne ulike organiseringen gjør at fysioterapitjenesten består av selvstendige næringsdrivende private fysioterapeuter som gjennom ASA 4313; avtalen mellom Kommunenes Sentralforbund(KS) og Norsk Fysioterapeutforbund(NFF) har en klar avtale om å være en del av den kommunale fysioterapitjenesten, samtidig som de skal ivareta sine egne økonomiske interesser (ASA 4313, 2013- 2014). De ansatte er også en del av kommunal fysioterapitjeneste gjennom sitt ansettelsesforhold. Leder er avhengig av at disse sammen løser utfordringene og behovet for fysioterapi til det beste for innbyggerne i kommunen.

I drøftingen av de strukturelle betingelsene for samarbeid, kom det frem at fysioterapeutene er en del av kommunens fysioterapitjeneste, men de opplever manglende felleskap. Mangel på en felles plan, felles mål og en arbeidsdeling som kan føre til gråsoner beskrives som hemmende på samarbeidet. Det beskrives også en organisasjon som preges av to subkulturer. Selv om de i kraft av sin profesjon som fysioterapeuter krever frihet i arbeidet, forklarer de samtidig at de ønsker styring (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s.112). De ønsker en formell styring samtidig som de ønsker autonomi og frihet.

Thompson (1967, i Orton & Weick, 1990) beskrev at organisasjoner synes å være både bestemte, lukkede systemer som leter etter sikkerhet, samtidig ubestemmelige åpne systemer som forventer usikkerhet. Han ivaretok både det

rasjonelle ved organisasjonen, men også det ubestemmelige. Han mente den tekniske kjernen var rasjonell og lukket, mens det institusjonelle var åpent og sto til ansikt overfor usikkerheten. Ledelsen pendlet mellom disse ytterpunktene. Weick (1976, i Orton & Weick, 1990) introduserte en teori om løse koplinger i organisasjoner som forklarer den simultane tilstedeværelsen av rasjonalitet og usikkerhet.

At organisasjonen kan kalles løst koplet, handler om at hvor som helst i organisasjonen er det elementer som er avhengig av hverandre i varierende grad og styrke. I fysioterapiorganisasjonen kan det være at de ansatte er avhengig av de private for å videreføre behandling av pasienter, mens de private har lange ventelister og dermed ikke opplever denne avhengigheten i samme grad. Et løst koplet system kan være åpent og lukket på en gang, rasjonell og urasjonell. Et eksempel på dette er at de private fysioterapeutene også ønsker seg mer styring og ønsker seg en plan, selv om de samtidig forklarer at de ikke ønsker for mye møter, styring og ledelse. Et annet eksempel kan være at de private fatter beslutninger som kan oppfattes som rasjonelle for sin egen private praksis, men som kan oppleves ufornuftig for helheten (Orton & Weick, 1990, s.204-205). Kommunal fysioterapitjeneste har dermed elementer i seg som kan beskrives og forstås som en variant av et løst koplet system. Weick bryter dermed med et instrumentelt syn på organisasjoner som velordnede og effektive instrumenter for å oppnå resultater. Han beskriver organisasjoner som løst koblet fra formelle strukturer som endrer seg etter krav fra omgivelsene. Kravene medfører bare endringer i den formelle strukturen, for egentlig gjør organisasjonene akkurat det samme som før. De kan være både løst og stramt koplet på samme tid. Dette er en del av organisasjonsteorien som kalles institusjonell teori; hva som gjøres i en organisasjon er påvirket av omgivelsene og hva man har vært vant til å gjøre. Denne teorien stiller spørsmål til hvor rasjonelle organisasjoner er (Eriksson-Zetterquist, Kalling, Styhre & Woll, 2014, s. 243 -252).

Å analysere avhengighet mellom partene som skal samarbeide, samordningen dem imellom og hvilke samordningsmekanismer som benyttes, har gitt forståelse til funnene som kom frem i denne undersøkelsen. Det har satt lys på og bidratt til

å gi mening til funnene. Å se kommunal fysioterapitjenesten som et løst koplet system har også gjort det lettere å se at den ulike organiseringen medfører utfordringer for samarbeidet.

Orton og Weick (1990) presenterer tre ulike kompensasjoner ledere kan bruke for å veie opp for utfordringene et løst koplet system gir. Det ene er behov for forbedret lederadferd, fokus på en til en relasjon med medlemmene i organisasjonen, være synlige, tydelige og støttende. Det andre er fokusert oppmerksomhet på at leder kan endre medlemmenes oppførsel ved å hjelpe dem å se sammenhengen mellom mål og resultater. Det tredje beskrives som svært viktig fordi det utgjør basisen som holder sammen et løst koplet system; dele verdier og visjoner og derigjennom skape en kultur som vil være en betingelse for å motivere dem (ibid, s.211-213).

Å trekke inn ledelsesperspektivet i forhold til opplevelse av avhengighet og samordning mellom partene og se på hva ledelse kan bety for å kompensere for effektene av et løst koplet system synes fornuftig.

### Ledelsesperspektivet i forhold til opplevelse av avhengighet, samordning og løst koplede systemer.

Avhengigheten mellom partene i den kommunale fysioterapitjenesten synes å være knyttet opp mot behovet for en felles plan for tjenesten. En slik plan vil kunne redusere gråsoner mellom de private og ansatte i arbeidsdelingen og sørge for at det blir god flyt i pasientbehandlingen og tilbudet som blir gitt av fysioterapitjenesten. Å fokusere på felles mål og at alle fysioterapeutene er en del av et fellesskap vil fremme følelsen av avhengighet. I dette kan det forstås som et behov for en lederadferd og en leder som er til stede i organisasjonen og som gjør erfaringer med det som skjer i hele organisasjonen. Dette vil veie opp for utfordringene fysioterapitjenesten har, gitt sin ulike organisering og grad av å være et løst koplet system.



Samordning og samordningsmekanismer er det leders ansvar å bestemme og iverksette. Gjennom bruk av felles planer, jevnlig informasjon og møter vil samordningen bli tydeligere.

Å søke felles måloppnåelse ved hjelp av økonomiske og personellmessige ressurser er samordning. Samarbeid er mindre formelt enn samordning. Alle former for samordning har som mål å effektivisere strømmen av transaksjoner. Samordning kan sees på som en trussel mot den enkelte enhets eller organisasjons autonomi (Knudsen, 2004, s.24). For å unngå at det oppleves som en trussel mot autonomien, vil lederadferden som kompensere for et løst kople system kunne nøytralisere denne trusselen; fokus på relasjoner, være synlig og støttende. Dessuten vil leder kunne hjelpe fysioterapeutene til å endre oppførsel gjennom å hjelpe dem å se sammenheng mellom mål og resultater. Å dele verdier, visjoner og igjennom det skape en kultur som motiverer er det tredje en leder kan gjøre for å kompensere for utfordringene en "løst kople" organisasjon har (Orton & Weick, 1990, s.211-213).

Dette kapitlet har tatt for seg undersøkelsens funn og drøftingen av disse funnene ved hjelp av delanalyser i besvarelsen av oppavens forskningsspørsmål. Etter disse delanalysene i del 1, ble det presentert en overordnet analyse av samarbeid i kommunal fysioterapitjeneste. Neste steg i undersøkelsen er å oppsummere og presentere undersøkelsens konklusjon slik at undersøkelsens problemstilling besvares.

## 5. DETTE FANT JEG, OG HVA SÅ?

### En oppsummering og konklusjon av undersøkelsen.

Samarbeid i kommunal fysioterapitjeneste vil være viktig for å koordinere fysioterapiinnsatsen i kommunen til det beste for brukerne.

Kommunal fysioterapitjeneste er en viktig del av kommunens og dermed 1. linjetjenestens helsetilbud. Etter innføringen av samhandlingsreformen fikk kommunen større ansvar for å yte rett behandling til rett tid på rett sted. Dette legger press på de ulike aktørene i kommunens helsetjeneste til å samhandle med hverandre. Denne undersøkelsen har sett på hva som kjennetegner samarbeidet i kommunal fysioterapitjeneste. Kunnskapsstatus på feltet er presentert og oppgaven har en problemstilling som bygger videre på det som er kjent angående samarbeid i kommunal fysioterapitjeneste.

Kvalitativ tilnærming er benyttet og det er gjennomført åpne semistrukturerte intervju. Jeg gjennomførte en forundersøkelse som hadde som viktigste formål å gi informasjon om temaet før utarbeidelsen av intervjuguide. Resultatene fra forundersøkelsen gav meg økt forståelse når jeg skulle analysere og drøfte funnene fra intervjuene. Forskningsspørsmålene er drøftet i lys av funnene fra hovedundersøkelsen.

Denne undersøkelsen har valgt å benytte et teoretisk rammeverk som er satt sammen av ulike teorier. Det er benyttet organisasjonsteori både fra et instrumentelt og fra institusjonelt perspektiv sammen med teori om samarbeid og metode. Denne ”verktøykassen” av teorier har gitt undersøkelsen et grunnlag for å forstå funnene i lys av relevant teori. Det har satt funnene i en større sammenheng, og bidratt til å se funnene fra ulike ståsted og bidratt med ulike forklaringer.

Teoriene har bidratt med analytiske rammer og de har gitt undersøkelsen analytiske kategorier. Denne vekselvirkningen mellom de analytiske rammer og kategorier mot undersøkelsens funn har bidratt til forståelse og et bilde av samarbeid i kommunal fysioterapitjeneste.

### Svar på undersøkelsens problemstilling.

Masteroppgavens problemstilling har vært:

*Hva kjennetegner samarbeidet i kommunal fysioterapitjeneste og hvilke forhold har betydning for dette samarbeidet?*

Følgende tre forskningsspørsmål er drøftet:

- Hvordan er de strukturelle betingelsene for samarbeid?
- Hvilken betydning har ledelse på samarbeid?
- Hvilken betydning har individuelle forhold på samarbeid?

Alle ønsker samarbeid og er positive til det. Mangel på fellesskap trekkes frem som en hemmende faktor for samarbeidet. Mangel på felles plan, felles mål og tydelige formell arbeidsdeling trekkes frem som en viktig årsak til manglende følelse av fellesskap.

Regelmessig bruk av felles møtearena der alle kan treffes, oppleves som viktig for samarbeidet, funnene beskriver en varierende bruk av felles arena. Noen kommuner har samarbeidsutvalg, felles møter, lunchmøter og faglige møter for alle, men praksisen er ulik og regelmessigheten synes tilfeldig hos noen respondenter. Det at de er ulikt organisert beskrives som en utfordring for samarbeidet og sammen med de andre strukturelle utfordringene er det med på en mytedannelse mellom de ansatte og de private.

Ledelse blir av respondentene beskrevet som viktig. Det er overraskende at så mange av fysioterapeutene ønsket tydeligere, mer støttende og motiverende ledelse gitt sin profesjonsbakgrunn som fremmer autonomi. Ledelsen synes å ha tradisjon mer for en administrativ lederadferd enn en ledelse basert på verdier. Drøftingen konkluderer med at verdibasert ledelse vil virke fremmende på samarbeidet.

De individuelle forholdene synes å ha betydning for om fysioterapeutene velger å følge egne interesser eller organisasjonenes interesser. Dette har betydning for involvering i samarbeid.

I sluttanalysen kommer det frem at det vil være vesentlig at ledelsen av kommunal fysioterapitjeneste jobber frem opplevelsen av oppgaveavhengighet gjennom bruk av planer, mål, arbeidsdelinger, felles møtearenaer og gjennom å bygge en felles kultur med tydelig fokus på felles verdier og visjon for tjenesten. Dette vil gjøre det lettere for fysioterapeutene å fungere i en organisasjon som er kompleks og ”løst koplet”. Undersøkelsens beskrivelse av samarbeidet som: ”*tilfeldig*” og ”*hvor blir det av*”, retter søkelyset mot viktigheten av å få til nettopp dette.

Denne rammen for samarbeid vil være med på å bygge fellesskapsfølelsen og opplevelsen av at samarbeid er nyttig. Rammen vil dermed være lagt for å spille på det frivillige samarbeidet som utvekslingsperspektivet bygger på. En ledelse som bygger på mandatperspektivet vil fremme samarbeidet som beskrives som ”*tvungent*” (Knudsen, 2004, s.26-43). Dermed kan kommunal fysioterapitjeneste ha forutsetninger for å jobbe frem en sterk og koordinert tjeneste som jobber helhetlig og ikke fragmentert.

### Undersøkelsens resultat i relasjon til kunnskapsstatus på feltet.

I kapittel 1, ble tidligere forskning på samarbeid i kommunal fysioterapitjeneste presentert. Denne undersøkelsens funn sammenfaller med Odsbu (2012) sin studie når det gjelder at fysioterapeutene etterlyser felles mål, felles plan og at de

beskriver hvordan den ulike organiseringen gir utfordringer for samarbeidet. Odsbu (2012) presiserte behovet for å bringe ledelsesnivået inn i videre forskning på samarbeid i kommunal fysioterapitjeneste. Denne undersøkelsens funn viser at nettopp ledelse kan være en viktig katalysator for å fremme samarbeid og fellesskapsfølelse gjennom bruk av felles mål, planer, arbeidsdeling og bruk av felles møtearenaer. Leder kan gjennom sin ledelsesadferd dempe utfordringene den ulike organiseringen gir for samarbeid, og motivere og støtte fysioterapeutene i utøvelsen av fysioterapi til det beste for kommunens innbyggere.

I forhold til review- artikkelen til San Martin-Rodriguez et.al. (2005) viser også denne undersøkelsen at organisatoriske forhold og ledelse spiller en viktig rolle for å fremme samarbeid.

### Undersøkelsens resultat i lys av forundersøkelsen.

Forundersøkelsen spurte om hvor avhengig fysioterapeutene var av samarbeidet for å utføre arbeidet. De private opplevde liten grad av avhengighet mens de private opplevde noe grad av avhengighet. Dette sammenfaller med undersøkelsens funn og er med på å peke på at å jobbe med opplevelse av gjensidig avhengighet er en viktig faktor for å legge til rette for samarbeid. At det er de ansatte som tar mest initiativ til samarbeid kom også frem i forundersøkelsen og sammenfaller med undersøkelsen. Alle oppgir stor interesse for samarbeid i forundersøkelsen og i undersøkelsen kom det frem at alle hadde et ønske om samarbeid.

Forundersøkelsen er sendt ut til 44 respondenter og besvart av 35 i fire kommuner. Undersøkelsen er gjort i tre av disse kommunene. At det er samsvar mellom forundersøkelsen og undersøkelsen er med på å styrke undersøkelsens funn.

## Avsluttende kommentar og tanker om veien videre.

Denne undersøkelsen har benyttet kvalitativ metode. Det betyr at jeg som forsker ikke kan generalisere og si at resultatene fra denne undersøkelsen er representativt for mange (Jacobsen, 2005, s.130). Allikevel kan resultatene gi grunnlag for noen anbefalinger som kan være med å styrke og utvikle samarbeid i kommunal fysioterapitjeneste.

Følgende tiltak kan på bakgrunn av undersøkelsen og drøftingen i lys av relevant teori foreslås for å bedre betingelsene og forholdene for samarbeid i kommunal fysioterapitjeneste. Undersøkelsen kan dermed bidra til kunnskapsdannelse om samarbeid i kommunal fysioterapitjeneste:

- Leder utarbeider sammen med fysioterapeutene en felles plan for fysioterapitjenesten.
- Felles mål utarbeides, dermed vil felles verdier og visjoner for tjenesten deles og det kan fremme følelsen av å være en del av en felles kommunal fysioterapitjeneste.
- Formalisering av arbeidsdeling, utarbeide fordelingsnøkler, prioriteringsnøkler og andre samordningsmekanismer mellom de ansatte og de private.
- Kompetansekartlegging og tilrettelegging for utveksling av kompetanse mellom de private og de ansatte.
- Bruk av faste felles møtearenaer, SU samt, fagmøter, lunchmøter osv, dette vil kunne hindre mytedannelse og syn på hverandre, samt fremme samarbeid.
- Fokus på behovet for en støttende og motiverende lederadferd.
- Leder vektlegger bygging av felles verdier.

Ledelse og ledelsesadferd synes som viktige faktorer for å sikre samarbeid i kommunal fysioterapitjeneste. Hva slags leder vil fremme samarbeidet best? En virksomhetsleder med ansvar for flere faggrupper? En fysioterapeut? Tidligere hadde de fleste kommuner en sjefsfysioterapeut med ansvar for hele fysioterapitjenesten. Kommunene har de siste årene gått over til færre ledernivåer, det betyr at det ofte er andre yrkesgrupper som fungerer som ledere for kommunal fysioterapitjeneste. Dette kan ha betydning for utviklingen og kvaliteten i fysioterapitjenesten og for utvikling av helsetjenesten (Hatlebrekke, 2014). Dette kunne være en interessant tematikk å forske videre på.

Denne undersøkelsen kunne ikke vært gjennomført uten velvillig deltagelse fra respondenter som har delt raust av sin egen erfaring, kunnskap og mening om temaet samarbeid. Som en avslutning av denne undersøkelsen passer det med følgende sitat fra en av respondentene som en oppsummering av deres ønske om samarbeid til det beste for brukerne:

*”(...) jeg er interessert i å gjøre en best mulig jobb. Og da har jeg skjønnet mer og mer at man gjør en jobb som fysioterapeut, men at man også kan legge til rette og kan være en del av et fellesskap som kan gi så mye bedre tilbud, og ivareta pasienten på en mye mer proff måte. Det er et sånt team jeg har lyst til å være en del av”(Ansatt, kom A, 224-226).*

## Litteraturliste.

AGENDA. 2009. *Spørreundersøkelse om fysioterapi i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

ASA 4313, (2013-2014). *Rammeavtale mellom KS og Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) om drift av selvstendig. Næringsdrivendes fysioterapivirksomhet som del av den kommunale helsetjenesten jf. helse- og omsorgstjenesteloven*. Hentet fra: <http://www.fysio.no/Media/Files/NFFs-kommentarutgave-til-ASA-4313-2013-2014-juli-2014>, 05.05.2014.

Bang, H. (2013). Organisasjonskultur: En begrepsavklaring. *Tidsskrift for norsk psykologforening*. Årgang 50, 2013, s. 326-336.

Eriksson-Zetterquist, U., Kalling, T., Styhre, A., & Woll, K. (2014). *Organisasjonsteori*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Flick, U. (2011). *Introducing Research Methodology. A Beginner's Guide to Doing a Research Project*. London: SAGE Publications Ltd.

Folkehelseloven (2011). *Lov om folkehelsearbeid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=folkehelseloven> 22.03.2015.

Folketrygdloven (2014). *Lov om folketrygd. Del IV Ytelser ved sykdom m.m.* Hentet fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19/KAPITTEL\\_5-1#KAPITTEL\\_5-1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19/KAPITTEL_5-1#KAPITTEL_5-1) 22.03.2015.

French, J.R.P., & Raven, B. (1959), i Lai, L. (2014), s. 29. *Makt og påvirkningskraft. Hvordan få gjennomslag på jobben*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Fysioterapiforskriften (2014). *Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi 2014*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2014-06-20-812?q=forskrift+om+st%C3%B8nad+til+dekning> 22.03.2015.

Hatch, M. J. (2001). *Organisasjonsteori. Moderne, symbolske og postmoderne perspektiver*. 4. utg. Oslo: Abstrakt forlag.



Hatlebrekke, F. (2014). Ny stortingsmelding om primærhelsetjenesten på trappene. *Fysioterapeuten*. Vol 9, 2014, s.6-8.

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=Helse+og+omsorgstjenesteloven> 15.11.2014.

Hesse –Bieber, S.N., & Leavy, P. (2011). *The Practice of Qualitative Research*. 2. Edition. California: SAGE Publications, Inc.

Jacobsen, D.I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 2.utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Jacobsen, D.I. (2004). Hvorfor er samarbeid så viktig? Tverretatlig samarbeid i et organisasjonsteoretisk perspektiv. I Pål Repstad (Red.) *Dugnadsånd og forsvarsverker- tverretatlig samarbeid i teori og praksis*(s.75 – 112). Oslo: Universitetsforlaget.

Jacobsen, D.I., & Thorsvik J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer*. 4. utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Knudsen, H. (2004). Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser. I Pål Repstad (Red.) (2004). *Dugnadsånd og forsvarsverker- tverretatlig samarbeid i teori og praksis* (s. 19 – 70). Oslo: Universitetsforlaget AS.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju*.2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lai, L.(2014). *Makt og påvirkningskraft. Hvordan få gjennomslag på jobben*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Lauvås, K., & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget AS.

March, J.G. (1994). I Jacobsen, D.I., & Thorsvik, J. (2013). 4.utgave. *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

- Martin, J.(1992). I Bang, H., (2013), s. 329. Organisasjonskultur: En begrepsavklaring. *Tidsskrift for norsk psykologforening*. Årgang 50, 2013, s. 326-336.
- Merriam, S.B. (2009). *Qualitative Research. A Guide to Design and Implementation*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Mintzberg, H.(1979). I Jacobsen, D.I., & Thorsvik, J. (2013), s.98. *Hvordan organisasjoner fungerer*. 4. utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Nilssen, V. (2012). *Analyse i kvalitative studier. Den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Odsbu, A. (2012). *Faktorer som hemmer og fremmer samarbeidet mellom fysioterapeuter i 1. og 2. linjetjenesten*. (Mastergradsavhandling, Høgskolen i Østfold). A. Odsbu, Fredrikstad.
- Orton, J.D., & Weick, K.E. (1990). Loosely Coupled Systems: A Reconceptualization. *The Academy of Management review*; 15 (2), s. 203 – 223.
- Patton, M. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. 3. Edition. California: SAGE Publications, Inc.
- Patton, M. (2002). I Merriam, S.B. (2009), s. 88. *Qualitative Research. a Guide to Design and Implementation*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Rekve, Vidar (2014). *Stortingsmelding om kommunehelsetjenesten*. Lastet ned 18.03.2014 fra: <http://www.fysio.no/AKTUELT/Nyheter/Stortingsmelding-om-kommunehelsetjenesten> .
- Repstad, P. (Red.). (2004). *Dugnadsånd og forsvarsverker – tverretattlig samarbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu M-D, Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies, *Journal of Interprofessional Care*. May 2005. Supplement 1, Vol.19, p.132 – 147.

Selznick, P. (1957). I Jacobsen & Thorsvik. 2013, s.443. *Hvordan organisasjoner fungerer*. 4.utgave. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Silverman, D.(1993). I Jacobsen, D.I.( 2005), s. 213. *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*.2.utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

Steensma, H., & Visser, E. (2007). I Lai, L. (2014), s. 34. *Makt og påvirkningskraft. Hvordan få gjennomslag på jobben*. Oslo: Cappelen Damm AS.

St.meld.nr.47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen, rett behandling- på rett sted-til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Temaplan for fysioterapitjenestene (2013). *Temaplan for fysioterapitjenestene i Trondheim kommune 2013 – 2016*. Lastet ned 01.04.2015 fra:

[file:///C:/Users/Compaq/Downloads/TEMAPLAN%20FYSIOTERAPI%20 k2\\_1 2418616.pdf](file:///C:/Users/Compaq/Downloads/TEMAPLAN%20FYSIOTERAPI%20 k2_1 2418616.pdf)

Thagaard, T, (1998). I Jacobsen, D.I. (2005), s. 213. *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 2.utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

Thompson, J.D. (1967). I Hatch, M. J. (2001), s. 170. 4.utg. *Organisasjonsteori. Moderne, symbolske og postmoderne perspektiver*. Oslo: Abstrakt forlag.

Thompson, J.D. (1967). I Orton, J.D., & Weick, K.E. (1990). Loosely Coupled Systems: A Reconceptualization. *The Academy of Management review*; 15 (2), s. 203 – 223.

Trice, H.M., & Beyer, J.M. (1993). I Bang, H. (2013), s.329. Organisasjonskultur: En begrepsavklaring. *Tidsskrift for norsk psykologforening*. Årgang 50, 2013, s. 326-336.

Van Maanen, J., & Barley, S.R. (1985). I Bang, H. (2013), s.329. Organisasjonskultur: En begrepsavklaring. *Tidsskrift for norsk psykologforening*. Årgang 50, 2013, s. 326-336.

Veileder for fysioterapitjenesten. (2007). Hentet fra: [www.fysio.no](http://www.fysio.no) 20.01.2014.

Weick, K.E. (1976). I. Orton, J.D., & Weick, K.E. (1990). Loosely Coupled Systems: A Reconceptualization. *The Academy of Management review*; 15 (2), s. 203 – 223.

Yukl, G., Kim, H., & Falbe, C.M. (1996). I Lai, L. (2014), s. 34 *Makt og påvirkningskraft. Hvordan få gjennomslag på jobben*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Yukl, G. & Falbe, C.M. (1991). I Lai, L. (2014), s. 29. *Makt og påvirkningskraft. Hvordan få gjennomslag på jobben*. Oslo: Cappelen Damm AS.

## Vedlegg 1.

### **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet**

#### *”Samarbeid i kommunal fysioterapitjeneste”*

#### **Bakgrunn og formål**

Jeg er masterstudent i organisasjon og ledelse ved Høgskolen i Østfold. Temaet for min masteroppgave er samarbeid i kommunal fysioterapitjeneste. Jeg ønsker å se på hva som kjennetegner dette samarbeidet, og se på ulike faktorer som påvirker dette samarbeidet. Jeg ønsker at dette kan være et bidrag til videre utvikling av kommunal fysioterapitjeneste.

For å finne ut av dette ønsker jeg å intervju leder av fysioterapitjenesten, en kommunefysioterapeut og en privatpraktiserende fysioterapeut med avtale. Dette ønsker jeg å gjøre i tre kommuner på Østlandet.

#### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Jeg vil gjennomføre et dybdeintervju med en og en. Intervjuet vil ta cirka en time og vi blir sammen enige om tid og sted. Under intervjuet vil jeg benytte en lydopptaker(diktafon og I Phone) og ta notater underveis. Spørsmålene vil omhandle det samarbeidet som er i kommunens fysioterapitjeneste i dag og hvilke erfaringer og synspunkter dere som intervjues har om dette samarbeidet.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Ingen enkeltpersoner eller navn på kommuner vil fremkomme i den endelige oppgaven. Det er ingen andre enn meg som vil ha tilgang på personopplysningene/ opptakene. De vil oppbevares utilgjengelig og innelåst for andre, opplysningene anonymiseres og alle opptak slettes når studien er ferdig, senest innen utgangen av 2015.

#### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Ønsker du å delta er det fint om du fyller i samtykkeerklæringen som er vedlagt. Den leveres til meg da vi møtes til intervju.

Har du spørsmål i forbindelse med deltagelse i studien kan du ringe meg på 98083621, eller kontakte meg på e-post: [kar-ad@online.no](mailto:kar-ad@online.no) Min veileder i studien er Tom Bjørge Gundersen ved Høgskolen i Østfold, avd økonomi og samfunnsfag, tlf 69215261. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

Vennlig hilsen

Kari Anne Dehli  
Lilleveien 58a  
1870 Ørje

## Vedlegg 2.

# Intervjuguide – temaliste for dybdeintervju

### GENERELT

- Kan du beskrive det samarbeidet dere har i dag? ( hva samarbeider dere om?)
- Hvordan fungerer dette samarbeidet?
- Hva er spesielt bra?
- Hva er spesielt ikke bra?

### HVORDAN ER DE STRUKTURELLE BETINGELSENE FOR SAMARBEID?

- Hva har det å si for samarbeidet at dere er organisert ulikt? Off – priv.
- Hvilken betydning har det at dere arbeider på ulike steder?
- Har dere felles møtearenaer? Hva betyr det?
- Jobber dere etter en felles plan for fysioterapitjenesten? Hvilken betydning har det?
- Hva bestemmer hva dere skal samarbeide om? Hvem bestemmer dette?
- På hvilken måte virker samarbeidet inn på arbeidsoppgaver eller rutiner?

### HVILKEN BETYDNING HAR INDIVIDUELLE FORHOLD FOR SAMARBEID?

- I hvilken grad har du et ønske om samarbeid?
- I hvilken grad har du interesse for samarbeid?
- Hva ved dette samarbeidet er interessant for deg?
- Hvordan opplever du dine kollegers ønske om samarbeid?
- Hva er fordelene ved å samarbeide? Hvilket faglig utbytte har du av samarbeid? / I hvilken grad bygger du kompetanse gjennom et slikt samarbeid? Hva er ulempene ved å samarbeide?
- Kan du si noe om hvordan samarbeidet påvirker deg profesjonelt?

### HVILKEN BETYDNING HAR LEDELSE FOR SAMARBEID?

- Hvor opptatt er leder av samarbeid?
- Hva gjør leder for å fremme samarbeid?
- I hvilken grad følger leder opp ansatte / de privatpraktiserende?
- Hvem tar initiativ til samarbeidet?
- Hvordan påvirker ledelse samarbeid?

### I HVILKEN GRAD ER DET BEHOV FOR ET BEDRE SAMARBEID?

- Hva mener du kan bidra til å styrke/forbedre samarbeidet?
- Hva må endres på for å få til et bedre samarbeid?
- Hvilket behov er det for å styrke samarbeidet? Hvorfor? Hvordan?

Hvilket råd vil du gi til andre som jobber i kommunens fysioterapitjeneste angående samarbeid? Er det noe mer du vil si om temaet samarbeid?



### Vedlegg 3.

Hei.

Jeg heter Kari Anne Dehli, jeg er privatpraktiserende fysioterapeut og jobber ved Ørje Fysikalske institutt. Jeg tar en Mastergrad i organisasjon og ledelse ved Høgskolen i Østfold, avd Halden. Jeg begynner nå på min avhandling som skal leveres 1.mai 2015.

**Jeg ønsker i min avhandling å forske på samarbeidet mellom kommunefysioterapeuter, privatpraktiserende med avtale og overordnet leder(virksomhetsleder) i kommunen.**

Det er gjort lite forskning på dette før, og jeg håper du vil være villig til å svare på denne lille forundersøkelsen til min avhandling. Det vil kunne være et viktig bidrag til praktisk anvendt forskning som kan være med å videreutvikle fysioterapitjenesten.

Undersøkelsen er selvsagt anonym, utfylt skjema legges i vedlagt konvolutt som limes igjen og postes.

Denne forundersøkelsen sendes til alle private fysioterapeuter med avtale, kommunefysioterapeuter og virksomhetsledere i ca 10 kommuner i Østfold.

Jeg håper du vil ta deg tid til å svare på det enkle spørreskjemaet. Jeg setter pris på om dere svarer så raskt som mulig; senest innen **20 juni**.

**På forhånd tusen takk for hjelpen og samarbeidet!**

Hilsen

Kari Anne Dehli  
Fysioterapeut/ Masterstudent  
Tlf : 98083621

## Vedlegg 4.

### **Samarbeid mellom kommunefysioterapeuter, privatpraktiserende fysioterapeuter med avtale og overordnet leder.**

Sett strek under ditt svar:

1a) besvares om du er privatpraktiserende med avtale, 1b) om du er kommunefysioterapeut/ledende kommunefysioterapeut og 1c) om du er virksomhetsleder.

**1. a) I hvor stor grad samarbeider du med kommunefysioterapeutene i din kommune?**

Stor grad                      noe grad                      ingen grad

**1. b) I hvor stor grad samarbeider du med de privatpraktiserende fysioterapeutene med avtale i din kommune?**

Stor grad                      noe grad                      ingen grad

**1. c) I hvor stor grad samarbeider du med kommunefysioterapeutene og de privatpraktiserende fysioterapeutene ?**

stor grad                      noe grad                      ingen grad

**2. Hvilken nytte har du av dette samarbeidet?**

Stor nytte                      noe nytte                      ingen nytte

**3. Hvor stor interesse har du av et slikt samarbeid?**

Stor interesse                      noe interesse                      ingen interesse

**4. Hvor avhengig er du av dette samarbeidet for å utføre ditt arbeid?**

Veldig avhengig                      noe avhengig                      ikke avhengig

**5. Nevn de tre viktigste faktorene som oppleves utfordrende i dette samarbeidet?**

1).....

2).....

3).....

**6. Kan du beskrive kort hvem som tar initiativ til samarbeid?  
(fortsett evt bak på arket):**

## Vedlegg 5.

**Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS**  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



NSD  
P.O. Box 1047  
Blindern  
N-0407 Oslo  
Norway  
Tel: +47 22 38 21 11  
Fax: +47 22 38 50 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Orgnr. 980 421 884

**Tom Bjørge Gundersen**  
**Avdeling for økonomi, språk og samfunnsfag Høgskolen i Østfold**  
**Remmen**  
**1757 HALDEN**

Vår dato: 31.10.2014

Vår ref: 40460 / 3 / MSS

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 26.10.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>40460</i>	<i>Samarbeid i kommunal fysioterapitjeneste</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Østfold, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Tom Bjørge Gundersen</i>
<i>Student</i>	<i>Kari Anne Dehli</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.10.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Marie Strand Schildmann

Kontaktperson: Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Kari Anne Dehli [kar-ad@online.no](mailto:kar-ad@online.no)

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSD's rutiner for elektronisk godkjenning.

Årskriftet utgis 27.06.2015

NSD (NS): Universitet i Oslo, Postboks 1047 Blindern, 0407 Oslo. Tel: +47 22 38 21 11. [nsd@nsd.uib.no](mailto:nsd@nsd.uib.no)  
NSD (NSD): Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 4741 Trondheim. Tel: +47 73 31 18 12. [kari.sandaker@ntnu.no](mailto:kari.sandaker@ntnu.no)  
NSD (NSD): Universitetet i Tromsø, 9001 Tromsø. Tel: +47 77 21 43 26. [nsd@uit.no](mailto:nsd@uit.no)