



Betydningen av driftsavtalen for fysioterapeuter i Bergen kommune

Deltidshjemler gir kommunen billig fysioterapi

Sara Fauske Lunde

Veileder: Associate Professor, dr.oecon Iver Bragelien

Masterutredning i Økonomisk Styring

NORGES HANDELSHØYSKOLE

Dette selvstendige arbeidet er gjennomført som ledd i masterstudiet i økonomi- og administrasjon ved Norges Handelshøyskole og godkjent som sådan. Godkjenningen innebærer ikke at Høyskolen eller sensorer innestår for de metoder som er anvendt, resultater som er fremkommet eller konklusjoner som er trukket i arbeidet.

Sammendrag

Det har vært flere saker i media om misnøye relatert til deltidshjemler blant avtalefysioterapeutene i Norge. Mange mener at de arbeider gratis for kommunen, og de føler seg urettferdig behandlet. Avtalefysioterapi i norske kommuner er regulert av kommunale driftsavtaler, og det er kommunene selv som bestemmer behovet for fysioterapitjenesten og antall driftsavtaler. En nylig studie viser at ventetiden for avtalefysioterapi i stor grad overskrider anbefalt maks ventetid, og at det er behov for større kapasitet i tjenesten. Likevel har utviklingen av antall driftshjemler ikke vokst nevneverdig siden ordningen ble opprettet i 1984. Kommunene synes å mene at antallet hjemler er i samsvar med behovet.

I denne utredningen ser jeg nærmere på hvordan driftsavtalene fungerer. Jeg undersøker hvordan driftsavtalen påvirker etterspørsel, motivasjon og arbeidsbelastning, og jeg søker spesielt å forstå effekten av reduserte driftsavtaler og betydningen disse har for kommunen.

Det er forsket lite på bransjen, og utredningen er designet som en utforskende casestudie av avtalefysioterapeutene i Bergen kommune. For å bedre forstå hvordan driftsavtalen fungerer, har jeg ved hjelp av åtte kvalitative semi-strukturerte intervjuer samlet inn data. Funnene er analysert opp mot teori og empiri.

Utredningens hovedfunn er at avtalefysioterapeutene i Bergen kommune arbeider mye utover driftsavtalene sine. Dette gjelder spesielt de med reduserte driftsavtaler. Samlet leverer de åtte i utvalget ekstraarbeid til kommunen lik 2,3 fulle driftsavtaler. Ved å justere og generalisere funnet til bransjen, tilsvarer dette 37 fulle driftsavtaler. Fra et pasientperspektiv betyr funnene at ekstraarbeidet avtalefysioterapeutene leverer i kommunen bidrar til at rundt 5 700 flere pasienter får hjelp i året. Dette reiser spørsmål ved om kommunens utregnede behov er korrekt, og om avtalestørrelsene virkelig er i samsvar med hva som forutsettes at fysioterapeutene med deltidsavtale skal arbeide. Siden kommunen utbetaler driftstilskudd i samsvar med avtalestørrelse, bidrar de reduserte driftsavtalene til billig fysioterapi.

Andre funn inkluderer at driftsavtalene bidrar til større etterspørsel, men studien har avdekket at omdømme og kvalitet også er viktig. Avtalefysioterapeutene i utvalget synes å være altruistiske og drives av indre motivasjon. Forskjellen i utbetalt driftstilskudd medfører at flere med deltidshjemler føler seg urettferdig behandlet, og det oppstår misnøye med ordningen.

Overordnet viser studien at det er et behov for å revurdere de reduserte driftsavtalene i kommunen, og undersøke om avtalestørrelsene faktisk er i samsvar med hva den enkelte avtalefysioterapeuten forutsettes å arbeide.

Forord

Utredningen er gjennomført som en avsluttende del av masterstudiet i økonomi og administrasjon ved Norges Handelshøyskole (NHH). Studiets formål er å utforske hvordan driftsavtalene til avtalefysioterapeutene i Bergen kommune fungerer.

Semesteret og arbeidet med utredningen har vært krevende, spennende, lærerikt og utfordrende. I utgangspunktet var vi to studenter som skulle skrive utredningen sammen, men i innledende fase av prosjektet kom beskjeden om at min tidligere samarbeidspartner hadde blitt langvarig sykemeldt. Like etter at sykemeldingen kom, ble Norge nedstengt i sammenheng med utbruddet av Covid-19, og kaoset var komplett. Flere omstillinger måtte til, og datainnsamlingen måtte justeres. Jeg har virkelig lært betydningen av å være tilpasningsdyktig dette semesteret, og å gjøre det beste utav en usikker situasjon.

Utredningen hadde ikke vært mulig å gjennomføre uten en rekke bidragsytere. Først vil jeg rette en takk til en tidligere rådgiver for avtalefysioterapeutene i Bergen kommune for innledende informasjon og forklaring av vesentlige aspekter ved bransjen. I tillegg vil jeg takke en nåværende rådgiver for avtalefysioterapeuter i Bergen kommune for hjelp til å videreformidle invitasjon til studien til avtalefysioterapeutene, og for å svare på spørsmål underveis. Jeg vil også rette en stor takk til alle informantene som valgte å dele sin tid med meg og studien. Utredningen hadde ikke vært mulig uten dere. Videre vil jeg takke familie og venner for å ha lest gjennom utredningen flere ganger.

Avslutningsvis vil jeg benytte anledningen til å takke min veileder, Iver Bragelien. Du har vært en utmerket veileder på alle måter, med lærerike tilbakemeldinger og viktige innspill. I tillegg har du vært en uvurderlig støttespiller i sammenheng med sykemelding av tidligere samarbeidspartner. Du har strukket deg langt for å legge til rette for oss begge, og du tvilte aldri på at det fortsatt ville være mulig å «redde» utredningen.

Bergen, juni 2020

Sara Fauske Lunde

Innholdsfortegnelse

1.	INNLEDNING	1
1.1	BAKGRUNN	1
1.2	PROBLEMSTILLING	2
1.3	AVGRENSNING	3
1.4	UTREDNINGENS STRUKTUR	3
2.	METODE.....	4
2.1	FORSKNINGSDESIGN	4
2.1.1	<i>Forskningshensikt</i>	<i>4</i>
2.1.2	<i>Forskningstilnærming</i>	<i>5</i>
2.1.3	<i>Forskningsmetode.....</i>	<i>6</i>
2.1.4	<i>Forskningsstrategi</i>	<i>7</i>
2.1.5	<i>Tidshorisont.....</i>	<i>10</i>
2.2	DATAINNSAMLING.....	11
2.2.1	<i>Datakilder.....</i>	<i>11</i>
2.2.1	<i>Utvalg.....</i>	<i>12</i>
2.2.2	<i>Intervjuprosessen.....</i>	<i>13</i>
2.3	DATAANALYSE.....	14
2.3.1	<i>Transkripsjon.....</i>	<i>14</i>
2.3.2	<i>Organisering og analyse av data.....</i>	<i>15</i>
2.3.3	<i>Presentasjon av funn.....</i>	<i>16</i>
2.4	METODEEVALUERING	16
2.4.1	<i>Pålitelighet</i>	<i>16</i>
2.4.2	<i>Troverdighet.....</i>	<i>18</i>

2.4.3	<i>Overførbarhet</i>	18
2.4.4	<i>Bekreftbarhet og forskningsintegritet</i>	19
2.5	ETISKE HENSYN	20
2.6	OPPSUMMERING AV METODEKAPITTEL	20
3.	LITTERATURGJENNOMGANG	22
3.1	ANALYSE AV MAKROOMGIVELSENE	22
3.1.1	<i>Svakheter ved PESTEL rammeverket</i>	24
3.2	ANALYSE AV BRANSJEN	25
3.2.1	<i>Trussel fra potensielle inntrengere</i>	26
3.2.2	<i>Trussel fra substitutter</i>	27
3.2.3	<i>Kundens forhandlingsmakt</i>	28
3.2.4	<i>Leverandørens forhandlingsmakt</i>	28
3.2.5	<i>Intern rivalisering</i>	29
3.2.6	<i>Svakheter og mangler ved five forces-modellen</i>	30
3.3	VERDIKONFIGURASJONSMODELLER	31
3.3.1	<i>Verdiverkstedet</i>	31
3.3.2	<i>Oppsummering verdiverksted</i>	35
3.4	MOTIVASJON	35
3.4.1	<i>Definisjon</i>	36
3.4.2	<i>Motivasjonskilder</i>	36
3.4.3	<i>Herzbergs tofaktorteori</i>	37
3.4.4	<i>Likeverdsteori</i>	38
3.4.5	<i>Oppsummering motivasjonsteori</i>	40
3.5	LITTERATUR OM FYSIOTERAPI	40

3.5.1	<i>Fysioterapitjenesten i Norge</i>	40
3.5.2	<i>Nærliggende empiri</i>	42
3.6	OPPSUMMERING AV LITTERATURGJENNOMGANGEN	44
4.	BRANSJEANALYSE	45
4.1	BRANSJEBESKRIVELSE	45
4.1.1	<i>Hva er en fysioterapeut</i>	46
4.1.2	<i>Arbeidsform og organisering</i>	48
4.1.3	<i>Offentlig finansiering</i>	50
4.1.4	<i>Den økonomiske betydningen av driftsavtalen</i>	52
4.1.5	<i>Utvikling i størrelse på driftsavtalene</i>	53
4.1.6	<i>Bergen Kommune</i>	54
4.2	MARKEDSAVGRENSNING	55
4.2.1	<i>Det relevante produktmarkedet</i>	55
4.2.2	<i>Det relevante geografiske markedet</i>	57
4.3	ANALYSE AV MAKROFORHOLDENE.....	57
4.3.1	<i>Politiske og juridiske forhold</i>	58
4.3.2	<i>Økonomiske forhold</i>	61
4.3.3	<i>Sosiokulturelle forhold</i>	62
4.3.4	<i>Teknologiske forhold</i>	63
4.3.5	<i>Oppsummering av makroforholdene</i>	64
4.4	ANALYSE AV KONKURRANSEOMGIVELSENE.....	66
4.4.1	<i>Trussel fra potensielle inntrengere</i>	66
4.4.2	<i>Trussel fra substitutter</i>	68
4.4.3	<i>Pasientens forhandlingsmakt</i>	69

4.4.4	<i>Intern rivalisering</i>	69
4.4.5	<i>Oppsummering av konkurranseanalysen</i>	71
4.5	KONKLUSJON BRANSJEANALYSEN	72
5.	FUNN	74
5.1	UTVALGET	74
5.2	GENERELLE SYNSPUNKTER PÅ DRIFTSTILSKUDD	76
5.3	ETTERSPØRSEL	78
5.4	MOTIVASJON	82
5.5	ARBEIDSBELASTNING	89
5.6	EFFEKTEN AV REDUSERTE DRIFSAVTALER	99
5.7	OPPSUMMERING	102
6.	DISKUSJON	105
6.1	KVALITETSKONKURRANSE	105
6.2	ETTERSPØRSELEN FORKLART AV VERDIVERKSTEDET	107
6.3	MOTIVASJON	110
6.4	ARBEIDSBELASTNING	113
6.5	EFFEKTEN AV REDUSERTE DRIFSAVTALER.....	117
6.6	KAN EN OPPJUSTERING LØNNE SEG?	119
6.7	OPPSUMMERING	122
7.	KONKLUSJON	124
7.1	KONKLUSJON PÅ FORSKNINGSSPØRSMÅLENE	125
7.2	KONKLUSJON PÅ PROBLEMSTILLINGEN	128
7.3	VEIEN VIDERE?.....	129
7.4	BEGRENSNINGER OG FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING	130
	LITTERATURLISTE	131

VEDLEGG.....	140
VEDLEGG 1: INFORMASJONSSKRIV NSD.....	140
VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE SEMI-STRUKTURERT INTERVJU	143

Figurer:

Figur 3-1: PESTEL-rammeverket (Johnson, et al., 2008).....	23
Figur 3-2: Porters Femfaktormodell (Porter, 1980)	26
Figur 3-3: Verdiverkstedet (Fjeldstad & Lunnan, 2018).....	32
Figur 4-1: Oppsummering PESTEL-analysen.	65
Figur 4-2: Oppsummering Porters Femfaktormodell.	72
Figur 5-1: Samvariasjon mellom avtalestørrelse og ekstraarbeid. (N = 8).....	94
Figur 5-2: Samvariasjon mellom avtalestørrelse og reell arbeidsuke. (N = 8).....	95

Grafer:

Graf 5-1: Arbeidsbelastning i forhold til avtale (i timer)	90
---	----

Tabeller:

Tabell 2-1: Fire designstrategier for casestudier (Johannessen et al., 2010)	10
Tabell 4-1: Takstplakat fra forskrift om stønad til dekning av fysioterapi, (Lovdata, 2019) .	51
Tabell 5-1: Utvalget.....	75
Tabell 5-2: Generelle synspunkter på driftstilskudd, sitat	78
Tabell 5-3: Etterspørsmål, sitat	80
Tabell 5-4: Motivasjon, sitat	84
Tabell 5-5: Driftstilskudd og motivasjon, sitat	86
Tabell 5-6: Reduserte driftsavtaler og rettferdighet, sitat	87
Tabell 5-7: Arbeidsbelastning	89
Tabell 5-8: Begrunnelse av arbeidsbelastning, sitat	92
Tabell 5-9: Utrekning av ekstraarbeid, for utvalget og populasjon.	96
Tabell 5-10: Forskjell på resultat avhengig av avtalestørrelsen til informant E	98
Tabell 5-11: Hovedfunn, oppsummert.....	102
Tabell 6-1: Hva burde kommune gjøre annerledes? Sitat.....	121

1. Innledning

I dette kapittelet vil jeg presentere bakgrunnen for masterutredningen, utlede problemstillingen og avklare vesentlige avgrensninger, samt kort gjøre rede for utredningens struktur.

1.1 Bakgrunn

Det er forsket lite på den norske fysioterapibransjen tidligere. Fysioterapeuter er autorisert helsepersonell og har siden 1984 vært å regne som en del av den kommunale helsetjenesten, jf. hol § 3-2, annet ledd (Lovdata, 2011). Kvalifiserte fysioterapeuter kan inngå avtale med kommunen, som innebærer at den enkelte fysioterapeuten får et driftstilskudd og tilgang på refusjon fra staten. Helsetjenesten skal med denne ordningen bli lettere tilgjengelig og mer prisgunstig for pasienten, og kommunen skal sikre tilstrekkelig kvalitet og volum. Likevel har driftstilskuddsordningen og de kommunale driftsavtalene blitt kraftig kritisert opp gjennom årene, både i media og i fagmiljøet. Kritikken rettes blant annet mot antall driftsavtaler i kommunene, tildelingen av avtaler og bruken av deltidssavtaler. Nylig har flere fysioterapeuter stått frem og fortalt at de er lei av å levere «gratis» tjenester til kommunen (Høstmark, 2019b; Siem, 2019). Fra disse oppslagene, og etter samtale med tidligere rådgiver for avtalefysioterapeutene i Bergen kommune, virker det som det er stor misnøye i bransjen relatert til reduserte driftsavtaler. Det refereres til at de som ufrivillig sitter på disse deltidshjemlene, arbeider «gratis» for kommunene langt utover sine driftsavtaler. Samtidig er lange ventelister i kommunene et problem for pasientene (Paulsen & Øyehaug, 2018; Strupstad, 2013).

Sett opp mot utviklingen av antall fastlegehjemler, har ikke driftshjemler for avtalefysioterapeuter hatt tilsvarende vekst (Helsedirektoratet, 2019; SSB, 2016; Sæther & Nærø, 2018). Mens fastlegehjemlene fra 2001 til 2016 har økt med 34 %, har fysioterapihjemlene i samme periode bare økt med 9 %. Mangelen på nye driftsavtaler har ført til en situasjon med lange ventelister hos avtalefysioterapeutene i kommunene, og det kan se ut som tilbudet av denne type kommunal helsehjelp ikke er tilstrekkelig. Det gir et stort pasienttrykk på de eksisterende avtalefysioterapeutene, og hard kniving om å få driftsavtale med kommunen. Med bakgrunn i ovennevnte forhold er det av interesse å utforske nærmere hvordan driftsavtalen til fysioterapeutene fungerer.

1.2 Problemstilling

Sakene som kommer frem i media, samt utviklingen i antallet driftsavtaler, gjør det viktig å få en bedre forståelse for bransjen til avtalefysioterapeutene. Formålet med utredningen er derfor å utforske bransjen og dets karakteristikk, som tidligere ikke er gjennomført. Siden mye av problematikken dreier seg om aspekter ved driftsavtalene, har jeg valgt å utforske betydningen av selve driftsavtalen, samt undersøke hvordan denne påvirker arbeidsbelastning, etterspørsel og motivasjon. Indikasjonen fra media og relevante fagpersoner tilsier at avtalefysioterapeutene arbeider mye utover driftsavtalene sine, og at dette oppleves som gratisarbeid. Jeg har derfor undersøkt omfanget og betydningen av ekstraarbeidet som leveres av avtalefysioterapeutene. Basert på disse momentene har jeg utarbeidet følgende problemstilling:

Hvordan fungerer driftsavtalen til avtalefysioterapeutene i Bergen kommune?

Problemstillingen er konkretisert gjennom følgende forskningsspørsmål:

- 1. Hva karakteriserer bransjen for avtalefysioterapeutene i Bergen kommune?*
- 2. Hvordan påvirker driftsavtalen etterspørselen etter avtalefysioterapi i Bergen?*
- 3. Hvordan påvirker driftsavtalen motivasjonen til avtalefysioterapeutene i Bergen?*
- 4. Hvordan påvirker driftsavtalen arbeidsbelastningen til avtalefysioterapeutene i Bergen?*
- 5. Hva er effekten av reduserte driftsavtaler?*

For å besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene har jeg benyttet meg av semi-strukturerte intervjuer. Intervjuobjektene består av åtte avtalefysioterapeuter med forskjellig størrelse på driftsavtalene. Hovedfunnene er presentert i henhold til forskningsspørsmålene, og de vil besvares kronologisk. Jeg diskuterer deretter funnene opp mot tidligere forskning på området og teoretiske rammeverk.

Driftsavtalen er hovedtema for utredningen, og jeg bruker tidvis uttrykkene driftsavtale og driftstilskudd om hverandre. Driftstilskuddet er en sentral del av driftsavtalen, så disse henger tett sammen. I de sammenhengene jeg benytter meg av driftstilskudd fremfor driftsavtale, er det fordi jeg da snakker spesifikt om den delen av driftsavtalen.

1.3 Avgrensning

Fysioterapibransjen i Norge omfatter offentlig ansatte fysioterapeuter, selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter som har driftsavtale med kommunen og privatpraktiserende fysioterapeuter. I utredningen ser jeg kun på selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter med driftsavtale i Bergen kommune. Dette er den relevante gruppen å se på for å utforske driftsavtalen til avtalefysioterapeutene.

Valg av kvalitativ metode kombinert med et tidsperspektiv på fem måneder setter begrensninger for størrelsen på utvalget i utredningen. Av totalt 160 avtalefysioterapeuter i Bergen kommune har jeg intervjuet åtte fysioterapeuter. Et lite utvalg begrenser muligheten for å generalisere funnene til hele populasjonen i kommunen. Jeg har likevel sett det hensiktsmessig å gjennomføre studien siden det er nødvendig for å opparbeide en dypere forståelse av hvordan driftsavtalen fungerer, og kartlegge betydningen av ekstraarbeid, samt effekten ved reduserte driftsavtaler.

En annen viktig avgrensning ved utredningen er relatert til begrensninger som har oppstått grunnet utbruddet av Covid-19 våren 2020. Pandemien bidro til at personlige semi-strukturerte intervjuer måtte endres til telefonintervjuer, og informantene ble bedt om å besvare spørsmålene som om de ble stilt før Covid-19. Analysene i utredningen er utarbeidet med grunnlag i hvordan situasjonen var før pandemien.

1.4 Utredningens struktur

Utredningen er delt inn i syv kapitler, inkludert introduksjonskapittelet. I kapittel 2 gjør jeg rede for utredningens valg av metode, forskningsdesign og forhold som pålitelighet, troverdighet og overførbarhet. I kapittel 3 gir jeg en oversikt over aktuell teori fra eksisterende litteratur, jeg går gjennom forskning på fysioterapi i Norge, og jeg ser på empiri fra andre lignende fagområder. I kapittel 4 analyseres avtalefysioterapeutenes bransje, med det formål å belyse og beskrive de mest sentrale bransjekarakteristikkene. I kapittel 5 presenterer og analyserer jeg funnene fra studien, før disse blir nærmere diskutert i kapittel 6 opp mot teori og empiri fra kapittel 3. I kapittel 7 konkluderer jeg, ved å besvare forskningsspørsmålene og hovedproblemstillingen, presentere tanker om veien videre, diskutere studiens begrensninger og komme med forslag til videre forskning.

2. Metode

Saunders, Lewis, og Thornhill (2016) beskriver metode ved forskningsarbeid som de teknikkene og prosedyrene som benyttes for å samle inn, behandle og analysere data. I dette kapitlet presenterer jeg og begrunner valgene bak utredningens metodikk. Først vil jeg forklare forskningsdesignet til utredningen. Deretter vil jeg presentere datainnsamlingsprosessen og dataanalysen. Videre vil forskningsdesignets kvalitet diskuteres og vurderes. Til slutt belyser jeg etiske spørsmål.

2.1 Forskningsdesign

Det er mange valg som må tas når man skal gjennomføre en undersøkelse eller et forskningsprosjekt. Designet til et forskningsprosjekt reflekterer alle valgene relatert til undersøkelsen (Johannessen, Christoffersen, & Tufte, 2010). Forskningsdesignet utgjør derfor planen for hvordan problemstillingen skal besvares, og hvordan utredningen er strukturert (Saunders et al., 2016). For å kunne besvare problemstillingen på en pålitelig og strukturert måte, er det derfor viktig med et gjennomtenkt forskningsdesign. Jeg vil nå beskrive designet gjennom mine valg av forskningshensikt, forskningstilnærming, forskningsmetode, forskningsstrategi og tidshorisont.

2.1.1 Forskningshensikt

Det er gjort lite forskning på fysioterapi i Norge fra et økonomisk perspektiv, og til min kunnskap er det enda ikke gjennomført noe studie av fysioterapeutenes driftsavtale og bransjesammensetning. Formålet med utredningen er å utforske bransjen, samt innhente en ny forståelse knyttet til driftsavtalene og arbeidsbelastningen for avtalefysioterapeutene i Bergen kommune. Siden temaet er nytt og lite tidligere undersøkt i denne sammenhengen, har jeg valgt å benytte et *utforskende* forskningsdesign for å innhente ny innsikt om temaet. Kjennetegn ved utforskende forskningsdesign er at forsker søker å observere, samle inn data, samt danne forklaringer (Ghuri & Grønhaug, 2005). Utforskende design er ofte benyttet når man har lite informasjon om det man vil studere, og derfor passer det godt når formålet er å oppklare og utarbeide forståelsen rundt temaet (Saunders et al., 2016). Forskningsdesignet er fleksibelt, som er nødvendig siden man ofte må regne med at retningen av utredningen vil endre seg etter hvert som forskningen foregår (Saunders et al., 2016). I de innledende prosessene av utredningen opplevde jeg selv at retningen på forskningen endret seg opptil flere

ganger, og etter hvert som jeg samlet inn mer informasjon om bransjen og yrket, ble både problemstilling og forskningsspørsmål endret.

Alternativt kunne utredningen fulgt et *beskrivende* eller et *forklarende* design. Formålet med beskrivende forskningsdesign er å utarbeide en nøyaktig beskrivelse av hendelser, personer eller spesielle situasjoner (Saunders et al., 2016). Forklarende forskningsdesign har på sin side som formål å etablere kausale sammenhenger mellom variabler (Saunders et al., 2016). Valg av forskningsdesign skal basere seg på studiens formål. Siden formålet med utredningen er å utforske bransjen og samle inn ny innsikt, sammenfaller utredningens formål best med et utforskende forskningsdesign, som diskutert i første avsnitt.

2.1.2 Forskningstilnærming

Forskingstilnærmingen sier noe om hvilken tilnærming til teoriutvikling forskeren forholder seg til (Saunders et al., 2016). De tre mest vanlige tilnærmingene til teori er *deduksjon*, *induksjon* og *abduksjon*. Ved en deduktiv tilnærming tar forsker utgangspunkt i eksisterende teori. Deduksjon tester og videreutvikler teori, gjerne gjennom hypoteser og antakelser (Saunders et al., 2016). Ved en induktiv tilnærming derimot, søker man som forsker å forstå et fenomen ved å samle inn data med den hensikt å få en dypere forståelse for temaet, eller for å utvikle ny teori (Saunders et al., 2016). Abduksjon er en kombinasjon av induksjon og deduksjon.

Jeg ble oppmerksom på temaet for utredningen via flere mediasaker knyttet til avtalefysioterapeutenes bransje, og oppslagene førte til at jeg ønsket å utforske fenomenet nærmere (Høstmark, 2019b; Siem, 2019). Siden det ikke eksisterte teori innenfor det spesifikke feltet, oppsøkte jeg i innledende fase av utredningen tidligere rådgiver for avtalefysioterapeutene i kommunen for å innhente utfyllende informasjon om bransjen og driftsavtalene. På denne måten startet utredningen med en induktiv tilnærming til teori, som også gjelder for datainnsamlingen knyttet til forskningsspørsmålene. Den induktive tilnærmingen er passende for utredningen, siden målet er å innhente nye innsikter, samt å være åpen for flere mulige forklaringer på fenomenene. Induktiv tilnærming har imidlertid noen fallgruver. Tilnærmingen forutsetter at forskeren ikke ilegger resultatene egne overbevisninger, samt at forsker har tilgang til og oversikt over all informasjon (Jacobsen, 2015). Begge forutsetningene er vanskelig å oppnå, spesielt med tanke på tidsperspektivet for utredningen, som fører til begrensninger ved studien. For å veie opp for denne svakheten, har

jeg derfor også valgt å benytte meg av deduktiv tilnærming med bruk av eksisterende teori. Funnene fra datainnsamlingen blir i kapittel 6 vurdert og diskutert i forhold til eksisterende teoretiske rammeverk og nærliggende empiri. Slik mønstermatching bidrar til ytterligere innsikt og forståelse for funnene, og bidrar til å forbedre forskningsvaliditeten (Yin, 2018).

Jeg benytter derfor hovedsakelig en induktiv tilnærming, men anvender også innslag av deduksjon for å oppnå en bedre forståelse for funnene og for å øke validiteten.

2.1.3 Forskningsmetode

Metodelitteraturen viser til to ulike typer forskningsmetoder; *kvantitativ* og *kvalitativ* metode. Johannessen et al. (2010) viser til Sigmund Grønmo sin forklaring av begrepene, som hevder kvantitativ og kvalitativ refererer til egenskaper ved dataen som innsamles. Kvalitativ forskning kan gjenkjennes ved at den benytter og analyserer ikke-numerisk data, som for eksempel ord, bilder, lydopptak og video. Kvalitativ forskning benyttes oftest for å belyse kompliserte problemstillinger i dybden, og metoden er assosiert med datainnsamlingsstrategier som intervju og observasjoner (Johannessen et al., 2010; Saunders et al., 2016). Selve datainnsamlingen i slik forskning er ofte ikke veldig standardisert, som åpner for muligheten til å gjøre endringer etter hvert som man utfører forskningen og finner ny innsikt. Kvantitativ metode brukes derimot til å samle inn og analyserer numerisk data. Kvantitativ forskning utforsker ofte årsakssammenheng mellom variabler, hvor store mengder data samles inn for så å bli analysert statistisk (Saunders et al., 2016). Typiske datainnsamlingsteknikker for kvantitativ forskning er spørreskjema, innhenting av rapporter, samt bruk av data fra eksisterende databaser. Kvantitativ forskning er i stor grad standardisert, og det er for eksempel ved utforming av spørreskjema helt vesentlig at hver deltaker oppfatter spørsmålene på lik måte for at dataen skal kunne brukes. En viktig fordel med kvantitativ metode er at man ved representative utvalg kan generalisere funnene til hele populasjonen (Johannessen et al., 2010).

Saunders et al. (2016) viser til hvordan disse to metodene ofte blir kombinert og benyttet sammen. Dette kalles metodetriangulering, og kan bidra til å styrke påliteligheten av resultatene fra forskningen, samt stimulere til nye fortolkninger og en mer helhetlig forklaring av problemstillingen (Johannessen et al., 2010).

I utredningen benytter jeg utelukkende en kvalitativ forskningsmetode. Jeg har derfor benyttet meg av semi-strukturerte intervjuer som innsamlingsteknikk for primærdata. Nærmere

forklaring av type intervju vil jeg komme tilbake til i kapittel 2.2. Valg av kvalitativ forskningsmetode sammenfaller med de andre designvalgene for utredningen. Forskningshensikten er som forklart utforskende med en induktiv tilnærming. Videre er formålet med utredningen å utforske hvordan driftsavtalen fungerer for fysioterapeuter i Bergen kommune. For å undersøke dette er det nødvendig å gå i dybden og se etter meningssammenhenger fremfor årsakssammenhenger (Johannessen et al., 2010). En slik dybdeforståelse hadde derfor ikke vært mulig med en kvantitativ metode, siden denne baserer seg mer på korte tilbakemeldinger fra flere respondenter. Kvalitativ metode er også mer samkjørt med tidligere designvalg, ved at metoden er mindre standardisert og mer fleksibel enn kvantitativ metode. Kvalitativ metode gjør det derfor mulig å gjøre endringer undervegs etter hvert som man avdekker ny informasjon.

Valg av kvalitativ metode setter likevel noen begrensninger for resultatet av studien. Kvalitative innsamlings- og analysemetoder er veldig tidskrevende, og med et tidsbegrenset prosjekt setter valget begrensninger for antall respondenter jeg kan inkludere i studien. Informasjonen jeg samler inn via intervju kan være mindre pålitelig ved at den er subjektiv, og funnene kan ikke nødvendigvis generaliseres til hele populasjonen. Intervju som datainnsamlingsteknikk kan også påvirke reliabiliteten til informasjonen som samles inn. Jeg vil komme tilbake til problematikken relatert til metodevalget og innsamlingsteknikken i kapittel 2.4. Her vil jeg også forklare hvordan jeg har forsøkt å unngå de største fallgruvene relatert til kvalitativ forskningsmetode.

2.1.4 Forskningsstrategi

Forskningsstrategien utgjør hvordan forskeren planlegger å finne svar på studiens problemstilling (Saunders et al., 2016). Valg av forskningsstrategi vil som oftest samsvare med valg av metode, tilnærming og formål. Jeg har valgt å utarbeide utredningen som en casestudie av avtalefysioterapeutene i Bergen kommune. Johannessen et al. (2010) viser til at ordet case stammer fra latinske casus, som betyr tilfelle. På denne måten kan en casestudie lettere forstås som en studie av et eller flere interessante tilfeller. Robert K. Yin er et kjent navn i casestudielitteraturen, og er en av de som har satt tydelig preg på forskningsstrategien. Yin definerer casestudiestrategien slik:

«En casestudie er en empirisk undersøkelse som studerer et aktuelt fenomen i dets virkelige kontekst fordi grensene mellom fenomenet og konteksten er uklare» (Yin, 2007, p. 31)

Casestudiestrategien benyttes derfor ofte når man har lite informasjon om et fenomen og ønsker å oppnå en ny forståelse av dette (Saunders et al., 2016). Studieobjektet, eller casen/tilfellet, kan være flere forskjellige ting; et program, en aktivitet, et individ, et sammensatt system, et land, en gruppe, en hendelse osv. Casen blir utvalgt for sine unike karakteristikk og særskiltheter, og ikke med en baktanke om at funnene skal være representative for hele populasjonen. Noe som skiller casestudien fra andre typiske kvalitative og kvantitative forskningsstrategier, er at det ikke finnes klare retningslinjer og krav på hvordan forskningsprosessen foregår (Yin, 2018). Meyer (2001) viser til hvordan denne mangelen på retningslinjer både er en fordel og en ulempe for casestudiestrategien. Hun hevder det er en fordel med tanke på at strategien er meget fleksibel og man kan tilrettelegge forskningsdesign og datainnsamling helt fritt i henhold til valgt problemstilling. På den andre siden er det en ulempe at formen for strategien er så fri, siden det har resultert i mange dårlige casestudier gjennom tidene uten tilstrekkelig struktur. Casestudiestrategien er ofte benyttet for å besvare «hva», «hvorfor» og «hvordan» problemstillinger (Saunders et al., 2016).

Kjennetegnene ved casestudien sammenfaller med karakteristikkene med mine tidligere metodevalg; strategien er utforskende, den legger til rette for at man kan gjøre endringer undervegs etterhvert som nye funn dukker opp, og den åpner opp for bruk av eksisterende teori for å bidra til å bedre forståelse av funnene og selve analysen (Meyer, 2001).

Robert K. Yin (2007) identifiserer fem faser ved gjennomføring av casestudier; problemstilling, teoretiske antakelser, analyseenheter, analysestrategi og hvordan funnene er tolket. En casestudie starter typisk med et problem som hentes fra virkeligheten, som ofte er av generell interesse (Johannessen et al., 2010). Gjennom innledende undersøkelse av problemet dannes det en problemstilling, gjerne i form av «hva, hvorfor, hvordan». I løpet av den innledende undersøkelsen gjør forsker seg ofte noen formeninger og antakelser om hvordan situasjonen er, og hvorfor den er slik. Disse antakelsene legger så grunnlaget for den videre undersøkelsen (Johannessen et al., 2010). Når dette er avklart, må antall analyseenheter og case avklares og beskrives. Videre må man avgjøre om man skal benytte analyse basert på teori eller om man skal benytte en beskrivende casestudie. Det må også legges føringer for hvordan funnene skal tolkes. Jeg vil nå kort beskrive noen faser av forskningsprosjektet mitt i forhold til komponentene av casestudiestrategien, som definert av Yin (2007).

Studiens problemstilling og forskningsspørsmål ble til basert på uttalelser i media, informasjon fra tidligere rådgiver for avtalefysioterapeuter i Bergen kommune, samt antakelser fra tidligere

forskning innenfor lignende fagfelt. Mediesakene trakk frem problemstillinger knyttet til reduserte driftsavtaler og «gratisarbeid», som vekket min nysgjerrighet. Etter nærmere samtale med tidligere rådgiver, ble det klart at det kunne være av stor interesse å utforske omfanget og betydningen av ekstraarbeid i bransjen. Jeg valgte derfor å utarbeide følgende problemstilling: «Hvordan fungerer driftsavtalen til avtalefysioterapeutene i Bergen kommune?». Videre reduserte jeg omfanget av problemstillingen ved å konkretisere den via fem forskningsspørsmål med forskjellig fokus: bransjen, etterspørsel, motivasjon, arbeidsbelastning og effekten av reduserte driftsavtaler.

Ved hjelp av tidligere forskning dannet jeg flere antakelser til hvert av temaene for forskningsspørsmålene. Studier på motivasjon i offentlig helsesektor har vist at helsearbeidere i stor grad drives av altruisme og indre motivasjon (se kapittel 3.5). Disse funnene kunne jeg bruke til å danne antakelser om at avtalefysioterapeutene i Bergen kommune sannsynligvis også var altruistiske. Funnene kunne da forklare hvorfor de eventuelt arbeidet mye og hvorfor de «aksepterte» å fortsette å arbeide gratis, om det skulle vise seg å være tilfellet. Når det gjelder etterspørsel og kvalitet, fant jeg at konkurranse i helsesektoren ofte kunne føre til at kvaliteten på tjenestene ble bedre, spesielt i markeder med tilstrekkelig altruistiske tilbydere (se kapittel 3.5). Disse funnene bidro til antakelser om at eventuell konkurranse i bransjen kunne være positivt. Forskning på ventetid for avtalefysioterapi i Norge, viser at det er lange ventelister. Derfor antok jeg at lange ventelister og høy etterspørsel trolig også var tilfellet i Bergen. Alle antakelsene ble med fra starten, og de ligger til grunn for resten av studien, siden intervjuguiden og funnene i stor grad er styrt av disse.

Den neste delen av å danne casestudiedesignet er relatert til valg av caseantall og analyseenheter. Yin viser til to dimensjoner i casestudiedesignet. Den første dimensjonen gjelder hvorvidt man benytter én enkeltcase eller flere caser, og den andre dimensjonen handler om man benytter én eller flere analyseenheter (Johannessen et al., 2010). I utredningen undersøker jeg avtalefysioterapeuter i Bergen kommune. For å besvare problemstillingen min har jeg intervjuet åtte avtalefysioterapeuter, med forskjellig avtalestørrelse. Basert på definisjonen til Yin benytter jeg en enkeltcasestudie. Selve casen er avtalefysioterapeuter i Bergen kommune, eller man kan se på det som at casen er bransjen for avtalefysioterapi i Bergen. Videre benytter jeg flere analyseenheter siden jeg samler inn data fra flere forskjellige individer med samme arbeid innenfor bransjen. For å illustrere forskjellen mellom antall case og analyseenheter, har jeg inkludert en illustrerende tabell fra Johannessen et al. (2010). Området som representerer strategivalget til studien min, er markert med farge.

Forskerens avgrensning	Antall caser som studeres	
	Enkeltcasedesign	Flercasedesign
Én analyseenhet	Forskeren får informasjon fra én enkelt enhet (et individ, et program, en institusjon, en gruppe, en hendelse eller et begrep) innenfor studiet av et avgrenset system (organisasjon, samfunn, bransje osv.)	Forskeren får informasjon fra én enkelt enhet (et individ, et program, en institusjon, en gruppe, en hendelse eller et begrep) innenfor studiet av flere systemer (organisasjoner, samfunn, bransjer osv.). Hver enkelt casestudie består av «hele studien».
Flere analyseenheter	Forskeren får informasjon fra flere enheter (flere individer, programmer, institusjoner, grupper, hendelser eller begreper) innenfor studiet av et avgrenset system (organisasjon, samfunn, bransje osv.)	Forskeren får informasjon fra flere enheter (flere individer, programmer, institusjoner, grupper, hendelser eller begreper) innenfor studiet av flere systemer (organisasjoner, samfunn, bransjer osv.). Hver enkelt casestudie består av «hele studien».

Tabell 2-1: Fire designstrategier for casestudier (Johannessen et al., 2010)

Nærmere beskrivelse av analyseenhetene i form av utvalgsstrategi, antall informanter og rekruttering vil jeg komme tilbake til i kapittel 2.2. Forklaring av analysestrategi og hvordan funnene er tolket, vil jeg diskutere i kapittel 2.3.

2.1.5 Tidshorisont

Tidshorisonten for et forskningsprosjekt sier noe om hvor lang tid man har satt av til forskningen, og om når og hvordan dataen er innsamlet. Utredningen er utarbeidet som en tverrsnittstudie med et tidsperspektiv på fem måneder. En tverrsnittstudie innebærer at man observerer og samler inn data på et gitt tidspunkt (Saunders et al., 2016). I motsatt tilfelle vil man ved en tidsseriestudie samle inn data flere ganger over forløpet av forskningen fra de samme studieobjektene (Saunders et al., 2016). Tidsbegrensningen, tilgjengeligheten til

avtalefysioterapeutene, samt utbruddet av Covid-19 har gjort det umulig å innhente data mer enn en gang gjennom forskningsprosjektet. Disse begrensningene forklarer derfor valget av tverrsnittstudie, og datainnsamlingen består av ett intervju per informant. Når det gjelder problemstillingen og forskningsspørsmålene, er ikke ett innsamlingstidspunkt en stor utfordring. Temaene jeg utforsker, holdninger, arbeidsbelastning og motivasjonen, vil ikke typisk endre seg raskt over tid, og jeg vil kunne oppnå god forståelse og pålitelige observasjoner fra intervjuene.

2.2 Datainnsamling

I dette delkapittelet vil jeg gå gjennom flere vesentlige aspekter ved datainnsamlingen i utredningen. Først vil jeg kort si noe om datakildene. Så vil jeg forklarer utvalgsprosessen av informantene, deretter vil jeg utdype hvilke innsamlingsverktøy jeg har benyttet for innsamlingen av primærdataen, og til slutt belyse hvordan denne ble gjennomført.

2.2.1 Datakilder

Datakilder kan overordnet inndeles i *primær-* og *sekundærdata*. Primærdata omfatter data som forskeren selv har samlet inn, og dataen innhentes med det formål å bidra til å besvare problemstillingen (Ringdal, 2013). Fordelene med primærdata er at man har anledning til å skreddersy dataen som innsamles til valgt problemstilling, man vil dermed få data som er direkte anvendbar i forskningen. Ulemper med denne type data er at det er svært kostbart og tidskrevende å samle inn. Sekundærdata derimot, omfatter all data som allerede er samlet inn til andre formål (Ringdal, 2013). I motsetning til primærdata er ikke sekundærdata utelukkende avgrenset til forskningsdata, men kan vidt defineres som alt fra graffiti til statistikk fra SSB (Ringdal, 2013). Fordeler med denne formen for data er at den ofte er gratis og enkel å få tilgang til, og i noen tilfeller er det også den eneste mulige datakilden. Ulemper ved sekundærdata er at den er samlet inn til et helt annet formål enn det man selv arbeider utfra, og dette kan bidra til at dataen blir mindre anvendbar. I noen tilfeller vil sekundærdata også kunne tenkes å være kostbar å få tilgang til om det er innsamlet til kommersielle formål og befinner seg på lukkede databaser (Saunders et al., 2016). Videre har man også lite kontroll over kvaliteten på kildene til sekundærdata, som må tas i betraktning ved vurdering av om denne skal benyttes.

I studien benytter jeg både primærdata og sekundærdata. Ved å benytte flere forskjellige datakilder, kan jeg oppnå høyere grad av pålitelighet til funnene.

Innsamlingen av primærdata er gjort gjennom semi-strukturerte intervjuer med avtalefysioterapeuter fra Bergen kommune. Jeg vil komme nærmere tilbake detaljer ved utvalget i neste delkapittel. Semi-strukturerte intervjuer er ofte benyttet i utforskende forskningsdesign, hvor det er nødvendig med fleksibilitet (Saunders et al., 2016).

Sekundærdataen jeg har benyttet i studien besto av offentlig informasjon i form av nettaviser, tidsskrifter relatert til bransjen, foreningenes nettressurser (Norsk fysioterapeutforening), lovdata, tidligere forskningsarbeid og rapporter. Sekundærdata er benyttet for å underbygge forståelsen av funnene, samt hyppig brukt i bransjeanalysen i kapittel 4.

2.2.1 Utvalg

Utvalget av informanter i studien kan best forklares som en kriteriebasert utvelgelse. Med denne utvalgsstrategien velges det informanter som oppfyller spesielle kriterier (Johannessen et al., 2010). Kriteriene er satt med den hensikt å forstå fenomenet jeg ønsket å undersøke bedre. Det første kriteriet var at informantene måtte være avtalefysioterapeuter i Bergen kommune. Videre ønsket jeg et bestemt antall med full driftsavtale, og et tilsvarende antall med reduserte driftsavtaler. Utfra innledende undersøkning av bransjen, visste jeg at avtalefysioterapeutene har det veldig travelt, og at det kunne være vanskelig å få de til å sette av tid til intervju. I følge Saunders et al. (2016) vil ønsket utvalgsstørrelse for semi-strukturerte intervjuer som innsamlingsteknikk ligge på mellom 5 og 25 intervjuer. Fra oppstarten av utredningen har jeg hatt et ønske om å få til ti intervjuer til sammen, fordelt på fem med fulle driftsavtaler og fem med reduserte driftsavtaler. Siden utredningen hadde et tidsperspektiv på fem måneder, og utvalget var vanskelig å få tilgang og kontakt med, antok jeg at ca.10 var maks antall jeg ville få til.

Midt i datainnsamlingsfasen ble Norge nedstengt i sammenheng med Covid-19 pandemien. Denne hendelsen endte opp med å påvirke datainnsamlingen min på flere måter. Først og fremst ble det ikke like enkelt å få tak i villige informanter, siden alle opplevde å bli stengt ned på dagen og hadde andre bekymringer. Samtidig bidro nedstengningen også til at flere avtalefysioterapeuter fikk tid til å delta på intervju. Det viste seg å være vanskelig å nå frem til mulige informanter over telefon, og en stund så det mørkt ut for muligheten til å få samlet inn noe data overhodet. Jeg fikk til slutt kontakt med nåværende rådgiver for

avtalefysioterapeutene i Bergen kommune, som sa seg villig til å sende ut informasjonsskriv om undersøkelsen til hele populasjonen på e-post (se vedlegg 1 for informasjonsskriv). Av 160 avtalefysioterapeuter, viste åtte interesse i å delta og samtlige ble intervjuet. Grunnet pandemien og tilgjengeligheten til avtalefysioterapeutene, ble utvalget derfor veldig tilfeldig satt sammen. Jeg fikk likevel et veldig variert utvalg med tanke på avtalestørrelser, og det ble ikke langt unna det jeg hadde ønsket i utgangspunktet.

Kort oppsummert består utvalget av åtte avtalefysioterapeuter med forskjellig avtalestørrelse. Av disse åtte har tre fulle driftsavtaler, mens de øvrige har avtalestørrelser fra 50 til 90%. Aldersmessig er fire i 40-årene, tre i 50-årene og en i 60 årene. To er menn og fem er kvinner. Nærmere beskrivelse av utvalget er gitt i kapittel 5.1

2.2.2 Intervjuprosessen

For å samle inn primærdata til studien valgte jeg å benytte meg av semi-strukturerte intervjuer med åtte avtalefysioterapeuter. Denne intervjuformen er meget normal i kvalitativ forskning fordi den ikke er veldig standardisert, og er åpen for fleksibilitet (Saunders et al., 2016). Siden man ved utforskende casestudier ikke vet helt hva man kommer til å finne på forhånd, er et slikt intervjuformat å foretrekke.

I forkant av intervjuene utarbeidet jeg en intervjuguide. Denne ble i hovedsak bygget opp på temaene fra forskningsspørsmålene (se vedlegg 2 for endelig intervjuguide). For hvert tema hadde jeg inkludert flere spørsmål. Jeg valgte også å tilføre stikkord til noen av spørsmålene, om det skulle være nødvendig med tilleggsspørsmål. Rekkefølgen på spørsmålene kunne variere fra intervju til intervju avhengig av flyten i samtalen. Spørsmålene var, så langt det lot seg gjøre, åpne, og målet var at jeg som intervjuer ikke skulle styre samtalen. På denne måten fikk informantene anledning til å snakke fritt og føre dialogen dit de selv følte var mest relevant for temaet. I forkant av utarbeidelsen av intervjuguiden, brukte jeg mye tid på å sette meg inn i bransjen og situasjonen. Slik unngikk jeg i etterkant å finne ut at jeg hadde glemt å spørre om viktige momenter. Intervjuguiden ble også iherdig bearbeidet ved hjelp av min veileder, før jeg satt igjen med en endelig utgave. Etter hvert som jeg gjennomførte intervjuene, endret jeg noen av spørsmålene og la til nye etter hvert som nye momenter kom frem.

Selve intervjuprosessen startet ved at nåværende rådgiver for avtalefysioterapeuter i Bergen kommune sendte ut invitasjon til forskningsprosjektet per e-post til samtlige

avtalefysioterapeuter i kommunen. Av 160 viste åtte interesse for å delta, og vi avtalte intervjuer via e-post. Etter planen skulle intervjuene holdes ansikt-til-ansikt for å øke tilliten mellom informant og intervjuer, men grunnet Covid-19 måtte intervjuene foregå per telefon. Samtlige intervjuer startet med at jeg informerte om selve prosjektet og innholdet i intervjuet. Jeg innhentet også muntlig samtykke på at jeg tok opp samtalen. Deretter fulgte jeg mer eller mindre intervjuguiden, som beskrevet over. Det er flere ulemper assosiert med telefonintervju. Noen av ulempene er at de ofte kan bli veldig korte, og mangelen av visuell kontakt medfører at man går glipp av kroppsspråk som kan være viktig for helhetsinntrykk (Johannessen et al., 2010). Sett bort fra mangelen på visuell kontakt opplevde jeg ikke intervju per telefon som en stor ulempe. Intervjuene varte mellom 40 - 60 minutter, og selv om vi ikke så hverandre opplevde jeg at det var en god tone og forståelse mellom meg og informantene. Jeg fikk gjennomført et av intervjuene som videosamtale, og en av de store forskjellene var relatert til visuell kontakt. Ved at jeg kunne se informanten, var det enklere å forstå om stillheten på linjen kom av at vedkommende satt og tenkte, eller om det var fordi de ventet på neste spørsmål fra meg. I dette intervjuet ble det mindre avbrytelser mellom meg og informanten.

2.3 Dataanalyse

I dette delkapittelet vil jeg presentere og forklare hvordan jeg har analysert dataen i utredningen. Først vil jeg kort beskrive transkripsjonsprosessen, hvor tale ble omgjort til tekst. Deretter vil jeg forklare hvordan jeg organiserte dataen for å redusere omfanget og legge til rette for analysen. Til slutt vil jeg kort si noe om hvordan funnene er presentert gjennom utredningen.

2.3.1 Transkripsjon

Ved bruk av intervju som datainnsamlingsteknikk er det normalt å transkribere lydopptakene. Å transkribere vil si å omgjøre tale til tekstformat (Saunders et al., 2016). I forbindelse med studiens intervjuer ble det gjort lydopptak av samtlige informanter ved samtykke. Lydopptakene, som totalt utgjorde 375 minutt, ble i etterkant av intervjuene manuelt transkriberte. Etter transkripsjon satt jeg igjen med ca. 55 A4-sider med tekst. Detaljnivået i transkripsjonene er nokså nøyaktig, og jeg har prøvd å transkribere alt direkte, samt inkludere nøling og når informantene var usikre. Det at intervjuene foregikk over telefon gjorde det umulig med høyere detaljnivå, og jeg kunne ikke inkludere reaksjoner og annet kroppsspråk

under intervjuene. Transkripsjonen var en meget tidskrevende prosess, men den var også veldig lærerik ved at jeg fikk gå gjennom materialet ordentlig. Ved å høre gjennom flere ganger og transkribere alt som ble sagt, kunne jeg også sikre at det som ble sagt under intervjuene ikke ble mistolket.

2.3.2 Organisering og analyse av data

Etter transkripsjonene var ferdigstilte begynte arbeidet med å organisere tekstdataen. For å finne en meningsfull inndeling av datamaterialet, tok jeg utgangspunkt i en tversnittbasert inndeling. Denne systematiserer dataen under forskjellige temaer for å gjøre det enklere å finne igjen og identifisere spesielle temaer i datamaterialet (Johannessen et al., 2010). I forarbeidet med intervjuguiden, hadde jeg allerede i stor grad organisert spørsmålene under forskjellige temaer. Etter intervjuene var transkriberte, tok jeg utgangspunkt i intervjuguiden og ryddet opp i de forskjellige temaene jeg ønsket å ta med videre. Slik gjennomgang av datamaterialet gjorde det lett å få oversikt på svarene fra alle informantene og sammenligne disse.

Når det gjelder selve analysen har jeg, så langt det lar seg gjøre, forsøkt å la de teoretiske antakelsene fra kapittel 2.1.4 styre analyseprosessen. En generell analysestrategi for casestudier er mønstermatching mellom funn og teoretiske antakelser (Johannessen et al., 2010). Om funn passer sammen med noe man som forsker hadde forutsett på forhånd basert på teori og annen informasjon, foreligger det høy grad av mønstermatching (Yin, 2007). På denne måten sammenlignet jeg funn fra informantene opp mot tidligere teori og empiri. Dette gjaldt spesielt for temaene bransjeforhold, etterspørsel og motivasjon.

I de tilfellene hvor jeg ikke hadde dannet konkrete teoretiske antakelser, for eksempel for arbeidsbelastning, hvor jeg bare antok avtalefysioterapeutene arbeidet mye utover driftsavtalene, ble det mer sentralt å beskrive funnene og forsøke å forklare bakgrunnen for disse. For temaet «arbeidsbelastning» har jeg i mye større grad benyttet meg av en beskrivende og forklarende analysetilnærming. Diskusjon rundt dette temaet i kapittel 6 bærer også preg av at det bygges mer på dagsaktuell problematikk, fremfor antakelser bygget på teori og empiri. Jeg anser likevel diskusjonen rundt arbeidsbelastning som en svært viktig del av studien, siden det er nettopp her jeg har fått anledning til å illustrere og diskutere betydningen av ekstraarbeidet kommunen får levert av avtalefysioterapeutene. I de tilfellene temaene jeg

undersøkte kunne omgjøres til tall, valgte jeg å gjøre enkle matematiske analyser for å bedre forstå tallmaterialet.

2.3.3 Presentasjon av funn

Funnene fra intervjuene er presentert i kapittel 5, og videre diskutert opp mot teori og empiri i kapittel 6. Jeg valgte å presentere funnene ved å beskrive hovedfunnene med egne ord, samt illustrere og understøtte funnene med intervjusitater. Funnkapittelet er skrevet slik at man ikke må lese sitatene, men at de heller fungerer som et supplement til funnbeskrivelsen. Sitatene er presentert i tabeller for å gjøre det mest mulig ryddig. Informantene er anonymisert og listet opp alfabetisk: informant A, Informant B osv. Jeg har også inkludert avtalestørrelsen til den enkelte ved hvert sitat, siden synspunkt og mening til den enkelte kan tenkes å være farget av avtalestørrelsen. Sitatene er gjengitt direkte, men med noe normalisering av språk for å anonymisere samt bidra til et mer skriftlig språk. Der hvor jeg bare har brukt bruddstykker av sitat, eller har tatt bort deler som ikke var relevante, har jeg markert med «(...)» i sitatet.

2.4 Metodeevaluering

I dette delkapittelet vil jeg foreta en evaluering av valg av metode og forskningsdesign. Jeg vil vurdere troverdigheten til funnene, samt diskutere styrker og svakheter ved metoden. Innenfor forskning benyttes reliabilitet og flere validitetsformer som kriterier for kvalitet (Johannessen et al., 2010). Kriteriene reliabilitet og validitet er mest relatert til kvantitativ forskning. Ved kvalitative undersøkelser kan det være mer relevant å se på kriterier som er mer tilpasset kvalitativ forskning, Lincoln og Guba (1985) introduserte derfor *pålitelighet*, *troverdighet*, *overførbarhet* og *bekreftbarhet* som mål på kvalitet ved kvalitativ forskning (Johannessen et al., 2010). Jeg vil nå se på disse hver for seg i sammenheng med valgene tatt i mitt forskningsdesign, før jeg til slutt sier litt om min integritet som forsker.

2.4.1 Pålitelighet

Reliabilitet handler om *hvordan* man har foretatt forskningen. Metodens reliabilitet sier noe om muligheten for replikasjon og til hvilken grad forskningen er konsekvent. Sagt på en annen måte kan man anse forskningsdesignet som pålitelig om en annen forsker er i stand til å gjenta studien, for så å få de samme resultatene (Saunders et al., 2016). I kvalitativ forskning er ikke slike krav for reliabilitet like passende. Dette fordi hvordan kvalitativ data tolkes er et resultat

av forskerens subjektive forståelse. *Pålitelighet* blir derfor i kvalitativ forskning benyttet i stedet for reliabilitet. Pålitelighet innehar mange likhetstrekk med reliabilitet, og handler om nøyaktighet og konsistens. Det er vesentlig å dokumentere hvordan man har foretatt forskningen, og hvorfor man tar valg om endringer, dette for å gjøre det mulig for en annen forsker å reprodusere studien. Målet er å sikre at andre forskere kan bruke samme fremgangsmåte på lignende undersøkelser, ikke å legge til rette for at de skal finne samme resultat som ved reliabilitetskriteriet. For å sikre påliteligheten må da hele forskningsprosessen og endringene underveis dokumenteres, gjerne i form av et revisjonsspor (Saunders et al., 2016). Hensikten med et revisjonsspor eller en endringslogg er å gjøre det mulig for leserne å få innsikt i prosessene knyttet til datainnsamlingen, datanalyse og i hvordan tolkningen av resultatene er gjort.

Innsamlingen av primærdata i denne studien skjedde gjennom semi-strukturerte intervjuer. Intervju som datainnsamlingsteknikk har flere ulemper relatert til pålitelighet. Først og fremst kan mangelen av standardisering av intervjuene være problematisk. Dette kommer av at siden intervjuene ikke følger et stramt skjema og kan flyte litt utenfor rammene for intervjuguiden, så kan det bli vanskelig for en annen forsker å oppnå samme resultat, selv ved bruk av samme intervjuguide. Selve intervjueren spiller også en vesentlig rolle i kvalitative intervjuer, og det kan tenkes at to forskjellige individer vil få to helt forskjellige samtaler basert på personlighetstrekk osv. Forskeren bruker altså seg selv som forskningsinstrument, og grunnet forskjellig erfaringsbakgrunn og personlighet kan ingen andre tolke dataen på nøyaktig samme måte (Johannessen et al., 2010). På denne måten representerer forskerens engasjement et støyelement når det gjelder pålitelighetkriteriet. Ren nøytralitet kan være vanskelig å oppnå i kvalitativ forskning og det kan være umulig å la egen personlighet påvirke måten resultatene tolkes. Jeg vil komme nærmere tilbake til dette aspektet under delkapittelet om bekreftbarhet og forskningsintegritet.

For å best sikre påliteligheten i denne studien har jeg forsøkt å utarbeide en revisjonsprosedyre relatert til gjennomføringen av studien. Jeg har også inkludert en casebeskrivelse i form av en detaljert bransjebeskrivelse og analyse i kapittel 4. Bransjeanalysen bidrar til å gi leser en grundig forståelse av konteksten til momentene jeg undersøker. En slik casebeskrivelse bidrar til høyere pålitelighet ved forskningsdesignet. Metod delen av utredningen min er videre bygget opp for å gi leser innblikk i fremgangsmåten ved studien, samt den dokumenterer de mest vesentlige delene av forskningsprosjektet. For videre å styrke påliteligheten av studien

og redusere problemet av egen tolkning av resultat, har jeg inkludert direktesitater i funnkapittelet.

2.4.2 Troverdighet

Troverdighet ved forskningsmetoden tilsvarer indre validitet (begrepsvaliditet), og handler om man har undersøkt det man skulle undersøke. For eksempel ved å sikre at man som intervjuer har forstått intervjuobjektets svar, og at svaret tolkes på den måten intervjuobjektet mente det skulle tolkes (Saunders et al., 2016). For å sikre troverdighet i kvalitativ forskning er det derfor vesentlig å sikre seg at den dataen man samler inn fra deltakerne, tolkes og forstås etter deltakers intensjon (Saunders et al., 2016). På denne måten sikrer man at forskerens oppfatning av og tolkning av dataen er sannsynlig og pålitelig. Dette kan oppnås ved å foreta blant annet informantvalidering, forskervalidering og ved å benytte seg av triangulering (Saunders et al., 2016). Videre kan troverdigheten økes ved at man kan vise til at man har sett etter negative tilfeller, altså bevis på det motsatte av det man antar om utvalget (Saunders et al., 2016).

Når det gjelder forskningens troverdighet, har man ved intervjuer som datainnsamlingsteknikk normalt sett gode muligheter til å oppnå høy kvalitet (Saunders et al., 2016). Dette kommer av at man hele tiden gjennom intervjuet har anledning til å sjekke forståelsen og stille oppfølgingsspørsmål. For å sikre troverdigheten til intervjuene innarbeidet jeg derfor avklaringsspørsmål for å sikre forståelse av emner som var uklare. Jeg stilte også utdypende spørsmål om emner for å forbedre forståelsen og for å få mer dybdeinformasjon om emnet. Ved at jeg intervjuet åtte avtalefysioterapeuter, har jeg flere individuelle datakilder, som også bidrar til høyere kvalitet ved studien.

2.4.3 Overførbarhet

Overførbarhet tilsvarer ekstern validitet, og denne sier noe om til hvilken grad resultatene kan generaliseres utover utvalget og hvorvidt metoden kan overføres og er anvendbar i en annen lignende setting (Saunders et al., 2016). Utredningen er utarbeidet induktivt, utforskende og med ikke-statistisk utvalgte intervjuobjekter. Hensikten med studien er ikke at resultatet skal være representativt for hele populasjonen, men heller å skaffe dybdeinformasjon og ny innsikt om hvordan driftsavtalene til avtalefysioterapeutene fungerer. Det vil derfor ikke her være mulig å statistisk kunne generalisere resultatene til populasjonen. Resultatene fra et godt utført kvalitativt studie vil likevel kunne bidra som verdifulle funn som gir en god indikasjon på hvordan situasjonen er for hele populasjonen (Saunders et al., 2016). I funn kapittelet og

diskusjonskapittelet har jeg valgt å generalisere noen av funnene til populasjonen ved enkle utregninger. Tallene er i stor grad usikre, siden de bare er basert på åtte avtalefysioterapeuter, men jeg tror tallene likevel gir en god indikasjon på situasjonen for hele bransjen.

Overførbarhet i kvalitativ forskning innebærer også hvorvidt fremgangsmåten og forskningsdesignet kan overføres til en annen ulik, men passende, forskningssetting (Saunders et al., 2016). Det er derfor viktig å hå høyt fokus på å dokumentere forskningsprosessen og forklaringer om hvordan studien er foretatt. I utredningen har jeg ikke lagt stor vekt på å utarbeide og inkludere en grundig forklaring på alle stegene i prosessen utover det som er gjort rede for i metodekapittelet. Jeg mener likevel valgene jeg har tatt er beskrevet og forklart på en slik måte at det skal være mulig for andre å gjenta studien i større skala.

2.4.4 Bekreftbarhet og forskningsintegritet

Bekreftbarhet refererer til hvilken grad resultatet kan bekreftes og godtas av andre forskere (Anney, 2014). Kriteriet bærer mange likhetstegn med pålitelighetskriteriet, men ved bekreftbarhet er hovedfokuset på å etablere og vise til at tolkningene av funnen ikke bærer preg av personlige trekk ved forskeren og dens holdninger, men at resultatet uten tvil er avledet fra dataen (Anney, 2014). I denne studien er mange av funnene i samsvar med det som tidligere er skrevet om bransjen i media. Videre er mange av funnene diskutert opp mot tidligere empiri og teori. Jeg føler meg derfor komfortabel med å vurdere bekreftbarheten ved studien som tilstrekkelig.

Drageset og Ellingsen (2010) viser til at forskerens kunnskap og personlig egnethet ved kvalitative forskningsintervjuer står sentralt. Nettopp fordi trekk ved forskeren selv vil være med å påvirke hvordan man planlegger og utfører intervjuet, samt hvordan det transkriberes, begrunnes og analyserer. Forskerens egne meninger og holdninger kan i verste fall tenkes å påvirke hvordan funnene tolkes om ikke dette tas hensyn til. For at resultatene fra forskningsprosjektene da skal kunne være pålitelig er det viktig å ivareta forskningsintegriteten. Yin (2011) beskriver forskningsintegritet som at man skal kunne stole på at forskeren og forskerens funn representerer objektive og sannferdige slutninger. Dette er spesielt viktig i kvalitativ forskning siden design og prosesser er vesentlig mer fleksible enn ved kvantitativ forskning (Yin, 2011). For å ytterligere styrke forskningsintegriteten er det derfor viktig å være transparent med eventuelle personlige forhold som kan påvirke integriteten. På bakgrunn av dette vil jeg påpeke at jeg ikke mottar noen form for

kompensasjon for gjennomføring av utredningen eller andre former for fordeler. Jeg har heller ikke noen bakgrunn innenfor fysioterapi, og som en økonomistudent anser jeg meg selv som en objektiv part. Jeg føler meg dermed trygg på å meddele at det ikke foreligger noen personlige forhold av materiell betydning, ei heller noen form for kompensasjon. Basert på dette vurderer jeg forskningsintegriteten ved utredningen som god.

2.5 Etske hensyn

I sammenheng med gjennomføring av semi-strukturerte intervjuer har jeg tatt lydopptak av informantene ved samtykke. Lydopptak er å anse som en type personopplysning etter personopplysningsloven, og forskningsprosjektet ble derfor ved oppstart meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD). NSD har i denne sammenheng godkjent forskningsprosjektet og gitt veiledning på hvordan opplysningene skal håndteres. Lydopptakene er oppbevart og behandlet i henhold til veiledning fra Norges Handels Høyskole og NSD, som innebærer at lydopptakene er lagret uten mulighet for identifisering. Ved slutten av prosjektet ble lydopptakene slettet, og prosjektslutt er meldt til NSD. For å sikre meg at informantene er innforstått med sine rettigheter knyttet til forskningsprosjektet, og at de har tilstrekkelig informasjon om selve formålet med utredning, har de fått tildelt informasjonsskriv utarbeidet i henhold til NSD sine retningslinjer, se vedlegg 1. Samtlige har gitt samtykke til opptak av intervjuene og har blitt opplyst om muligheten til å trekke seg.

2.6 Oppsummering av metodekapittel

Utredningen er utarbeidet som en casestudie av avtalefysioterapeutene i Bergen kommune, og formålet er å utforske hvordan driftsavtalen fungerer. Ettersom temaet er lite tidligere undersøkt, har utredningen en utforskende forskningshensikt. Videre har jeg benyttet meg av en induktiv forskningstilnærming, med innslag av deduksjon, for å forstå funnene bedre og styrke validiteten. Forskningsmetoden er kvalitativ, og jeg har benyttet semi-strukturerte intervjuer som innsamlingsteknikk for primærdata. Primærdataene er samlet inn gjennom intervju med åtte avtalefysioterapeuter med forskjellig avtalestørrelse. For å sikre utredningens pålitelighet (reliabilitet) har jeg forklart og dokumentert fremgangsmåten ved studien, samt inkludert en grundig casebeskrivelse i form av en bransjeanalyse i kapittel 4. Videre er troverdigheten (indre validitet) styrket ved at jeg gjennom intervjuene hele tiden sjekket at forståelsen av svarene var i samsvar med intensjonen til informantene. Den største

svakheten med metodekvaliteten er overførbarheten (ekstern validitet) av resultatene, ettersom det er en liten casestudie. Hensikten med utredningen er ikke at resultatene skal være representative for hele populasjonen, men resultatene vil likevel gi en god indikasjon på dette. Utredningen er meldt til og godkjent av NSD, og jeg har fulgt deres retningslinjer for oppbevaring og behandling av personopplysninger, samt sikret at samtlige deltakere er kjent med sine rettigheter.

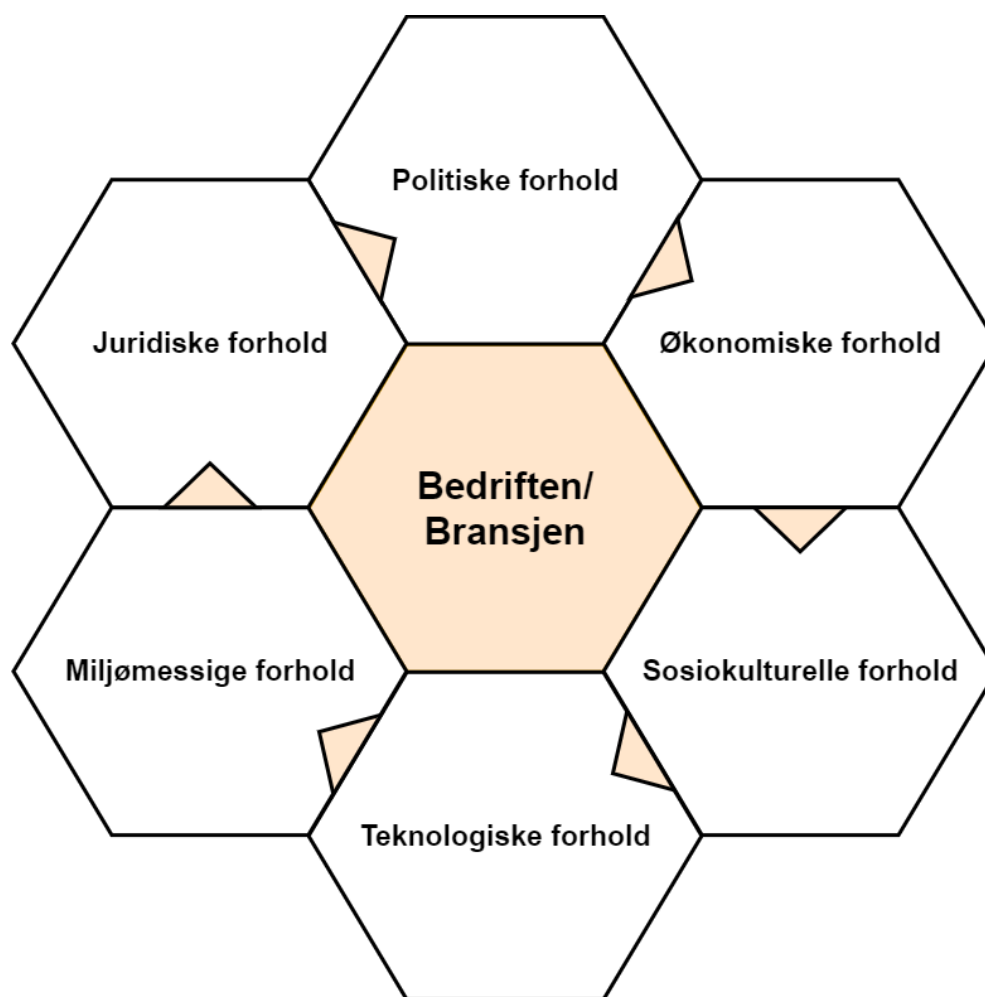
3. Litteraturgjennomgang

Jeg vil i dette kapittelet legge frem relevante teoretiske rammeverk fra økonomisk litteratur, samt presentere empiri innenfor norsk fysioterapi og andre nærliggende fagområder. I metodekapittelet beskrev jeg forskningsdesignet som en utforskende casestudie. Casen jeg vil utforske, avtalefysioterapeuter i Bergen kommune er lite tidligere undersøkt, og jeg vil derfor benytte meg av teori og litteratur fra andre fagfelt for å hjelpe med å belyse casen og funnene.

Utredningens problemstilling handler om hvordan driftsavtalene til avtalefysioterapeutene fungerer, spesielt med tanke på avtalestørrelse, bransjeforhold, etterspørsel, motivasjon og arbeidsbelastning. Jeg vil derfor starte med å presentere to kjente økonomiske rammeverk som er hyppig brukt i bransjeanalyser. PESTEL rammeverket benyttes for å analysere bransjens makroomgivelser, og Porter sin femfaktormodell brukes for å analysere bransjens attraktivitet, konkurransesituasjon og lønnsomhetspotensial. Disse rammeverkene vil jeg bruke til å danne en grundig casebeskrivelse, samt avdekke forhold som karakteriserer bransjen. Videre vil jeg presentere Stabell og Fjeldstad sitt verdiverksted for å belyse aktivitetene og verdidriverne for avtalefysioterapeutene. Dette rammeverket vil jeg bruke til å hjelpe og forklare etterspørsel og kvalitet i kapittel 6. Deretter vil jeg introdusere relevante motivasjonsteorier som jeg vil bruke til å forklare sammenhengen mellom motivasjon og driftsavtalen i kapittel 6. Til slutt presenterer jeg norsk litteratur innenfor fysioterapi, samt empiri fra lignende fagfelt.

3.1 Analyse av makroomgivelser

PESTEL rammeverket brukes ofte i analyser av bedriftens og bransjens makroomgivelser. Formålet med rammeverket er å belyse eksterne forhold som påvirker konkurransesituasjonen for selskaper i et marked. Rammeverket består av seks ulike forhold som kan påvirke en bedrifts virksomhet. Disse forholdene er presentert i figur 3-1 og inkluderer politiske, økonomiske, sosiokulturelle, teknologiske, miljømessige og juridiske forhold (Johnson, Whittington, Regner, Scholes, & Angwin, 2017). Ved å kartlegge forholdene vil man kunne finne ut hvordan de påvirker bedriften, og hvilken betydning de vil ha for bedriften i dag og i fremtiden. Følgende gir jeg en nærmere forklaring av hver av de ulike forholdene fra PESTEL rammeverket som illustrert i figur 3-1.



Figur 3-1: PESTEL-rammeverket (Johnson, et al., 2008)

Politiske forhold belyser hvilken rolle staten har i et land (Johnson et al., 2017). Eksempler på politiske faktorer er skatt- og avgiftspolitik, politisk stabilitet, sosiale velferdsgoder og handelsrestriksjoner.

Økonomiske forhold refererer til makroøkonomiske faktorer som rentenivå, valutakurser, konjunkturer, BNP og arbeidsledighet. Det er viktig at virksomhetene forstår hvordan markedene påvirkes av velstanden i et land (Johnson et al., 2017). Myndighetene bruker penge- og finanspolitikken som verktøy for å stimulere økonomien i oppgangs- og nedgangskonjunkturer.

Sosiale forhold handler om hvordan bransjen påvirkes av kulturelle, demografiske, distributive og geografiske forhold i makroomgivelsene. Disse faktorene kan påvirke tilbudet og etterspørselen i et marked. I tillegg kan sosiale forhold bidra til økt innovasjon og effektivitet (Johnson et al., 2017).

Teknologiske forhold som kan påvirke aktørene og bransjen er blant annet internett, teknologi og innovasjon (Johnson et al., 2017). Den teknologiske utviklingen kan anses både som en trussel og som en mulighet for aktørene og bransjen.

Miljømessige forhold kan være forurensning, avfallshåndtering og klimaendringer (Johnson et al., 2017). Slike forhold er viktige i bransjer der miljøet påvirker mulighetene for produksjon og leveranse, og i bransjer hvor kundene er opptatt av hvor miljøbevisste aktørene er.

Juridiske forhold omfatter lover og forskrifter som aktørene i bransjen må forholde seg til (Johnson et al., 2017). Ofte har sektorer egne reguleringer de må forholde seg til, mens arbeidsmiljøloven og konkurranseloven er eksempler på lovgivning som er gjeldende for mange bransjer.

De ulike forholdene ved rammeverket er nå presentert hver for seg, men det er også viktig å ta i betraktning hvordan disse henger sammen og påvirker hverandre. Johnson, Scholes, og Whittington (2008) bruker som eksempel på dette at endringer i teknologiske forhold kan utløse en rekke endringer i de andre forholdene. Økonomiske forhold endres ved at det blir mindre arbeidsledighet om endringen fører til nye arbeidsplasser, og miljømessige forhold kan endres ved ny teknologi som minsker utslipp osv. Dette er et godt eksempel på hvordan analysen av forholdene og samspillet mellom disse raskt kan bli en kompleks og tidstung prosess. For å redusere kompleksiteten ved bruk av denne modellen er det derfor viktig å identifisere og sette søkelys på de mest vesentlige *endringsdriverne*, disse vil variere fra bransje til bransje (Johnson et al., 2008).

3.1.1 Svakheter ved PESTEL rammeverket

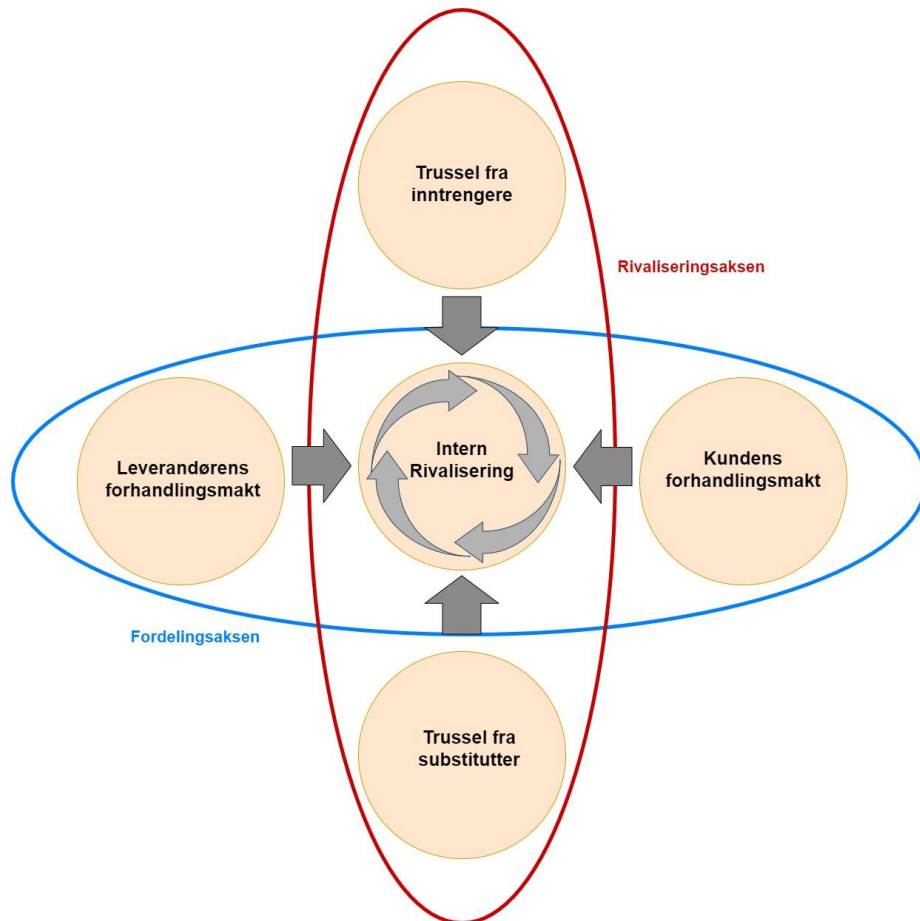
PESTEL rammeverket fungerer godt som en huskeliste over sentrale forhold som påvirker de konkurransemessige mekanismene i det markedet man analyserer. Rammeverket er videre velegnet til å danne et bilde av makroomgivelsene ved et gitt tidspunkt, og med dette følger noen svakheter. For at man skal kunne foreta en fullstendig PESTEL analyse, trenger man tilgang til store mengder data (Johnson et al., 2008). Om man i tillegg skal ta i betraktning hvordan de ulike forholdene påvirker hverandre, kan selve analysen bli veldig tidkrevende å gjennomføre. En annen ulempe med rammeverket er at de fleste organisasjoner i dag opplever stadig endringer i sentrale faktorer i sine omgivelser (Roos, Krogh, Roos, & Boldt-Christmas, 2010). Dette kan gjøre det tidkrevende for selskapet å holde analysen oppdatert, og en slik analyse vil dermed fungere best på kort sikt.

Noen av disse problemene kan reduseres ved ulike tiltak. Kompleksiteten og bredden av analysen kan som nevnt reduseres ved at man setter søkelys på de mest vesentlige endringsdriverne for bransjen. For noen bransjer vil det eksempelvis være meget sentralt å sette søkelys på utvikling av relevant lovverk og følge med på hvordan disse planlegges og endres fremover. Videre kan problemet knyttet til at analysen i hovedsak er statisk og baseres på situasjonen her og nå, kontres med å utarbeide scenarioanalyser (Johnson et al., 2008). Slike analyser tar utgangspunkt i de mest vesentlige endringsdriverne i bransjen, og man danner forskjellige sannsynlige scenarioer for fremtiden basert på endringsdriverne.

3.2 Analyse av bransjen

I følge Lien, Knudsen, og Baardsen (2016) er det to sentrale begreper som er viktige ved en kvalifisert vurdering av lønnsomhetspotensialet i et marked; verdiskaping og verdikapring. Man må forstå hva det er som skaper de store økonomiske verdiene hos bedriftene i markedet, og videre forstå hvordan disse fordeles blant aktørene. I dette delkapittelet av utredning vil jeg nå presentere teori knyttet til verdikapring.

Det finnes flere rammeverk for å analysere konkurranseomgivelsene i en bransje. Jeg har valgt å benytte meg av den mest kjente, Porters bransjemodell fra 1979, bedre kjent som Porters femfaktormodell. Modellen deler konkurranseomgivelsene inn i fem konkurransekrefter: *konkurrentene*, som befinner seg i midten av modellen, og med *potensielle inntrengere*, *substitutter*, *kunder* og *leverandører* rundt, se figur 3-2 for illustrasjon. Ifølge Porters modell er det samspillet mellom alle kreftene som samlet kan si noe om lønnsomhetspotensialet og konkurransesituasjonen i bransjen. Lien og Jakobsen (2015) viser til at man innad i modellen kan forestille seg en *horisontal verdiskapningsakse/fordelingsakse* og en *vertikal rivaliseringsakse*. Henholdsvis viser aksene hvordan de rivaliserende aktørene konkurrerer om kundene, og at rivaliseringsintensiteten påvirkes av de andre kreftene langs rivaliseringsaksen (substituttene og inntrengerne). Fordelingsaksen viser hvordan de eksisterende verdiene i bransjen fordeles blant leverandørene, kundene og bransjens bedrifter. Lien og Jakobsen (2015) hevder sammenhengen mellom de to aksene defineres ved at jo større rivalisering det er i en bransje, jo større del av verdiene blir overført til kundene. Dermed har rivaliseringen i markedet en direkte innvirkning på verdikapringen i bransjen.



Figur 3-2: Porters Femfaktormodell (Porter, 1980)

Formålet med analysen kan dermed sies å være kartlegging av bransjens konkurransesituasjon, lønnsomhetspotensial og attraktivitet (Johnson et al., 2008). Hvorvidt man vektlegger hver av de ulike konkurrerende kreftene i analysen, vil avhenge av hvilken type bransje man analyserer. Johnson et al. (2008) viser til at hovedbudskapet til Porter med analysen, er at i situasjoner hvor de fem konkurrerende kreftene er dominerende, vil ikke bransjen anses som veldig attraktiv å konkurrere i. Dette kommer av at markedssituasjonen er tilnærmet lik fullkommen fri konkurranse med mye rivalisering og press som gjør det vanskelig å kapre verdier og å oppnå lønnsomme resultater (Johnson et al., 2008). Dermed bidrar analysen av konkurransesituasjonen i bransjen til å gi et overblikk over konkurransekreftene, som er nyttig å ha innsikt i når man skal studere nye bransjer. Jeg vil nå presentere hva som ligger bak hver av de konkurrerende kreftene i modellen.

3.2.1 Trussel fra potensielle inntrengere

Trusselen fra mulige nyetableringer kan tenkes å være den mest grunnleggende av de fem konkurrerende kreftene i modellen (Lien & Jakobsen, 2015). Årsaken til dette er at om det

ikke finnes noen hindringer for etablering, så vil det i lukrative bransjer med høy lønnsomhet raskt etablere seg nykommere som tar del i verdikapringen. I bransjer det er lett å etablere seg, vil trusselen for nye inntrengere være stor, og rivaliseringen i markedet øker. Dermed kan man si at selve trusselen fra nye inntrengere drives av de etableringshindringene som er i bransjen. Videre for å vurdere nivået av trussel fra potensielle inntrengere, må man ta i betraktning forskjellige kilder til etableringshindringer som finnes i markedet. Eksempler på vanlige etableringshindringer er «skalafordeler», kapitalbehov, byttekostnader, utdanning, tilgang til knappe innsatsfaktorer, læringskurveeffekter, nettverkseksternaliteter og offentlig finansiering/subsidier av de etablerte (Lien & Jakobsen, 2015).

I studiens sammenheng vil de mest relevante kildene til etableringshindringer komme i form av utdanning, byttekostnader, og offentlig støtte. *Utdanning* og sertifisering kan i mange bransjer fungere som et etableringshinder ved at enkelte yrker krever at man har tatt en utdanning som tar flere år å fullføre. I tillegg til utdanning vil flere yrker også kreve at man oppnår en sertifisering, som ytterligere reduserer tilgangen til bransjen ved at det tar tid å opparbeide seg nødvendig kvalifikasjoner. I bransjer hvor erfaring og renommé er viktig, vil også dette påvirke hvor enkelt man kan etablere seg. *Byttekostnader* for kunden, både psykologiske og økonomiske, kan i mange bransjer vise seg å være betydelige etableringshinder. Om bransjen er av den typen hvor det er vesentlig for kunden å ha kjennskap og langvarige forhold til aktøren, vil det være vanskelig å etablere seg med gode konkurransevilkår. I bransjer hvor en del av finansieringen av aktørene foregår ved *offentlig støtte* fra staten, og dette ikke er noe som er lett å få innvilget, vil slik støtte også fungere som et etableringshinder siden man uten offentlig støtte ofte ikke kan konkurrere med de eksisterende aktørene.

3.2.2 Trussel fra substitutter

Lien og Jakobsen (2015) definerer substitusjonsprodukter eller tjenester som hva kundene anser som en helgod erstatning for det den aktuelle bransjen leverer. I markeder hvor det finnes gode substitutter til produktene og tjenestene som tilbys, vil lønnsomheten reduseres ved at kunden sitter igjen med en lavere betalingsvillighet for produktet/tjenesten. Selve substituttene anses ikke som å være en del av markedet i bransjen, men i tilfeller hvor kundene har en lav terskel for heller å benytte substituttene, kan dette påvirke lønnsomheten betydelig siden dette øker rivaliseringen innad i markedet. Hvorvidt et produkt/tjeneste vil anses som en substitutt eller en rival, avhenger av hvor smalt man har definert markedet i bransjeanalysen (Lien &

Jakobsen, 2015). I følge Besanko (2017) kommer man langt i vurderingen hvorvidt noe skal anses som en substitutt ved å vurdere til hvilken grad de ulike produktene/tjenestene kan vurderes på samme bruksvilkår, at de kan brukes ved samme bruksanledninger, og at de er tilgjengelige i samme lokale marked.

I følge Hollensen (2017) kan trusselen fra substitutter reduseres ved at man forsøker å etablere eller bygge opp byttekostnadene. Dette kan være ved psykologiske byttekostnader som å opparbeide en personlig tilknytning og lojalitet, eksempelvis mellom forbruker og en merkevare eller med en behandler og pasient. Andre former for byttekostnader som kan være vesentlige, er tidskostnader om det tar lang tid å omstille seg til substitutten.

Hovedpoenget med denne delen av analysen er å vurdere til hvilken grad det finnes gode substitutter, og om kunden er villig til heller å benytte disse. Om dette er tilfellet, øker rivaliseringen, lønnsomhetspotensialet synker og verdiene blir overført kunden.

3.2.3 Kundens forhandlingsmakt

Forhandlingsmakten til kunden går ut på at i tilfeller hvor denne er stor, så har den individuelle kunden en reell mulighet til å forhandle og påvirke prisen, som igjen reduserer lønnsomhetspotensialet til aktørene (Besanko, 2017). En direkte effekt av markeder med kunder som har stor forhandlingsmakt, er reduserte priser (Lien & Jakobsen, 2015). Kundens forhandlingsmakt kan tenkes å være høy i markeder hvor det er færre kunder enn aktører/tilbydere, homogene varer og tjenester hvor kundene har lav byttekostnad, og hvor det finnes gode substitutter (Lien & Jakobsen, 2015). Dette er faktorer som er med på å øke rivaliseringen og påvirker dermed den potensielle lønnsomheten.

3.2.4 Leverandørens forhandlingsmakt

På lik linje med kundens forhandlingsmakt kan leverandørene være med å redusere lønnsomheten for aktørene dersom deres forhandlingsmakt er stor (Lien & Jakobsen, 2015). Leverandørene har typisk stor makt ovenfor aktørene om de har mange kunder samtidig som aktørene har få leverandører å velge av. Andre faktorer som driver leverandørmakten opp, er om det ikke finnes gode substitutter, om aktørene har behov for et veldig spesifisert produkt, eller om det er store byttekostnader.

3.2.5 Intern rivalisering

Intern rivalisering sier noe om rivaliseringen mellom de eksisterende aktørene i markedet. En klar definisjon av markedet og aktørene som opererer i konkurransearenaen er derfor nødvendig ved enhver analyse av denne faktoren. Lien og Jakobsen (2015) vektlegger også at det er viktig å definere hvilken type marked man befinner seg i. De vanligste markedstypene er fullkommen konkurranse og monopolistisk konkurranse. Ved fullkommen konkurranse, er det mange identiske tilbydere og kundene har full informasjon. I monopolistisk konkurranse derimot, er det bare en tilbyder som i stor grad setter prisen selv. Å avklare konkurransesituasjonen som foregår i markedet, må avklares i starten av analysen. Selve aktørene på konkurransearenaen kan enkelt sies å være bedrifter eller organisasjoner med tilsvarende produkter eller tjenester som har de samme kundene (Johnson et al., 2008). Substitutter tilhører ikke konkurransearenaen. Videre kan man skille mellom minst to typer former for konkurranse mellom aktørene, priskonkurranse og kvalitetskonkurranse. Avtalefysioterapeutene er i en bransje med regulerte priser, og jeg vil derfor her se bort fra nærmere utgreiing om priskonkurranse. Kvalitetskonkurranse går kort sagt ut på at aktørene i et marked forsøker å vinne kundene ved å øke deres betalingsvillighet fremfor å senke prisen (Lien et al., 2016). Det vil si det konkurreres om hvem som kan levere den beste tjenesten, som ofte øker kostnaden for den enkelte tilbyder.

I figur 3-2 ser man at intern rivalisering befinner seg i midten av Porters femfaktormodell. Dette kommer av at graden av intern rivalisering påvirkes av de fire andre kreftene som jeg allerede har forklart (Besanko, 2017). Intensiteten av rivaliseringen og hvor attraktivt et marked anses å være avhenger av en rekke faktorer. Om det er mange aktører i markedet med like markedsandeler, taler dette for høy grad av rivalisering. I motsatt tilfelle taler det for lav rivalisering om det finnes klare markedsledere (minst 50% markedsandel) med store kostnadsfordeler (Hollensen, 2017). I tilfeller hvor varene og tjenestene som leveres er veldig like, vil dette øke rivaliseringen i markedet. Jo mer differensierte produktene/tjenestene som tilbys er, jo lavere vil den interne rivaliseringen være. Om det er sterk vekst i markedet, vil dette normalt sett tale for lavere grad av rivalisering. Dette kommer av at aktørene kan øke omsetningen uten å stjele kunder fra hverandre (Lien & Jakobsen, 2015). Om det er lav vekst i markedet, vil det øke rivaliseringen mellom aktørene siden det er mindre å dele på. I markeder hvor det er høye barrierer for å utvikle virksomheten på grunn av årsaker som at det er mangel på muligheter andre plasser, emosjonelle barrierer eller høye kostnader forbundet med

avvikling, vil det forekomme høyere grad av rivalisering. Om det er store byttekostnader i markedet kan dette bidra til å redusere rivaliseringen. Byttekostnader kan oppstå i tilfeller med veldig avanserte produkter om kunden har brukt mye tid på å lære seg å benytte produktet. Et annet eksempel på byttekostnader, er tjenester hvor kunden bygger opp en relasjon over lengre tid, som gjør det mindre attraktivt å bytte til en annen tilbyder. Om det derimot er lett for kunden å bytte bedrift/leverandør av tjenesten, vil den interne rivaliseringen øke.

3.2.6 Svakheter og mangler ved *five forces*-modellen

Selv om Porters femfaktormodell gir en god innsikt i bransjeomgivelsene og de konkurrerende kreftene, er den likevel ikke fullkommen og uten svakheter.

En av svakhetene er at det i enkelte situasjoner kan være vanskelig å definere den riktige bransjen (Johnson et al., 2008). En bransje er ofte kompleks og består av flere forskjellige segmenter som påvirkes ulikt av de forskjellige kreftene, selv om de strengt tatt befinner seg i samme bransje. I slike tilfeller kan det være aktuelt å vurdere om det er nødvendig å ha en analyse for hvert segment i bransjen. Det er heller ikke alltid tilfelle at det er mulig å analysere en bransje nøyaktig segment for segment om det er snakk om mange nisjer. Likevel kan det tenkes at en overordnet analyse av bransjen i sin helhet, kan tilføye verdifull innsikt. En annen svakhet ved analysen er at den kan anses som en statisk analyse som bare analyserer situasjonen slik den er i dag og ikke vektlegger fremtiden. En tredje svakhet av modellen påpekes av Besanko (2017). Han viser til at Porter i sin modell i praksis anser alle andre aktører i bransjen (bedrifter, leverandører og kjøpere) som trusler til lønnsomheten. Besanko (2017) belyser at dette ikke alltid er tilfelle og viser til Brandenberger og Nalebuff sine studier som observerte at samspill mellom aktører ofte kan føre til høyere lønnsomhet og bedre produkter for kundene.

Et annet av hovedproblemene med Porters modell er at den bare vektlegger og vurderer verdikapring, verdiskapning ser den helt bort fra (Lien & Jakobsen, 2015). Som nevnt innledningsvis er det nødvendig ved en kvalifisert vurdering av lønnsomhetspotensialet i et marked og også analysere og vurdere verdiskapningen i bransjen. Det er blitt utarbeidet flere løsninger på dette problemet, blant annet lønnsomhetstreet (Lien & Jakobsen, 2015). Verdiskapning i en bransje kan også analyseres ved å se på aktørens verdikonfigurasjon som sier noe om hvordan de ulike aktivitetene hos en aktør skaper verdi til kunden. Eksempler på slike strukturer er Porters verdikjede, og Stabell og Fjeldstads verdiverksted og verdinettverk.

Ved å analysere de enkelte leddene i disse konfigurasjonene, får man et innblikk i hvordan aktørene skaper verdi, til hvilken grad disse skiller seg ut fra konkurrentene, og hvordan de er med på å skape lønnsomhet. For å kunne analysere verdiskapningen hos den enkelte bedriften/aktøren, vil jeg nå presentere Stabell og Fjeldstads verdiverksted.

3.3 Verdikonfigurasjonsmodeller

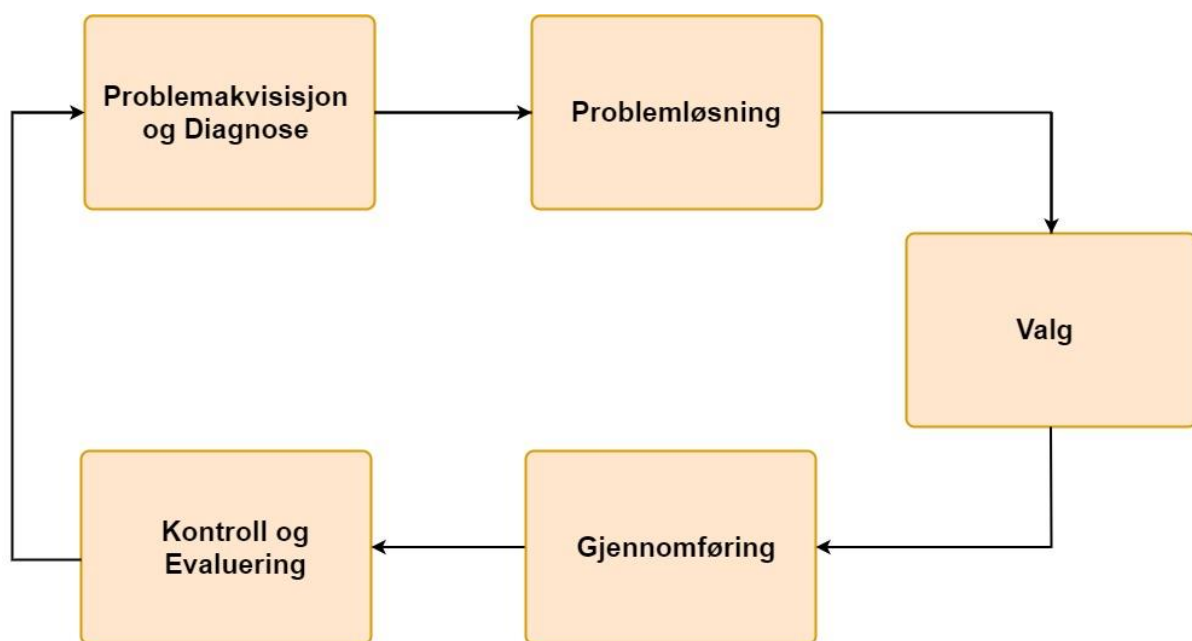
Siden den ble introdusert i 1985, har Porter sitt verdikjede-rammeverk blitt mye brukt i analyse av bedriftsspesifikk verdiskapning og analyse av kilde til konkurransefortrinn (Porter & Kolstad, 1992). I henhold til Porter selv skulle denne generiske modellen kunne benyttes i alle typer bransjer. I 1998 publiserte Stabell og Fjeldstad en forskningsartikkel som satte søkelys på problemstillinger knyttet til dette., siden det over tid viste seg at verdikjeden til Porter var mindre passende ved typiske service- og -tjenestebansjer (Stabell & Fjeldstad, 1998). Som en løsning presenterte de to nye verdikonfigurasjoner som sammen med Porters verdikjede skulle kunne benyttes til de fleste bransjer. De to nye modellene som ble presentert, var verdiverksted, som var tilpasset bedrifter hvor verdiskapningen kommer fra ressursbruk og aktiviteter utført for å løse en klients problem (eks. sykehus, helsetjenester, advokatfirma, rådgivning osv.), og verdinettverket, som var tilpasset bedrifter som skapte verdi på grunnlag av å koble kunder sammen i nettverk (eks. flyselskap, Facebook, teleoperatører osv.)

I utredningen utforsker jeg hvordan driftsavtalen påvirker arbeidsbelastning, motivasjon og etterspørsel til avtalefysioterapeuter i Bergen kommune. Jeg anser det som relevant å belyse bakenforliggende faktorer til selve driften av praksisen, og hva som kan være med å bidra til variasjon mellom terapeutene. En måte å belyse og analysere disse faktorene på, er å benytte rammeverkene til Stabell og Fjeldstad (1998). Den verdikonfigurasjonen som er best tilpasset denne bransjen er verdiverkstedet. Basert på dette, vil teorigrunnet avgrenses til å kun presentere denne modellen.

3.3.1 Verdiverkstedet

Det som kjennetegner et verdiverksted er at det benytter sin ekspertise til å utarbeide spesialtilpassede løsninger for sine kunder (Fjeldstad & Lunnan, 2018). Fjeldstad og Lunnan (2018) peker videre på rådgivning, medisinsk behandling og ingeniører som eksempler på bransjer som benytter denne forretningsmodellen. Hver kunde kommer til verdiverkstedet med sitt unike problem, aktivitetene og hvordan de utføres baseres så på problemet. Selve

verdiskapingen finner sted i gjennomføringen av en rekke aktiviteter, som vist i figur 3-3. Det starter med at en kunde henvender seg til verdiverkstedet med et problem hvorav bedriften foretar en vurdering og stiller en diagnose. Deretter foretar bedriften aktiviteter for å identifisere løsninger på problemet med det mål å forbedre situasjonen for den enkelte. Når bedriften har undersøkt ulike løsninger grundig, velges den beste og iverksettes. Kunden er ofte involvert i hvert steg i prosessen og bidrar til egen problemløsning. Verdien skapes for kunden ved resultatet av den implementerte løsningen, eksempelvis at pasienten blir frisk eller at rådgivningen gir ønsket resultat. Om løsningen ikke førte til ønsket resultat, startes prosessen på nytt (Fjeldstad & Lunnan, 2018).



Figur 3-3: Verdiverkstedet (Fjeldstad & Lunnan, 2018)

Et av momentene ved verdiverkstedet som skiller det fra verdikjeden og verdinettverket, er at verdien av tjenestene de leverer i stor grad overstiger kostnadene ved utførelse av aktivitetene som skaper verdien (Fjeldstad & Lunnan, 2018). Fjeldstad og Lunnan (2018) viser til noen gode eksempler som illustrerer dette godt: i helsetjenester er det sjeldent noen sammenheng mellom verdien av å bli frisk fra sykdom, og kostnadene relatert til å utføre nødvendig behandling for å bli frisk. Store operasjoner og annen spesialisert behandling er ofte nokså dyrt. Kostnaden kan likevel ikke måle seg med verdien man oppnår ved å redde et liv. I dette rammeverket står dermed verdidriverne meget sentralt, i motsetning til verdikjeden hvor fokuset ligger på kostnadsdrivere. Videre produserer verdiverkstedet løsninger gjennom menneske og dets kompetanse, samt verktøyene de har tilgjengelig (Fjeldstad & Lunnan,

2018). Det finnes derfor ikke alltid en standardisert løsning på slike problemer, og nøyaktig hvordan det samme problemet kan løses vil variere fra verdiverksted til verdiverksted.

Aktivitetene i et verdiverksted

I figur 3-3 er primæraktivitetene til et verdiverksted illustrert etter Fjeldstad og Lunnan (2018). Disse fem aktivitetene er gjentakende og avbruddbare. Prosessen går i en sirkel helt til man har oppnådd det ønskede resultatet. På denne måten kan man ende opp med å ta mange runder før man eventuelt kommer frem til en løsning som fungerer. Fjeldstad og Lunnan (2018) spesifiserer at aktivitetene er avbruddbare. Dette er relevant å merke seg med denne modellen, siden det i motsetning i verdikjeden ofte er slik at aktiviteter må gjennomføres i en bestemt rekkefølge. Dersom et løsningsforslag eller en behandling ikke viser seg å gi ønsket effekt, avbrytes prosessen og man begynner på nytt (Fjeldstad & Lunnan, 2018).

De ulike aktivitetene i modell 3-3 innebærer kort fortalt følgende:

Problemakkvisisjon og diagnose: I denne aktiviteten samles all informasjon om kunden/pasientens situasjon som verdiverkstedet skal forsøke å finne en løsning på. Videre forsøkes det å formulere en problemstilling eller stille en diagnose (Fjeldstad & Lunnan, 2018).

Problemløsning: Aktiviteten innebærer prosessen knyttet til å vurdere alternative løsninger som allerede eksisterer, samt forsøke å utarbeide nye (Fjeldstad & Lunnan, 2018).

Valg: Den løsningen som anses best for situasjonen velges (Fjeldstad & Lunnan, 2018).

Gjennomføring: Så snart valg av løsning er tatt, skal denne iverksettes. Løsningen vil da kommuniseres til kunde/pasient og den spesifikke behandlingen starter (Fjeldstad & Lunnan, 2018).

Kontroll og evaluering: Etter løsningen er implementert vil man over tid kunne måle og vurdere i hvilken grad løsningen har bidratt til å bedre situasjonen for kunde/pasient. Om resultatet er tilfredsstillende, fortsetter man på samme måte eller avslutter prosessen. Om resultatet ikke er som ønsket, starter man på nytt (Fjeldstad & Lunnan, 2018).

Hvor raskt og til hvilke tider aktivitetene gjennomføres, varierer basert på hvilke typer verdiverksted det er snakk om. I noen tilfeller vil flere av disse aktivitetene gjennomføres

under samme konsultasjon, samtidig som det i andre kan gå mye lengre tid mellom hver aktivitet.

Ressurser

I følge Fjeldstad og Lunnan (2018) er kompetanse og renommé de viktigste strategiske ressursene for et verdiverksted. Kompetanse vil her typisk kunne tenkes å omfatte utdanning, autorisasjon, erfaring i yrket osv. Samt kompetanse knyttet til bruk av utstyr benyttet ved problemløsningen. Denne samlede kompetansen er verdifull for kunden siden dette typisk ikke er noe vedkommende klarer å ordne selv. Videre omfatter renommé bedriftens omdømme og oppfattelse utad. Det å ha et godt omdømme som fremmer kvalitet med mange fornøyde kunder, er veldig viktig for et verdiverksted. Dette kommer av at omdømmet fungerer som en indikator på hvor god kompetanse verdiverkstedet innehar da dette objektivt sett er vanskelig å kartlegge (Fjeldstad & Lunnan, 2018). Renommé kan da sies å være en kritisk ressurs for verdiverkstedet, siden dette sikrer nye oppdrag og kunder. Kompetansen er like viktig siden denne bidrar til at problemene løses og igjen bidrar til videre renomméutvikling (Fjeldstad & Lunnan, 2018).

Verdidrivere

En verdidriver er enkelt sagt en faktor som påvirker verdiskapingen for kunden (Fjeldstad & Lunnan, 2018). Fjeldstad og Lunnan (2018) nevner følgende fem verdidrivere som sentrale for verdiverksted: *Renommébygging*, *lokalisering* av aktiviteter hos klienter og samarbeidspartnere, *læring* (på tvers av prosjekter og kunder), *internt samspill* mellom aktivitetene i verdiverkstedet og *eksternt samspill* med aktiviteter hos klienter og samarbeidspartnere. Disse vil nå kort utdypes.

Renommébygging: Omdømme er allerede definert som en av de viktigste ressursene for et verdiverksted. Verdiverkstedet bygger renommé i form av gjennomføring av vellykkede behandlinger og prosjekter. Dette driver verdi siden suksess i behandling og prosjekter bygger bedre renommé. Jo flere vellykkede behandlinger, jo større tilgang på kunder/pasienter. Fjeldstad og Lunnan (2018) påpeker at renommé er så strategisk viktig for et verdiverksted at det ofte må gå fremfor lønnsomheten i enkelt prosjekter.

Lokalisering: Lokasjonen til verdiverkstedet påvirker direkte tilgang til kunder og kompetanse (Fjeldstad & Lunnan, 2018). Om verdiverkstedet er nærme kundene de skal hjelpe, er dette

med å skape verdi for kunden. Lokalisering er viktig i situasjoner hvor kunde og verdiverksted må møtes ofte for å løse problemet. Lokalisering er også viktig med tanke på å ha tilgang til den beste kompetansen. Det kan da tenkes at lokalisering på et lite sted kan gjøre det vanskelig å tiltrekke den beste kompetansen.

Læring: Læring oppnås ved kunnskapsoppbygging fra å utføre aktivitetene i verdiverkstedet. Om verdiverkstedet behandler flere problemer med likhetstrekk, lærer verdiverkstedet gjennom kontroll og evaluering av de ulike behandlingene underveis. Læringen vil da henge sammen med renomméutviklingen. Jo flere prosjekter/behandlinger de gjennomfører, jo mer kunnskap og erfaring kan de opparbeide seg.

Internt og eksternt samspill: Hvordan verdiverkstedet drives innad og samarbeider gjennom aktivitetene, kan bidra til å skape verdi. På samme måte vil samarbeid med andre verdiverksteder kunne skaffe strategiske ressurser ved at man deler kunnskap og læring. I enkelte verdiverksteder er det viktig at verdien kunden/pasienten leveres er av beste kvalitet. Samarbeid mellom verdiverkstedene er da viktig om tilfellet er at kunde/pasient kan få bedre hjelp andre steder.

3.3.2 Oppsummering verdiverksted

Jeg har nå kort presentert Stabell og Fjellstad sitt verdiverksted. Formålet med å inkludere denne modellen er å gi en nærmere beskrivelse av hvordan en typisk helsetjeneste skaper verdi for pasientene. I kapittel 6.2 vil jeg benytte modellen til å forklare hvordan driftsavtalen påvirker etterspørselen sett sammen med kvalitet og omdømme.

3.4 Motivasjon

Som gjort rede for i kapittel 2, har jeg gjennom utforskning av bransjen og innledende samtaler, dannet meg en antakelse om at avtalefysioterapeutene drives av indre motivasjon. Siden mediesakene, som vist til i innledningen, gir uttrykk for misnøye knyttet til de reduserte driftsavtalene, ønsker jeg å undersøke hvordan dette aspektet ved driftsavtalen påvirker motivasjonen. Jeg vil nå presentere relevant teori som kan hjelpe å forklare hvilken type motivasjon avtalefysioterapeutene drives av, samt presentere teorier som kan hjelpe å forklare hvordan reduserte driftsavtaler kan føre til en følelse misnøye og urettferdighet.

3.4.1 Definisjon

Når man søker å avdekke hva det er som *driver* et individ til å gjennomføre en oppgave, eller hva det er som driver noen til å ville bestige Mt. Everest, er det ofte snakk om individets *motivasjon*. I arbeidssituasjoner er det interessant å kunne undersøke hva det er som kan forklare at to individer med samme kompetanse, lønn og jobb, yter ulikt (Kaufmann & Kaufmann, 2009). Alt dette bunner ut i motivasjon, som er et komplekst begrep med mange varierende definisjoner. Kaufmann og Kaufmann (2009) har samlet ulike definisjoner og utarbeidet følgende forklaring på motivasjon:

«de biologiske, psykologiske og sosiale faktorene som aktiverer, gir retning til og opprettholder atferd i ulike grader av intensitet for å oppnå et mål». (Kaufmann & Kaufmann, 2009, p. 93)

Videre viser Kaufmann og Kaufmann (2009) til at det finnes fire typer motivasjonsteorier i den moderne organisasjonspsykologien: behovsteorier, kognitive teorier, sosiale teorier og jobbkarakteristika-modeller. Av disse har jeg valgt å fokusere på jobbkarakteristika-modeller, som handler om teorier som fremmer at motivasjon og prestasjon skyldes egenskaper ved selve jobben, og sosiale teorier, som vektlegger individets forhold til medarbeidere som kilde til motivasjon og trivsel.

3.4.2 Motivasjonskilder

I motivasjonsteorien snakker man ofte om to hovedkilder til motivasjon; ytre motivasjon og indre motivasjon.

Ytre motivasjon er typisk assosiert med belønning, og denne type motivasjon forekommer når kilden ligger utenfor selve utførelsen av handlingen (Kaufmann & Kaufmann, 2009). Gjennomføringen av arbeidsoppgaven fungerer derfor som et redskap for å oppnå en form for belønning. Eksempler på ytre motivasjon kan være lønn, bonus, forfremmelse, frynsegode osv. (Kaufmann & Kaufmann, 2009). I sammenheng med ytre motivasjon er det ofte relevant å trekke frem insentiver. Insentiver kan beskrives som stimulerende tiltak som settes til verks for å styrke individets motivasjon til å gjennomføre arbeidsoppgavene på best mulig måte (Kaufmann & Kaufmann, 2009, p. 99). Insentiver kan hovedsakelig være hva som helst, men sammenfaller ofte med eksempler som nevnt over på ytre motivasjon. Insentiver kan ha både positive og negative utfall, og kan dermed være vanskelig å implementere korrekt da det ofte

kan forekomme utilsiktede bivirkninger. Kaufmann og Kaufmann (2009) referer til tidligere forskning av Jenkins et al. som kunne vise til at økonomiske insentiver i stor grad kunne påvirke hvor mye man jobbet, men ikke hvor godt arbeidet ble (Jenkins, Mitra, Gupta, & Shaw, 1998). Videre viser de til forskning som belyser at når det kommer til insentiver, så må enten belønningen være av en slik størrelse at den ikke er forstyrrende lav, eller ikke ha noe belønning i det hele tatt. Dette fordi det har vist seg at ytre og indre motivasjon ikke kan være til stede samtidig uten at de ødelegger for hverandre. Belønninger kan da dempe og undergrave den indre motivasjonen, som i litteraturen defineres som en «crowding out» effekt (Gneezy, Meier, & Rey-Biel, 2011). Eksempelvis kan man se for seg noen som donerer blod fordi de vil bidra til samfunnet og gjøre noe bra. Om vedkommende skulle få betalt for å donere blod, vil en monetær belønning kunne ødelegge den indre motivasjonen ved at individet ikke lenger ville få følelsen av at de gjorde noe uselvsk.

I motsatt tilfelle er det indre motivasjon. Denne motivasjonen kommer fra selve utførelsen av oppgaven, og Kaufmann og Kaufmann (2009) viser til at den har sitt grunnlag i to sentrale behov: kompetanseopplevelse og selvbestemmelse. Når et individ handler utfra indre motivasjon, gjennomfører de arbeidsoppgaven basert på at selve opplevelsen av oppgaven gir dem noe, ikke fordi de forventer å få en belønning for strevet. Gjennomføringen av oppgaven fungerer i seg selv som belønnende og skaper motivasjonen. Brochs-Haukedal og Bjørvik (2010) refererer til tre ulike psykologiske tilstander som kan føre til indre motivasjon ved utførelse av arbeidsoppgaver:

1. Individet har ansvarsfølelse for eget arbeid
2. Individet som utfører arbeidet opplever det som meningsfylt
3. Individet må få vite resultatet av sin innsats

Disse tre psykologiske tilstandene, sett sammen med grunnbehovene kompetanseopplevelse og selvbestemmelse, gir et godt bilde av hva som må være til stede for å skape og legge til rette for indre motivasjon.

3.4.3 Herzbergs tofaktorteori

Frederick I. Herzberg utviklet en teori knyttet til motivasjon på arbeidsplassen som senere er blitt kjent som Herzbergs tofaktorteori (Dimichael, Herzberg, Mausner, Peterson, & Capwell, 1959; Herzberg, 1987; Herzberg, Mausner, & Snyderman, 1993). Denne teorien bygger videre

på Maslows behovsteori. Herzberg definerer her to faktorer som påvirker jobbtrivsel, motiveringsfaktorer og hygienefaktorer.

Hygienefaktorene, som kan sammenlignes med de forholdene som befinner seg nederst i Maslows behovspyramide, kan skape misnøye ved at de ikke er til stede, men de skaper ikke trivsel ved å være til stede. Eksempler på slike faktorer er blant annet arbeidsbetingelser, lønn, sikkerhet, jobbtrygghet og mellommenneskelige relasjoner (Kaufmann & Kaufmann, 2009). Felles for disse er at de må være til stede til et subjektivt minimumskrav for at individet ikke skal føle misnøye, om ikke kan det tenkes de ikke er motivert til å jobbe (Brochs-Haukedal & Bjørvik, 2010). Så lenge hygienefaktorene er til stede til et tilfredsstillende nivå, vil teoretisk sett individet utføre arbeidet, men ikke noe utover dette. Da må man inkludere motiveringsfaktorene.

Motiveringsfaktorene, som kan sammenlignes med forhold som ligger høyest i Maslows behovspyramide, kan skape trivsel i den grad de er til stede, men ikke misnøye om de ikke er det. Eksempler på slike faktorer er blant annet prestasjoner, annerkjennelse, selve arbeidet, utviklingsmuligheter og ansvar (Kaufmann & Kaufmann, 2009).

3.4.4 Likeverdsteori

Likeverdsteori, eller «Equity»-teori/retteferdighetsteori, er en nyere form for motivasjonsteori innenfor sosiale motivasjonsteorier. I motsetning til jobbkarakteristika modeller, som ser på egenskaper ved selv jobben som motivasjonskilder, handler sosiale motivasjonsteorier mer om hvordan den enkeltes opplevelse av forholdet til sine medarbeidere kan virke motiverende eller demotiverende (Kaufmann & Kaufmann, 2009). Opplevelse av forskjellige former for rettferdighet trekkes særlig frem som kilde til motivasjon.

Likeverdsteori er utviklet av J. Stacy Adams og den setter søkelys på likeverd som motivasjonsfaktor. Teorien handler om at motivasjon og trivsel er et resultat av opplevelsen av rettferdighet basert på sammenligning mellom hva andre i lignende situasjon *får* og *gir* (Adams, 1963; Kaufmann & Kaufmann, 2009, p. 105). Selve kjernen bak teorien er derfor at individer anser hva de får igjen for egen innsats, og sammenligner dette med hva andre får for sin ytelse (Brochs-Haukedal & Bjørvik, 2010, p. 133). Individer sammenligner altså sin arbeidsinnsats og sitt jobbutbytte med andre, og basert på om det oppleves som rettferdig eller ikke, oppstår det en *likeverdstilstand* eller en *likeverdsspenning*. Ved likeverdstilstanden opplever man likeverd i innsats og utbytte med de man velger å sammenligne seg med. Ved

likeverdsspenning opplever man derimot en mangel på likeverd i innsats og utbytte, som kan virke demotiverende. Likeverdsteorien presenterer fire referansesammenligninger:

1. *Selv-intern*: Individet sammenligner nåværende jobbsituasjon med erfaring fra tidligere jobbsituasjon i samme organisasjon.
2. *Selv-ekstern*: Individet sammenligner nåværende jobbsituasjon med erfaring fra en annen arbeidsplass
3. *Andre-intern*: Når man sammenligner seg selv med et annet individ eller en annen yrkesgruppe i samme organisasjon.
4. *Andre-ekstern*: Når man sammenligner seg med en annen person eller en annen gruppe utenfor egen arbeidsplass.

(Kaufmann & Kaufmann, 2009, p. 106)

Teorien setter tre hovedbetingelser som er viktige ved disse sammenligningene: ansettelseslengde, lønnsnivå og utdanningsnivå. Videre trekker likeverdsteorien frem seks ulike fremgangsmåter som er aktuelle for å rette opp ubalansen ved likeverdsspenning:

1. *Forandre innskuddet*: for eksempel ved å arbeide mindre
2. *Forandre uttaket*: for eksempel ved å øke produksjonsmengde slik at man tjener mer
3. *Fordreie selvopplevelsen*: endre på å anse seg som liktarbeidende til medarbeidende
4. *Fordreie opplevelsen av andre*: velge å anse referansepunktets jobbsituasjon som mindre attraktiv
5. *Velge et annet referanseobjekt*
6. *Slutte*

(Kaufmann & Kaufmann, 2009, p. 107)

Selv om likeverdsteorien har støtte i empirisk forskning finnes det viktige unntak, for eksempel ved individuelle forskjeller i *likeverdsfølsomhet* (Kaufmann & Kaufmann, 2009). Det kan tenkes at enkelte individ vil være mer følsomme enn andre med tanke på hvordan de responderer til opplevd urettferdighet. Noen kan oppleve misnøye og bli demotivert ved den minste indikasjon av ulikhet mellom egen og andres innsats og utbytte, og noen vil dermed være mer kapable til å redusere innsatsen, etablere et anstrengt forhold til organisasjonen eller si opp. Andre vil i slike situasjoner heller velge å forandre på uttaket ved å arbeide mer, velge andre referanseobjekt eller søke andre jobber uten at de lar det gå utover motivasjonen.

3.4.5 Oppsummering motivasjonsteori

Jeg har nå kort presentert motivasjonsbegrepet, indre motivasjon, Herzbergs tofaktorteori og likeverdsteori. Hovedformålet med å inkludere teoriene, er å bidra til en bedre forståelse for hva det er som driver avtalefysioterapeutene til å arbeide utover sine avtalehjemler, hvorvidt de drives av indre eller ytre motivasjon, og hvordan forskjellen i størrelsen på driftstilskuddet blant individene i arbeidsgruppen påvirker motivasjonen og trivsel til den enkelte.

3.5 Litteratur om fysioterapi

Jeg har til nå presentert relevant teori som jeg vil benytte senere i utredningen for å analysere funnene, samt bidra til å gi en bedre forståelse av resultatene. Jeg vil nå kort oppsummere hva jeg har funnet av tidligere forskning om fysioterapi i Norge. Deretter vil jeg kort presentere empiri fra nærliggende temaer som bidrar til bakgrunn og kontekst for forskningsspørsmålene i utredningen.

3.5.1 Fysioterapitjenesten i Norge

Det er gjort flere norske studier om fysioterapi. Blant annet er det skrevet om organisering av kommunal fysioterapitjeneste (Dalsgård, 2011), kvaliteten ved kommunefysioterapitjenesten (Lunde, 2015), finansiering av fysioterapitjenesten (M. H. Christensen, 2015), ventelister og tilgjengelighet hos avtalefysioterapeuter (Paulsen & Øyehaug, 2018), samt juridiske forhold ved driftsavtalen mellom fysioterapeuter og kommunen (Anonym, 2011). Fellestrekk for studiene er at de legger stor vekt på oppbygging, organisering og historikken til helsetjenesten. Jeg vil nå kort oppsummere de mest relevante funnene fra disse studiene.

Dalsgård (2011) undersøkte organiseringen av den kommunale fysioterapitjenesten i Bergen kommune. Funnene viser utfordringer knyttet til begrensede økonomiske rammebetingelser, fysioterapeutenes forskjellige avtaletilknytninger til kommunen og fysioterapeuters varierte arbeidsdag. I forhold til de økonomiske rammebetingelsene vises det til utfordringer knyttet til å fordele og prioritere de begrensede økonomiske midlene til fysioterapitjenesten i kommunen. Hun fant også utfordringer knyttet til det å ha en samkjørt kommunal helsetjeneste for fysioterapi, mellom avtalefysioterapeutene og de fastlønnede fysioterapeutene i kommunen. Studien undersøkte også mulige utfordringer knyttet til innføringen av samhandlingsreformen som på tidspunktet for studien skulle innføres. Samhandlingsreformen

trådte i kraft januar 2012, og hadde som mål at «*alle innbyggerne i kommunen skulle sikres rett behandling, på rett sted til rett tid*» (Dalsgård, 2011, p. 5; Regjeringen, 2009). Innføringen av reformen førte til at flere av tjenestene som tidligere var en del av spesialhelsetjenesten, ble en del av kommunalhelsetjenesten, og kommunene ble sådan ilagt mer ansvar. Dalsgård (2011) fant at det kunne se ut som fysioterapeutene som følge av denne reformen ville få nye og endrede jobbarenaer, blant annet grunnet økt fokus på forebygging av skader, og de antok det ville bli et økt behov for fysioterapeuter og bevilgninger til tjenesten.

Lunde (2015) utforsket kommunefysioterapitjenesten i sin helhet. Formålet var å bidra til en bedre forståelse av hva som menes med kommunefysioterapitjenesten og kvaliteten ved denne. Studien har en utforskende og beskrivende tilnærming. Lunde (2015) beskriver kommunefysioterapitjenesten som todelt; de offentlig ansatte fysioterapeutene og avtalefysioterapeutene. Selv om intensjonen fra myndigheten har vært at de to tjenestene skal utgjøre en samlet kommunehelsetjeneste, er det slik at tjenestene i praksis er veldig separate med få felles møtepunkter og samarbeidsarenaer. Tjenestene styres på ulike måter og i ulik grad fra kommunens side, dette gjør det utfordrende å styre kommunefysioterapitjenesten som en tjeneste. Når det gjelder kvalitet, fant Lunde (2015) at de to delene av kommunefysioterapitjenesten hadde ulike meninger om hva kvalitetsbegrepet inneholdt. Offentlig ansatte fysioterapeuter definerer kvalitet i forhold til en hel tjeneste, mens avtalefysioterapeutene ser på kvalitet som et uttrykk for fagkunnskap. Forskjellen mellom de to tjenestene synes å kunne forklares av at den ene gruppen er kommuneansatte, mens avtalefysioterapeutene er selvstendig næringsdrivende. Fagutvikling, samarbeid, lokaler, prioritering og venteliste trekkes frem som viktige faktorer for kvalitet for begge gruppene.

M. H. Christensen (2015) undersøkte i sin studie hvorvidt endringen i finansieringsmodellen for fysioterapeuter med driftstilskudd førte til endret praksis. Endringen gikk ut på at driftstilskuddet til avtalefysioterapeutene i 2009 ble oppjustert, og takstene ble redusert. Dette resulterte i flere gruppekonsultasjoner og færre en-til-en konsultasjoner.

Paulsen og Øyehaug (2018) undersøkte tilgjengelighet hos avtalefysioterapeutene, hvilke pasienter som står på venteliste, hvordan ventelistene blir prioritert når etterspørsel overstiger kapasiteten, og hvordan dette påvirker ventetiden. Studien ble gjort i Ski og Lørenskog kommune, og de fant at avtalefysioterapeutene i stor grad prioriterte i samsvar med kommunens prioriteringsnøkler. Det ble også avdekket at ventetiden ofte overskred anbefalt maksimal ventetid, spesielt for psykomotorisk fysioterapi.

Litteraturgjennomgangen viser at det er gjort variert forskning om fysioterapi i Norge. Et fellestrekk blant alle er at de vektlegger å belyse historikken til bransjen, og hvordan tjenesten har utviklet seg over tid. Så vidt jeg vet, er denne masterutredningen det første forsøket på å gjennomføre en utforskende casestudie med det formål å undersøke betydningen av driftsavtalen, og hvordan denne påvirker arbeidsbelastning, etterspørsel og motivasjon blant avtalefysioterapeutene.

3.5.2 Nærliggende empiri

Noe av formålet med utredningen er som nevnt å utforske karakteristikker ved bransjen til avtalefysioterapeutene, samt hvordan driftsavtalen påvirker motivasjon, etterspørsel og arbeidsbelastning. Siden jeg ikke har klart å oppdrive eksisterende litteratur på disse emnene for fysioterapi i Norge, vil jeg nå se til empiri fra nærliggende temaer. Formålet er å bidra til noe bakgrunn for hva som tidligere er undersøkt innenfor lignende fagfelt, som i senere kapitler kan benyttes til å hjelpe og forklare funnene ytterligere. Emnene jeg har valgt å inkludere her, er altruisme for helsearbeidere, motivasjon for helsearbeidere og typiske konkurranseforhold i offentlig helsesektor.

Altruisme kan enkelt beskrives som at et individ utfører handlinger for å bedre situasjonen til et annet individ, og at individet som utfører handlingen opplever handlingen som givende. Det er en vanlig antakelse at helsearbeidere er altruistiske, noe det også er funnet empirisk bevis for (Galizzi, Tammi, Godager, Linnosmaa, & Wiesen, 2015). I denne litteraturstudien fant Galizzi et al. (2015) støtte for hypotesen om at leger og andre tilbydere av helsetjenester stort sett opptrer altruistisk. I studien gjennomgikk de tidligere empiriske undersøkelser av altruisme for helsearbeidere etter grad av kontroll i forskningsstrategien. De så på 1) spørreundersøkelser og intervju, 2) diskrete valgekspesimenter, 3) analyse av resephistorikk, 4) feltekspesimenter og 5) laboratoriumekspesimenter. Basert på resultatene fra alle de tidligere studiene og de ulike forskningsmetodene, fant de stor støtte og konsensus for at helsearbeidere opptrer altruistisk. Noen av studiene de undersøkte indikerte imidlertid en betydelig variasjon i helsearbeideres altruistiske preferanser. De konkluderte studien med at det er stor støtte for at helsearbeidere er altruistiske, men at det er behov for ytterligere undersøkelser for å avdekke og forklare forskjellene i funnene.

I en studie gjennomført av Delfgaauw (2007), fant vedkommende støtte for at tilbud av private helsetjenester ved siden av tilbud av offentlige helsetjenester kommer alle pasientene til gode.

Rike velstående pasienter velger å søke hjelp fra private klinikker med høy kvalitet, som fører til kortere køer for de som ikke har råd til privat helsetjeneste. Delfgaauw (2007) fant at mer altruistiske helsetilbydere foretrekker å jobbe offentlig fremfor privat siden de har større innvirkning på pasientens velferd, og dermed også kan sikre disse pasientene helsetjenester med høy kvalitet.

Det er gjennomført utallige studier på motivasjon innenfor helsesektoren. Siden antakelsen om fysioterapeuter er at de er altruistiske helsetilbydere, vil det være naturlig å innskrenke litteratursøket til utelukkende temaet indre motivasjon. Denne antakelsen støttes av tidligere forskning som vist til over, og indre motivasjon er allerede definert og beskrevet i kapittel 2.4.3. Berdud, Cabasés, og Nieto (2016) fant støtte for at leger i hovedsak er drevet av indre motivasjon, og at økonomiske belønninger og andre kontrollmekanismer kunne undergrave legenes indre motivasjon («crowding out»). En studie som kartla litteratur innenfor arbeidsmotivasjon for sykepleiere, fant at det ikke eksisterte noen klar konsensus angående konseptet (Toode, Routasalo, & Suominen, 2011). De fant likevel nok empirisk bevis til at det kunne konkluderes at følgende fem faktorer påvirker sykepleiernes arbeidsmotivasjon: (1) egenskaper ved arbeidsplassen, (2) arbeidsforhold, (3) personlige egenskaper, (4) individuelle prioriteringer og (5) interne psykologiske tilstander.

Markedet til avtalefysioterapeutene har regulerte priser, som sannsynliggjør kvalitetskonkurransen som beskrevet i kapittel 3.2.5. Brekke, Siciliani, og Straume (2012) undersøkte i sin studie hvordan profittbegrensninger for altruistiske tilbydere påvirket deres insentiver til å investere i kvalitet og kostnadseffektivitet. For markeder med regulerte priser, fant de at profittbegrensninger førte til økt investering i kvalitet så lenge tilbyderne var «tilstrekkelig» altruistisk. Ved lav grad av altruisme var søkelyset på kvalitet betraktelig lavere sammenlignet med tilbydere som ikke var profittbegrenset. På den annen side, om prisene ikke er regulert, fant de at profittbegrensninger påvirket kvaliteten negativt, samt at tilbydere med høy grad av altruisme satte lavere priser enn de med lav grad av altruisme. At konkurranse i markeder med regulerte priser fører til høyere kvalitet og konsumentvelferd, bekreftes også av andre studier (Gaynor, 2006). Ved å gjennomgå eksisterende litteratur, fant Gaynor (2006) bevis på at kvaliteten av offentlige helsetjenester er høyere i markeder med mer konkurranse. For private markeder var resultatene mer blandet. Når det kommer til empirisk forskning på hvordan konkurranse påvirker kvalitet, er resultatene mer tvetydige (Brekke, Siciliani, & Straume, 2011).

3.6 Oppsummering av litteraturgjennomgangen

I dette kapitlet har jeg presentert og forklart det teoretiske utgangspunktet og grunnlaget for utredningen. Jeg innledet kapitlet med å beskrive PESTEL-rammeverket og Porters femfaktormodell. Rammeverkene er ofte benyttet ved analyse av bransjer og deres makroforhold. Formålet med å inkludere disse teoriene er at jeg vil benytte de til å analysere bransjen og utarbeide en grundig casebeskrivelse av avtalefysioterapeutene i Bergen kommune. Forståelsen for hvordan bransjen henger sammen og hvilke forhold som legger føringer for driften til avtalefysioterapeutene, er essensiell for resten av utredningen. Videre presenterte jeg verdiverkstedet til Stabell og Fjellstad. Helt konkret vil jeg utforske hvordan driftsavtalene påvirker kvalitet, samt diskutere hvordan verdiverkstedet kan forklare etterspørselen i sammenheng med driftsavtalen. Deretter introduserte jeg flere forskjellige motivasjonsteorier. Formålet med å inkludere teoriene i utredningen er at jeg benytter de til å forklare og belyse momenter ved driftsavtalene og motivasjon. I mediasakene er det et stort poeng at avtalefysioterapeutene er misfornøyde og føler seg urettferdig behandlet. Derfor ønsker jeg å utforske dette aspektet nærmere med bruk av veletablert motivasjonsteori. Helt til slutt presenterte jeg en oppsummering av litteratur om fysioterapitjenesten i Norge og nærliggende empiri. Denne delen av kapitlet beskriver hva som tidligere er undersøkt i Norge, samt legger frem funn fra tidligere studier innenfor lignende fagfelt. Totalt sett gir de teoretiske rammeverkene, teoriene og empirien et godt grunnlag for videre teoretiske analyser i kapittel 4, 5 og 6.

4. Bransjeanalyse

Gjennom følgende kapittel vil jeg forsøke å besvare utredningens første forskningsspørsmål:

Hva karakteriserer bransjen for avtalefysioterapeuter i Bergen Kommune?

Hensikten med spørsmålet er å belyse og forklare vesentlige forhold ved bransjen i sin helhet. Dette vil være nyttig å ta med i videre kapittel når funn fra informantene skal gjennomgås. Beskrivelsene og analysen i kapittelet vil også fungere som en casebeskrivelse. Først vil jeg presentere en bransjebeskrivelse for å belyse vesentlige aspekter ved selve bransjen. Deretter vil jeg foreta en markedsbegrensning ved å definere det relevante produktmarkedet og det relevante geografiske markedet for selve analysen. Videre vil jeg analysere bransjens eksterne forhold. Analysen vil gjennomføres i henhold til teoretiske rammeverk som presentert i kapittel 3.1 og 3.2; bransjens makroøkonomiske forhold vil analyseres ved hjelp av PESTEL-rammeverket, og konkurranseforholdene innad i bransjen vil analyseres ved hjelp av Porter sin femfaktormodell.

Merk: Masterutredningen er skrevet våren 2020 under Covid-19 pandemien. Bransjeanalysen er basert på forholdene som lå til grunn før utbruddet, siden dette vil gi et mer representativt bilde av forholdene i bransjen. Effekten av Covid-19 vil dermed i stor grad bli sett bort fra i analysen og utredningen generelt, men den vil kort bli kommentert der det faller naturlig.

4.1 Bransjebeskrivelse

Siden masterutredningen er utarbeidet med et utforskende forskningsdesign, har jeg sett det nødvendig å bruke mye tid på å samle inn og kartlegge vesentlige forholdene relatert til yrkesgruppen og bransjen. Bransjen til avtalefysioterapeutene har flere komplekse forhold det er viktig å ha en forståelse for ved videre analyse. Innsamling av informasjon til denne delen av utredningen er basert på både primærdata og sekundærdata. For å sikre kvaliteten på primærdataen har jeg holdt intervju og supplerende dialog med tidligere kontaktperson for avtaleterapeuter i Bergen Kommune. Innsikten intervjuet bidro med, har vært uvurderlig for videre dybdeforståelse av selve yrket og bransjen. Sekundærdataen er innhentet fra kilder som Norsk Fysioterapeuters Forbund (NFF), Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund (PFF), Regjeringen.no, samt fra tidligere forskningsrapporter og studier. For å gi en inngående beskrivelse av bransjen vil jeg i de neste avsnittene så konsist som mulig presentere hva en

fysioterapeut er, med hovedvekt på utdanning, autorisasjon og deres rolle som en del av helsetjenesten i kommunen. Videre beskriver jeg de ulike komponentene av den offentlige finansieringen av tjenesten til fysioterapeutene, og hvordan denne over tid har ført til dagens situasjon med flere driftsavtaler under 100%. Til slutt vil jeg kort gjøre rede for spesifikke forhold knyttet til Bergen kommune.

4.1.1 Hva er en fysioterapeut

Dette segmentet vil kort definere hva en fysioterapeut er, hvilken utdanning som kreves og gjøre rede for spesialiseringene innenfor yrkesgruppen.

Definisjon

Det finnes flere forskjellige definisjoner på fysioterapi i Norge som alle har enkelte likhetstrekk. Norsk Fysioterapeutforbund (heretter NFF) beskriver helt enkelt en fysioterapeut som et individ som jobber med kropp og bevegelse for å fremme helse (Anonym, 2011; NFF, 2020c). Fysioterapeuter forebygger og behandler skader og sykdommer, blant annet skader som gir smerter og/eller nedsatt funksjon i muskel- og skjelettsystemet. Utdanning.no summerer godt de mest sentrale arbeidsoppgavene til en fysioterapeut:

«Som fysioterapeut gir du behandling som er basert på en grundig undersøkelse og vurdering av pasientens problem og hva pasienten selv ønsker hjelp til. Målet er at pasienten kan utvikle, gjenvinne eller holde ved like funksjonsevnen, utnytte egne ressurser og bidra aktivt i å bedre egen helse. For å få til dette, er det viktig at fysioterapeuten og pasienten utvikler et trygt og tillitsfullt forhold.» (Utdanning.no, 2020)

Videre nevnes det at fysioterapeuter behandler enkeltpersoner i alle aldre, samt helsefremmende og forebyggende arbeid for enkeltpersoner, grupper og på samfunnsnivå (Utdanning.no, 2020).

Utdanning og autorisasjon

For å kunne bli fysioterapeut kreves det en bachelorgrad i fysioterapi. I tillegg til den treårige utdanningen kreves det også ett års turnustjeneste i Norge for å få autorisasjon. Fysioterapeuter arbeider som autorisert helsepersonell, og tittelen er en beskyttet yrkestittel hjemlet i helsepersonelloven jf. §§ 74 og 54 (NFF, 2020a). Den offentlige autorisasjonen skal sikre at

fysioterapeuten til enhver tid har de nødvendige kvalifikasjonene for å kunne utøve yrket og ivareta pasientens sikkerhet (NFF, 2020a). Som autorisert helsepersonell følger også personlig og selvstendig ansvar for å utføre praksisen forsvarlig. Således stilles det krav til faglig og etisk standard, og man har en plikt til å holde seg oppdater i fagfeltet (NFF, 2020a).

Spesialisering

Som fysioterapeut har man anledning til å ta etterutdanning innenfor egne fagfelt, i tillegg til at de kan ta mastergrad og søke om å bli spesialist. NFF beskriver spesialistordningen på følgende måte:

«En spesialist er en fysioterapeut som formelt, gjennom utdanning, klinisk praksis, veiledet praksis, hospitering og veiledningskurs har dokumentert sin evne til å anvende klinisk kompetanse i tverrfaglig samarbeid, og bidra til fagutvikling i helsetjenesten i et definert klinisk fagområde. Med avansert klinisk kompetanse menes at vedkommende skal kunne vurdere og håndtere komplekse situasjoner innenfor det definerte fagområdet.» (NFF, 2020e)

For å kvalifisere til å bli spesialist må man ha en relevant masterutdanning, samt i tillegg ha minst to årsverk i spesialistfeltet, ett eller to årsverk veiledet praksis innenfor feltet og et 24 timers nettbasert kurs i veiledning (NFF, 2020d). NFF tilbyr 14 typer spesialiseringer fysioterapeutene kan søke om godkjenning av:

- Spesialist i allmenn fysioterapi,
- Spesialist i barne- og ungdomsfysioterapi,
- Spesialist i fysioterapi for eldre,
- Spesialist i folkehelse,
- Spesialist i helse/miljø – ergonomi og arbeidshelse,
- Spesialist i hjerte- og lungefysioterapi,
- Spesialist i idrettsfysioterapi,
- Spesialist i kvinnehelse,
- Spesialist i manuellterapi,
- Spesialist i nevrologisk fysioterapi,
- Spesialist i onkologisk fysioterapi,
- Spesialist i ortopedisk fysioterapi,

- Spesialist i psykomotorisk fysioterapi, og
- Spesialist i revmatologisk fysioterapi. (NFF, 2019)

Ved å bli godkjent som spesialist får man rett på å heve tilleggstakster som en ordinær fysioterapeut ikke kan heve. Dette bidrar til å øke den mulige lønnsomheten for den enkelte.

4.1.2 Arbeidsform og organisering

Fysioterapeutene er en del av den kommunale helsetjenesten. I en rapport fra en arbeidsgruppe, som ble nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet i 2007, ser man at fysioterapitjenesten i kommunen hovedsakelig består av to grupper; fysioterapeuter i fast stilling i kommunen (offentlig ansatte fysioterapeuter) og selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen (avtalefysioterapeuter). I tillegg til disse to gruppene finnes det også en gruppe fysioterapeuter som arbeider helt uten offentlig finansiering. Denne gruppen omtales som helprivate fysioterapeuter eller avtaleløse fysioterapeuter. Hos denne gruppen betaler pasienten tjenesten fullt ut (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2007). Offentlig finansiering og hva dette innebærer, vil utdypes i kapittel 4.1.3.

I utredningen har jeg valgt utelukkende å utforske avtalefysioterapeutene, mer nøyaktig avtalefysioterapeuter fra samme kommune med forskjellig størrelse på driftsavtalen. Det er flere vesentlige forhold som skiller denne typen fysioterapeuter fra ansatte fysioterapeuter. Ansatte fysioterapeuter i kommunen arbeider hovedsakelig med pasienter som er så dårlige at de er avhengige av hjemmebesøk. Alle andre pasienter skal dermed etter kommunens anbefalinger søke hjelp hos avtalefysioterapeutene. Andre viktige forskjeller å påpeke er at ansatte fysioterapeuter har fast lønn, fast arbeidstid og de får pensjonsordning gjennom kommunen. Slike fysioterapeuter er dermed meget kostbare for kommunen å ansette. Avtalefysioterapeutene derimot, er mindre kostbare for kommunen å opprette driftsavtale med. Ved å inngå avtale med kommunen vil fysioterapeuten få et driftstilskudd tilsvarende sin avtalehjemmel, samt tilgang til refusjon fra HELFO mot at de jobber som en del av den kommunale helsetjenesten og i henhold til driftsavtalen. Dette medfører blant annet at de må forholde seg til prioriteringsnøkler satt av kommunen når de skal behandle pasienter fra ventelisten. Samarbeidet med kommunene er videre regulert gjennom ASA 4313: *Rammeavtale mellom KS og Norsk Fysioterapeutforbund (NFF), Norsk Manuellterapeutforening (NMF) og Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund (PFF) om*

drift av selvstendig næringsdrivendes fysioterapivirksomhet som del av den kommunale helsetjenesten, jf. helse- og omsorgstjenesteloven. Avtalefysioterapeutene må benytte offentlig fastsatte takster, som forklares nærmere i 4.1.3. Avtalefysioterapeutene står selv ansvarlig til å sikre seg en tilstrekkelig inntjening, samt at de er ansvarlig for egen pensjonsordning utover minstepensjonen fra trygden. Det stilles flere krav til fysioterapeutene med slike avtaler, blant annet må avtalefysioterapeuter med 100% driftstilskudd etter rammeavtalen ASA 4313 arbeide minst gjennomsnittlig 36 timer per uke i 45 uker per kalenderår. Avtalefysioterapeuter med mindre hjemler må arbeide minst sin prosentsats ganger 36 timer i gjennomsnitt i uken som avtaleterapeut. Eksempelvis må en fysioterapeut med avtalehjemmel på 50% arbeide minst gjennomsnittlig 18 timer per uke i 45 uker per kalenderår.

For avtalefysioterapeuter med driftsavtaler under 100%, er det i teorien mulig å arbeide helprivat utover avtalehjemlet. For en avtalefysioterapeut med 50 % driftsavtale, ville det betydd han hadde en forpliktelse overfor kommunen til å levere 18 timer i uken etter driftsavtalen. Utover disse timene kunne fysioterapeuten tilbudt tjenester til helprivate priser. Dette er derimot lettere sagt enn gjort i praksis, og det reiser flere problemstillinger. For at en slik praksis skal være lovlig, må det gjøres meget klart for pasienten når terapeuten arbeider offentlig og når vedkommende arbeider privat. I praksis har dette vist seg å være vanskelig å få til, og det kan forklares slik at det nesten må være to ulike inngangsdører til terapeuten for at det ikke skal råde noe tvil for pasienten om hvilke tjenester de benytter. Noen løser dette med blant annet å kjøre konsultasjoner med individer offentlig, og gruppetimer til private priser. Derimot, viser det seg at de fleste velger å arbeide offentlig utover avtalehjemlet.

Når det gjelder organisering av virksomheten for selvstendig næringsdrivende avtalefysioterapeuter, er alternativene mange. Det store flertallet velger å organisere sin virksomhet som et enkeltpersonforetak (ENK). Denne organiseringsformen er assosiert med forholdsvis forenklet regnskap, personlig ansvar og risiko. Videre arbeider avtalefysioterapeutene ofte på klinikker sammen med annet helsepersonell. I denne sammenheng kan avtalefysioterapeutene etablere samarbeid i et selskap, og de mest vanlige selskapsformene for slikt samarbeid er ansvarlig selskap (ANS), ansvarlig selskap med delt ansvar (DA), samvirkeforetak (SA) og aksjeselskap (AS). I slikt arbeidsfellesskap er det ofte et felles ansvar for utgiftene til driften av praksisen, og selskapet har felles utstyr og inventar (Austdal, 2015). Hver av de samarbeidende avtalefysioterapeutene vil i utgangspunktet drive sin virksomhet som ENK ved siden av samarbeidet, og inntektene går direkte til

fysioterapeuten. Det mest vanlige er at selskapet bare organiserer fellesfunksjonene, og at deltakerne tilfører selskapet inntekter gjennom bidrag, ofte i form av for eksempel «husleie». Jeg vil ikke gå i nærmere detalj om organiseringsformene. Snarere vil jeg påpeke at organiseringsformen kan påvirke blant annet hvordan man tar ut lønn, og hvordan man forvalter driftstilskuddet. Om avtalefysioterapeuten er ansatt i et AS, vil vedkommende få utbetalt lønn av selskapet, for eksempel basert på antall behandlinger og timer. Om avtalefysioterapeuten er organisert som ENK, vil alle inntektene regnes som personinntekt, og vedkommende styrer selv hva midlene går til, og hva vedkommende tar ut som «lønn». Når det gjelder innbetaling av bidrag til selskap man er organisert i, tas det i noen tilfeller hensyn til størrelsen av driftsavtalen til de enkelte, mens det i andre tilfeller ikke tas hensyn til. Hva «husleien» dekker vil også variere fra selskap til selskap. Jeg vil påpeke at dette er en veldig forenklet forklaring av organiseringsformene, men at forklaringen likevel gir innsikt i hvilke forskjeller som oppstår basert på organiseringsform og driftsavtalestørrelse.

4.1.3 Offentlig finansiering

Fysioterapeuter har ikke alltid vært en del av den kommunale helsetjenesten. Først ved innføringen av kommunehelsetjenesteloven i 1984, ble fysioterapi en del av kommunens helsetilbud. Før dette var fysioterapi en ren helprivat tjeneste uten tilknytning til kommunene. Hensikten med loven var at kommunene skulle få en mer helhetlig og integrert helsetjeneste. Kommunene skulle i stor grad selv beslutte hvordan de ønsket å forvalte tjenesten, og hvordan de ville ansatte og organisere fysioterapeutene. Det var i denne tidsperioden den tredelte finansieringsordningen, som også gjelder i dag, ble etablert. Ordningen består av tre komponenter; *driftstilskudd* fra kommunen, *refusjon* fra trygden og *egenandeler* fra pasientene.

Driftstilskuddet representerer en årlig fast sum som tildeles fysioterapeuter med kommunal driftsavtale, størrelsen på driftstilskuddet avhenger av størrelsen på driftsavtalen. Driftstilskuddet overrekkes som offentlig støtte med den hensikt å bidra til kvalitet og forutsigbarhet for avtalefysioterapeutene. Driftstilskuddet for avtaleåret 2019-2020 er ifølge Helsedirektoratet satt til 447 720 kr. Hensikten med finansieringsordningen er at tjenesten skal tilbys basert på et spleiselag mellom stat, kommune og pasient, som til sammen skal gjøre helsetjenesten mer tilgjengelig og rimelig for pasientene. At avtalefysioterapeutene mottar *refusjon* fra trygden, kommer av at HELFO betaler deler av behandlingen for

pasientene. Videre dekkes *egenandel* av pasientene. De står selv ansvarlig for å betale egenandel inntil de oppnår frikort etter egenandelstak 2 på kr 2 176,-. Etter denne summen er nådd, dekker HELFO i stor grad hele behandlingen for pasientene.

Takstene som styrer fysioterapeutenes honorar, samt andel refusjon og egenandel, er utarbeidet i forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi, kapittel II (2019). Takstene er illustrert under i tabell 4-1. I praksis fungerer det slik at om man tar utgangspunkt i en ordinær undersøkelse, vil fysioterapeuten totalt motta honorar på kr 309,- (takst A1a i tabell 4-1). Av dette honoraret betaler pasienten kr 173,- i egenandel og staten ved HELFO dekker refusjonstaksten på kr 136,-. Til sammenligning vil typisk en ordinær førstekonsultasjon hos en helprivat fysioterapeut ligge på alt mellom kr 500,- og kr 1000,-. Siden pasienten selv bare dekker kr 173 i det første tilfellet, er det dermed et betydelig beløp å spare for pasienten ved å kunne benytte seg av en avtalefysioterapeut fremfor en privatpraktiserende fysioterapeut.

TAKSTER FOR FYSIOTERAPI FRA 01.07.2019

For fysioterapeuter som har avtale om driftstilskudd med kommunen, og kommunalt ansatte fysioterapeuter.



		Honorartakst	Refusjonstakst	Pasientens egenandel
A1a	Undersøkelse, inntil 30 min.	309	136	173
A1c	Undersøkelse, ut over 30 min.	150	150	0
A1d	Undersøkelse hos fysioterapeut med rett til A8, A9 eller A2k, inntil 30 min.	393	220	173
A1f	Undersøkelse hos fysioterapeut med rett til A8, A9 eller A2k, ut over 30 min.	185	185	0
A1g	Tillegg ved undersøkelse individuell plan/tverrfaglig utredning	105	105	0
A1h	Tillegg for undersøkelse hos manuellterapeut	70	70	0
A2g	Tillegg for bruk av spesialkonstruert utstyr for medisinsk trenings- eller slyngeterapi	20	8	12
A2k	Kompetansetillegg, spesialist	50	50	0
A3a	Behandling hos fysioterapeut	160	37	123
A3b	Tillegg for behandling ut over 20 min. per påbegynte 10. min.	76	39	37
A4	Enkel pasientkontakt	63	63	0
A8a	Behandling hos manuellterapeut	261	98	163
A8b	Tillegg for behandling ut over 20 min. per påbegynte 10. min.	110	51	59
A9a	Behandling hos fysioterapeut med tilleggskompetanse i psykomotorisk fysioterapi	202	79	123
A9b	Tillegg for behandling ut over 20 min. per påbegynte 10. min.	97	58	39
A10	Veiledet trening, minst 30 min.	30	5	25

Tabell 4-1: Takstplakat fra forskrift om stønad til dekning av fysioterapi, (Lovdata, 2019)

Til slutt kan det være verdt å merke seg to ytterlige aspekter ved takstplakaten over. Fysioterapeuter med rett til å heve takst A8, A9 eller A2k (manuellterapeuter, fysioterapeut med psykomotorisk kompetanse og de med godkjent spesialistkompetanse) har rett på å heve et høyere honorar enn en ordinær fysioterapeut, kr 393 mot kr 309. Som man ser, så er det HELFO/refusjonstaksten som dekker dette mellomlegget, ikke pasienten. Disse gruppene har også rett til å kreve høyere satser for tilleggstakster. Videre fungerer takstplakaten slik at fysioterapeutene kan heve takst A3b, A8b og A9b for behandling ut over 20 minutt, per påbegynte 10 minutt. Disse takstene medfører at det vil være mer lønnsomt for fysioterapeuter med konsultasjoner på 25 minutt, 35 minutt osv. fremfor 30 minutt, 40 minutt osv. De har rett på samme honorar, men bruker mindre tid som kan gjøre det mulig å rekke å ta inn flere pasienter i løpet av dagen.

4.1.4 Den økonomiske betydningen av driftsavtalen

Siden driftstilskuddordningen ble opprettet i 1984, har det vist seg å være en lukrativ ordning å ta del i for fysioterapeutene. Begrunnelsen kommer først og fremst av at driftsavtale med kommunen gir adgang til å ta ut refusjon fra HELFO. Ordningen gjør det mulig å kunne bærekraftig tilby pasientene en billigere tjeneste enn de helprivate fysioterapeutene har anledning til. Denne prisforskjellen og behovet for nødvendig helsehjelp i kommunen knyttet til fysioterapi, bidrar til at ventelistene til avtalefysioterapeutene raskt fylles opp, og de har ikke problem med å få inn pasienter. De fleste kommunene har lange ventelister på avtalefysioterapi, og det kan se ut til at tilbudet av tjenesten ikke tilsvarende behovet (Paulsen & Øyehaug, 2018). Samlet sett, fører muligheten til å kunne tilby lave priser, ta ut refusjon fra HELFO, samt den tilsynelatende «uendelige» tilgangen på pasienter, til at driftstilskuddsordningen kan omtales som en «gullgrube» for en fysioterapeut (DN, 2008). Bransjen til avtalefysioterapeutene har høye inngangsbarrierer og det finnes bare et gitt antall driftsavtaler. Under disse omstendighetene kan avtalefysioterapeutene teoretisk sett drive sin praksis uten å måtte bekymre seg for nye konkurrenter, og sett i sammenheng med aspektene over gjør dette det til en attraktiv bransje å få ta del i. Dette analyseres og utdypes videre under bransjeanalysen i kapittel 4.4.

Kommunale driftsavtaler er dermed ikke noe som er fritt tilgjengelig, og er ikke lett å få tilgang til. Driftsavtaler blir bare utlyst dersom kommunen skulle finne det nødvendig å utvide fysioterapitilbudet i kommunen eller når en eksisterende avtalehjemmel blir ledig. Ifølge tidligere rådgivier for avtalefysioterapeutene, har det første alternativet historisk sett vist seg

å sjelden finne sted, tross stor etterspørsel og lange ventelister hos kommunen. I utgangspunktet har alle autoriserte fysioterapeuter mulighet til å søke om utlyste driftstilskudd, disse skal så avveies ved en faglig vurdering. I praksis har det likevel vist seg at det er nokså vanlig at den som fratrer avtalehjemmelet i stor grad påvirker/bestemmer etterfølger mot betydelige kompensasjoner (Fysionett, 2017). Disse kompensasjonene eller vederlag for verdien av driften reguleres av rammeavtalen ASA 4313 punkt syv, og omtales som goodwill. Goodwill kan utgjøre *inntil* 20% av gjennomsnittlig omsetning for de tre siste årene, og dette er en forhandlingssak mellom avtroppende og overtagende fysioterapeut. For en nyutdannet fysioterapeut, vil det å skaffe tilgang til kommunal avtale ved å overta en eksisterende driftsavtale da representere en betydelig investering, gjerne på minst kr 200 000. Ved utdeling av helt nye tilskudd, eller eksisterende tilskudd som kommunen har innløst etter ASA 4313 punkt 12, forekommer det ingen krav eller forventninger om betaling av goodwill som beskrevet over. Dette bidrar til at denne type driftstilskudd er enda mer lukrative, men de forekommer historisk sett nokså sjeldent. Jeg vil komme nærmere tilbake til ASA 4313 i kapittel 4.3.1.

4.1.5 Utvikling i størrelse på driftsavtalene

Ved dags dato finnes det fysioterapeuter med både fullt driftstilskudd, og fysioterapeuter med driftstilskudd under 100%. De med fullt driftstilskudd mottar for avtaleåret 2019/2020 et årlig fast beløp på kr 447 720,-, og de med tilskudd under 100% mottar tilskudd lik sin avtalehjemmel. Eksempelvis vil en avtalefysioterapeut med 50% avtalehjemmel motta kr 223 860,-. Avtalefysioterapeuter med reduserte driftsavtaler mottar dermed betraktelig lavere summer. Men det er verdt å merke seg at de med reduserte driftsavtaler har tilsvarende reduserte krav fra kommunen, som åpner opp for en friere organisering av egen praksis. Likevel er det flere som står ufrivillig med deltidshjemler, og jeg vil nå kort gjennomgå noen av hovedårsakene til at disse fremdeles finnes.

Når ordningen ble opprettet i 1984, ble «alle som ønsket det» tildelt driftsavtaler. I perioden etter opprettelsen oppstod det en utilsiktet praksis blant avtalefysioterapeutene. Det kunne skje at de som var tildelt en 100% driftsavtale, valgte å dele denne opp for så å selge de videre. For eksempel kunne en driftsavtale deles opp i fem deler på 20% hver (dette var minimum lovlig størrelse på driftsavtale på den tiden). De valgte så å beholde 20% selv, for så å selge de fire andre delene til andre fysioterapeuter. Dette hadde flere konsekvenser, først og fremst tjente vedkommende som i utgangspunktet hadde 100% driftsavtale store summer på å dele opp

driftsavtalen. Videre bidro dette til at kommunene fikk en økt grad av «gratis» fysioterapi, siden de i praksis nå fikk fem fysioterapeuter til prisen av en. Ved at fem individer nå hadde tilgang til refusjon fra HELFO, hvor det i utgangspunktet bare var tiltenkt at en skulle ha det og alle fem trolig arbeidet offentlig utover sine 20%, bidro dette til en stor økning i utbetalinger fra HELFO. Denne praksisen av oppdeling og videresalg av små avtalehjemler har vært en stor bidragsyter til hvorfor situasjonen er slik den er i dag med mange reduserte driftsavtaler. I et forsøk på å rette opp i dette ble det etter lovendring i 2016 ikke tillatt for kommunen å inngå og videreføre driftsavtaler som tilsvarer mindre enn 50 prosent av fullt driftstilskudd. I Bergen kommune ble samtlige avtalehjemler under 50% oppjustert til minst 50% 01.09.17 (BergenKommune, 2017a).

I tillegg til denne uheldige utviklingen, har kommunen også bidratt til eksistensen av reduserte driftsavtaler. Kommunen har anledning til å opprette og utlyse deltidshjemler så lenge dette samsvarer med *det reelle behovet* etter ASA 4313 punkt 13. Dermed, så lenge det reelle behovet tilsvarer den reduserte driftsavtalen er det helt uproblematisk. For noen er det ikke mulig å arbeide 100%, og for andre er friheten knyttet til lavere forpliktelser overfor kommunen å foretrekke. Tross reduserte driftsavtaler har samtlige anledning til å arbeide mer om de ønsker dette. Det som derimot kan oppleves som problematisk, er at det er mange avtalefysioterapeuter med reduserte driftsavtaler som gjerne ville hatt 100% avtaler siden de likevel leverer og arbeider i henhold til en avtale av full størrelse. Jeg vil komme mer inn på lovgivningen bak driftsavtalene i kapittel 4.3.1. Problematikk relatert til størrelsen på driftsavtalene vil presenteres og videre diskuteres i kapittel 5 og 6.

4.1.6 Bergen Kommune

I Bergen kommune er det i perioden denne utredningen skrives, våren 2020, 160 fysioterapeuter med kommunal avtale, hvorav 103 har 100% driftstilskudd og 57 har tilskudd som er mindre enn 100% (Pedersen, 2020).

Bergen kommune har i november 2017 signert en lokal erklæring om heltid i kommunen (BergenKommune, 2017b). Erklæringen skal sette søkelys på å skape en heltidskultur i kommunen for å bidra til å gjøre kommunen til en mer attraktiv arbeidsgiver, samt øke kvaliteten i tjenestene som leveres. Til tross for denne erklæringen, har det ikke enda skjedd noen betydelige oppjusteringer i forhold til driftsavtalene for fysioterapeutene per vår 2020.

4.2 Markedsavgrensning

Før jeg setter i gang med selve bransjeanalysen er det viktig å definere hvilket marked jeg skal analysere. I teorikapittelet ble definisjon av markedet nevnt som en svakhet ved bransjeanalysen da dette ofte kan vise seg å være vanskelig å definere. Når man skal analysere fysioterapibransjen i Norge har man flere alternativer med hensyn til geografisk marked, type tjeneste eller produkt og øvrig segmentering. Ved å sette klare rammer for analysen tidlig, blir det mer overkommelig å etablere et tydelig skille mellom eksisterende aktører i markedet, substitutter og mulige inntrengere. For å avgrense og mer effektivt definere markedet avtalefysioterapeutene opererer i, har jeg valgt å benytte konkurransetilsynet sine definisjoner knyttet til *relevante markeder* (Konkurransetilsynet, 2011; Regjeringen, 2004). Konkurransetilsynet (2011) viser til at det ved slike avgrensninger oftest tas utgangspunkt i kjøperens muligheter til å velge forskjellige varer og/eller tjenester. En kjøper vil typisk basere valget av aktør på bakgrunn av egenskaper ved produktene og aktørens lokalisering. Utfra dette utleder konkurransetilsynet at det relevante markedet har to dimensjoner, en produktdimensjon og en geografisk dimensjon.

Konkurransetilsynet definerer det relevante markedet på følgende måte:

«Det relevante produktmarked omfatter alle varer og/eller tjenester som etter forbrukerens oppfatning er innbyrdes ombyttelige eller substituerbare ut fra egenskaper, pris og bruksområde.» (Konkurransetilsynet, 2011, p. 1)

Og det relevante geografiske markedet er definert slik:

«Det relevante geografiske marked omfatter området der de berørte foretakene tilbyr varer eller tjenester, der konkurransevilkårene er tilstrekkelig ensartet, og som kan holdes atskilt fra tilgrensende områder særlig fordi konkurransevilkårene der er merkbart forskjellige.» (Konkurransetilsynet, 2011, p. 1)

4.2.1 Det relevante produktmarkedet

Fysioterapitjenesten i kommunen består av to grupper; offentlig ansatte fysioterapeuter og selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter som har driftsavtale med kommunen. I tillegg til disse finnes det også helprivate fysioterapeuter. Utredningen utforsker avtalefysioterapeutene. Helprivate fysioterapeuter i kommunen anses ikke som å operere i samme konkurransearena,

ettersom de driver under helt andre vilkår. De helprivate fysioterapeutene vil i stedet defineres som substitutter. Offentlig ansatte fysioterapeutene fra konkurransearenaen utelukkes på samme grunnlag da de også arbeider under andre omstendigheter, og hovedsakelig retter sine tjenester mot andre typer pasienter enn avtalefysioterapeutene. Videre omfatter fysioterapitjenesten i Norge mange forskjellige segmenter og nisjer. Som presentert i kapittel 2.1, definerer NFF så mye som 14 typer spesialiseringer. Dette åpner naturlig opp for at de forskjellige typene terapeuter tilbyr forskjellig type behandling og har forskjellige områder de spesialiserer seg på. Måten fysioterapeutene driver sin praksis på, kan også variere veldig fra spesialisering til spesialisering. Eksempelvis vil en manuellterapeut kunne behandle et betraktelig høyere antall pasienter per dag, enn for eksempel en psykomotorisk fysioterapeut.

Etter konkurransetilsynets definisjon ligger avveiningen ved en slik avgrensning på hvilke produkter/tjenester *pasienten oppfatter* som tilsvarende med tanke på pris, bruksområde og egenskaper (Konkurransetilsynet, 2011). Når det kommer til pris for tjenesten, så er denne offentlig regulert og lik for alle avtalefysioterapeutene (Lovdata, 2019). Noen typer behandlinger hos spesialist kan derimot gi avtalefysioterapeuten rett til å heve tilleggskost, og pris på behandling kan på den måte variere på tvers av hele bransjen. Når det gjelder bruksområde og egenskap, kan det tenkes at det åpner for nærmere segmentering i henhold til type spesialisering. Det anses som rimelig å anta at for pasienter flest, vil alle de forskjellige typene fysioterapeuter dekke pasientens behov, siden alle skal ha samme grunnkompetanse. Likevel vil mange pasienter også ha behov for helsehjelp knyttet til de forskjellige spesialiseringene. Eksempelvis er det ikke alt en avtalefysioterapeut som driver med allmennfysioterapi kan behandle, og en spesialist er nødvendig. Dette taler for at bransjen kan segmenteres etter spesialisering/bruksområde.

Gitt tidsperspektivet på utredningen og omstendighetene rundt Covid-19 utbruddet, har jeg valgt å definere det relevante produktmarkedet som *alle* avtalefysioterapeutene i Bergen kommune. Selv om det finnes gode argumenter for å segmentere bransjen ytterligere, har ikke det latt seg gjøre i praksis med hensyn til datainnsamlingen som gjort rede for i kapittel 2.2. Analysen vil like fullt kunne beskrive hva som karakteriserer bransjen, ettersom jeg vil inkludere kommentarer knyttet til eventuelle problemstillinger ved segmenteringen undervegs.

4.2.2 Det relevante geografiske markedet

I tillegg til å definere og avgrense markedet, er det også viktig å si noe om geografisk avgrensning. I sin definisjon påpeker konkurransetilsynet faktorer som området hvor aktørene tilbyr varer/tjenester, hvor konkurransevilkårene er tilstrekkelig ensartet og som kan holdes atskilt fra tilgrensende områder der konkurransevilkårene er tilstrekkelig forskjellige (Konkurransetilsynet, 2011). Denne delen av avgrensningen går dermed i hovedsak ut på aktørenes lokalisering i forhold til pasientene og konkurransevilkårene i de lokale markedene. I denne utredningen søker jeg å kartlegge fysioterapibransjen i Bergen kommune, og med dette er den geografiske avgrensningen allerede gjennomført. Det hadde vært en mulighet å se på enkelt bydeler, men dette har ikke latt seg gjøre i praksis. Det relevante geografiske markedet avgrenses derfor til å omfatte utelukkende avtalefysioterapi i Bergen kommune. Den totale populasjonen for tilbydere i markedet består da av 160 avtalefysioterapeuter fordelt på 283 929 innbyggere (Pedersen, 2020; SSB, 2020).

4.3 Analyse av makroforholdene

I kapittel 3 presenterte jeg PESTEL-rammeverket som et hjelpemiddel for å kartlegge et statisk bilde av makroomgivelsene til en bransje. Jeg vil nå benytte rammeverket til å analysere vesentlige forhold i omgivelsene i bransjen for avtalefysioterapeuter. Ettersom ikke alle forholdene, som ble gjort rede for i teoridelen, er like relevante, og for å redusere kompleksiteten ved analysen, har jeg valgt å fokusere på de mest vesentlige endringsdriverne for bransjen. Dette inkluderer utvalgte aspekter fra alle de makroøkonomiske forholdene utenom de miljømessige som jeg har valgt å holde utenfor. I de kommende delkapitlene vil jeg analysere de mest relevante forholdene fra kapittel 3.1 hver for seg.

Merk: PESTEL analysen er en statisk analyse. For å gi et mest mulig representativt bilde av situasjonen i bransjen over tid, har jeg valgt å sette tidsperspektivet for analysen på fjerde kvartal 2019 til starten av første kvartal 2020. Effekten av Covid-19 vil derfor, som tidligere nevnt, ses bort i fra siden pandemien førte til noe som nærmest må kunne kalles unntakstilstander som har påvirket flere av de makroøkonomiske forholdene i hele verden.

4.3.1 Politiske og juridiske forhold

I Norge har vi generelt sett stor tillit til de politiske institusjonene, dette gjelder også tillit til landets rettsvesen (Kleven, 2016). Norge plasserer seg som et av de høyest rankede landene i verden i henhold til TRACE International sin analyse av risiko knyttet til korrupsjon. Norge scorer høyt på punkter relatert til åpenhet om politikken og økonomisk styring av landet (TRACE-International, 2019). Dette er med på å skape gode forhold for bedrifter i landet ved at de politiske og juridiske rammebetingelsene er stabile og transparente, som tilrettelegger for trygg drift med muligheter for å planlegge fremover. I bransjen for avtalefysioterapeutene er det flere vesentlige politiske og juridiske forhold som påvirker makroomgivelsene deres. Ettersom de politiske forholdene henger tett sammen med de juridiske forholdene, har jeg valgt å presentere disse to forholdene i lag. Jeg vil nå presentere de forholdene jeg anser som mest relevante og betydningsfulle for analysen.

ASA 4313 – Rammeavtale mellom KS og NFF, NMF og PFF om drift av selvstendig næringsdrivende fysioterapivirksomhet

ASA 4313 regulerer forholdet mellom kommunen og avtalefysioterapeutene og kan på mange måter anses som en arbeidsbeskrivelse (KS, 2018b). Formålet med avtalen er å skape forutsigbare rammebetingelser i forholdet mellom avtalefysioterapeuten og kommunen. Avtalen regulerer blant annet hvem det kan inngås avtale med, hva helsetjenesten skal inneholde, hvordan behandlinger skal prioriteres, hvordan ledige avtalehjemlene skal kunngjøres og tildeles, overdragelse av hjemler, lokalisering, innløsning, driftstilskuddet og arbeidstider (KS, 2018b). Avtalen står helt sentralt i henhold til hvordan fysioterapeutene med driftsavtale med kommunen skal drive, hva som kreves av dem og hvordan de skal forholde seg til kommunen. I tillegg til ASA 4313 foreligger det også en avtale mellom de forskjellige fysioterapiforbundene og KS og Helse- og omsorgsdepartementet om driftstilskudd og takster for fysioterapeuter med driftsavtale (ASA 4303/Statsavtalen), og en tariffavtale (SFS 2303 Fysioterapitjenesten).

Driftstilskuddordningen

Selve driftstilskuddordningen og historikken rundt denne er allerede gjort rede for i kapittel 4.1. Driftstilskuddet er en del av rammeavtalen ASA 4313 og statsavtalen ASA 4303, og kommunen skal yte driftstilskudd til avtalefysioterapeutene, jf. lov om kommunal helse- og omsorgstjenester § 3.2 (KS, 2018a; Lovdata, 2011). Driftsavtale med kommunen gir blant

annet tilgang til å ta ut refusjon fra HELFO. Det følger at avtalefysioterapeutene må forholde seg til de offentlig fastsatte takstene, som sikrer sikker tilgang til pasienter. Målet er at driftstilskuddet skal bidra med forutsigbarhet for driften til avtalefysioterapeutene. Videre er det kommunen som betaler ut driftstilskuddet til fysioterapeutene, og det er kommunen som styrer hvorvidt det er nødvendig å utlyse nye avtalehjemler, og kommunen er ellers en viktig del av prosessen knyttet til overtagelse og videreføring av eksisterende avtalehjemler (KS, 2018b). Kommunen har etter endring i 2016 ikke lenger mulighet til å inngå driftsavtaler under 50 %, og ordlyden i rundskrivet er at «størrelsen på avtalehjemmelen skal være i samsvar med omfanget fysioterapeuten *forutsettes* å arbeide» (KS, 2018b). Videre skal det etter ordningen også bare opprettes deltidshjemler når det tilsvarer det *reelle* behovet. Med dette er kommunen ved sin fulle rett til å overføre og inngå driftsavtaler under 100%, men dette har ikke vært helt uproblematisk. Selv om fysioterapeutene bare *forutsettes* å arbeide i henhold til sin driftsavtale, er ikke dette alltid mulig å få til i praksis. Dette gjelder spesielt for avtalefysioterapeutene med små avtalehjemler, noe jeg vil komme tilbake til i kapittel 5.5. Driftsavtale med kommunen er selve nøkkelen for å bli avtalefysioterapeut, og det er en viktig del av finansiering av den kommunale fysioterapitjenesten. Driftstilskuddet er dermed en svært viktig politisk faktor å holde seg oppdatert på, ikke minst om man har som mål å inngå driftsavtale med kommunen. Fullt driftstilskudd er satt til kroner 447 720 for avtaleperioden juli 2019 til juli 2020 (Lovdata, 2019).

Samhandlingsreformen, pasientreformen mm.

Gjennom det siste tiåret har det kommet flere eksempler på reformer og lovendringer som har hatt betydelig innvirkning på bransjen til avtalefysioterapeutene. Eksempler på dette er samhandlingsreformen, pasientreformen fra 2017 og endringer knyttet til hvem som er fritatt fra å betale egenandeler for fysioterapibehandling.

Samhandlingsreformen er utarbeidet av Helsedirektoratet, og den trådte i kraft fra starten av 2012. Reformen sørget for at kommunene fikk ansvar for sine egne innbyggers behov for helsetjeneste, som førte til at mer av det som tidligere kom under spesialhelsetjenesten ble overført til kommunen. Reformen førte til at antall pasienter for avtalefysioterapeutene økte, og ettersom avtalehjemlene i kommunen ikke ble oppjustert i takt med reformen, resulterte det ifølge tidligere rådgiver for avtalefysioterapeutene i Bergen kommune i lengre ventelister.

Som en del av pasientreformen, som ble vedtatt juni 2017, ble det bestemt at kravet om at pasient må ha henvisning for å få dekt utgifter til undersøkelse og behandling hos fysioterapeut skulle fjernes. Dette har bidratt til direkte tilgang til fysioterapi for alle pasienter, og de trenger ikke lenger gå via fastlegen for å kunne få dekket kostnader knyttet til fysioterapitjenesten (NFF, 2014, 2017). Pasienter kunne etter denne reformen mer effektivt komme inn i et behandlingsløp, og det har trolig bidratt til at flere benytter seg av den kommunale fysioterapitjenesten.

Fra januar 2017 ble det innført endringer i forhold til hvem som er fritatt fra å betale egenandel for fysioterapibehandling i kommunen (NFF, 2016). Etter denne endringen er det bare barn under 16 år og personer med godkjent yrkesskade av NAV, som er fritatt. NFF (2016) viser videre til at dette medførte at tilnærmet 200 000 pasienter på landsbasis med forskjellige diagnoser, som tidligere hadde hatt krav på gratis behandling, nå ikke hadde det lengre. Endringen kan ha ført til en nedgang i ventelistene hos avtaleterapeutene, siden flere av de som tidligere fikk behandlingen dekket, nå ikke lenger har råd til fysioterapi.

Helsepersonelloven, kommunehelsetjenesteloven mm.

Avtalefysioterapeutene er en del av den kommunale helsetjenesten og er dermed ilagt å forholde seg til blant annet lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og lov om helsepersonell. Helse- og omsorgstjenesteloven hjemler blant annet bruk av privat virksomhet som tjenestetilbyder av den kommunale helsetjenesten. Loven trekker også frem at helsetjenester som tilbys gjennom kommunen ilegges krav om *forsvarlighet, pasientsikkerhet* og *kvalitet* (Lovdata, 2011). Lov om helsepersonell viser til offentlig helsepersonells generelle plikter ved utøvelse av eget yrke (Lovdata, 1999). Helsepersonelloven stiller også krav til autorisasjon for å kunne arbeide som fysioterapeut. Hovedformålet med autorisasjonen er å sikre pasientens sikkerhet, så vel som å sikre nødvendige kvalifikasjoner og kompetanse og forsvarlig drift. Det medfører personlig ansvar for driften, samt det stilles krav til faglig og etisk standard (NFF, 2020a).

Forskrifter knyttet til fysioterapitjenesten

For å sikre kvalitet ved tjenesten avtalefysioterapeutene utfører, og tilgjengelighet for befolkningen, er det utarbeidet flere forskrifter. Dette gjelder forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi og forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale (Lovdata, 2017, 2019). Forskrift for stønad regulerer hvilke fysioterapi

som gir rettighet til stønad, og det er denne forskriften som regulerer de offentlig fastsatte takstene. De offentlig fastsatte takstene er et resultat av takstoppgjør mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS og fysioterapeutforbundene som blir presentert i ASA 4303 (KS, 2018a). Endringer i takstplakaten vil altså kunne ha innvirkning på inntjeningen til avtalefysioterapeutene ved at det er regulerte priser, og det foreligger regler om hva man kan ta seg betalt for. Flere av informantene fra denne studien viste til hvordan innholdet i takstplakaten var med på å påvirke praksisen til den enkelte. Eksempelvis eksisterte det tidligere takster relatert til bruk av elektroterapi, disse ble etter hvert fjernet fra takstplakaten og lagt over i tidstakstene (Lindvåg, 2016). Endringen førte til en brå nedgang i bruk av blant annet elektroterapi i behandling hos fysioterapeutene.

Forskrift om funksjons- og kvalitetskrav har som formål og sikre nødvendig og helhetlig fysioterapitjeneste av god kvalitet (Lovdata, 2017). Denne loven regulerer blant annet kommunens ansvar, krav knytte til kvalitet, forsvarlig praksis, tjenestens innhold, journalføring, prioritering osv.

Under Covid-19 utbruddet våren 2020 ble alle fysioterapiklinikker, med visse unntak, bedt om å stenge for å redusere risiko for spredning av viruset (Høstmark, 2020b). Det ble raskt innført takster knyttet til videokonsultasjon for å imøtekomme den nye hverdagen til fysioterapeutene og gi de mulighet til å betjene pasientene over nett (Høstmark, 2020a; Lovdata, 2020; NFF, 2020b). Dette er et godt eksempel på hvordan takstene er med å påvirke hverdagen til avtalefysioterapeutene ved at det nå ville være lønnsomt å forsøke å betjene pasientene over nett.

4.3.2 Økonomiske forhold

I desember 2019 kunne SSB melde at de estimerte at konjunkturoppgangen i Norge, som hadde vart siden starten av 2017, var i ferd med å ta slutt (SSB, 2019b). Tidlig februar 2020 kunne SSB vise til en oppgang i bruttonasjonalprodukt (heretter BNP) på 0,2 prosent for fjerde kvartal 2019, som var en nedgang på 0,1 fra foregående kvartal (J. Christensen, 2020). Basert på tallene fra SSB antas det at den norske økonomien er i ferd med å bremse opp, og 2020 er anslått å bli et svakere år enn 2019.

Hvorvidt en brems i norsk økonomi vil påvirke bruken av fysioterapi er diskutabel, og vil avhenge av om fysioterapi er å anse som et normalgode eller et luksusgode. I henhold til en rapport fra SSB 2019 viser de til at tidsskriftet *The Economist* i 1993 hevdet det var

allmennkunnskap at helsetjenester må anses som et luksusgode (Hjemås, Holmøy, & Haugstveit, 2019). At noe anses som et luksusgode, viser til at inntektselastisiteten er større enn én. Enklere sagt betyr dette at etterspørselen etter en slik tjeneste vil øke mer enn proporsjonalt etter hvert som inntekten stiger, ved lav inntekt vil man ikke ta seg råd til en slik tjeneste. Videre er det funnet i en studie fra sør-øst Asia at helsetjenester kan anses som et normalgode fra offentlig sektor, og et luksusgode om det er levert fra privat sektor (Khan & Mahumud, 2015). I en artikkel med litteraturgjennomgang fra 2018 viser forfatter til hvordan eksisterende litteratur på hvorvidt helsetjenester er å anse som et normalgode eller luksusgode, gir varierende resultat (Shafrin, 2018). Trolig vil dette avhenge av situasjonen i det enkelte landet.

I Norge er avtalefysioterapi en del av den kommunale helsetjenesten, og utgiftene knyttet til tjenesten er i stor grad dekket av staten og kommunen. Frikortordningen (frikort egenandelstak 2) setter også et tak på kostnadene for pasientene knyttet til egenandel på maks kr 2176,- i året (HELFO, 2019). I tillegg til dette finnes det grupper i samfunnet som er fritatt for å betale egenandeler. For kommunal fysioterapi gjelder dette barn under 16 år og de med godkjent yrkesskade av NAV. Det at kommunal fysioterapi kan tilbys under slike vilkår og priser, medfører at tjenesten i større grad må kunne anses som et normalgode. Likevel vil det alltid finnes sårbare grupper i samfunnet hvor det i økonomiske nedgangstider medfører at de ikke kan ta seg råd til helsetjenesten. For noen kan det også tenkes at fysioterapibehandlingen er helt nødvendig, og for denne gruppen vil trolig en nedgang i økonomien ikke påvirke bruken av tjenesten. Den generelle etterspørselseffekten er altså noe uklar, men det antas at velferdssystemet bidrar i slik grad at en nedgang i norsk økonomi ikke vil utgjøre en stor endring i etterspørselen etter helsetjenesten. For fysioterapi levert av helprivate aktører vil nedgang i økonomien trolig ha større effekt på etterspørselen.

4.3.3 Sosiokulturelle forhold

Ifølge Folkehelse rapporten fra Folkehelseinstituttet, som regelmessig oppdateres, er stadig mer tid brukt på stillesittende aktivitet og redusert fysisk aktivitet et økende problem for den generelle folkehelsen (Folkehelseinstituttet, 2017). Rapporten viser til at voksne i gjennomsnitt benytter ni timer av dagen til stillesittende aktiviteter, og bare 30% oppfyller Helsedirektoratet sine anbefalinger om å daglig gjennomføre minst 30 minutter med moderat fysisk aktivitet. Et av hovedpunktene som rapporten trekker frem, er at inaktivitet og økt stillesitting øker risiko knyttet til flere folkesykdommer. Den økte graden av stillesitting blant

voksne kan trolig knyttes til stillesittende arbeid i sammenheng med jobbhverdagen (Folkehelseinstituttet, 2017). Stillesittende kontorarbeid har vist seg å kunne ha negativ innvirkning på både syn og muskulatur, og flere fysioterapeuter, naprapater og kiropraktorer erfarer økt antall henvendelser angående problemer med nakke, rygg og skuldre knyttet til stillesittende kontorarbeid (KarriereStart, 2015).

Samtidig som den norske befolkningen sitter mer stille i sammenheng med jobbhverdagen, viser forskning til at befolkningen er mer aktive på fritiden enn tidligere (Spilde, 2016). Resultater fra levekårsundersøkelsen fra 2019 viser også at styrketrening er blitt stadig mer populært blant befolkningen i forhold til andre aktivitetsformer (Dalen, 2019). Det antas at større grad av fysisk aktivitet kan komme av økt kunnskap om positive effekter knyttet til styrketrening, bedre treningstilbud gjennom arbeidsplassene og vekst i bruk av personlige trenere o.l. (Dalen, 2019). Det kan tenkes at denne tendensen til økt grad av helsebevissthet, og økt bruk av styrketrening kan ha bidratt til å gjøre fysioterapeutene mer synlige. Ofte er fysioterapeuter knyttet til treningssentre, og ved at flere benytter tilrettelegging av styrketrening, gjennom blant annet bruk av personlig trener, blir de også gjort oppmerksom på hvordan de kan dra nytte av fysioterapi. Sett i sammenheng med at man ikke lenger er avhengig av å få henvisning via fastlege som nevnt i 4.3.1, kan det altså tenkes at økt helsebevissthet har bidratt til å gjøre fysioterapeutene mer synlige i samfunnet, og mer aktuelle for folk flest.

4.3.4 Teknologiske forhold

Økt bruk av internett blant befolkningen og digitalisering av samfunnet har bidratt til å gjøre det lettere å få informasjon om avtalefysioterapeutene i kommunen. Gjennom nettsiden til Bergen kommune kan man enkelt finne oversikt over alle avtalefysioterapeutene i kommunen, hvor de befinner seg, hva de spesialiserer seg i og hvordan man får kontakt med dem. Gjennom intervjuene i sammenheng med datainnsamlingen til utredningen, kom det frem at synligheten gjennom kommunen i stor grad gjorde all annen form for markedsføring mindre relevant.

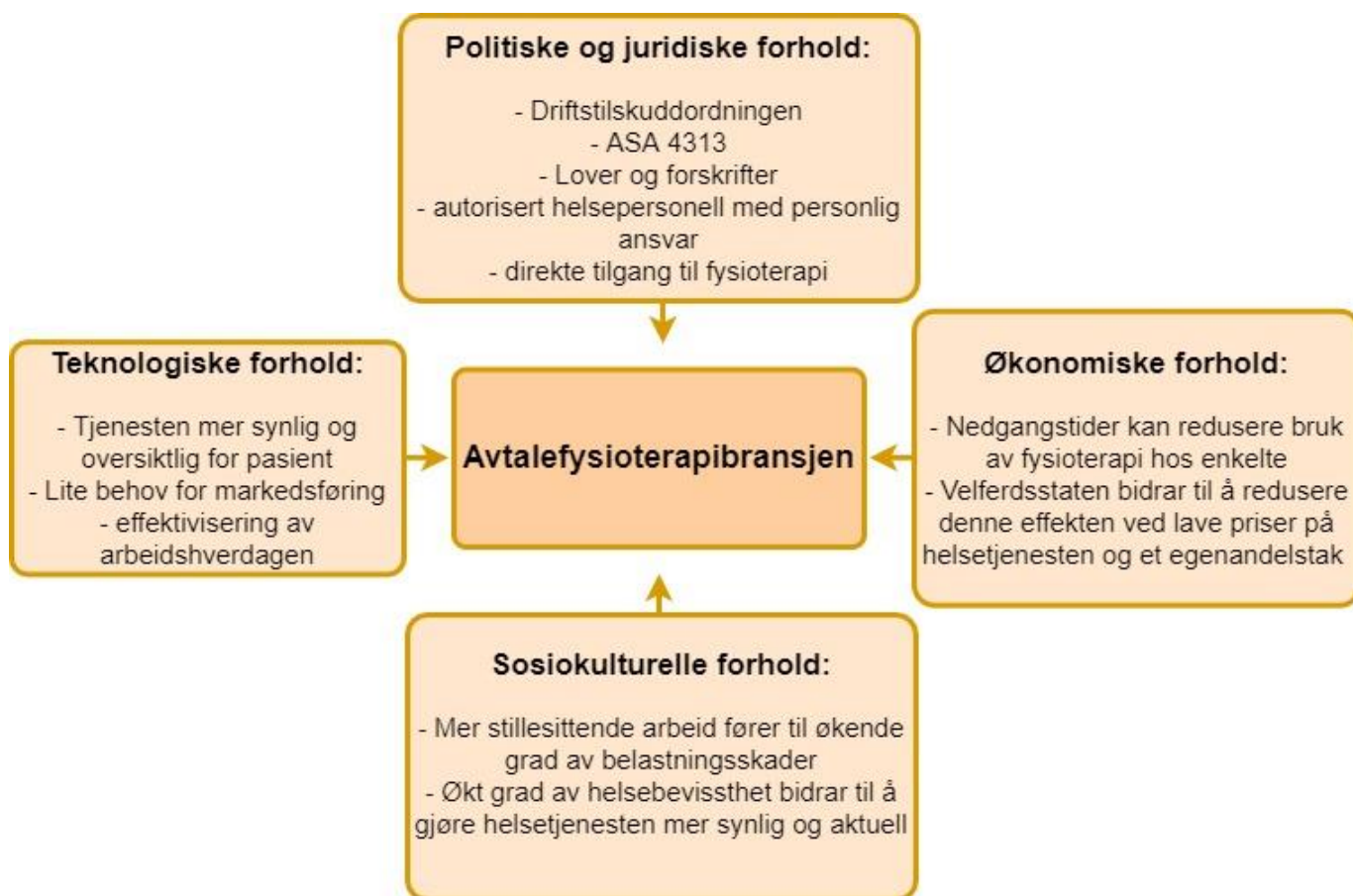
Andre teknologiske forhold som er relevante å trekke frem for bransjen er digitalisering av journalføring o.l. Dette bidrar til å gjøre denne delen av jobben for avtalefysioterapeutene mer effektiv, men samtidig har det gjennom intervjuene kommet frem at kostnadene knyttet til programvaren, som er et krav fra HELFO, utgjør en stor andel av de faste kostnadene til den enkelte i måneden.

4.3.5 Oppsummering av makroforholdene

Jeg har nå benyttet meg av PESTEL rammeverket for å undersøke og kartlegge de mest relevante makroøkonomiske forholdene ved bransjen til avtalefysioterapeutene. Dette skal bidra til å hjelpe meg å besvare hvilke forhold som karakteriserer bransjen.

Kort oppsummert er det flere forhold som er nødvendige å ta i betraktning ved analyse av makroomgivelsene til den norske avtalefysioterapibransjen. Av politiske forhold kan driftstilskuddsordningen trekkes frem som en av de mest sentrale, ettersom det er tildeling av denne som faktisk gjør en til en avtalefysioterapeut, samt åpner opp for refusjonsordningen til HELFO. Videre er det nødvendig å være klar over og holde seg oppdatert på lovgivningene relatert til bransjen, siden avtalefysioterapeutene er autorisert helsepersonell. Med dette kommer det personlig ansvar, plikt til å opprettholde kvalitetssikret behandling og plikt til å følge etiske retningslinjer. Lovendringen relatert til hvorvidt man trenger henvisning for å få behandling med krav på refusjon, har også gjort fysioterapeutene mer attraktive å benytte. Sosiokulturelle forhold, som økt grad av stillesitting i samfunnet og økt helsebevissthet, har bidratt til større antall plager som ofte behandles av fysioterapeut. Den økonomiske nedgangen kan bidra til at de svakeste gruppene i samfunnet ikke lenger kan ta seg råd til fysioterapi, men denne effekten antas å ha mindre betydning siden avtalefysioterapi i stor grad er dekket av HELFO med et egenandelstak på kr 2 176,-.

Konklusjonen av PESTEL analysen er at politiske og juridiske forhold er med på å styre vesentlige deler av inntektene til avtalefysioterapeutene gjennom de offentlig fastsatte takstene. Forholdene legger føringer på hvordan avtalefysioterapeutene skal drive sin praksis og utføre sin jobb som autorisert helsepersonell, samt de regulerer tilgangen til driftstilskuddsordningen gjennom driftsavtale med kommunen. Videre taler sosiokulturelle forhold for at det burde være et økt behov for behandling i dagens samfunn, samtidig som teknologiske forhold bidrar til å gjøre det lettere å få informasjon om avtalefysioterapeutene i kommunen. I figur 4-1 under, er resultatet av analysen grafisk fremstilt.



Figur 4-1: Oppsummering PESTEL-analysen.

4.4 Analyse av konkurranseomgivelsene

Som neste steg for å besvare det første forskningsspørsmålet, vil jeg analysere konkurranseomgivelsene til avtalefysioterapeutene ved hjelp av Porter sin femfaktormodell, som presentert i kapittel 3.2. Jeg har valgt å ekskludere «leverandørens forhandlingsmakt», som presentert i kapittel 3.2.4, ettersom denne faktoren er mindre aktuell for bransjen. Analysen er bygget på informasjon innhentet fra innledende intervju med tidligere rådgiver for avtalefysioterapeutene i kommunen, samt intervju med informantene i sammenheng med datainnsamlingen til utredningen.

4.4.1 Trussel fra potensielle inntrengere

Som gjort rede for i kapittel 3.2.1, vil trusselen fra potensielle inntrengere i stor grad drives av tilstedeværelsen av etableringshindringer i bransjen. For avtalefysioterapibransjen finnes det flere vesentlige etableringshindringer; antall driftsavtaler i kommunen, utdannings- og kompetansekrav, samt sertifisering.

Våren 2020 er det totalt 160 aktive driftsavtaler i kommunen. Det opprettes ytterst sjeldent helt nye driftstilskudd. Fysioterapeuter som ønsker driftsavtale med kommunen, er dermed avhengig av at en avtalefysioterapeut som allerede innehar en driftsavtale enten går av eller pensjonerer seg. Dagens ordning er også slik at når en avtalefysioterapeut først får driftsavtale med kommunen, så skal det veldig mye til for at vedkommende kan miste driftsavtalen. Stort sett sitter samme person med driftsavtalen hele sin karriere. Dette fører til lite rullering på driftstilskuddene, og gjør at knivingen om de ledige tilskuddene blir enda hardere.

Overdragelse av driftsavtalene mellom fysioterapeutene foregår ikke kostnadsfritt. I tillegg til at det kan kreves at fysioterapeuten kjøper seg inn i klinikken driftsavtalen er knyttet til, kan også avtrappende avtalefysioterapeut kreve goodwill på inntil 20% av gjennomsnittlig omsetning de siste tre årene som kompensasjon (typisk en sum på rundt kr 200 000,-). Derfor representerer overtakelse av en eksisterende driftsavtale ofte en vesentlig kapitalinvestering for overtagende fysioterapeut. Å overta en driftsavtale er dyrt, spesielt for nyutdannede fysioterapeuter, som har bidratt til mye kritikk av praksisen knyttet til overføring av tilskuddene.

Etttersom det er 57 deltidravtaler i kommunen, er det mange fysioterapeuter som allerede innehar en driftsavtale som også ønsker å konkurrere om å overta ledige driftsavtaler som

dukker opp. At de som allerede har driftsavtale også søker på ledige avtaler, fører til at konkurransen om å få driftsavtale er enda hardere for potensielle nyetableringer i bransjen.

Et annet betydelig etableringshinder for å bli avtalefysioterapeut i kommunen er utdannings- og sertifiseringskravet til yrket. Som nevnt i kapittel 4.1.1, må man gjennom en treårig utdanning for å bli fysioterapeut. I tillegg kommer krav om sertifisering som man får ved ett års turnustjeneste. Det er altså ikke slik at hvem som helst kan etablere seg som fysioterapeut, det krever en tidsinvestering på minst fire år.

I bransjer hvor tjenestelevering over tid er vanlig er det naturlig å trekke inn byttekostnader, både emosjonelle og økonomiske, som mulige etableringshinder. For pasienter som allerede går til en avtalefysioterapeut, er det rimelig å anta at de har bygget opp en relasjon, og det er ikke nødvendigvis slik at pasienten er likegyldig til hvem de går i behandling hos. Dette er også til en viss grad bekreftet gjennom intervjuene i sammenheng med datainnsamlingen til utredningen. Informantene viser til at de fleste pasientene foretrekker å benytte samme fysioterapeut etter påbegynt behandling, men at det alltid vil finnes pasienter som «shopper» rundt. Byttekostnad vil derimot trolig ha lite å si i bransjen, siden det foreligger ventelister hos de fleste eksisterende avtalefysioterapeutene. Det vil alltid være pasienter som enda ikke har påbegynt behandling og bygget opp en relasjon. Økonomiske byttekostnader har også mindre betydning som etableringshindring, siden alle avtalefysioterapeutene må bruke de samme offentlige takstene.

Alt i alt tyder de overnevnte forholdene på at trusselen fra potensielle inntrengere er relativt lav. Dette kommer hovedsakelig av at det finnes få driftsavtaler, at det sjelden opprettes nye driftsavtaler og at det er lav rulleringen på tilskuddene. Å få driftsavtale er tross alt det som gjør en til en avtalefysioterapeut. For dagens situasjon (våren 2020) bør det nevnes at mange som fikk driftstilskudd da ordningen kom til i 1984, begynner å nærme seg pensjonsalder. Gjennom samtale med tidligere rådgiver for avtalefysioterapeutene i kommunen, fikk jeg kunnskap om at det ved årsskifte 2019/2020 skulle utlyses minst 10 driftsavtaler i løpet av 2020. Trolig vil også flere kunne dukke opp ettersom det er seks måneders oppsigelsestid. At flere driftstilskudd nå vil utlyses er positivt for etablerte og nyutdannede fysioterapeuter, siden det nå er større sjanse for å kunne overta en driftsavtale. Trusselen fra nyetableringer i bransjen anses likevel som lav. Dette forklares av at det sjelden opprettes helt nye tilskudd, og at noen overtar et eksisterende tilskudd i realiteten ikke bidrar til at det blir flere tilbydere. Trusselen fra nye inntrengere drives da av hvor ofte kommunen utlyser helt nye tilskudd, som sjelden

har vist seg å skje ifølge tidligere rådgiver for avtalefysioterapeutene i kommunen. Konsekvensen for de eksisterende tilbyderne i kommunen av at flere skulle komme til i markedet, ville heller ikke vært av stor betydning grunnet stor etterspørsel etter avtalefysioterapi.

4.4.2 Trussel fra substitutter

Substitusjonsprodukter eller tjenester, kan defineres som hva pasientene anser som en helgod erstatning for det bransjen leverer (Lien & Jakobsen, 2015). Trusselen fra substitutter drives dermed av hvor villig pasienten er til å heller benytte substitusjonstjenesten. For avtalefysioterapi er det flere eksempler på hva pasienten kan anse som en helgod erstatning; behandling hos helprivat fysioterapeut, kiropraktor, naprapat, akupunktur og osteopat. Hvor relevante de enkelte substitusjonstjenestene er varierer noe med hvilke plager pasienten har. Siden jeg valgte å inkludere alle de forskjellige fysioterapispesialiseringene i bransjeavgrensningen, blir hva som kan anses som substitutter nokså bredt.

For å avgrense denne delen vil jeg her utelukkende fokusere på substitusjonstrusselen fra de helprivate fysioterapeutene i kommunen, ettersom disse anses som mest nærliggende og relevante som helgode substitutter. Helprivate fysioterapeuter i kommunen vil i stor grad kunne tilby mye av det samme behandlingstilbudet som avtalefysioterapeutene, men til en helt annen pris og ventetid. Helprivate fysioterapeuter har stort sett kort eller ingen ventetid, men de benytter høyere priser enn hva avtalefysioterapeutene gjør via de offentlige takstplakatene. Trusselen fra denne formen for substitutt vil altså drives av den enkelte pasients betalingsvillighet og anledning til å vente, og er derfor vanskelig å definere. Det kan tenkes at ventelistene hos avtalefysioterapeutene i kommunen er så lange at de som eventuelt skulle flytte over til andre substitutter, trolig har lite effekt på pasienttilgjengeligheten for avtalefysioterapeutene. Siden det gjerne er de med god råd som velger å benytte seg av helprivate helsetjenester, kan det også argumenteres for at denne formen for substitusjon er bra for bransjen, siden det åpner opp for at flere av de svake i samfunnet får hjelp fortere. Fra et rent bedriftsøkonomisk perspektiv skulle det nok likevel en ganske stor overgang av pasienter til før det gikk utover økonomien til avtalefysioterapeutene. Sett i sammenheng med de andre potensielle substituttene anses dermed trusselen for substitutter som lav til moderat. Dette kommer av at det er vanskelig å si noe om hvor mange som er villige til å betale mer for den samme tjenesten, men til kortere ventetid. Ved dagens situasjon hvor avtalefysioterapeutene har lange ventelister, vil effekten av substitusjon trolig merkes i svært

liten grad. Hadde det vært et overskudd av avtalefysioterapeuter i forhold til etterspørselen ville denne trusselen blitt målt som mye høyere.

4.4.3 Pasientens forhandlingsmakt

Pasientmassen i Bergen kommune som benytter seg av avtalefysioterapeutene består av mange enkeltindivid. Folketallet i kommunen var ved utgangen av 2019 satt til 283 929 innbyggere, som betyr det er 160 avtalefysioterapeuter å fordele på innbyggerne. Det er med andre ord betydelig færre tilbydere enn pasienter, dette taler for lav forhandlingsmakt. Pasientene har heller ingen reell forhandlingsmakt angående pris ved bruk av avtalefysioterapeutene, siden prisene allerede er satt av forskriftene som beskrevet i kapittel 4.1.3 og 4.3.1. Forhandlingsmakten anses på dette grunnlaget som lav.

4.4.4 Intern rivalisering

Innledningsvis i kapittel 3.2.5 trakk jeg frem viktigheten ved å ha en klar definisjon på konkurransearenaen, og det å definere hvilke type marked man befinner seg i (Lien & Jakobsen, 2015). Konkurransearenaen for avtalefysioterapi i Bergen kommune består av samtlige av de 160 avtalefysioterapeutene, uavhengig av spesialisering. Når det kommer til hvilken type marked avtalefysioterapeutene befinner seg i, er dette et noe mer komplisert spørsmål å besvare. Avtalefysioterapeutene består av mange små tilbydere, og deres tjenestetilbud etterspørres av et enda større antall pasienter. I gjennomsnitt er det 1 775 unike mulige pasienter for hver avtalefysioterapeut i kommunen. Et behandlingsløp hos fysioterapeut vil som oftest kreve flere besøk avhengig av type behandling, antallet 1 775 kan altså trygt ganges opp et par ganger og det er da ingen tvil om at det er mye å gjøre for de eksisterende avtalefysioterapeutene. Under intervjuene fortalte samtlige informanter at de alltid har venteliste og at de ikke hadde problem med å arbeide mer om de ønsket. Dette bekrefter at etterspørselen er stor i forhold til tilbudet av tjenesten. Videre er prisene i markedet regulerte av forskriftene, og det er dermed ingen priskonkurranse i markedet. Konkurransen i markedet er derfor mer nærliggende kvalitetskonkurranse, dette vil jeg komme tilbake til når jeg diskuterer tjenstedifferensiering. Konkurransearenaen bærer altså trekk fra flere kjente konkurranseformer; antall tilbydere kan minne om situasjonen i fullkommen konkurranse, og inngangsbarrierene og tilgangen på tjenesten kan minne om monopolistisk konkurranse.

Grad av intern rivalisering påvirkes av de foregående konkurransekraftene. For markedet til avtalefysioterapeutene i Bergen kommune taler disse for lav grad av intern rivalisering. Det er

lav trussel fra nye inntrengere grunnet høye inngangsbarrierer, og pasientene har ingen forhandlingsmakt med bakgrunn i regulerte priser. Det er få tilbydere i forhold til etterspørsel, og trusselen fra substitutter er lav til moderat avhengig av betalingsvillighet og villighet til å vente for den enkelte pasient. Andre typiske faktorer som kan påvirke grad av intern rivalisering, er den generelle etterspørselen, grad av markedsvekst, og tjenstedifferensiering.

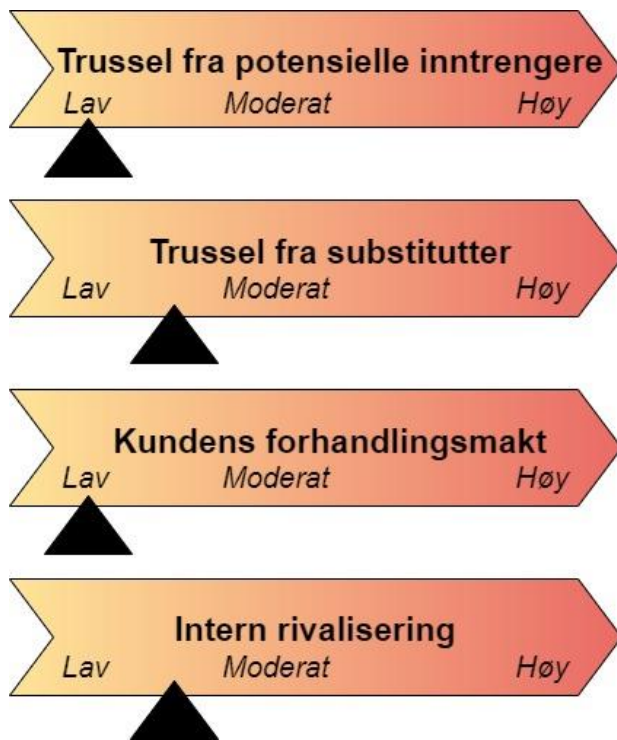
Den generelle etterspørselen etter tjenesten og antall tilbydere taler for lav rivalisering. I PESTEL analysen trakk jeg frem at sosiokulturelle faktorer i det norske samfunnet fører til høyere antall belastningsskader, samtidig som de har bidrar til å gjøre fysioterapeutene mer synlige. Endringen i lovgivning gjør det nå også mulig å gå direkte til fysioterapeut uten henvisning og fremdeles ha krav på refusjon. Disse forholdene taler for at etterspørselen etter behandling kan øke, og siden antall avtalehjemler ikke synes å oppjusteres, foreligger det en markedsvekst. Teoretisk sett taler dette, som gjort rede for i 3.2.5, for at det blir enda flere pasienter å fordele mellom de eksisterende avtalefysioterapeutene, som reduserer den interne rivaliseringen.

En annen vesentlig faktor å trekke frem, er grad av tjenstedifferensiering. Innledningsvis valgte jeg å definere markedet til å inkludere alle typer avtalefysioterapeuter i kommunen. Dette inkluderer flere forskjellige spesialiseringer, og de tilbyr dermed forskjellige typer behandlinger/tjenester. Stor grad av tjenstedifferensiering taler for lav rivalisering, og om tjenesten man tilbyr er relativt lik taler det for høyere grad av rivalisering. Denne formen for rivalisering vil variere innad i markedet basert på spesialisering og antall avtalefysioterapeuter som har den samme spesialiseringen. Videre er det relevant å trekke frem kvalitetskonkurranse som en del av mulig tjenstedifferensiering, ettersom det ikke er priskonkurranse i markedet. Man vil da forsøke å vinne pasientene basert på et bedre kvalitetstilbud fremfor å konkurrere med lavere priser (Lien et al., 2016). Hvor stor betydning dette har i markedet er uvisst. Jeg antar at det først og fremst for pasientene handler om å få tilgang til en avtalefysioterapeut, siden dette ikke alltid er noe man får på dagen. Gjennom intervjuene under datainnsamlingen kunne flere informanter fortelle at pasientene stod på venteliste hos flere avtalefysioterapeuter og «shoppet» rundt. Slik utforskning av tjenestetilbudet kan indikere at det også er av betydning for pasienten hvordan de opplever behandlingen, og at kvalitet og erfaring er viktig ved bruk av avtalefysioterapeuter. Derfor, kan tjenstedifferensiering relatert til spesialisering og kvalitet bidra til høyere intern rivalisering blant avtalefysioterapeutene. Flere aspekter rundt funn relatert til konkurranseforhold og tidligere litteratur vil jeg diskutere videre i kapittel 6.

Kort oppsummert definerer jeg den interne rivaliseringen i markedet som liten til moderat. Lav konkurranse stemmer overens med det informantene kunne fortelle om markedssituasjonen under intervjuene. Ved spørsmål om hvordan de anså konkurransesituasjonen mellom avtalefysioterapeutene i kommunen, svarte de fleste at de ikke mente det var noe konkurranse terapeutene imellom. En informant trakk frem at de kjente mer på det motsatte, nemlig at det forelå et samarbeid mellom terapeutene, og at det kunne oppleves som en lettelse om man mottok en telefon fra annen avtalefysioterapeut som tilbydde seg å kunne hjelpe å ta unna venteliste ved ledig kapasitet. Riktignok, var det også noen som trakk frem at de ikke ble like positiv møtt om de ringte andre avtalefysioterapeuter for å spørre om de trengte hjelp til å ta unna ventelisten. Basert på svarene fra informantene kan det se ut til at det er liten grad av konkurranse om pasientene i markedet, men at det kan variere fra klinikk til klinikk hvor interesserte de er i å samarbeide. Funnene relatert til etterspørsel og samhandling mellom avtalefysioterapeutene vil diskuteres nærmere i kapittel 6.

4.4.5 Oppsummering av konkurranseanalysen

Resultatene fra konkurranseomgivelsene taler for en lav til moderat konkurranseintensitet i bransjen. Konkurranseintensiteten styres i stor grad av høye inngangsbarrierer relatert til antall driftsavtaler, som gjør det vanskelig å få tilgang til markedet. Markedet bærer preg av få driftsavtaler, et lite antall aktører i forhold til etterspørselen, regulerte priser og «uendelig» tilgang på pasienter. Sett fra et økonomisk perspektiv er det en attraktiv bransje å komme inn i, tross de regulerte prisene. Bransjen anses som attraktiv ettersom den er lukket, har stor etterspørsel og avtalefysioterapeutene mottar driftstilskudd av kommunen. I tillegg får avtalefysioterapeutene tilgang til refusjonsordningen via HELFO, som representerer en sikker og solid inntektskilde. Gitt at man trives med arbeidet, kan man tjene betydelige summer på yrket, siden man selv regulerer egen arbeidstid. Om man skulle trenger større inntekt en periode, er det ikke noe problem å få tilgang til flere pasienter. Medaljens bakside er riktignok at man får meget travle arbeidshverdager, og det er alltid mye å gjøre. Attraktive bransjer fører normalt sett til at flere vil etablere seg i markedet, men reguleringen av antall driftsavtaler hindrer slike nyetableringer og holder markedet nokså lukket. Om man først kommer inn i markedet, får man tilgang til en sikker inntektskilde og stabil etterspørsel, og kanskje er det nettopp derfor driftsavtalene i flere sammenhenger omtales som en «gullgruve». Konklusjonen på analysen bidrar til en bedre forståelse for hvorfor flere fysioterapeuter velger å inngå reduserte driftsavtaler med kommunen, selv om de vet de kommer til å levere mer.



Figur 4-2: Oppsummering Porters Femfaktormodell.

4.5 Konklusjon bransjeanalysen

Gjennom kapittel fire har jeg forsøkt å beskrive bransjen til avtalefysioterapeutene i Bergen kommune ved å gjennomføre en analyse av makroomgivelsene og konkurranseforholdene. Disse analysene, sett i sammenheng med bransjebeskrivelsen i kapittel 4.1, danner grunnlaget for å besvare det første forskningsspørsmålet:

Hva karakteriserer bransjen for avtalefysioterapeutene i Bergen Kommune?

Aktørene i bransjen er *offentlig helsepersonell* som er *selvstendig næringsdrivende*. Med dette kommer en rekke ansvar, plikter og retningslinjer, men også stor frihet knytte til hvordan den enkelte ønsker å drive sin praksis. Så lenge avtalefysioterapeutene følger ASA 4313, som er arbeidsbeskrivelsen for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale, kan de styre det meste selv. Et eksempel på dette er at så lenge en avtalefysioterapeut med fullt driftstilskudd arbeider minimum 36 timer i uken, kan de disponere arbeidstiden som de vil, og kan de velge å arbeide mer. En avtalefysioterapeut med 50 % driftstilskudd er bare pliktig til å arbeide 18 timer i uka, og har dermed færre forpliktelser overfor kommunen. Avtalefysioterapeuter med reduserte driftsavtaler har på lik linje med de som har full driftsavtale anledning til å arbeide utover egen driftsavtale.

Bransjen karakteriseres av at den i stor grad styres og reguleres av *politiske* og *juridiske forhold*. De politiske forholdene styrer hvor mange driftstilskudd kommunen oppretter, og hvor mange de velger å beholde. På denne måten kontrollerer kommunen sammensetningen av aktørene i bransjen og hvordan etterspørselen møtes. De juridiske forholdene regulerer helsetjenesten og stiller krav til drift, kvalitet og kompetanse. Hensikten er at kommunen utelukkende inngår avtale med de som er godt nok kvalifiserte for arbeidet, og dermed kan tilby pasientene behandling av høy kvalitet. Politiske og økonomiske forhold legger til rette for at den kommunale helsetjenesten skal være så rimelig som mulig, slik at flest mulig pasienter skal få anledning til å benytte seg av denne.

Konkurransforholdene i bransjen karakteriseres ved at det er *lav intern rivalisering*, *regulerte priser* og *høye inngangsbarrierer* som styres av kommunen. Disse forholdene har ført til et lavt antall avtalefysioterapeuter i forhold til behovet, og avtalefysioterapeutene har nok av arbeid. Sikker inntektskilde fra stat og kommune, høy etterspørsel, den lave rivaliseringen og de høye inngangsbarriereene gjør det økonomisk sett til en ettertraktet bransje det er vanskelig å komme inn i. Ved å vite mer om konkurranseforholdene, er det lettere å forstå hvorfor avtalefysioterapeutene inngår reduserte driftsavtaler.

Denne innsikten og forståelsen av bransjen gir grunnlag for å diskutere funnene fra informantene. I de to neste kapitlene vil jeg først presentere og forklare funnene fra intervjuene. Deretter vil jeg analysere og diskutere funnene opp mot eksisterende litteratur og relevante teoretiske rammeverk, som presentert i kapittel 3.

5. Funn

I dette kapitlet presenterer og analyserer jeg hovedfunnene til masterutredningen. Jeg starter kapitlet med å presentere utvalget, samt legge frem hvilke generelle synspunkter deltakerne har på driftstilskuddsordningen. Funnene er så presentert i mer detalj etter tema og knyttes systematisk opp mot forskningsspørsmål to til fire:

2. *Hvordan påvirker driftsavtalen etterspørselen etter avtalefysioterapi i Bergen?*
3. *Hvordan påvirker driftsavtalen motivasjonen til avtalefysioterapeutene i Bergen?*
4. *Hvordan påvirker driftsavtalen arbeidsbelastningen til avtalefysioterapeutene i Bergen?*
5. *Hva er effekten av reduserte driftsavtaler?*

Delkapittel 5.3 presenterer funn relatert til etterspørsel, og forklaring av disse. I delkapittel 5.4 presenteres funn om deltakernes motivasjon. I delkapittel 5.5 legger jeg frem funn knyttet til arbeidsbelastning, samt analyse og forklaring av tallene. I delkapittel 5.6 ser jeg på funnene på tvers av de tidligere forskningsspørsmålene, og legger frem hvordan disse forklarer effekten av reduserte driftsavtaler.

Kort oppsummert bidrar driftsavtalen til en sikker pasienttilgang for avtalefysioterapeutene, men faktorer som omdømme og kvalitet er også viktig. Samtlige informanter arbeider utover egen driftsavtale, som medfører at betydelig flere pasienter får tilbud om hjelp i året. Driftstilskuddet kan virke motiverende for enkelte, samtidig som forskjellen i utbetaling av driftstilskudd i forhold til arbeidstimene avtalefysioterapeutene leverer, kan føre til misnøye med ordningen og en følelse av urettferdighet. Reduserte driftsavtaler fører til billig fysioterapi for kommunen, men det gir også flere fysioterapeuter muligheten til å komme inn på markedet.

5.1 Utvalget

Utvalget består av åtte avtalefysioterapeuter i Bergen kommune. Jeg vil nå kort beskrive og oppsummere vesentlig informasjon om utvalget, siden dette er variabler som bidrar til å forklare forskjeller og likheter mellom informantene videre i kapitlet.

Informant	Størrelse på driftsavtalen, %	Størrelse på driftsavtalen	Sum utbetalt driftstilskudd	Alder
Informant A	100 %	Full driftsavtale	Kr 447 720,-	51-60
Informant B	50 %	Redusert driftsavtale, liten	Kr 223 860,-	61-70
Informant C	90 %	Redusert driftsavtale, høy	Kr 402 948,-	51-60
Informant D	50 %	Redusert driftsavtale, liten	Kr 223 860,-	41-50
Informant E	65 % + 30%*	Redusert driftsavtale, middels	Kr 291 018,- / Kr 425 334,-	51-60
Informant F	100 %	Full driftsavtale	Kr 447 720,-	31-40
Informant G	67 %	Redusert driftsavtale, middels	Kr 298 480,-	41-50
Informant H	100 %	Full driftsavtale	Kr 447 720,-	41-50

Tabell 5-1: Utvalget

* Informant E har fast driftsavtale på 65 %, men midlertidig vikariat i tillegg på 30%.

I tabellen representerer 100 % driftsavtale en full driftsavtale. Driftsavtaler på 50 % er det laveste som er tillatt etter lov, og representerer dermed en redusert driftsavtale med liten prosentandel. Utvalget består av tre informanter med full driftsavtale, en informant med redusert driftsavtale med høy prosentandel, to informanter med redusert driftsavtale med middels prosentandel og to informanter med redusert driftsavtale med liten prosentandel. Utbetalt driftstilskudd viser hvor mye den enkelte får utbetalt fra kommunen årlig i samsvar med størrelsen på driftsavtalen.

Alderen på informantene strekker seg fra 40 til 65 år, med et gjennomsnitt på 51 år. De fleste har arbeidet over lengre tid i bransjen, og regnes som veletablerte. Alder betyr noe for tilegnet erfaring og pensjon. Fysioterapi er et krevende yrke, og arbeidskapasitet reduseres med alder. For de som er nærme pensjonsalder, er det sannsynlig at alder forklarer forskjell i arbeidsbelastning og generelle synspunkter. Ellers påvirker hvor man befinner seg i karriereløpet hvordan man forholder seg til jobben og synspunkter på driftstilskuddet, arbeidsbelastning og motivasjon.

Utvalget består av seks kvinner, og to menn. For å sikre anonymitet for de enkelte har jeg valgt å ikke ta med kjønn i tabell 5-1. Andre variabler som kan bidra til å forklare forskjeller og likheter for dette utvalget er personlighet, livssituasjon og spesialisering innenfor yrket.

Avslutningsvis vil jeg kort forklare hvordan jeg har valgt å forholde meg til avtalestørrelsen til informant E. Vedkommende har en fast driftsavtale på 65 % og et midlertidig vikariat på 30% ved siden av. Vikariatet går ut våren 2020. Ved intervjuet hadde vedkommende en samlet avtalestørrelse på 95% inkludert vikariatet. Informanten opplyste at vedkommende arbeidet like mye med en 65 % driftsavtale, som med en 95 % driftsavtale. Siden informanten arbeider like mye med 65 % driftsavtale som ved 95 %, og siden vikariatet er midlertidig og snart utgår, har jeg sett det mest riktig i denne sammenheng å bruke avtalestørrelsen på 65 % i utregninger. Dette fordi det er normalsituasjonen til vedkommende. Jeg vil likevel foreta utregninger basert på begge avtalestørrelsene til informant E for å sammenligne effekten av valg av avtalestørrelse. I kapittel 5.5 vil jeg komme nærmere tilbake til hvordan jeg forholder meg til tallmaterialet fra informant E.

5.2 Generelle synspunkter på driftstilskudd

Innledningsvis i intervjuene var det av interesse å kartlegge hva avtalefysioterapeutene i Bergen kommune synes om dagens driftstilskuddsordning. Hensikten med å utforske dette er å avdekke hvilke holdninger informantene har til ordningen, og kartlegge eventuelle problemstillinger som finnes i bransjen.

Samtlige av informantene er positive til selve driftstilskuddsordningen, og forteller den bidrar til en trygghet i hverdagen som gjør det mulig å satse på og investere i en god praksis. Driftstilskuddet bidrar til å dekke de faste kostnadene, og avtalefysioterapeutene kan dermed fokusere mer på kvalitet ved behandlingen og klinikken. På den annen side, trakk flere av informantene frem momenter de fant problematisk med ordningen. Dette inkluderer forhold rundt utdelingen av driftstilskuddene, at individer som først får driftsavtale sitter med det ut hele karrieren uten mye kvalitetsjekking, størrelsen på avtalene og antall avtaler i kommunen.

I tabell 5-2 gjengir jeg direkte sitater fra informantene, som forklarer deres syn på driftstilskuddsordningen i mer detalj.

Størrelse på driftsavtale	Hva synes du om dagens driftstilskuddsordning og hvordan fungerer det for din del?
A: 100 %	«Det er jo klart at det tilskuddet som vi får sikrer at vi kan tilby en god tjeneste, tenker jeg. Også tenker jeg at driftstilskuddet også er midler som skal gå til kurs og etterutdanning for å sikre en god kunnskap og kompetanse, som vi må vedlikeholde jevnt over.»
C: 90 %	«Jeg tenker at det er fantastisk at vi har det driftstilskuddet, for da kan vi senke skuldrene med hensyn til å få dekket driften av det fysikalske instituttet, så uansett hva som skjer så vet man at man har penger til å dekke utgiftene (...) Driftstilskuddet bidrar til en mer forutsigbar hverdag (...) Vi tåler å ha litt pasienter som ikke klarer å betale for seg.»
D: 50 %	«Jeg var ganske ung da jeg fikk tilskuddet, og jeg følte jeg kom i en posisjon hvor jeg virkelig følte jeg kunne gjøre nytte for meg. Jeg synes egentlig driftstilskuddsordningen er en fin ordning, men det er også en del problemer. Men jeg synes at de positive sidene utjevner de negative sidene. Det jeg synes er positivt for min del er at det er en veldig trygg arbeidshverdag med en veldig jevn pasienttilgang (...) Jeg synes det er fint å kunne jobbe med et rent terapitilbud. Jeg synes også det er fint at vi ligger under egenandelstakene og at driftstilskuddet har denne frikortordningen, som gjør at tjenesten blir mer tilgjengelig for de som kanskje ikke har råd til den, jeg blir en del av den kommunale helsetjenesten som er en veldig fin ting. Hvordan de blir tildelt derimot, det synes jeg er problematisk. Jeg synes også det er problematisk hvordan penger bytter hender ved overdragelse av tilskuddene»
E:65 %	«For meg og de som har driftstilskudd, så er det jo en veldig trygghet i den ordningen, men så er det jo begrenset hvor mange driftstilskudd som finnes og det gjør jo det at det er spesielt vanskelig for de yngre og få driftstilskudd (...) Størrelsen på driftstilskuddet burde stå i forhold til det kommunen får igjen, det er jo mange som har et redusert driftstilskudd som jobber over driftsavtalen, så kommunen får jo veldig mye igjen for å utbetale reduserte tilskudd, og det er jo ikke bra.»
F: 100 %	«Jeg synes det er veldig greit å ha driftstilskuddsordningen, det handler både om pasientene og kontroll, det er absolutt et velferdsgode. Om det blir brukt riktig, så er det veldig bra. For min del så synes jeg det det er veldig greit. Jeg får jo mer inntekt på grunn av driftstilskuddet, og driftstilskuddet skal jo bidra til å holde driften i gang; betale husleie, journalsystem og alt dette her. Jeg synes det er en veldig gunstig og motiverende ordning at jeg får den summen månedlig. Samtidig så ser jeg jo at man må være kritisk til ordningen. Det er mange som har driftstilskudd som kan bli sløve i jobben (...) Så er det jo ikke

	<i>helt rettferdig, det er veldig mye kniving om disse driftstilskuddene og det er mange som arbeider helprivat som gjør en bedre jobb enn de som har driftstilskudd, tror jeg»</i>
G: 67 %	<i>«Jeg skjønner jo hvorfor den ble opprettet i sin tid. Det var jo utfra en distriktpolitisk tankegang, og for min del har det jo fungert helt greit. Det gir jo en viss trygghet med tanke på å få dekket inn de faste utgiftene for eksempel. Jeg er veldig glad for hele finansieringsordningen, politikerne bruker jo driftstilskuddene og takstplakatene litt til å påvirke hvordan vi skal jobbe og hvordan de ønsker vi skal jobbe, og det synes jeg er en god ting. Jeg synes jo at når de offentlige skal bruke penger på ting, så må man jo kunne gå inn og stille visse krav til hvordan tjenesten skal være. Det negative jeg kan si på det, er jo at om man har fått et tilskudd så sitter man jo og tviholder på det til man går i graven, og det er dumt. Det er mange nyutdannede som er så faglig flinke og sultne på erfaring, så det er en terskel for å komme inn på markedet. Det er jo en stor nedside ved ordningen. Derfor er det ikke nødvendigvis de som sitter med tilskuddene som over tid er de faglig best skikket per nå»</i>

Tabell 5-2: Generelle synspunkter på driftstilskudd, sitat

Kort oppsummert er avtalefysioterapeutene i utvalget fornøyde og positive til dagens driftstilskuddsordning. De peker likevel på en del negative sider ved ordningen. Dette gjelder tildelingen av driftsavtalene, varigheten på driftsavtalene og størrelsen på driftsavtalene i forhold til levert tjeneste.

5.3 Etterspørsel

I dette delkapittelet vil jeg presentere funn relatert til etterspørselen til informantene. Etterspørsel omfatter deltakernes tilgang på pasienter og venteliste. Etter funnene er presentert, vil jeg kort forklare og tolke disse. Formålet er å utforske hvordan driftsavtalen påvirker etterspørselen til avtalefysioterapeutene i utvalget.

Ved spørsmål om hva informantene mener er viktigst for pasientene når de skal velge fysioterapeut av godt omdømme, og det at de har driftsavtale og kan tilby lavere priser, fikk jeg forskjellige svar. Samtlige sier de tror driftsavtalen er et viktig moment ved valg av fysioterapeut, siden driftsavtalen fører til at pasientene får rimelig fysioterapi med krav på refusjon. Noen mener driftsavtalen er betydelig viktigere for pasienten enn omdømme, samtidig som andre informanter mener omdømme er viktigst. De fleste er enige om at driftsavtalen i stor grad bidrar til mye «gratis» markedsføring, og at de ikke har problem med

å få nok pasienter. Omdømme, erfaring og jungeltelegrafene bidrar så videre til at fornøye pasienter gir anbefaling til familie og venner. I tilfeller med unike spesialiseringer veier nok denne tyngre enn selve driftsavtalen, for eksempel viser informant H til at vedkommende har pasienter fra hele landet. Informantene sier det er et vanskelig spørsmål å besvare helt konkret, og at det i stor grad også avhenger av type pasient. Noen pasienter har bedre råd enn andre, og da spiller trolig driftsavtalen mindre inn. Villigheten til å vente er også en vesentlig faktor, men flere av informantene forteller at pasientene er villige til å vente.

I tabell 5-3 gjengir jeg direkte sitater fra informantene, som forklarer hva de selv mener er viktigst for egen etterspørsel.

Størrelse på driftsavtale	Hva tror du er årsaken til at pasientene kommer til deg/dere, driftsavtale eller omdømme?
A: 100 %	«Tja, det er jo mange som ringer her og spør om vi har driftsavtale, men ikke alle, så jeg er litt usikker på hvorvidt driftsavtalen er veldig styrende for pasientene (...) Det er veldig vanskelig å si. Jeg håper jo klinikken har et visst renommé og rykte, det har jo vært her i mange år, og klinikken er ganske kjent for mange av de som bor i nærområdet, så jeg tror nok at mange ville kommet hit selv om driftstilskuddet skulle falle bort»
C: 90 %	«Jeg tror at det er mye fordi vi har driftstilskudd. På grunnlag av driftsavtalen henviser legene til oss, og mange pasienter vet at de får gratis behandling etter de kommer opp i frikortgrensen, noe de føler er litt betryggende. Men det er jo også det at vi har lavere pris enn de som er helprivate, så vi får ofte de som kanskje det står litt dårligere til for økonomisk, for eksempel har vi en del pensjonister som ikke har så god råd, de vil jo helst velge oss fremfor en helprivat»
D: 50 %	«Driftsavtalen, helt klart (...) Kvalitet har mye å si. Det er en og annen pasient som velger å gå helprivat fordi de har gode kontakter, eller det er mer praktisk å gå dit, at det er nærmere eller det er noe annet som gjør at det fungerer bedre for dem, eller at de ikke vet at de kan få det offentlig. Men når man da kommer mellom fysioterapeuter som har tilskudd, så tror jeg kanskje pasientene blir mer opptatt av kvalitet og innhold og i større grad "shopper" rundt.»
E: 65 %	«Nei det er nok viktig begge deler, men jeg tror det hadde vært krevende å drive uten driftsavtale. Jeg tror jeg ville fått en del pasienter uten driftsavtalen, men det ville vært veldig ustabil siden kanskje det vil avgjøre hvor lenge pasientene har råd til å gå til meg, og det ville bare vært de som har råd til å gå som hadde kommet, og ikke nødvendigvis de som har størst behov for hjelp (...) Driftsavtalen

	<i>er en viktig inngangsport for pasientene. Det er jo en del som spør om jeg har det når de tar kontakt, så det er klart at for de fleste så er det viktig om man har driftsavtale eller ikke. Det er jo stor forskjell. De betaler vel maks 2000 kr i året de som går til en med driftsavtale, og den summen kommer man jo fort opp i om man skal gå til helprivat.»</i>
F: 100 %	<i>«Jeg tror driftsavtalen og omdømme henger sammen. Pasientene kan ringe og si jeg har blitt anbefalt deg, og så i neste omgang spør de om du har driftstilskudd, så det er meget vanskelig å svare på. Jeg har arbeidet 20% på en privat klinikk en periode, der må jo pasientene selv betale alt, og da hadde jeg ofte pasientene gående hos meg i påvente av å komme til en fysioterapeut med driftsavtale, og da kunne de si "jeg liker veldig godt å gå til deg, og jeg har egentlig mest lyst å fortsette, men jeg må ta hensyn til økonomien". Så er det jo de som hadde helseforsikring, og de gikk til den private klinikken siden forsikringen dekket behandlingen, ikke i påvente av en fysioterapeut med driftsavtale. Så det spiller nok en rolle om fysioterapeuten har driftsavtale med mindre man er veldig rik (...) Driftsavtalen er kanskje inngangsporten, så kan pasienten velge å bli fordi de er fornøyde med behandlingen. Jeg tror de som jobber i det private må jobbe mye mer for å reklamere for seg selv. Det blir jo en annen verden»</i>
G: 67 %	<i>«Jeg tror det er en 30 - 70 fordeling. Jeg vet ikke om det er så mange som 30% en gang som bryr seg om prisen. Det er nok ytterst få som ringer for å høre om vi har driftsavtale. Men sånn som vår klinikk, den har jo eksistert i snart 40 år, og vi har jo på en måte hele tiden utviklet oss og fulgt med i tiden, og i dag så er det jo en hypermoderne klinikk med veldig gode fasiliteter, og jeg tror godt over halvparten av mine pasienter har kommet via folk som har anbefalt dem å komme til oss. Det blir jo litt sånn at i perioder føler man at man enten har et helt nabolag eller en hel utvidet familie inne på behandling, nei så det med godt rykte og gode fasiliteter veier tungt for vårt institutt»</i>
H: 100 %	<i>«Jeg tror ikke at det at jeg har driftstilskudd akkurat er en ulempe, men det viser seg at folk er villige til å vente litt, det gjør det. Jeg har akutte timer og de fylles opp, men det er likevel folk som heller venter i 4-5 uker. Mitt inntrykk slik jeg har forstått det, er at noen kommer fordi at man har driftsavtale, men de fleste etter min erfaring kommer på grunn av jungeltelegrafene. Det er folk som kommer fra andre deler av landet som søker behandling, og da tror jeg ikke det har så mye med driftsavtale å gjøre på akkurat den biten. Men at driftsavtalen er en fordel, det tror jeg nok helt klart at det er for noen pasienter, men jeg tror det er veldig få av de hos meg, jeg har folk som er i jobb og vil ha hjelp fort, så er det liksom ikke så nøye for de om de betaler 200 kr eller enda mer, det betyr ikke så mye. Men det kan jeg jo ikke si 100% sikkert, men for noen betyr det jo mye at man har driftsavtale siden de får frikort etter hvert. Det er jo noen kronikere inno.»</i>

Tabell 5-3: Etterspørsel, sitat

Videre valgte jeg å spørre informantene hvor viktig de trodde det var for en pasient å benytte samme fysioterapeut gjennom behandlingsløpet. Samtlige mente at det var viktig for pasienten å bruke samme fysioterapeut over tid, ettersom man bygger opp en relasjon. Noen av informantene trakk frem at de også opplevde at det var en del pasienter som «shoppet litt rundt», altså at pasientene stod på venteliste og brukte flere fysioterapeuter samtidig.

Når det gjelder ventetid, opplyste alle informantene at de alltid har venteliste. Her var det ingen forskjell mellom de med full driftsavtale og de med redusert driftsavtale. Ved spørsmål om dette betydde at de ikke har problemer med å arbeide mer om de skulle ønske det, svarte samtlige at de hadde all anledning til å jobbe mer om de ville. En av informantene forklarte det slik at vedkommende kunne ha arbeidet 24 timer i døgnet om vedkommende hadde ønsket det. Dette gir et bilde av at pasienttilgangen og etterspørselen er utømmelig. En av informantene fortalte også at vedkommende opplevde det å forsøke og ta unna ventelisten raskere, ikke gjorde den noe kortere, snarere jo mer som ble gjort, jo lenger ble ventelisten.

Utfra funnene kan det se ut som driftsavtalen er en viktig driver for nye pasienter. Selve størrelsen på driftsavtalen er i denne sammenhengen ubetydelig, siden det for pasienten er irrelevant om fysioterapeuten har full eller redusert driftsavtale. Avtalefysioterapeutene trenger ikke markedsføre seg, og de har alltid venteliste. Til sammenligning må normalt sett en helprivat fysioterapeut arbeide betydelig mer for å opparbeide seg stor nok etterspørsel og pasienttilgang. Ifølge informantene er kvalitet og omdømme viktig for avtalefysioterapeuter, men for en helprivat fysioterapeut er dette enda viktigere, ettersom de er avhengige av fornøyde pasienter og et godt omdømme for å kunne få tilstrekkelig med pasienter. Den «uendelige» tilgangen til pasienter som beskrives av informantene, er en av faktorene som gjør avtalefysioterapibransjen så ettertraktet. Etterspørsel og diskusjon rundt hvordan det kan påvirke kvaliteten, vil jeg komme tilbake til i kapittel 6.2. I tillegg til at driftsavtalen er viktig for etterspørselen til avtalefysioterapeutene, er også omdømme, kvalitet og jungeltelegrafen en viktig bidragsyter når det gjelder å få inn nye pasienter. Trolig kommer mange på grunn av driftsavtalen, men de blir fordi de er fornøyde.

5.4 Motivasjon

I dette delkapittelet vil jeg presentere funn relatert til motivasjonen til deltakerne. Motivasjon er tidligere definert i kapittel 3.4.1. Etter funnene er presentert, vil jeg kort forklare og tolke disse. Formålet er å utforske hva som motiverer avtalefysioterapeutene i utvalget, og kartlegge hvordan driftsavtalen og driftstilskuddet påvirker motivasjonen til den enkelte.

Ved spørsmål om hva som motiverer informantene til å arbeide som fysioterapeut, svarer de veldig likt. Informantene trekker blant annet frem å kunne hjelpe pasienter å bli bedre, å utgjøre en forskjell for noen, å bidra til høyere livskvalitet og å mestre arbeidet. Samtlige sier at det er en veldig meningsfylt jobb, som engasjerer. En informant beskrev dette slik: «leger redder liv, terapeuter gjør det verdt å leve». Basert på funnene ser det ut til at informantene drives av indre motivasjon, som jeg vil diskutere bakgrunnen for i neste kapittel.

I tabell 5-4 gjengir jeg direkte sitater fra informantene, som forklarer hva som motiverer den enkelte til å arbeide som fysioterapeut.

Størrelse på driftsavtale	Hva motiverer deg til å arbeide som fysioterapeut?
A: 100 %	«Det er et veldig stort spørsmål! Men det er jo mange ting; det er utrolig gøy å jobbe med mennesker, og spesielt på den måten vi får arbeide med mennesker. Vi er privilegerte som får lov til å treffe pasientene over tid og vi blir godt kjent, som er viktig for å kunne hjelpe dem. Og så er det veldig gøy å se den gleden og mestringen som pasientene opplever etter hvert. Det er også en veldig variert arbeidsdag, det er ingen dager som er like, selv om jeg har pasienter som går igjen så synes jeg ikke det blir repeterende, dagene varierer veldig. Jeg synes også det er veldig gøy at det ikke er en stillesittende jobb og at det er mange muligheter i henhold til kurs og utdanning, og så liker jeg å arbeide og ta vurderinger selvstendig. Jeg er selv ansvarlig for de valgene av behandling og tiltak som jeg gjør, samtidig som jeg arbeider i et fellesskap. Det er en veldig meningsfylt jobb»
C: 90 %	«Åh, jeg elsker jobben min. Det er jo det med å jobbe med mennesker, å kunne hjelpe dem til å ha mindre vondt og klare seg bedre, bevege seg bedre, og rett og slett ha det bedre med seg selv»
D: 50 %	«Jeg synes det er kjempegøy å arbeide med mennesker og jeg gleder meg til å komme på jobb og hjelpe folk. Jeg trives veldig med å arbeide som selvstendig næringsdrivende, og jeg får bedre betalt enn som kommunalt

	<i>ansatt fysioterapeut. Jeg får styre hverdagen i mye større grad selv»</i>
E: 65 %	<i>«Det som motiverer meg, er det at jeg synes at det er interessant å møte pasientene med deres utfordringer, og kunne hjelpe dem videre. Som psykomotorisk fysioterapeut så har man jo mye fokus på hva det er som gjør at man har fått disse plagene, så man prøver å hjelpe pasienten til å se hva dette gjør med dem, så den prosessen synes jeg er veldig motiverende å få lov å være med inn i, og å kunne følge de i den prosessen. Behandlingen har stor betydning for pasientene, og det er veldig givende å hjelpe dem til å klare seg selv, det er hele tiden målet.»</i>
F: 100 %	<i>«Det er jo at jeg gjør noe jeg er god på, jeg ser på meg selv som en relativt oppegående fysioterapeut som er engasjert i jobben sin, jeg engasjerer meg i pasientene mine, jeg engasjerer meg i faget mitt og jeg har veldig tro på det jeg gjør og ser at det hjelper mange. Det er ikke til å stikke under stol at det er motiverende å være selvstendig og klare seg selv, man tjener egne penger og gjør sin plikt, man får lønn som gjør at man har råd til å unne seg en ferie, så er det jo og veldig smigrende at Bergen kommune ville tildele meg driftstilskuddet. Da har de jo på en måte sagt at jeg er den som er mest kvalifisert og kompetente til det mandatet og til å utføre jobben. Så jeg kjenner jo nå bare at jeg snakker om det, så blir jeg stolt som ei høne. Jeg føler jeg har en veldig meningsfylt jobb.»</i>
G: 67 %	<i>«Det er jo selvfølgelig dette med å føle at man gjør en forskjell for folk, og at man er med på å gi pasientene bedre livskvalitet. Det finnes et godt sitat på dette: "Leger redder liv, Terapeuter gjør livet verdt å leve". Det er en veldig meningsfylt jobb, det har betydning for pasientene. Jeg har jobbet i 25 år, og jeg klarer jo aldri å bli ydmyk i forhold til den tilliten vi får, både i forhold til at folk har respekt for det du kommer med, og at pasientene velger å dele av sitt liv med deg. Det er ganske mange heftige historier man får av og til, det er mye tillit.»</i>
H: 100 %	<i>«Det er jo å hjelpe folk da. Og hvert fall i forhold til det som min spesialisering driver med. Kompetansen min fører til at jeg i mye større grad undersøker og setter diagnoser, og dermed kan komme med riktig tiltak slik at man kan forhindre at folk blir sykemeldt. Vi er primærkontakter, så vi kan eventuelt sykemelde og henvise til MR og alt sånt, så vi tar hele pakken. Vi slipper å involvere eventuelle leger, så det er jo det å ha en meningsfylt jobb og kunne bidra til å redusere plagene til pasientene som er hovedmotivasjonen. Det har noe med livskvaliteten å gjøre og funksjon.»</i>
B: 50 %	<i>«Fordi jeg ser at jeg får det til, jeg ser at pasientene er takknemlige for hjelpen de får og jeg får gode tilbakemeldinger. Jeg samarbeider mye med</i>

	<i>nevrologene og rehab-senter, og jeg har fått mye gode tilbakemeldinger på behandlingen (...) Min motivasjon ligger i at jeg kan det jeg holder på med og at jeg klarer å hjelpe pasientene.»</i>
--	---

Tabell 5-4: Motivasjon, sitat

Videre ble informantene spurt om det å motta driftstilskudd påvirket motivasjonen til den enkelte. Spørsmålet viste seg å være vanskelig å gi et konkret svar på, og mange var usikre eller fortalte dette ikke var noe de hadde tenkt mye over. Flere trakk likevel frem at det var motiverende å motta driftstilskudd i den forstand at det var en anerkjennelse fra kommunen, og et signal om egen kompetanse og kvalitet. Flere sa også driftstilskuddet bidrar til en mer stabil og forutsigbar arbeidshverdag, siden det i stor grad dekker de faste kostnadene, som fører til at fysioterapeutene kan fokusere mer på kvaliteten ved praksisen. Driftstilskuddet gjør det mulig for mange å kunne drive selvstendig, som flere trakk frem som motiverende. Videre sikrer driftstilskuddet muligheten til å forbedre egen tjeneste gjennom faglig utvikling i form av for eksempel å kunne ta flere kurs. Noen av informantene med reduserte driftsavtaler trakk frem at det også kunne oppstå misnøye på grunn av driftstilskuddet, i og med at de ikke fikk utbetalt like mye som de med full driftsavtale, tross av at de arbeidet like mye. I tabell 5-5 gjengir jeg direkte sitater fra informantene, som forklarer hvordan driftstilskuddet påvirker den enkeltes motivasjon.

Størrelse på driftsavtalen	Bidrar driftstilskuddet til motivasjon eller er det også forbundet med misnøye?
A: 100 %	<i>«Overhodet ikke misnøye, men det er klart at det er motivasjon på den måten at vi får ekstra midler til å drive en god fysioterapivirksomhet. Jeg kan gå på kurs, og vi kan tilby tjeneste av høy kvalitet på klinikken. Det er klart det er motiverende å arbeide i lokaler som er tilfredsstillende med moderne utstyr og få muligheten til å holde seg oppdatert.»</i>
C: 90 %	<i>«Absolutt motivasjon, jeg vil ikke si det er noe misnøye, jeg har jo nesten full driftsavtale med mine 90%, så jeg har det ganske bra, men det ville vært enda mer motivasjon å få 100% selvfølgelig. Så å få driftstilskudd er nok absolutt en motivasjonsfaktor. Men så er det jo litt det med at om du sammenligner deg med andre avtalefysioterapeuter med full driftsavtale, så vet du kanskje at de jobber mindre og jobber mer avslappet, og så får de mer utbetalt fra kommunen, det kan være litt kjedelig»</i>
D: 50 %	<i>«Jeg føler jo at å bli tildelt driftsavtale er en viss anerkjennelse av min kompetanse, så jeg føler meg jo veldig heldig og privilegert som på en</i>

	<i>måte for lov til å jobbe med det jeg gjør innenfor de rammene, men igjen det er en form for misnøye fordi tilskuddet er redusert, og ikke bare for min del, men fordi det er et kalkulert valg fra kommunen sin side fordi kommunen vet at jeg arbeider fullt og de får mer tjenester enn de betaler for»</i>
E: 65 %	<i>«Det er absolutt en motivasjon å få et fast driftstilskudd, men så var det jo sånn at jeg valgte å gå inn i dette reduserte tilskuddet selv, siden det passet meg akkurat da, og jeg visste jo at avtalen ikke ville bli oppjustert uten videre, men jeg kjenner jo selvfølgelig på at det å jobbe med 65 % tilskudd oppleves som litt vanskelig. Så var jeg jo heldig å få et vikariat på 30% ved siden av, og det har vært både en trygghet og en ekstra motivasjon til å gjøre en god jobb. Jeg kjenner mer på misnøyen nå når jeg skal gå ned igjen til 65%, jeg gruer meg, jeg kjenner på at jeg er redd for hvordan dette blir. Jeg har fått mye mer i faste utgifter, så det vil jeg jo merke veldig når driftsavtalen min går ned igjen. De faste utgiftene tar jo ikke hensyn til størrelsen på driftsavtalen. Utgiftene har gått opp de siste årene, og selv om driftstilskuddet også går opp er det ikke i samsvar med kostnadene knyttet til drift, så det kjenner jeg på kroppen allerede.»</i>
F: 100 %	<i>«Det er i alle fall ikke misnøye, og om det gir mer motivasjon vet jeg ikke, men det gir i alle fall ikke mindre motivasjon. Jobben min liker jeg uansett, jeg har jo jobbet med ulike driftsavtaler i vikariat, og jeg var jo like engasjert da, men så klart blir det jo veldig hyggelig når man får en god lønn i tillegg, men jeg vil ikke si det påvirker kvaliteten min, men jeg kjenner en veldig stor takknemlighet for driftstilskuddet og den ordningen for meg personlig»</i>
G: 67 %	<i>«Det er jo ikke noe jeg går og tenker på daglig, men det gir jo en viss trygghet når det gjelder å få dekket inn de faste utgiftene, så man trenger kanskje ikke være så avhengig av å ha jobbet inn noe på forhånd.»</i>
H: 100%	<i>«Det er jo veldig sytalaust, i og med at jeg vet jeg får betalt alle de faste utgiftene før jeg tar inn en eneste pasient, så jeg trenger ikke tenke noe på hvordan det blir med økonomien, sånn som jeg vil si en del helprivate fysioterapeuter må. Så det er klart at jeg kan ha et mer avslappet forhold til den økonomiske biten i forhold til mine økonomiske forpliktelser, spesielt i forhold til de som ikke har tilskudd eller de med reduserte tilskudd. Så gir driftstilskuddet mer rom for at man kan ha muligheten til å gå på kursing og ta videreutdanning og den biten, og det er jo viktig. Så driftstilskuddet er nok mer en kilde til motivasjon for min del, og jeg regner jo med du sikkert hører litt forskjellig om man snakker med de uten tilskudd. De synes jo sikkert det er en helt forferdelig situasjon, men tingen er jo at om de hadde fått tilbud om et tilskudd så</i>

	<i>hadde de nok takket ja, det er jo helt klart en fordel for oss, og det settes pris på»</i>
B: 50 %	<i>«Jeg synes det er en motivasjon, men det trengs jo også, det er jo fryktelig dyrt å starte opp uten driftstilskudd, da må man jo få hjelp økonomisk, det er veldig vanskelig å starte opp uten (helprivat)»</i>

Tabell 5-5: Driftstilskudd og motivasjon, sitat

Ved spørsmål om forskjellen i størrelsen på utbetalingene kunne oppleves som urettferdig, fikk jeg blandet tilbakemelding. Samtlige svarte at det trolig kunne oppleves som urettferdig at alle arbeidet stort sett like mye, men ble kompensert ulikt av kommunen. Noen mente likevel at sånn måtte det være, siden de selv hadde akseptert å gå inn i en redusert driftsavtale. De trakk frem at forpliktelsene ved en redusert driftsavtale ikke var like store som ved en full driftsavtale, og at det var fordeler og ulemper ved en slik avtale som kunne forklare hvorfor forskjellen i kompensasjon ikke var så urettferdig likevel. En fysioterapeut med full driftsavtale er forpliktet til å arbeide minst 36 timer i uken, og en fysioterapeut med 50 % driftsavtale må bare arbeide 18 timer i uken. De har dermed større frihet til hvordan de legger opp arbeidshverdagen og fritid. De med reduserte driftsavtaler kan også velge å arbeide utover driftsavtalen med offentlige takster innenfor de samme rammene. Avtalefysioterapeuter med reduserte tilskudd kan dermed fortsatt tjene like mye som de med fullt tilskudd, med unntak av selve driftstilskuddet. Sammenlignet med helprivate fysioterapeuter, som gjerne har lavere etterspørsel, har altså avtalefysioterapeuter med reduserte driftsavtaler det ikke like «vanskelig», argumenterte noen av informantene. De med reduserte driftsavtaler poengterte de var klar over at de hadde gått inn i en redusert driftsavtale, men at det likevel var urettferdig, siden de har lyst å arbeide fullt og imøtekomme forpliktelsene som kommer med en full driftsavtale. Noen var likevel meget fornøyde med de reduserte forpliktelsene. I tabell 5-6 gjengir jeg direkte sitater fra informantene, som forklarer den enkelte mener om reduserte driftsavtaler og rettferdighet.

Størrelse på driftstilskudd	Kan det oppleves som urettferdig at de med reduserte driftsavtaler jobber like mye som de med full driftsavtale, men får mindre utbetalt i driftstilskudd?
D: 50 %	<i>«Ja. Vi jobber jo gjerne like mye som de med full driftsavtale, eller mer, og så hører man de har tid til å ta lunsj sammen, de går på mange kurs, de har mer fri, og det har jo ikke jeg råd til. Eller jeg har jo det, men ikke i forhold til de</i>

	<i>som får fullt driftstilskudd. Det er ikke sikkert alle er like opphengt i disse tingene som jeg er, men de fleste jeg snakker med som har reduserte tilskudd, de synes det er blodig urettferdig og kjenner på det daglig»</i>
E: 65 %	<i>«Ja, det er klart det er urettferdig, man kjenner jo litt på det. Det er jo ikke sånn det burde være, og det er ikke sånn for andre lignende bransjer heller»</i>
F: 100 %	<i>«Jeg vet ikke om de tenker at det er urettferdig, men det er nå en gang slik det er, de må jo heller ikke jobbe mer enn sin avtalehjemmel, men de fleste pleier vel å gjøre det, så jeg vet ikke om de går rundt og tenker på det, eller kanskje de gjør det, hm det har ikke jeg tenkt på. De synes nok det er urettferdig ja, for hvorfor skal noen få 50% driftstilskudd utbetalt, og jeg og andre 100% når man jobber like mye?»</i>
G: 67 %	<i>«Ja det oppleves som urettferdig, men den misnøyen er kun rettet mot Bergen kommune og ikke mot mine kolleger. Jeg synes jo virkelig at alle kommuner rundt omkring må ta å stikke fingeren i jorden og betale for den tjenesten de får. Man kan jo tenke seg om alle avtalefysioterapeutene bare skulle levert akkurat det de fikk betalt for etter driftsavtalen, noen av de timene i avtalen er jo satt av til papir og administrasjonsarbeid, så det er jo egentlig enda færre timer man skulle levert kommunen, så om alle bare hadde jobbet nøyaktig etter driftsavtalen, og det var akkurat det kommunen fikk av tjenesten, så hadde det jo krasjet hele systemet»</i>
H: 100 %	<i>«Ja, det er klart det oppleves som urettferdig, men for å si det sånn; jeg sitter ikke igjen med noe av driftstilskuddet mitt når jeg har betalt mine utgifter, så det tilfører ikke min privatøkonomi noe som helst. Driftstilskuddet går til husleien min, for hver måned har jeg igjen kr 2500 av driftstilskuddet. Men det kan nok likevel oppleves som urettferdig, men er ikke livet urettferdig da? Jeg ser helt klart den, men nå er det jo sånn at om du har 50% tilskudd og jobber fullt så gjør du det av egen fri vilje, du er forpliktet til å jobbe 50% og ikke noe utover det, jeg er forpliktet til å jobbe 100%, så jeg har jo noen forpliktelser jeg må forholde meg til som de ikke har. Det er fordeler og ulemper, selvfølgelig er det en trygghet ved 100% og jeg skjønner at folk oppfatter det som urettferdig, men det å sitte å si "du har jo 100 %, så det er ikke noe problem for deg", så glemmer man kanskje at man har forpliktelser med størrelsen på avtalen. Så om de velger å arbeide fullt så er jo det et valg de tar, det er ingen som pålegger de det, mens vi er pålagt det. Men jeg klager ikke, og jeg skjønner det kan oppleves som urettferdig, men alle saker har tre sider; din, min og sannheten»</i>

Tabell 5-6: Reduserte driftsavtaler og rettferdighet, sitat

Basert på funnene kan det se ut til at driftsavtalen påvirker motivasjonen til avtalefysioterapeutene på flere måter. Når det gjelder motivasjon relatert til å arbeide som avtalefysioterapeut, drives samtlige informanter av indre motivasjon; de liker å hjelpe pasienter, de synes arbeidet er meningsfylt og de får arbeide selvstendig. Videre bidrar driftsavtalen og utbetaling av driftstilskudd til en forutsigbar hverdag for avtalefysioterapeutene, og de kan fokusere mer på kvalitet for pasientene. Flertallet av informantene indikerer gjennom svarene sine at driftstilskuddet bidrar til bedre muligheter for kursing og videreutdanning, og at dette er noe som prioriteres. Det å ha økonomisk frihet til å ta seg tid og råd til kurs, beskrives som veldig givende av informantene. Flere informanter mener driftstilskuddet er motiverende, og at det er en stor anerkjennelse. Samtidig er andre informanter mer usikre på om driftstilskuddet bidrar til motivasjon. Informantene med reduserte driftsavtaler trekker frem at forskjellen i sum utbetalt driftstilskudd utfra avtalestørrelsen fører til misnøye med ordningen, og at det hele er urettferdig. Det kan dermed se ut til at driftsavtalen og driftstilskuddet til en viss grad bidrar til motivasjon i arbeidshverdagen, men for de med reduserte tilskudd oppstår det også misnøye fordi situasjonen er urettferdig. Misnøyen kommer av at de med reduserte driftsavtaler leverer like mye til kommunen som de med full driftsavtale, men får mindre utbetalt. I kapittel 6 vil jeg diskutere funnene og undersøke om de kan forklares ytterligere av teori.

5.5 Arbeidsbelastning

I dette delkapittelet presenterer jeg funn relatert til avtalefysioterapeutenes arbeidsbelastning. Arbeidsbelastning omfatter i denne sammenheng arbeidsuke etter egen avtale, reell arbeidsuke, samt ekstraarbeid (arbeid utover egen avtale). Disse vil kort presenteres og analyseres med utregninger og sammenligninger, før jeg til slutt forklarer funnene.

Formålet er å utforske hvor mye avtalefysioterapeutene i utvalget arbeider i løpet av en uke, og kartlegge hva dette utgjør i forhold til terapeutenes driftsavtale. I tabell 5-7 er de mest relevante funnene relatert til arbeidsbelastning oppsummert. Som forklart i kapittel 5.1, benytter jeg 65 % som avtalestørrelse for informant E ved utregningene, ettersom vikariatet er midlertidig og arbeidsbelastningen er lik. Jeg vil vise effekten av valg av avtalestørrelse for hver utregning. Etter jeg har gjennomført alle utregningene med informant E, vil jeg oppsummere resultatene og vurdere variasjonen.

Informant	Driftsavtalen, %	Arbeidsuke, avtale*	Arbeidsuke, reell**	Ekstraarbeid***
Informant A	100 %	36 timer	45 timer	25 %
Informant B	50 %	18 timer	25 timer	39 %
Informant C	90 %	32,5 timer	40 timer	23 %
Informant D	50 %	18 timer	40 timer	122 %
Informant E ****	65 % + 30%	23,4 – 34,2 timer	36 timer	54 %
Informant F	100 %	36 timer	37,5 timer	4 %
Informant G	67 %	24 timer	40 timer	67 %
Informant H	100 %	36 timer	42,5 timer	18 %

Tabell 5-7: Arbeidsbelastning

* «Arbeidsuke, avtale» er satt etter standard for full arbeidsuke etter ASA4313.

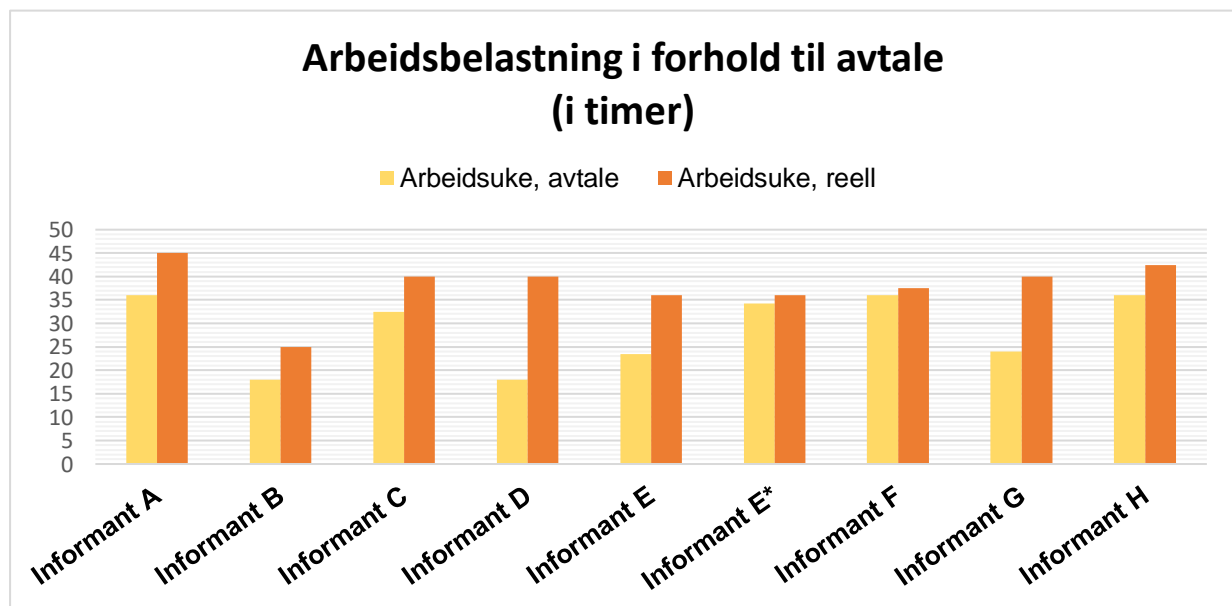
** «Arbeidsuke, reell» viser hvor mye den enkelte gjennomsnittlig arbeider i uken.

*** «Ekstraarbeid» er regnet ut i prosent av egen avtalestørrelse.

**** Informant E har en fast driftsavtale på 65 % og et midlertidig vikariat på 30%, og arbeider 36 timer i uken uavhengig av avtalestørrelsen.

***** Ekstraarbeid for informant E ved avtalestørrelse på 95 % er lik 5,3 %.

Tabell 5-7 illustrer flere interessante funn. Først og fremst ser man at samtlige informanter arbeider mer enn de er pålagt i forhold til sin driftsavtale, dette funnet er illustrert i graf 5-1. Samlet leverer utvalget i gjennomsnitt 44% ekstraarbeid utover egne driftsavtaler.¹ For det andre ser man at tre av fem informanter med små/middels driftsavtaler arbeider betydelig mer utover sin avtale, enn de med full driftsavtale (Informant G, E og D). For informantene med reduserte driftsavtaler utgjør gjennomsnittlig ekstraarbeid utover egen driftsavtale 61%.² Videre er det bare en informant i utvalget som arbeider under hva som tilsvarer en full arbeidsuke etter ASA4313 på 36 timer (informant B), og bare en informant som arbeider tilnærmet lik det som forventes av driftsavtalen (informant F). Fem av åtte informanter arbeider minst 40 timer i uken (informant A, C, D, G og H). Jeg vil nå ta for meg funnene fra tabell 5-7 hver for seg, og presentere relevant informasjon fra informantene for å forklare likheter og forskjeller.



Graf 5-1: Arbeidsbelastning i forhold til avtale (i timer)

¹ Om man ser bort fra informant E, utgjør gjennomsnittlig ekstraarbeid for utvalget 43 %. Om man benytter 95% avtalestørrelse for informant E istedenfor 65%, utgjør gjennomsnittlig ekstraarbeid for utvalget 38 %.

² Om man ser bort fra informant E utgjør gjennomsnittlig ekstraarbeid 63% for de med reduserte driftsavtaler. Om man benytter 95% avtalestørrelse for informant E istedenfor 65%, utgjør gjennomsnittlig ekstraarbeid 51 % for denne gruppen.

* Informant E* viser arbeidsbelastning i forhold til avtale for informant E med avtalestørrelse lik 95%.

Graf 5-1 illustrer at samtlige informanter arbeider mer enn sin egen driftsavtale. Ved spørsmål om hvorfor informantene velger å arbeide mer enn hva de er forpliktet til i forhold til driftsavtalen, trakk samtlige frem at en av hovedårsakene er at de liker jobben sin og at de generelt sett er glad i å jobbe. Flere trakk også frem at de følte et behov for å bidra til å ta unna de lange ventelistene for å kunne hjelpe flere pasienter, og at de var i en livssituasjon som tillot de å arbeide mye. Samtidig som svarene viste noen likhetstrekk, fant jeg at informantene med driftsavtaler under 100% tok opp enkelte aspekter de med full driftsavtale ikke nevnte. Slike aspektene var blant annet; behovet for å ha en full arbeidsuke og føle seg nyttig (fremfor å «bare» ha en deltidsjobb»), for å få en tilstrekkelig inntekt til at økonomien skulle gå opp og det å kunne føle man tjente like mye som andre fysioterapeuter med full driftsavtale. Dermed kan det se ut til at de med reduserte driftsavtaler i større grad arbeider mer enn sin driftsavtale av økonomiske årsaker, sammenlignet med årsaken til de med fulle driftsavtaler. I tabell 5-8 gjengir jeg direkte sitat fra informantene, som forklarer hvorfor de arbeider utover egen driftsavtale.

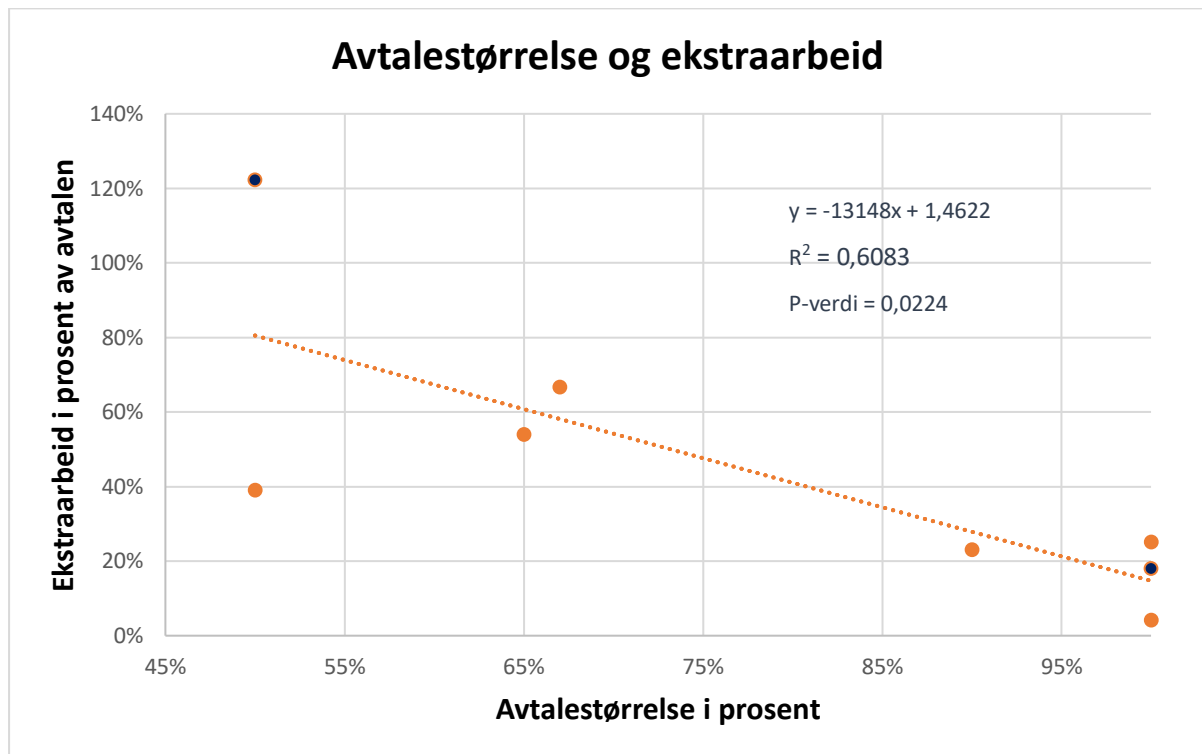
Størrelse på driftsavtale	Hvorfor arbeider du mer enn din driftsavtale tilsier?
A: 100 %	«Nei, jeg synes jo jobben min er gøy da, men jeg har jo noen grupper som jeg på en måte "arvet" når jeg begynte her. De er på ettermiddag/kveld så de har jeg fortsatt, dessuten så er jeg i en alder og livssituasjon som gjør at jeg kan arbeide såpass mye, jeg har kapasitet til det, og jeg trives egentlig med det»
C: 90 %	«Det har litt med personligheten min å gjøre da, jeg vil gjerne være snill så det er jo en grunn. Jeg føler jo for å ta unna litt av ventelistene, og så er det jo det at jo mer du arbeider, jo mer må du betale i skatt, så man kommer inn i en ond sirkel. Jeg har en arbeidsplass som jeg betaler for, og jeg har lokalene, så om jeg kan hjelpe flere folk så gjør jeg heller det, selv om jeg tjener mindre utover avtalen. Den funksjonen vi har i samfunnet til å hjelpe andre er viktigere for meg enn akkurat pengene. At flere pasienter får komme til er viktig»
D: 50 %	«For avtalefysioterapeuter er en full arbeidsuke 36 timer, så tjener jo jeg kr 223 860,- mindre enn de med fullt tilskudd, så det motiverer jo meg til å jobbe hardere og smartere. Så i stedet for at jeg kanskje har papirarbeid og journaler i løpet av arbeidsdagen, så skriver jeg de på kveldstid, og gjør også alt annet administrativt arbeid utenfor arbeidstidene, for når jeg er på

	<p><i>jobb (på klinikken), så vil jeg bare ha timer som gir betalt siden jeg føler et press. Så det er vel derfor jeg jobber mer. Det er for å prøve å tjene inn igjen. Det er litt rart, for jeg er jo ikke urettferdig behandlet, jeg har jo sagt ja til en 50% avtale, og jeg er jo på en måte fornøyd med den på mange måter, men samtidig ikke, og da gjør disse små tingene at jeg kan føle meg litt mer fornøyd. Jeg føler på en måte jeg kan "konkurrere" med disse kollegene mine og kan tjene like mye, men jeg blir jo "sur" når jeg hører de kan dra på kurs og gjør masse annet jeg ikke kan. Det gjør noe med en, jeg føler meg kanskje litt som en annenrangs fysioterapeut i privat praksis»</i></p>
E: 65 %	<p><i>«Ja, jeg må jo ha en inntekt da, og det er jo naturlig for meg å jobbe fullt når jeg ikke har småbarn lenger og er frisk nok til det, så det er jo en motivasjon at man må ha inntekt. Så er det jo også en motivasjon at man kan dokumentere at jeg jobber fullt, tidligere har det vært noen ordninger, for eksempel i 1989, da var det en slik ordning som kom som gjorde at alle som hadde mindre tilskudd fikk utvidet til 100% om de kunne dokumentere at de hadde jobbet fullt, så det og har jo vært viktig for meg å kunne vise til at jeg har jobbet fullt, så om det skulle komme en slik ordning på nytt og kommunen skulle finne på at de som har reduserte tilskudd, skulle få oppjustert i henhold til faktisk arbeidsbelastning så er det viktig å kunne vise at man har jobbet fullt, det er en sterk motivasjon»</i></p>
F: 100 %	<p><i>«Jeg jobber jo ikke mye over driftsavtalen; jeg liker å ha fri, jeg vil ikke slite meg ut, jeg vil ha et privatliv og jeg vil ha fritid. Livet handler om mer enn å bare jobbe, så selv om jeg elsker jobben min, så vil jeg ikke jobbejobbejobbe. Jeg liker mer å jobbe jevnt og trutt, fremfor å jobbe intensivt for så å ta fri en periode. Jeg liker den trauste daglige dansen»</i></p>
G: 67 %	<p><i>«Nei det er jo fordi man har lyst å ha en full arbeidsuke og være nyttig, og så tror jeg man føler et ansvar for å ta unna arbeidsmengden. Det hadde jo vært lengre ventelister om jeg skulle valgt å arbeide mindre»</i></p>
H: 100 %	<p><i>«Det er jo for å prøve å ta unna litt av ventelisten, rett og slett, og så er jeg jo glad i å jobbe da. Men det er rett og slett for å ta unna, og jeg strekker meg gjerne ekstra, om det ringer noen som har akutt behov for hjelp så vil man jo bidra! Det skjer titt og ofte. Så i utgangspunktet har det ikke noe med inntektene å gjøre, det handler mer om å hjelpe folk, for det er liksom, om man tjener 100 000 eller 200 000 mer eller mindre i året, det spiller ikke så stor rolle egentlig. Man bruker det opp og skatter det bort. Så det å hjelpe andre som trenger det, er hovedårsaken til at jeg jobber mer enn det jeg på en måte "skal", så trives jeg med jobben, og det er jo og veldig viktig!»</i></p>

Tabell 5-8: Begrunnelse av arbeidsbelastning, sitat

Videre spurte jeg informantene med reduserte driftsavtaler om hvorfor de valgte å arbeide mer for kommunen utover driftsavtalen, fremfor å for eksempel drive helprivat virksomhet ved siden av. På dette svarte de at det teoretisk sett kunne vært en mulighet, men at det trolig ville kunne skape en viss forvirring blant pasientene da de har en tendens til å sammenligne seg med hverandre. For å drive privat ved siden av driftsavtalen, måtte det derfor ha vært veldig klare retningslinjer, og et klart skille mellom offentlig og privat drift. Årsaken til at de fortsetter å arbeide for kommunen, begrunnet de dermed med at det var det enkleste rent praktisk. De fortalte at de store kostnadene knyttet til å drive som avtalefysioterapeut (leiekostnader, pålagte IT systemer fra HELFO, utstyr osv.) naturlig nok ikke tar hensyn til størrelsen på driftsavtalene. Så om man hadde en driftsavtale på for eksempel 50 % kunne man like godt fortsette å arbeide siden de faste kostnadene er de samme. Noen informanter trakk frem at de tidlig i karrieren hadde hatt deltidsjobb ved siden av driftsavtalen, men at det etter hvert hadde blitt vanskelig å kombinere. Muligheten til å ha en annen jobb ved siden av driftsavtalen avtar også med størrelsen på driftsavtalen.

Det neste funnet jeg skal se nærmere på er at tre av fem med små driftsavtaler arbeider betydelig mer utover egen avtale enn de med full driftsavtale. For å undersøke om det finnes en sammenheng mellom avtalestørrelsen og ekstraarbeid (arbeid utover avtalen), har jeg gjennomført en enkel regresjonsanalyse illustrert i figur 5-1. Etersom kvinner arbeider mer deltid i samfunnet, har jeg valgt å inkludere kjønn i figuren; blå indikerer menn og oransje indikerer kvinner (SSB, 2019a; Unio, 2019). Av de med reduserte driftsavtaler er det en mannlig informant som arbeider mest utover egen driftsavtale på 122 %. Av informantene med full driftsavtale er det en kvinne som arbeider mest utover driftsavtalen med 25 %, tett fulgt av en mannlig informant med 18 %. Siden datautvalget er så lite, med en betydelig hovedvekt av kvinner, har jeg valgt å ikke kontrollere for kjønn ved multippel regresjon. Det er likevel interessant å merke seg at mønster fra samfunnet for øvrig reflekteres i utvalget, ved at de to mannlige fysioterapeutene ligger over regresjonslinjen, og altså arbeider mer enn snittet av kvinner i utvalget med samme avtalestørrelse.



Figur 5-1: Samvariasjon mellom avtalestørrelse og ekstraarbeid. ($N = 8$)

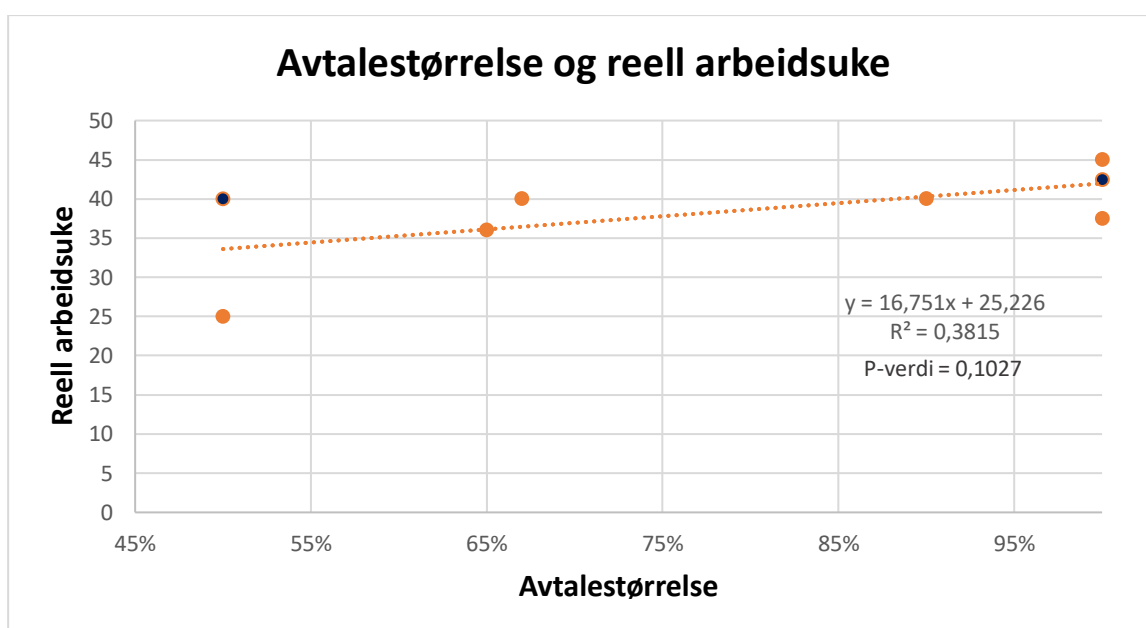
Figuren viser en klar negativ sammenheng mellom avtalestørrelse og ekstraarbeid. Dette bekreftes av en sterk negativ korrelasjonskoeffisient på $-0,78$. R^2 , den multiple korrelasjonskoeffisienten, er lik $0,61$ som betyr at 61% av variasjonen i ekstraarbeid kan forklares av avtalestørrelsen. Resultatet er signifikant, med en p-verdi på $0,02$, som betyr at det bare er 2% sjanse for få dette resultatet, uten at det er en underliggende sammenheng. Høy andel ekstraarbeid observeres altså sammen med lav avtaleprosent, mens lav andel ekstraarbeid observeres sammen med høy avtaleprosent. Resultatet er robust mht. andre antakelser for informant E, som har et midlertidig ekstra vikariat.³

Med unntak av observasjon fra informant C (avtalestørrelse 90%), ser vi at samtlige som har redusert driftsavtale, har mer ekstraarbeid enn de med full avtale (100%). Dette gjelder informant B, D, E og G. At det ikke gjelder informant C i like stor grad, kommer trolig av at

³ Om avtalestørrelsen til informant E settes til 95% istedenfor 65% , slik at ekstraarbeid blir $5,3\%$ istedenfor 54% , får jeg en korrelasjonskoeffisient på $-0,80$ (istedenfor $-0,78$) og $R^2 = 0,63$ (istedenfor $0,61$). Hvis jeg tar informant E ut av analysen, får jeg en korrelasjonskoeffisient på $-0,78$ og $R^2 = 0,61$.

driftsavtalen er veldig nær 100%. At de med reduserte driftsavtaler har mer ekstraarbeid, forklares altså av størrelsen på driftsavtalen og driftstilskuddet.

Siden fysioterapeutene som har deltidsavtaler jobber mer ekstra, blir forskjellen i det totale antallet timer som arbeides per uke ikke så stor mellom fysioterapeutene, se figur 5-2. Figuren viser imidlertid at de som har full driftsavtale, arbeider noe mer i uken enn de som har redusert driftsavtale. Gjennomsnittlig reell arbeidsuke for de med full driftsavtale er 41,7 timer, og gjennomsnittlig reell arbeidsuke for de med redusert driftsavtale er 36,2 timer. Jeg har også gjennomført en enkel regresjonsanalyse for å undersøke om sammenhengen mellom avtalestørrelse og reell arbeidsuke er statistisk signifikant.



Figur 5-2: Samvariasjon mellom avtalestørrelse og reell arbeidsuke. ($N = 8$)

Figuren viser en moderat positiv sammenheng mellom avtalestørrelse og reell arbeidsuke. Dette bekreftes av en moderat korrelasjonskoeffisient på 0,62. $R^2 = 0,38$ som betyr at 38 % av variasjonen i reell arbeidsuke kan forklares av avtalestørrelsen. Den lave multiple korrelasjonskoeffisienten taler for at det er andre variabler som også må tas i betraktning for å forklare variasjonen i utvalget. Sammenhengen mellom variablene har en p-verdi på 0,1, og

den er dermed ikke signifikant.⁴ Vi kan altså *ikke* slå fast med sikkerhet at fysioterapeuter med høyere avtalebrøk jobber mer.

Etter rammeavtalen ASA 4313, skal en avtalefysioterapeut med full driftsavtale ha en arbeidstid på gjennomsnittlig 36 timer per uke i 45 uker per kalenderår (jf. punkt 14 ASA 4313). Dette tilsvarer forventet arbeidstid på 1620 timer i året (om man ser bort fra ytterligere fridager). Om man tar utgangspunkt i et fullt driftstilskudd på kr 447 720,- i året, som dekker opp til 36 timer i uken, får en avtalefysioterapeut med full driftsavtale ca. kr 276,- utbetalt i driftstilskudd per arbeidstime. Samtidig vil en avtalefysioterapeut med 50 % driftsavtale, som velger å arbeide lik en full driftsavtale, få utbetalt kr 276,- opptil 18 timer i uken, og utover dette tape kr 276,- per time opp til 36 timer i forhold til en med full driftsavtale. Arbeidstimer utover 36 timer dekkes ikke av driftstilskuddet for hverken de med full driftsavtale eller de med redusert driftsavtale.

For å illustrere betydningen av ekstraarbeidet avtalefysioterapeutene utfører for kommunen, har jeg utført noen utregninger basert på tall fra SSB. Utregningene og forklaring er vist i tabell 5-9.

Utregning av ekstraarbeid, for utvalg og populasjon				
Informant, avtale	Arbeidsuke, avtale	Arbeidsuke, reell	Differanse	
Informant A, 100%	36	45	9	
Informant B, 50%	18	25	7	
Informant C, 90%	32,5	40	7,5	
Informant D, 50%	18	40	22	
Informant E, 65%	23,4	36	12,6	
Informant F, 100%	36	37,5	1,5	
Informant G, 67%	24	40	16	
Informant H, 100%	36	42,5	6,5	
SUM ekstraarbeid			82,1	
Tilsvarende ekstra driftsavtaler for utvalget			2,3	
Generalisert til populasjon				
Tilsvarende ekstra driftsavtaler for populasjon		$= (2,3/8) * 160$	45,6	
Justert for størrelse på driftsavtale				
Full driftsavtale, ekstraarbeid		$17 = (17/3) * 103$	583,7	
Redusert driftsavtale, ekstraarbeid		$65,1 = (65,1/5) * 57$	742,1	
Sum ekstraarbeid, generalisert og justert			1325,8	
Tilsvarende ekstra driftsavtaler for populasjon, justert			36,8	

Tabell 5-9: Utregning av ekstraarbeid, for utvalget og populasjon.

⁴ Om avtalestørrelsen til informant E settes til 95 % istedenfor 65 %, får jeg en korrelasjonskoeffisient på 0,54 (istedenfor 0,62) og en svakere $R^2 = 0,30$ (istedenfor 0,38). Hvis jeg tar informant E ut av analysen, får jeg en korrelasjonskoeffisient på 0,61 og $R^2 = 0,37$.

I følge en rapport utarbeidet i 2020, har en avtalefysioterapeut i gjennomsnitt 155 unike pasienter gjennom året, og gjennomfører årlig 2 646 behandlinger (Claus & Hove, 2020). Utvalget leverer samlet 82,1 timer ekstraarbeid til kommunen. Dette tilsvarer forventet arbeidsomfang for 2,3 fulle driftsavtaler. Om kommunen skulle betalt for disse driftsavtalene, ville det tilsvart årlige ekstra driftstilskudd på kr 1 029 756. Basert på tall fra rapporten til SSB betyr ekstraarbeidet som avtalefysioterapeutene i utvalget utfører, at 357 ekstra pasienter får tilbud om behandling i året. Om man videre generaliserer funnene fra denne studien (N = 8) til hele populasjonen (N = 160), og justerer for ekstraarbeid levert i forhold til størrelsen på driftsavtalen, finner jeg at avtalefysioterapeutene samlet i Bergen kommune leverer ekstraarbeid tilsvarende 37 fulle driftsavtaler.⁵ Ekstraarbeidet som bransjen samlet leverer kommunen, fører til at hele 5 700 ekstra pasienter får tilbud om behandling hvert år.⁶ Dette er et høyt tall, og sett i sammenheng med at det ved dagens situasjon allerede er lange ventelister, ville det resultert i et betydelig dårligere helsetilbud fra kommunen og lang ventetid, om samtlige avtalefysioterapeuter skulle levert nøyaktig i samsvar med sin driftsavtale. Tallene bærer preg av stor usikkerhet, da de er basert på et utvalg på bare 8 avtalefysioterapeuter. Imidlertid gir tallene sannsynligvis en god indikasjon på hvordan situasjonen er for populasjonen.

I samtlige overnevnte utregninger (tabell 5-7, graf 5-1, figur 5-1 og 5-2) har jeg vist forskjellen avhengig av hvordan jeg har forholdt meg til informant E. Forskjellene er oppsummert i tabell 5-10. Konklusjonen er at det ikke er stor forskjell i resultatene om jeg velger å benytte meg av informant E med 65% avtalestørrelse eller om jeg velger å ikke ta med informant E overhodet. Ved å sette avtalestørrelsen lik 95% er forskjellen noe større, men ikke stor nok til å endre hvordan resultatene tolkes. Jeg føler meg derfor komfortabel med å videreføre resultatene relatert til avtalestørrelse på 65%.

⁵ Om avtalestørrelsen til informant E settes til 95 % istedenfor 65 %, får jeg 33 ekstra driftsavtaler istedenfor 37, mens jeg får 37 ekstra driftsavtaler hvis jeg tar E helt ut av utvalget.

⁶ Ift. Antall ekstra pasienter som får tilbud om hjelp, får jeg rundt 5700 både med min opprinnelige antakelse om 65 % avtale for E, og når jeg tar E helt ut av utvalget, mens jeg får rundt 5200 når jeg isteden antar 95 % avtale for E. Resultatene påvirkes altså av antakelsene, men størrelsesorden er den samme.

Forskjell på resultat avhengig av avtalestørrelsen til Informant E			
	Informant E, 65%	Informant E, 95%	Uten informant E
Ekstraarbeid	54,0 %	5,3 %	-
Gj.snitt ekstraarbeid utvalg	44 %	37,90 %	42,60 %
Gj.snitt ekstraarbeid, red.	61 %	51,30 %	62,80 %
Samvariasjon, avtalestørrelse og ekstraarbeid R	-0,78	-0,80	-0,78
Samvariasjon, avtalestørrelse og ekstraarbeid R2	0,61	0,63	0,61
Samvariasjon, avtalestørrelse og reell arbeidsuke R	0,62	0,54	0,61
Samvariasjon, avtalestørrelse og reell arbeidsuke R2	0,38	0,30	0,37
Ekstraarbeid, tilsvarende driftsavtaler, utvalg	2,3	2	1,9
Ekstraarbeid, tilsvarende driftsavtaler, populasjon	36,8	33,4	37
Ekstra pasienter	5 704	5 177	5 735

Tabell 5-10: Forskjell på resultat avhengig av avtalestørrelsen til informant E

Jeg vil nå se nærmere på arbeidsbelastningen til informant B (50% driftsavtale), som er den eneste som arbeider under en full arbeidsuke på 36 timer, og informant F (100%), som er den eneste som arbeider tilnærmet likt sin driftsavtale. Informant B er den eneste i utvalget som er nær pensjonsalder (65 år), og vedkommende informerte under intervjuet om en betydelig lavere arbeidskapasitet på grunn av alder. Informanten var dermed fornøyd med å ha en driftsavtale på 50 % siden det trolig ikke hadde vært mulig å levere etter forpliktelsene ved en full driftsavtale. Denne forskjellen fra de andre informantene kan dermed forklares av alder og livssituasjon. Informant F er en av tre informanter med full driftsavtale, men den eneste som bare arbeider litt mer enn avtalen tilsier. På spørsmål om begrunnelsen til dette trakk informanten frem at det kom av personlige årsaker som behov for fritid, jevn arbeidsbelastning og det å ta vare på egen helse. Informant F sitt avvik fra resten kan da forklares av personlighet og egne verdier, se sitat i tabell 5-8.

Til slutt ser man at det store flertallet, fem av åtte, arbeider gjennomsnittlig 40 timer i uken eller mer. Basert på funnene fra dette utvalget kan det se ut til at normalen i bransjen er å arbeide minst 36 timer i uken.

Kort oppsummert arbeider samtlige informanter utover sin driftsavtale. Forklaringen er at de trives i jobben og ønsker å hjelpe flere pasienter. For de med reduserte driftsavtaler er det også viktig å arbeide mer enn driftsavtalen for å få økonomien til å gå rundt, samt ha noe å fylle arbeidsuken med. Siden det er vanskelig å kombinere annen jobb med en redusert driftsavtale, velger de fleste å fortsette å arbeide for kommunen utover avtalen. De største avvikene i funnene kan forklares av individuelle forskjeller som alder, personlighet og livssituasjon. Regresjonsanalysen viser at det er en klar negativ sammenheng mellom avtalestørrelse og ekstraarbeid, lav avtalestørrelse observeres sammen med høy andel ekstraarbeid og omvendt.

Ekstraarbeidet utvalget leverer kommunen tilsvarer 2,3 driftsavtaler, og at 355 ekstra pasienter får hjelp hvert år. Om man generaliserer funnene til populasjonen, tilsvarer det 37 ytterligere driftsavtaler i kommunen, og at 5 700 ekstra pasienter får tilbud om behandling hvert år. Selv om tallene er meget usikre, gir de en indikasjon på hvordan situasjonen er for avtalefysioterapeutene i Bergen kommune. I kapittel 6 vil jeg komme tilbake til disse funnene og diskutere betydningen ekstraarbeidet har for kommunen.

5.6 Effekten av reduserte driftsavtaler

I følgende delkapittel vil jeg undersøke funn på tvers av temaene i kapittel 4, 5.3, 5.4 og 5.5. Basert på hva jeg har funnet vil jeg forsøke å forklare effekten av reduserte driftsavtaler fra to perspektiver. Først vil jeg kort se på effekten av reduserte driftsavtaler for avtalefysioterapeutene, deretter vil jeg se på effekten av reduserte driftsavtaler for kommunen. Avslutningsvis vil jeg presentere sitat fra avtalefysioterapeutene som gjelder hva de synes kommunen burde gjøre med situasjonen.

I bransjeanalysen i kapittel 4 forklarte jeg hvordan driftsavtalen gjør det mulig for avtalefysioterapeutene å tilby lave priser med refusjon og egenandelstak. Dette aspektet ved driftsavtalen fører til stor etterspørsel etter avtalefysioterapi. Om en avtalefysioterapeut med redusert driftsavtale velger å arbeide utover det vedkommende er forpliktet til i driftsavtalen, vil terapeuten fremdeles kunne benytte seg av fordelene ved driftsavtalen som beskrevet over. En effekt av reduserte driftsavtaler er dermed at flere fysioterapeuter får muligheten til å få tilgang til avtalefysioterapimarkedet. Om kommunen utelukkende skulle benyttet fulle driftsavtaler, hadde de trolig ikke tatt seg råd til like mange driftsavtaler som de har nå uten justeringer.

En annen effekten av reduserte driftsavtaler for avtalefysioterapeutene er relatert til arbeidsbelastningen. Utfra funnene viser det seg at de med reduserte driftsavtaler arbeider like mye, eller mer, enn de med fulle driftsavtaler. En redusert driftsavtale betyr dermed ikke at de arbeider mindre enn de med full driftsavtale.

Som en avtalefysioterapeut med redusert driftsavtale, får man lavere utbetalt driftstilskudd i forhold til avtalefysioterapeuter med full driftsavtale. Om en med redusert driftsavtale skulle velge å arbeide utover driftsavtalen, noe samtlige av informantene i utvalget gjør, betyr det at de leverer kommunen fysioterapitjenester de ikke kompenseres for ved driftstilskudd. For en

avtalefysioterapeut med 50 % driftsavtale som arbeider like mye (eller mer som vist fra noen i utvalget i delkapittel 5.5) som det kreves av en avtalefysioterapeut med full driftsavtale, får vedkommende kr 223 860 mindre utbetalt i driftstilskudd i året. I forhold til en avtalefysioterapeut med full driftsavtale, vil en avtalefysioterapeut da med 50 % driftsavtale få kr 129,5 mindre betalt hver time opp til 36 timer i uken. Ellers viser funnene i 5.4-5.5 at redusert driftstilskudd har innvirkning på arbeidshverdagen på flere måter; de har en større bekymring knyttet til økonomien, har mindre midler til å sikre kvalitet ved klinikk og utstyr, samt de har ikke samme anledning til å ta kurs. Forskjellen i utbetaling fører også til misnøye med ordningen og en følelse av å bli behandlet urettferdig.

Ut fra funnene, som analysert og presentert i kapittel 4, 5.3, 5.4 og 5.5, kan jeg peke på tre tydelige effekter av de reduserte driftsavtalene sett fra perspektivet til avtalefysioterapeutene:

1. Reduserte driftsavtaler gir flere fysioterapeuter muligheten til å få tilgang til avtalefysioterapimarkedet.
2. Arbeidsbelastningen for de med reduserte driftsavtaler viser at de fleste velger å arbeide like mye som forpliktelsene ved en full driftsavtale, eller mer.
3. Reduserte driftsavtaler medfører at avtalefysioterapeuten får mindre utbetalt i driftstilskudd. Lavere utbetaling begrenser investeringsmulighetene og det kan føre til misnøye og en følelse av urettferdighet.

Etter å ha sett på effektene av å ha redusert driftsavtale for den enkelte fysioterapeut, vil jeg nå diskutere effektene for kommunen.

Basert på funnene, er den mest fremtredende effekten av reduserte driftsavtaler for kommunen at de får billig fysioterapi. Samtlige avtalefysioterapeuter i utvalget med reduserte driftsavtaler arbeider betydelig utover sin avtale. I snitt leverer disse 36,2 timer i uken til kommunen, og de arbeider dermed litt mer enn forpliktelsene ved en full driftsavtale. Om det er slik for de fleste avtalefysioterapeutene med reduserte driftsavtaler i kommunen, får kommunen ved disse betydelig billigere fysioterapi sammenlignet med fulle driftsavtaler. En avtalefysioterapeut med full driftsavtale får kr 276,- utbetalt per arbeidstime opp til 36 timer i form av driftstilskudd. En avtalefysioterapeut med redusert driftsavtale på 50 %, mottar kr 138,19,- for den samme arbeidstiden om man fordeler utbetalt driftstilskudd på arbeidstid lik en full avtale. For utvalget tilsvarer ekstraarbeidet 2,3 fulle driftsavtaler, og ved generalisering av funnene til populasjonen, tilsvarer det rundt 37 fulle driftsavtaler. Om kommunen skulle

betalt for tjenestene de fikk i ekstraarbeid, ville det utgjort en sum på 16,5 millioner kroner. Om man isolerer effekten av ekstraarbeid til å bare gjelde reduserte driftsavtaler, ville ekstraarbeidet de leverer kommunen tilsvart rundt 21 fulle driftsavtaler, eller 9,2 millioner kroner. Avtalefysioterapeutene med reduserte driftsavtaler står dermed for 56 % av alt ekstraarbeidet som leveres kommunen. Sagt litt enklere, de reduserte driftsavtalene i Bergen kommune medfører at kommunen får levert ekstra tjenester lik 21 fulle driftsavtaler. Denne tjenesten, som de ikke betaler faste driftstilskudd for, tilsvarer at rundt 3 200 ekstra pasienter får tilbud om hjelp i året.

Tallene forklarer hvordan de reduserte driftsavtalene fører til billig fysioterapitjenester for kommunen. I stedet for å inngå en full driftsavtale med en fysioterapeut, viser tallene at det lønner seg for kommunen å heller inngå to reduserte driftsavtaler på 50 %. Ved å inngå en full driftsavtale med en fysioterapeut, viser funn fra denne studien at kommunen trolig kan forvente en gjennomsnittlig arbeidstid i uken på 40 timer. Dette koster kommunen kr 447 720,- i året. Om kommunen isteden inngår to reduserte driftsavtaler på 50%, viser funn fra denne studien at kommunen kan forvente å få 36-40 timer i uken fra hver av de to fysioterapeutene, altså 72-80 timer i uken til samme pris som en full driftsavtale, som leverer 40 timer i uken. Jeg vil komme tilbake til og diskutere effekten av reduserte driftsavtaler i kapittel 6.5.

Ut fra funnene kan jeg peke på en klar effekt av de reduserte driftsavtalene for kommunen:

- Reduserte driftsavtaler medfører billig fysioterapi for kommunen; fysioterapeuter med redusert avtale leverer i snitt tjenester lik en full driftsavtale (36,2 timer), men får mindre utbetalt i driftstilskudd.

5.7 Oppsummering

Jeg har nå presentert utredningens hovedfunn i forhold til temaene fra forskningsspørsmålene; etterspørsel, arbeidsbelastning, motivasjon og effekten av reduserte driftsavtaler. Hovedfunnene er kort oppsummert i tabell 5-11 under, etterfulgt av en kort oppsummering på hvert tema.

Informant	Hva er viktigst for etterspørselen: Driftsavtalen eller omdømme	Arbeidsbelastning: Arbeider mer enn driftsavtalen krever	Motivasjon: Hvorfor fysioterapeut	Reduserte driftsavtaler: Urettferdig?
A: 100%	Omdømme	Arbeider 25 % utover egen avtale	Indre motivasjon	Ja
B: 50%	Begge deler.	Arbeider 39 % utover egen avtale	Indre motivasjon	Ja
C: 90%	Driftsavtalen.	Arbeider 23 % utover egen avtale	Indre motivasjon	Ja
D: 50%	Driftsavtalen.	Arbeider 122 % utover egen avtale	Indre motivasjon	Ja
E: 65%	Begge deler.	Arbeider 54 % utover egen avtale	Indre motivasjon	Ja
F: 100%	Begge deler.	Arbeider 4 % utover egen avtale	Indre motivasjon	Både og.
G: 67%	Omdømme.	Arbeider 67 % utover egen avtale	Indre motivasjon	Ja.
H: 100%	Omdømme.	Arbeider 18 % utover egen avtale	Indre motivasjon	Både og.

Tabell 5-11: Hovedfunn, oppsummert.

Samtlige informanter er positive til *driftstilskuddsordningen*, og de sier den bidrar til en forutsigbar arbeidshverdag, samtidig som det er mulig å satse en praksis av høy kvalitet. Flere trekker frem at det er en anerkjennelse av kommunen å bli tildelt driftsavtale, og de er takknemlige. Likevel peker de på flere problemer med dagens driftstilskuddsordning. De negative sidene ved ordningen som går igjen blant informantene gjelder tildelingen av driftsavtalene, varigheten og størrelsen i forhold til levert tjeneste.

Alle informantene påpeker at selve driftsavtalen er en god driver for å få inn nye pasienter, men at godt omdømme, kvalitet og jungeltelegrafene også har mye å si for *etterspørselen* totalt sett. Samtlige bekrefter at det ikke er et problem å arbeide mer om de skulle ønske det, siden pasienttilgangen tilsynelatende er uendelig og de alltid har venteliste.

Ved spørsmål om hva som *motiverer* den enkelte til å arbeide som fysioterapeut, trakk alle informantene frem momenter som kan kobles til indre motivasjon; jobben er meningsfylt, behandlingen har stor betydning for pasienten, og de opplever en glede og mestring ved utførelse av jobben. Noen av informantene hevder at driftstilskuddet bidrar til motivasjon, samtidig som noen forteller de ikke tenker på driftstilskuddet på denne måten. Et flertall av informantene mente det enten er, eller trolig kan oppleves, som *urettferdig* at noen mottar større utbetaling av kommunen selv om de arbeider like mye, og at dette kan føre til misnøye med ordningen.

Samtlige informanter kunne opplyse at de arbeidet vesentlig *mer enn* hva som krevdes av dem i henhold til driftsavtalen. Ved spørsmål om hvorfor de valgte å gjøre dette, svarte stort sett alle at de likte jobben sin og ønsket å bidra til å ta unna ventelisten, samtidig som det for de med reduserte avtaler var nødvendig for å få økonomien til å gå opp. Videre fant jeg en signifikant sammenheng mellom avtalestørrelse og ekstraarbeid; lav avtalestørrelse ble observert sammen med høy andel ekstraarbeid, og høy avtalestørrelse ble observert sammen med lav andel ekstraarbeid. Samlet fant jeg at utvalget på åtte avtalefysioterapeuter til sammen leverte ekstra tjenestetimer til Bergen kommune lik 2,3 fulle driftsavtaler. Ved å generalisere funnene til hele populasjonen, tilsvarer ekstraarbeidet 37 fulle driftsavtaler, og at 5 700 ekstra pasienter får hjelp i året. For de med reduserte driftsavtaler er det vanskelig å kombinere avtalefysioterapijobben med en annen deltidsjobb. Å starte opp privat drift ved siden av den offentlige driftsavtalen ble forklart som komplisert og vanskelig å gjennomføre. Informantene med reduserte driftsavtaler begrunnet derfor valget av å arbeide offentlig utover avtalen med at det var det enkleste og det mest praktiske.

Til slutt så jeg på funnene samlet for å forklare *effekten av de reduserte driftsavtalene* sett fra to perspektiver: avtalefysioterapeutenes perspektiv og kommunens perspektiv. Fra avtalefysioterapeutenes perspektiv, medfører reduserte driftsavtaler hovedsakelig tre momenter: 1) Reduserte driftsavtaler gir flere fysioterapeuter muligheten til å få tilgang til avtalefysioterapimarkedet, 2) Arbeidsbelastningen for de med reduserte driftsavtaler viser at de fleste velger å arbeide like mye eller mer enn avtalefysioterapeuter med full driftsavtale, og 3) Reduserte driftsavtaler medfører at avtalefysioterapeuten får mindre utbetalt i driftstilskudd. Lavere utbetaling begrenser investeringsmulighetene, og det kan føre til misnøye og en følelse av urettferdighet. Fra kommunens perspektiv, fører de reduserte driftsavtalene til billig fysioterapi for kommunen; fysioterapeutene med redusert driftsavtale leverer tjenester omtrent som om de skulle ha en full driftsavtale, men de får mindre utbetalt i driftstilskudd.

6. Diskusjon

I dette kapittelet vil jeg se på funnene fra kapittel 4 og 5 opp mot relevante teoretiske rammeverk og empiri. For å gjøre kapittelet mest mulig oversiktlig vil jeg stort sett følge den samme strukturen som i kapittel fem. Først vil jeg diskutere litteratur om kvalitetskonkurranse. Så, vil jeg undersøke om verdiverkstedet kan forklare etterspørselen til avtalefysioterapeutene. Deretter diskuterer jeg funn opp mot motivasjonsteori. Videre vil jeg belyse betydningen av ekstraarbeidet avtalefysioterapeutene leverer kommunen, samt diskutere hvordan avtalestørrelsen henger sammen med andel ekstraarbeid. Jeg vil også inkludere en kort vurdering av uttalelser om temaet i media. Deretter diskuterer jeg effekten av de reduserte driftsavtalene, og jeg setter spørsmålsteget ved hvor mye avtalefysioterapeutene med reduserte driftsavtaler faktisk forutsettes å arbeide av kommunen. Til slutt kommenterer jeg veien videre for kommunen - og reiser spørsmål om de burde vurdere å oppjustere driftsavtalene til de avtalefysioterapeutene som ønsker det.

6.1 Kvalitetskonkurranse

I det første forskningsspørsmålet tar jeg opp hva som karakteriserer forholdene ved bransjen til avtalefysioterapeutene. Hensikten med spørsmålet er å belyse makroøkonomiske forhold som styrer bransjen, samt å gi et innblikk i konkurransesituasjonen til avtalefysioterapeutene. Samlet gir denne informasjonen en god forståelse av hvordan bransjen henger sammen. Jeg vil nå kort diskutere funnene fra bransjeanalysen og informantene opp mot litteratur om konkurranseforhold i lignende markeder.

Gjennom min studie har jeg ikke klart å finne noe som tyder på at det er sterk konkurranseintensitet mellom avtalefysioterapeutene i kommunen. Tvert imot mente de fleste informantene at det opplevdes mer som en form for samarbeid ved at man kunne hjelpe hverandre om nødvendig. Dette kommer, som tidligere analysert i kapittel 4, av at etterspørselen tilsynelatende er så stor at det ikke er behov for noe konkurranse om pasientene. Men, selv om det ikke er stort konkurransepress innad i markedet, kan det tenkes at det er en viss konkurranse mellom avtalefysioterapeutene og de helprivate fysioterapeutene, og da spesielt fra de helprivates perspektiv. Siden avtalefysioterapeutene benytter offentlig fastsatte priser, og de helprivate fysioterapeutene selv setter egne priser, men ikke har anledning til å sette de like lavt som avtalefysioterapeutene, er det ingen reell priskonkurranse mellom disse

to gruppene. Helprivate får ingen form for støtte fra kommunen eller staten, og har derfor ikke anledning til å sette prisene like lavt som de offentlige takstene. Avtalefysioterapeutene vil dermed alltid kunne tilby lavere priser. Helprivate fysioterapeuter kan derimot tilby behandling på kort sikt, samtidig som avtalefysioterapeutene oftest har noe ventetid. Derav blir det en kvalitetskonkurranse mellom de helprivate fysioterapeutene og avtalefysioterapeutene. Tidligere studier har funnet støtte for at kvalitet av offentlige helsetjenester er høyere i markeder med mer konkurranse (Gaynor, 2006). Det kan dermed antas at en eventuell konkurranse med de helprivate fysioterapeutene i kommunen påvirker kvaliteten ved helsetjenesten positivt.

De helprivate er i større grad enn avtalefysioterapeutene avhengig av at pasientene er fornøyde med behandlingen og omtaler praksisen positivt for å oppnå tilstrekkelig etterspørsel. Kvalitet blir dermed en naturlig del av verdiskapningen for de helprivate fysioterapeutene, som jeg vil komme tilbake til i kapittel 6.2. Det er sannsynlig at avtalefysioterapeutene har en del pasienter som har råd og muligheten til å benytte seg av helprivate fysioterapeuter. For at avtalefysioterapeutene skal kunne konkurrere om å beholde pasientene som har anledning til å velge en helprivat fysioterapeut, må avtalefysioterapeutene på lik linje med de helprivate fysioterapeutene vektlegge kvalitet og gode relasjoner. På denne måten, sett i sammenheng med funnene i studiene til Gaynor (2006) og Brekke et al. (2012), kan det se ut til at tilstedeværelsen av helprivate fysioterapeuter fører til høyere kvalitet i tjenestetilbudet til avtalefysioterapeutene. Helprivate fysioterapeuter er ikke inkludert i min studie, så jeg vil ikke gå nærmere inn på disse, men det er helt klart at det kunne vært av stor interesse i fremtiden å studere forskjeller i konkurranseforholdene til helprivate fysioterapeuter og avtalefysioterapeuter, og utforske om funnene fra lignende studier også er gjeldende her.

Det er lett å tenke at det i en bransje med høye inngangsbarrierer, hvor aktørene får støtte av kommunen, og etterspørselen er umettelig, kan gå på bekostning av kvaliteten på tjenesten som leveres pasientene. Grunnet konkurranseforholdene, som beskrevet i kapittel 4.4 og i avsnittene over, er det tilsynelatende lite som gir insentiv til å vektlegge høy kvalitet, siden etterspørselen uansett er til stede. Utfra hva jeg har klart å finne, er det ikke utført forskning i Norge direkte på konkurransesituasjonen for avtalefysioterapeuter. Det er heller ikke gjort noe kvantitativ forskning som gjelder kvaliteten på behandlingen til avtalefysioterapeutene sett opp mot private aktører. Imidlertid har man fra annen forskning funnet at det ved altruistiske tilbydere i markeder med profittbegrensninger, ofte fører til et tilbud av høyere kvalitet og lavere priser (om disse ikke er regulerte), så lenge tilbyderen er «tilstrekkelig» altruistisk

(Brekke et al., 2012; Gaynor, 2006). Motsatt vil mindre altruistiske tilbydere levere lavere kvalitet, og høyere priser. For avtalefysioterapeutene er prisene regulert, og jeg har funnet at fysioterapeutene fremstår som altruistiske, ved at de drives av indre motivasjon for å hjelpe andre til å få det bedre. Samtidig bedyrer samtlige informanter at de verdsetter høy kvalitet, og at et godt omdømme er viktig for etterspørselen. Basert på uttalelser fra noen av informantene og tidligere rådgiver for avtalefysioterapeutene, fikk jeg tidlig et inntrykk av at det eksisterte antakelser om at driftsavtalene kunne føre til at avtalefysioterapeutene ble mer avslappet når det gjelder pasientbehandling og kvalitet:

«(...)Det er mange som har driftstilskudd (driftsavtale) som blir sløve i jobben, de lar for eksempel kanskje pasientene komme uten å tenke så mye på at de har et ansvar for å gjøre pasientene i stand til å hjelpe seg selv, driftsavtalen kan bli en hvilepute. Dette er ting jeg har hørt, og har sett vært debattert i miljøet.»

- Sitat, informant F.

På denne måten indikerer funnene fra studien min at disse antakelsene om at avtalefysioterapeutene, som har lite rivalisering seg imellom, nedprioriterer kvalitet grunnet konkurransesituasjonen ikke nødvendigvis medfører riktighet. Funnene mine er således i samsvar med de fra studien til Brekke et al. (2012), som hevder at tilstrekkelig altruisme kan føre til at det blir levert høyere kvalitet, og at konkurransen i markedet baseres på kvalitet fremfor pris.

Så langt sammenfaller funnene fra studien min med noen av funnene i studiene til Brekke et al. (2012) og Gaynor (2006). Informantene er altruistiske, og selv om det ikke er et konkurransemessig behov for det, velger alle å levere høy kvalitet. Samtidig kan det, basert på tidligere litteratur, se ut til at tilstedeværelsen av helprivate fysioterapeuter som substitutter påvirker kvaliteten på tjenestene til avtalefysioterapeutene positivt.

6.2 Etterspørselen forklart av verdiverkstedet

Det andre forskningsspørsmål adresserer hvordan driftsavtalen påvirker etterspørselen til avtalefysioterapeutene. Fra denne studien fant jeg at driftsavtalene i stor grad driver etterspørselen, men samtlige informanter pekte også på viktigheten av kvalitet ved behandlingen og et godt omdømme. Jeg vil nå diskutere disse funnene opp mot teori om verdiverksteder, som presentert i kapittel 3.3.

I følge Stabell og Fjeldstad (1998) sin modell for verdiverkstedet, er de viktigste ressursene den enkeltes kompetanse og renommé. Kompetanse vil i dette tilfellet inkludere avtalefysioterapeutenes utdanning, spesialisering, arbeidserfaring og annen kompetanse om relevante behandlingsformer. Renommé, eller omdømme, handler om hvordan pasientene opplever tjenestene til avtalefysioterapeuten, og hvilket rykte den enkelte fysioterapeuten har utad. Ifølge det teoretiske rammeverket henger de to ressursene (kompetanse og renommé) tett sammen, da begge er nødvendige for å lykkes. Godt omdømme sikrer nye oppdrag og pasienter, samtidig som god kompetanse fører til vellykkede behandlinger og fornøyde pasienter, som igjen gir bedre omdømme. Videre definerer rammeverket flere viktige verdidrivere for pasientene. Her ønsker jeg spesielt å trekke frem *renommébygging*, *læring* og *samspill/samarbeid*. Ved at avtalefysioterapeutene har god kompetanse, vil de få fornøyde pasienter, som bidrar til bedre *omdømme*, og som igjen bidrar til at flere blir anbefalt terapeuten/instituttet. *Læring* skaper verdi for pasientene, ved at avtalefysioterapeutene blir flinkere jo lenger de arbeider i yrket, og jo mer erfaring de får fra forskjellige former for behandling. *Internt og eksternt samspill* skaper verdi for pasientene ved at avtalefysioterapeutene samarbeider, og kan henvise til hverandre om de mener det er andre fysioterapeuter som er bedre egnet til å behandle den aktuelle problemstillingen.

Basert på funnene mine blir viktigheten av disse ressursene og verdidriverne i stor grad bekreftet. Samtlige informanter hevdet at et godt omdømme og fornøyde pasienter er minst like viktig som driftsavtalen for å få inn flere pasienter. Et eksempel som kom frem flere ganger, var at en pasient gjerne kunne komme på bakgrunn av driftsavtalen, men at de ble så fornøyde at de anbefalte avtalefysioterapeuten/klinikken videre til venner og kjente. Flere pekte på at det er en stor fordel å arbeide på et godt etablert moderne institutt, som over tid har bygd opp et solid omdømme for kvalitet og fornøyde pasienter. Det ble også nevnt at gode relasjoner til pasientene var viktig, og de fleste informantene opplevde at gode relasjoner fører til at pasientene kommer igjen og snakker fint om opplevelsen utad.

Teorien adresserer ikke direkte effektene av en driftsavtale. Som tidligere beskrevet i kapittel 4.1.3, åpner driftsavtalen for at man kan tilby behandling i henhold til de offentlige takstene, i samarbeid med HELFO. For pasientene betyr dette at de får tilbud om relativt billig behandling, med et maksimumstak på kr 2176,- i året. Alternativet til kommunal avtalefysioterapi er som oftest helprivat fysioterapi, og denne formen for behandling er mye dyrere, spesielt om det er snakk om lange behandlingsløp. Driftsavtalen har derfor stor betydning for etterspørselen til avtalefysioterapeutene, og da spesielt med tanke på pasienter

med dårlig råd og behov for mange behandlinger. Dette aspektet var alle informantene enig i, og de ga uttrykk for at driftsavtalen helt klart hadde en betydning for etterspørselen.

Hvis situasjonen var slik at pasientene utelukkende var opptatt av billig behandling, skulle man ikke tro avtalefysioterapeutene bryr seg om kvalitet og fornøyde pasienter. Basert på funnene mine, tror jeg ikke driftsavtalen påvirker kvaliteten av behandlingen i negativ retning. Dette diskuterte jeg også i kapittel 6.1. Selv om det basert på funnene ikke opplevdes som om det var mye konkurranse mellom avtalefysioterapeutene i kommunen, kan det antas at det er noe kvalitetskonkurranse. Om ikke mellom avtalefysioterapeutene, så til en viss grad mot de helprivate fysioterapeutene.

Nøyaktig hva som veier tyngst av driftsavtalen og «kvalitet og omdømme» når det gjelder etterspørselen, vil nok avhenge av type pasient. For noen pasienter er det viktig å gå til en avtalefysioterapeut fordi de ikke har råd til annet, eller de har blitt henvist fra lege. For andre pasienter er det også bra med reduserte priser, men for dem er det kanskje viktigere med en god relasjon til fysioterapeuten, kvalitet på tjenesten de leverer eller kort ventetid. Derfor blir omdømmet og kvalitet også viktig for avtalefysioterapeutene. For pasienter med god råd er det sannsynlig at de like gjerne kunne benyttet helprivate fysioterapeuter. Dermed, ved å sikre et godt omdømme, kvalitet og fornøyde pasienter, vil trolig flere pasienter som kunne tenkes å benytte private tjenester for å få raskere tilgang, være villig til å vente på ledig time hos akkurat sin favoritterapeut.

Teorien bak verdiverkstedet og hvordan avtalefysioterapeutene skaper verdi for sine pasienter, bidrar til bedre å forstå hvor viktig det er med riktig kompetanse og et godt omdømme ved en helsetjeneste levert av selvstendig næringsdrivende. Det er lett å anta at driftsavtalen er den viktigste pådriveren for etterspørselen. Imidlertid viser funn fra studien min at situasjonen er mer kompleks enn som så. Faktorer som kvalitet, spesialisering, omdømme og ventetid har også betydning. Hva som veier tyngst for pasientene er derfor uklart, og det kommer an på type pasient. Driftsavtalen er imidlertid en viktig bidragsyter for etterspørselen, og effekten av kvalitet og omdømme kan illustreres ved hjelp av verdiverkstedet, spesielt med tanke på kvalitetskonkurranse mellom fysioterapeutene.

6.3 Motivasjon

Det tredje forskningsspørsmålet handler om hvordan driftsavtalen påvirker motivasjonen til avtalefysioterapeutene. Jeg vil nå se nærmere på hvordan funnene stiller seg i forhold til veletablert motivasjonsteori som jeg presenterte i kapittel 3.4.

Helsearbeidere blir ofte omtalt som individer som drives av altruisme og indre motivasjon (Berdud et al., 2016). Dette samsvarer med hva jeg har funnet i min studie, siden samtlige av informantene forklarte sin drivkraft med trekk som kan kobles til indre motivasjon. Motivasjonsteorien peker på tre psykologiske tilstander som er viktige ved indre motivasjon: ansvarsfølelse for eget arbeid, at arbeidet er meningsfylt, og at man kontinuerlig observerer resultatet av sitt arbeid. Alle informantene nevnte flere av disse, og da spesielt at det er givende å kunne hjelpe andre å bli bedre, samt at man fikk anledning til å arbeide med pasientene over tid og se resultatet av behandlingen. Avtalefysioterapeutene er selvstendig næringsdrivende, og kan derfor styre egen arbeidshverdag, som igjen bidrar til ansvarsfølelse. Utfra funnene forklarer derfor teorien at avtalefysioterapeutene drives av indre motivasjon og altruisme.

I følge likeverdsteori er det vanlig at en arbeidstaker sammenligner seg med hva andre i lignende stillinger og arbeidssituasjoner får i lønn (arbeidsutbytte), og hvor mye de arbeider (arbeidsinnsats). I jobbsammenheng fører dette til at en arbeidstaker enten opplever å bli behandlet likt, eller at det er forskjeller mellom arbeidstakerne som oppleves som urettferdige. Ved at en arbeidstaker opplever mangel på likeverd i innsats og utbytte, oppstår det en likeverdsspenning. Denne likeverdsspenningen kan føre til at arbeidstaker blir demotivert og opplever misnøye på arbeidsplassen. Hvorvidt en arbeidstaker føler seg behandlet likt eller ikke avhenger av hvem de benytter som referansepunkt. Basert på funnene fra denne studien er det klart at samtlige informanter sammenligner seg med de andre avtalefysioterapeutene i kommunen, uavhengig av avtalestørrelse. Slikt referansepunkt omtales som en «andre-intern» referansesammenligning. Man kan stille spørsmål om hvorfor de med reduserte driftsavtaler velger å sammenligne seg med de med fulle driftsavtaler, siden de har forskjellig avtalestørrelse. Utfra svarene til informantene med reduserte driftsavtaler, kan dette forklares med at de oppfatter seg selv som liktarbeidende med de med fulle driftsavtaler. Funnene i kapittel 5.5 viser at de med reduserte driftsavtaler arbeider omtrent like mye som de med fulle driftsavtaler, og samtlige, med unntak av informant B som er nær pensjonsalder, hadde et sterkt ønske om å ha en full driftsavtale. Derfor, siden de med reduserte driftsavtaler oppfatter seg selv som liktarbeidende med de som har fulle driftsavtaler, oppstår det en

likeverdsspenning når de får mindre utbetalt i driftstilskudd. Likeverdsspenning fører til en følelse av urettferdighet, og misnøye kan oppstå.

Hvor mye man lar seg påvirke av en likeverdsspenning, avhenger av den enkeltes likeverdsfølsomhet. Noen er mer opptatte av rettferdighet og sammenligninger enn andre, og for disse er det større sannsynlighet for at likeverdsspenning fører til misnøye og lavere motivasjon. Fra funnene er det uklart nøyaktig hva hver enkelt gjør for å rette opp ubalansen, eller om de gjør noe i det hele tatt. De fleste informantene fremmer et sterkt ønske om å oppjustere de reduserte driftsavtalene. Hvis de får oppjustert avtalene sine, kan det på sikt rette opp i likeverdsspenningen.

Hvordan driftsavtalen påvirker avtalefysioterapeutene og fungerer i praksis er hovedtemaet for utredningen. Ved hjelp av Herzbergs to-faktormodell kan sammenhengen mellom motivasjon og utbetalingen av driftstilskudd forklares nærmere. Teorien, som er presentert i kapittel 3.4.3, går ut på at jobbtrivsel påvirkes av hygienefaktorer og motivasjonsfaktorer.

En hygienefaktor er en faktor ved arbeidshverdagen som skaper misnøye om den er fraværende, men ikke bidrar til trivsel ved å være til stede. Enkelt forklart, er det en selvfølge at en hygienefaktor er en del av arbeidshverdagen, og den gir derfor ingen merverdi i form av økt trivsel og motivasjon. Eksempler på vanlige hygienefaktorer er arbeidsbetingelser og lønn. Driftstilskuddet er en del av driftsavtalene til avtalefysioterapeutene, og derav en del av arbeidsbetingelsene deres. Om man er avtalefysioterapeut, er det en del av avtalen at man skal få utbetalt driftstilskudd i samsvar med størrelsen på driftsavtalen. Sett fra dette perspektivet beskriver Herzbergs to-faktormodell driftstilskuddet som en hygienefaktor.

En motivasjonsfaktor er en faktor som skaper trivsel og motivasjon om den er til stede, men ikke misnøye ved å være fraværende. Sagt enklere, en motiveringsfaktor gir merverdi i form av økt trivsel og motivasjon ved at det er en faktor ved arbeidshverdagen som ikke er en selvfølge. Eksempler på motivasjonsfaktorer er annerkjennelse, presentasjoner, selve arbeidet og ansvaret. Pengene som følger driftstilskuddet, kan derfor ikke forklares av teorien som en motivasjonsfaktor, siden det er en del av arbeidsbetingelsene. Men, om man ser på eksemplene på motivasjonsfaktorer, er disse i samsvar med flere av momentene som informantene trekker frem at de liker ved selve arbeidet og driftsavtalen. Driftsavtalen gir avtalefysioterapeutene muligheten til å jobb selvstendig og ha mye ansvar, samt at de liker å kunne hjelpe pasientene sine. Å bli tildelt driftsavtale oppleves som en annerkjennelse fra kommunen, og den bekrefter

egen evne og kompetanse. Så selv om ikke driftstilskuddet i seg selv kan forklares som en motivasjonsfaktor av teorien, kan flere andre momenter ved arbeidshverdagen til avtalefysioterapeutene gjøre det.

Utfra overnevnt teori er driftstilskuddet (en hygienefaktor) normalsituasjonen for avtalefysioterapeutene, og vil derfor ikke skape motivasjon ved å være til stede. Siden driftstilskuddet er normalen og en del av arbeidsbetingelsene, vil tilskuddet derimot kunne skape misnøye ved å ikke være til stede. Informantene med reduserte driftstilskudd fortalte at det å få mindre utbetalt i driftstilskudd, selv om de arbeider like mye som de med fulle driftsavtaler, er urettferdig, og skaper misnøye. Ved at driftstilskuddet til avtalefysioterapeutene er redusert i forhold til de med full driftsavtale, som anses som referansepunkter for de med redusert driftsavtale, oppstår det en skjevhet for de det gjelder. De får mindre utbetalt i driftstilskudd, og dette oppleves som om at arbeidsbetingelsen ikke er oppfylt; hygienefaktoren er fraværende. Slik kan to-faktorteorien til Herzberg hjelpe å forklare hvorfor misnøyen til de med reduserte driftsavtaler oppstår. På den annen side kan det argumenteres for at det *ikke* er en del av arbeidsbetingelsene til en avtalefysioterapeut med redusert driftsavtale å få fullt driftstilskudd, og det er det heller ikke. Men, som forklart ved likeverdsteorien, benytter fysioterapeutene med redusert driftsavtale de med full driftsavtale som referansepunkt, siden de i praksis har samme jobb. Ettersom de da sammenligner seg med noen som får utbetalt fullt driftstilskudd, er det enkelt å forstå hvorfor situasjonen oppleves som urettferdig.

Så langt har jeg vist at funnene støttes, og kan forklares ved relevante teoretiske rammeverk og empiri. Avtalefysioterapeutene drives av indre motivasjon og altruisme, og momenter som anerkjennelse og ansvar i arbeidet fungerer som motivasjonsfaktorer. Likeverdsteori viser hvorfor det faller naturlig for avtalefysioterapeuter, uavhengig av størrelse på driftsavtale, å sammenligne seg med hverandre, og forklarer hvorfor misnøyen relatert til forskjeller i utbetalt driftstilskudd oppstår. Selve driftstilskuddet er en del av arbeidsbetingelsene og fører ikke i seg selv til motivasjon. Men, avtalefysioterapeutene med reduserte driftsavtaler får mindre utbetalt i driftstilskudd enn de andre, og dette fører til misnøye.

6.4 Arbeidsbelastning

I følgende delkapittel vil jeg diskutere funn relatert til arbeidsbelastning, som presentert i kapittel 5.5. Først vil jeg diskutere betydningen av ekstraarbeidet avtalefysioterapeutene leverer kommunen. Deretter ser jeg på hvorfor de med små driftsavtaler arbeider mer utover egen driftsavtale enn de med full driftsavtale. Til slutt vil jeg kort diskutere uttalelser i media om gratisarbeid og tap ved arbeid utover driftsavtalen, som referert til i innledningen av utredningen.

Det første funnet jeg vil se nærmere på er mengden av ekstraarbeid og betydning av dette. Informantene i denne studien leverer kommunen samlet ekstratjenester på 82 timer i uken, som tilsvarer 2,3 fulle driftsavtaler. Om det generaliseres til populasjonen, tilsvarer det 37 fulle driftsavtaler og at 5 700 ekstra pasienter får tilbud om behandling i året. Om samtlige avtalefysioterapeuter i Bergen kommune hadde arbeidet nøyaktig i samsvar med egne driftsavtaler, ville det medført at ventelistene ble lengre. Basert på tall fra en rapport utarbeidet av SSB vil en kommune med 160 avtalefysioterapeuter i snitt behandle 24 800 unike pasienter gjennom året (Claus & Hove, 2020). Dermed tilsvarer 5 700 ekstra pasienter 23 % av nåværende årlige kapasitet, som illustrerer at det ville blitt betydelig lengre ventetid for pasientene uten dette ekstraarbeidet. Det er trolig flere konsekvenser ved lengre ventetid. Noen ville valgt å benytte seg av helprivate fysioterapeuter hvor ventetiden er kortere. Pasienter med dårlig råd har kanskje ikke muligheten til å benytte seg av helprivate fysioterapeuter, og måtte avfunnet seg med å vente lengre på hjelp. Fysioterapeuter arbeider med å forebygge og behandle skader og sykdommer, og en viktig del av arbeidet til avtalefysioterapeutene er å sikre at pasienter fungerer i hverdagen og ikke trenger å sykemeldes. Ved lengre ventetid kan det da tenkes at flere ville vært lengre innlagt på sykehus i påvente av behandling, og flere ville vært lengre sykemeldt og dermed lengre borte fra jobben. Dette er eksempler på kostnader for samfunnet som trolig kunne vært unngått, eller redusert, om fysioterapitjenesten i kommunen hadde blitt oppjustert. Ekstraarbeidet som avtalefysioterapeutene leverer kommunen, har stor betydning for pasientene som får behandling, men også for kommunen og arbeidsgiverne.

Et moment som kan tale for lavere betydning av ekstraarbeidet avtalefysioterapeutene leverer kommunen, er hvilke pasienter de hjelper. Om avtalefysioterapeutene behandler mange pasienter fra andre kommuner, såkalte gjestepasienter, kan det tenkes at kommunen ikke ønsker å oppjustere driftsavtalene i forhold til behovet om det inkluderer gjestepasientene.

Sagt litt enklere kan kommunen argumentere for at behovet er lavere i kommunen om det er slik at det ved dagens situasjon også tilbys hjelp til mange pasienter fra andre kommuner. Jeg har ikke undersøkt dette i studien min, men jeg ønsker likevel kort å kommentere det. Kommunen har etter kommunehelsetjenesteloven plikt til å sikre *nødvendig helsehjelp* til alle som *oppholder seg* i kommunen, jf. hol § 3-1 (1). Hva som menes med *nødvendig helsehjelp*, er til dels beskrevet i annet og tredje ledd av paragrafen. Det som ikke forklares i paragrafen, er betydningen bak «alle som oppholder seg i kommunen». Etter ordlyden kan det tolkes slik at det inkluderer alle som er i kommunen, uten krav om hvor lenge eller hvorfor, eller det kan tolkes strengere til at det bare gjelder en plikt ovenfor innbyggerne i kommunen. Dette er ikke en juridisk avhandling, så jeg vil ikke gå videre med selve fortolkningen av lovteksten. Poenget mitt er at avhengig av hvordan kommunen forholder seg til plikten om helsehjelp til alle som oppholder seg i kommunen, kan ha betydning for hvordan de kalkulerer behovet for fysioterapitjenesten i kommunen. Per dags dato er helsetjenesten organisert slik at det er tillat at avtalefysioterapeuter i en kommune, kan tilby hjelp til pasienter fra andre kommuner. Så lenge det ikke er innført restriksjoner på helsetilbud til gjestepasienter, burde derfor ikke hvilke pasienter avtalefysioterapeutene hjelper spille inn på hvordan kommunen regner ut behovet for tjenestetilbudet i sin kommune. Det kan også tenkes at pasienter fra Bergen kommune reiser til andre kommuner for å få hjelp. Antall gjestepasienter og deres innvirkning på kommunens tjenestetilbud er derfor noe uklart, men verdt å nevne.

Det andre funnet jeg vil se nærmere på er at de med reduserte driftsavtaler leverer kommune betydelig mer ekstraarbeid enn de med fulle driftsavtaler. Som nevnt i kapittel 5.5 kan mye av dette forklares med at de med lave driftsavtaler arbeider mer utover egen driftsavtale siden de har en lav avtalestørrelse. De med reduserte driftsavtaler står altså for mesteparten av ekstratjenesten som kommunen får levert uten kompensasjon. Samtlige i utvalget med reduserte driftsavtaler, med unntak av informant B som nærmer seg pensjonsalder, ønsker å få avtalen oppjustert til 100%. Jeg vil nå diskutere litt hva funnene fra studien indikerer vil skje med ekstraarbeidet utover avtalen om de skulle få avtalene sine oppjustert.

Om de med reduserte driftsavtaler hadde fått avtalene sine oppjustert, ville mye av det som nå anses som ekstraarbeid inngå i hva som forventes av en full driftsavtale. I figur 5-2 viste jeg at det var en moderat positiv korrelasjon på 0,62 mellom avtaleprosent og reell arbeidsuke. Denne sammenhengen er ikke like sterk som den jeg fant mellom avtaleprosent og ekstraarbeid i figur 5-1, og den er ikke statistisk sett signifikant (da det er få observasjoner), men analysen antyder likevel at det er en viss tendens til at de med full driftsavtale arbeider

mer i gjennomsnitt i uken enn de med reduserte driftsavtaler. Gjennomsnittlig reell arbeidsuke for de med reduserte driftsavtaler i utvalget er 36,2 timer, mens det for de med fulle driftsavtaler er 41,7 timer. Resultatet av regresjonen indikerer at det er en viss sannsynlighet for at de med reduserte driftsavtaler kommer til å arbeide mer om de får avtalene oppjustert. En moderat forklaringskraft (R^2) på 0,38 antyder at det også er andre variabler som forklarer variasjonen i reell arbeidsuke. Tallene bærer derfor preg av usikkerhet, og må ikke ses på som noen fasit. Basert på funnene fra denne studien vil spørsmålet om hvorvidt de med reduserte driftsavtaler kommer til å arbeide mer om de får avtalen oppjustert, også avhenge av variabler som livssituasjon og personlighet. Dette ble illustrert av uttalelsene til informant F, som med full driftsavtale bare arbeider 37,5 timer i uken, noe vedkommende selv forklarer med at de liker å ha fri, og at livet handler om mer enn bare arbeid.

I innledningen av utredningen refererte jeg til to saker som har vært i media det siste året. Begge sakene omtaler den samme problemstillingen: avtalefysioterapeutene er lei av å arbeide gratis for kommunen (Høstmark, 2019b; Siem, 2019). Da jeg leste disse sakene for første gang, var det vanskelig å forstå hva avtalefysioterapeutene mente med at de arbeidet gratis, og at de tapte penger per time de arbeidet utover egen driftsavtale. Sakene reiste flere spørsmål: stemmer det virkelig at de arbeider gratis? Om det er tilfellet, hvorfor inngår de da reduserte driftsavtaler? Utnytter kommunen situasjonen? Nå som jeg har satt meg inn i bransjen og har gjennomført denne studien, forstår jeg nøyaktig hva de refererer til. Jeg vil i følgende avsnitt, punkt for punkt, diskutere uttalelsene som gjelder gratisarbeid.

Først og fremst, stemmer det at de arbeider gratis for kommunen? Her er svaret nei, men det er heller ikke så enkelt. Ved å inngå i en redusert driftsavtale er man ikke forpliktet til å arbeide mer enn det som er gitt i avtalen, og man vil heller da ikke kompenseres for mer med driftstilskuddet. En redusert driftsavtale har dermed mindre forpliktelser avtalefysioterapeuten skal oppfylle, for eksempel arbeidstid, enn en full driftsavtale. Det er altså helt frivillig om den enkelte velger å arbeide mer utover driftsavtalen, som kommunen hyppig bruker som argument i sakene som er omtalt i media. Men er det noe denne studien har vist, så er det at det slett ikke er så enkelt, og reduserte driftsavtaler reiser flere problemstillinger for avtalefysioterapeutene.

Fra funn presentert i kapittel 5.5, kom det frem at det er vanskelig for de med reduserte driftsavtaler å kombinere arbeidet med en annen jobb. Videre tar heller ikke kostnadene knyttet til å drive som avtalefysioterapeut hensyn til at den enkelte har en redusert driftsavtale.

Konsekvensene for de med reduserte driftsavtaler blir at de sitter med mindre midler til å dekke kostnadene, og det er vanskelig å ta en annen jobb ved siden av. Respondentene viste også til at det er vanskelig å kombinere offentlig drift med privat praksis siden det vil skape forvirring blant pasientene, og det krever et klart skille. Disse forholdene fører til at det mest praktiske er å arbeide offentlig utover driftsavtalen. Samtlige informanter med reduserte driftsavtaler i utvalget, med unntak av informant B som er nær pensjonsalder, sa også at de ønsket å arbeide med full driftsavtale. Om man tar disse punktene i betraktning, og stiller spørsmålet om gratisarbeid på nytt, er svaret mer blandet. Rent juridisk blir det feil å si at de arbeider gratis, siden det er frivillig og arbeide utover avtalen. Men når man vet om alle de andre forholdene som ligger rundt det, som nevnt over, er det lettere å forstå at avtalefysioterapeutene med reduserte driftsavtaler føler de arbeider gratis. De arbeider like mye som de med fulle driftsavtaler, og de ønsker å ha de samme forpliktelsene. Referansepunktet til de med reduserte driftsavtaler blir naturlig nok avtalefysioterapeuter med fulle driftsavtaler, og i denne sammenhengen blir det riktig å si at de taper penger per arbeidstime utover egen driftsavtale. I utregningene i kapittel 5.5, viste jeg at en avtalefysioterapeut med redusert driftsavtale som arbeider lik en full driftsavtale, taper kr 276,- i timen utover egen driftsavtale opp til 36 timer i uken.

Et annet aspekt som mediasakene viser til, er hvorvidt kommunen utnytter situasjonen. Dette spørsmålet kan jeg ikke svare på siden det bare ville vært spekulasjoner, men jeg kan diskutere det. Om det er slik at kommunen er klar over problemstillingene i avsnittene over, kan jeg forstå at media spekulerer i om kommunen utnytter situasjonen, for kommunen er nok klar over at de fleste med reduserte driftsavtaler kommer til å arbeide mer. Etter rammeavtalen ASA 4313 skal avtalestørrelsene være i samsvar med det den enkelte forutsettes å arbeide, og kommunen styrer selv hva som er det reelle behovet for tjenesten i kommunen. Tall fra denne studien viser at ekstraarbeidet kommunen får levert uten kompensasjon, tilsvarer at 5 700 ekstra pasienter får hjelp hvert år. Betyr dette at kommunen mener det reelle behovet for tjenesten er at 5 700 færre pasienter skal få hjelp hvert år? Eller burde de revurdere kommunens behov for fysioterapitjenester? I de to neste delkapitlene vil jeg diskutere videre effekten av reduserte driftsavtaler og om kommunen bør øke avtaleprosentene.

6.5 Effekten av reduserte driftsavtaler

I dette delkapittelet vil jeg diskutere effektene av reduserte driftsavtaler, sett fra avtalefysioterapeutenes og kommunens perspektiv. Jeg vil først kort diskutere hvordan reduserte driftsavtaler, og dermed lavere utbetalt driftstilskudd, kan påvirke kvaliteten avtalefysioterapeutene kan tilby pasientene. Deretter vil jeg diskutere bestemmelser i ASA 4313 opp mot funnene fra denne studien. Jeg vil se på hvorfor det ikke utelukkende finnes reduserte driftsavtaler, samt sette spørsmålsteget ved hvor mye avtalefysioterapeutene med reduserte driftsavtaler *faktisk* forutsettes å arbeide av kommunen.

At det finnes reduserte driftsavtaler, medfører at flere fysioterapeuter får tilgang til avtalefysioterapimarkedet. Forklaring på hvorfor dette er en fordel er forklart i kapittel 4.4. Likevel, er det ulemper med de reduserte driftsavtalene. En avtalefysioterapeut med redusert driftsavtale får mindre utbetalt i driftstilskudd, og stiller dermed dårligere med tanke på å kunne investere i utstyr, kurs og andre momenter som øker kvaliteten ved behandlingen for pasienten. I verste fall kan det tenkes at en redusert driftsavtale fører til et dårligere helsetilbud, enn om fysioterapeuten hadde hatt full driftsavtale. Som forklart i kapittel 5.4, indikerer funnene fra studien at avtalefysioterapeutene er flinke til å prioritere kurs, men at de med reduserte tilskudd ikke står like fritt til å ta alle kursene de ønsker. Det kan derfor tenkes at en oppjustering av driftstilskuddene *kan* føre til at avtalefysioterapeuter med reduserte driftsavtaler vil velge å bruke noe av utbetalingen til ytterligere faglig utvikling. Dette har jeg derimot ingen klar støtte for basert på funnene i studien min, bare indikasjoner.

Jeg vil nå se nærmere på effekten av reduserte driftsavtaler fra kommunen sitt perspektiv. Om det er slik at reduserte driftsavtaler gir kommunen billigere fysioterapitjenester har man grunn til å tro at kommunen vil favorisere reduserte driftsavtaler fremfor fulle driftsavtaler. Likevel er det i dag 103 fulle driftsavtaler i Bergen kommune og 57 reduserte driftsavtaler. Mye av dette kan forklares av bestemmelser i rammeavtalen ASA 4313, som presentert i kapittel 4.3.1. Jeg vil nå presentere ordlyden i bestemmelsene, og diskutere disse opp mot funnene i utredningen.

For det første, skal kommunen «bare opprette deltidshjemler når dette samsvarer med det *reelle behovet*» jf. punkt 1.3 siste setning (ASA 4313, punkt 13, annet avsnitt). ASA 4313, punkt 1.3, siste setning lyder: «kommunen bestemmer omfanget av selvstendig næringsdrivendes fysioterapivirksomhet, herunder vurderer omfanget av deltidshjemler utfra

kommunens behov for fysioterapitjenester». Videre sier ASA 4313, punkt 13, fjerde avsnitt: «Størrelsen på avtalehjemmelen skal være i samsvar med omfanget fysioterapeuten *forutsettes* å arbeide». Basert på bestemmelsene, er det bare lov å opprette deltidshjemler så lenge det samsvarer med det reelle behovet for fysioterapitjenester i kommunen. Videre skal størrelsen på avtalehjemlene være i samsvar med det omfanget fysioterapeutene *forutsettes* å arbeide. Av disse, er det to formuleringer fra bestemmelsene jeg ønsker å diskutere videre; det reelle behovet/kommunens behov og omfanget fysioterapeutene *forutsettes* å arbeide.

Hva som kan anses som det reelle behovet eller kommunens behov for fysioterapitjenester er uklart, og det skaper rom for tolkning. Utfra informasjon fra tidligere rådgiver for avtalefysioterapeutene i Bergen kommune, forekommer det nokså sjeldent at kommunen oppretter helt nye avtalehjemler, og det kan derfor være mer relevant å se på bestemmelsen i ASA 4313, punkt 13, fjerde avsnitt fremfor bestemmelsen i annet avsnitt. At størrelsen på avtalehjemlene skal være i samsvar med omfanget fysioterapeuten *forutsette* å arbeide, er det enklere å kunne si noe om. Jeg tolker bestemmelsen slik at kommunen mener dagens situasjon med 103 fulle driftsavtaler og 57 deltidshjemler, tilsvarer det kommunen anser som deres reelle behov, ellers antar jeg de ville oppjustert avtalene. Så, om samtlige avtalefysioterapeuter i Bergen kommune skulle arbeidet akkurat like mye som kommunen *forutsetter* at de skal arbeide, ville 5 700 færre pasienter fått hjelp i året. Jeg har allerede diskutert betydningen av ekstraarbeidet som kommunen får levert av avtalefysioterapeuten i kapitel 6.4, og verdien av ekstraarbeidet burde ikke undervurderes. Jeg antar at kommunen ikke ønsker lengre ventelister enn hva som er tilfellet i dag, og jeg setter derfor spørsmålstegn ved om avtalestørrelsene *faktisk* er i samsvar med omfanget fysioterapeutene *forutsettes* å arbeide. Om kommunen mener at dagens avtalestørrelser er riktige, mener de da at det egentlig skulle stått 5 700 flere pasienter på dagens venteliste? Dette spørsmålet er det umulig for meg å besvare basert på funnene fra studien, men jeg synes det er et viktig spørsmål å stille likevel. Kanskje kommunen ikke er klar over hvor mange ekstra pasienter som får hjelp som en effekt av de reduserte driftsavtalene og ekstraarbeidet generelt i bransjen, og kanskje kan tallene fra denne studien bidra til en revurdering av hva kommunen *faktisk* *forutsetter* at hver fysioterapeut med en deltidsavtale skal arbeide?

6.6 Kan en oppjustering lønne seg?

Jeg vil nå ta opp hva kommunen kan gjøre videre. Burde kommunen sitte stille i båten og fortsette som før, eller burde de endre taktikk og oppjustere driftsavtalene til de som ønsker det? En oppjustering av samtlige reduserte driftsavtaler i kommunen vil, som vist i kapittel 5.6, tilsvare en kostnad på rundt 9,2 millioner kroner. Avtalefysioterapeutene arbeider mye utover egne driftsavtaler, og det er ingenting fra intervjuene mine som tyder på at avtalefysioterapeutene kommer til å arbeide mindre i fremtiden, så hvorfor skal kommunen ta initiativ til å oppjustere avtaler om de ikke får noe igjen for det? Jeg vil nå presentere noen argumenter for hvorfor det likevel kan lønne seg for kommunen å gjøre noe med situasjonen.

Funnene fra studien viser at kommunen får billig fysioterapi ved reduserte driftsavtaler. Dette fører også til at flere pasienter får hjelp via kommunehelsetjenesten. De store tapene i denne situasjonen er avtalefysioterapeutene med reduserte driftsavtaler som ønsker å arbeide fullt. De får mindre utbetalt i driftstilskudd, som fører til mer stressende hverdager, mindre spillerom for investeringer og en følelse av å bli urettferdig behandlet. Selv om jeg ikke kan si det med full sikkerhet indikerer funnene fra studien at en oppjustering av driftstilskuddene til de som ønsker det, vil kunne føre til ytterlige satsing på faglig utvikling i form av flere kurs. En oppjustering av driftstilskuddet til de som har redusert driftsavtale, vil også bidra til å lette på det økonomiske presset til de enkelte. For de det gjelder, vil det derfor på sikt tenkes at en oppjustering av driftstilskuddet vil føre til mindre stress i arbeidet, som vil være positiv for pasientene. Så, ved å oppjustere driftsavtalene til de som ønsker det, indikerer funnene at det er en mulighet for å oppnå høyere kvalitet på tjenestene som leveres.

Et annet poeng å trekke frem er at kommunen vil kunne stille flere krav til tjenesten som leveres om de oppjusterer driftsavtalene. I Larvik kommune fikk alle avtalefysioterapeutene i 2018, som ønsket det, tilbud om å oppjustere driftsavtalene sine (Høstmark, 2019a). Avtalefysioterapeutene i Larvik kommune argumenterte for at de nye utvidede avtalene kunne brukes til å behandle utskrivningsklare pasienter, og dermed spare kommunen for store summer for hver pasient som ikke ble liggende. Ved å oppjustere avtalehjemlene kunne kommunen i større grad styre hvordan de utvidede avtalene skulle brukes, og det bidro til å avlaste andre deler av den kommunale helsetjenesten. I tillegg fikk kommunen og avtalefysioterapeutene bedre tid på møtene dem imellom til å snakke om faglig utvikling og kvalitet. Tidligere hadde disse møtene i stor grad omhandlet problematikken rundt reduserte

driftshjemler. Saken fra Larvik viser at det ikke utelukkende er snakk om en kostnad for Bergen kommune, men at de også kan få noe igjen for å oppjustere deltidsavtalene.

Videre kan man ta utgangspunkt i ordlyden i ASA 4313 punkt 13, som diskutert i kapittel 6.5. Om kommunen mener de ikke trenger de tjenestene som de får levert ekstra av avtalefysioterapeutene, så er det greit. Samtidig betyr det at kommunen mener det er helt i orden at ventelistene da skal bli 5 700 pasienter lengre i året. Som nevnt i kapittel 6.4, vil det resultere i betydelig lengre ventetid og flere konsekvenser for samfunnet i form av for eksempel lengre sykefravær. Jeg kan ikke komme med noe svar på hva kommunen tenker om ventelistesituasjonen basert på studien, men det høres urimelig ut at kommunen mener det er uproblematisk at ventelistene skal bli lengre. Selv om tallene bærer preg av stor usikkerhet, siden de er basert på et utvalg på åtte avtalefysioterapeuter, gir de nok en god indikasjon på den reelle situasjonen. 5 700 flere behandlede pasienter, som et resultat av ekstraarbeidet til avtalefysioterapeutene, viser at det er nødvendig å revurdere hva kommunens behov for fysioterapitjenester er, og hva kommunen *faktisk* forutsetter at fysioterapeutene med reduserte driftsavtaler skal arbeide. Spesielt om det er slik at kommunen implisitt planlegger tjenestetilbudet utfra at de vet at avtalefysioterapeuter med reduserte driftsavtaler arbeider utover avtalestørrelsen.

Et siste argument for å oppjustere driftsavtalene er at Bergen kommune, som forklart i 4.1.6, hevder de fronter heltidskultur. Om dette er noe kommune virkelig står for og mener, burde de kanskje også vise dette gjennom handling, som for eksempel ved å oppjustere driftsavtalene til de som ønsker det?

Om ikke kommunen er sikre på hva de burde gjøre fremover, så er i alle fall informantene i utvalget sikre. På spørsmål om hva avtalefysioterapeutene synes kommunen burde gjøre annerledes fremover, svarte de fleste at de mente kommunen burde oppjustere driftsavtalene til de som ønsker det. Informantene kom også med forslag til hvordan dette kunne gjøres uten å påføre kommunen store kostnader. I tabell 6-1 gjengir jeg direkte sitat fra informantene, som forklarer hva de synes kommunen burde gjøre annerledes.

Størrelse på driftsavtalen	Er det noe du synes kommunen burde gjøre annerledes ovenfor avtalefysioterapeutene?
A: 100 %	«Jeg håper de vil oppjustere de små tilskuddene, slik at de får driftstilskudd i forhold til ønsket arbeidstid»
C: 90 %	«De burde oppjustere de avtalene som eksisterer synes jeg, spesielt når folk pensjonerer seg nå så burde de ha brukt disse driftsavtalene til å fylle opp de avtalene som ikke er 100%. Det hadde jo ikke trengt å koste kommunen så mye, nå er det jo en del avtalefysioterapeuter som kommer til å gå av med pensjon, så de kunne jo bare ha flyttet over og dekket opp de avtalene som er slik at de fyller opp de reduserte driftsavtalene til 100%.»
D: 50 %	«Jeg synes jo at alle sammen burde få fulle driftstilskudd...Kommunen burde kanskje sende ut forespørslers om hvor mye folk jobber og hvor mye de ønsker å jobbe, og få en oversikt over disse tallene... Så synes jeg de burde gjort noe med tilordningene av driftsavtalene»
E: 65 %	«Tidligere rådgiver for avtaleterapeutene i kommunen jobbet jo for å få oppjustert driftstilskuddene, så det er jo noe jeg mener de absolutt må fortsette med, at det skal være et samsvar mellom tilskudd og det folk arbeider.»
F: 100 %	«Nå har ikke jeg vært på noen av disse møtene enda da jeg ikke fikk fast avtale før i januar, så jeg føler jeg har litt lite å komme med nå... Angående om kommunen burde oppjustere eksisterende tilskudd så tenker jeg for fysioterapeutene sin del om de ønsker dette så er svaret ja. Fra et samfunnsøkonomisk perspektiv så lurer jeg litt på om nei, det er jo mange utgifter med denne staten og hva kommunen skal påkoste seg. Jeg tenker jeg har vært veldig heldig og er veldig takknemlig for dette tilskuddet, og sånn sett kan det kanskje være litt provoserende at jeg med 100% sier at nei ikke alle skal få 100%, men jeg og kunne vært en av de som satt med 50% og hadde tenkt at sånn må det være. Om jeg må si ja eller nei så sier jeg Nei. Jeg synes ikke alle trenger 100% tilskudd, og helsevesenet er et utømmelig sluk.
G: 67 %	«Bortsett fra at de burde justere opp alle disse små tilskuddene, så har jo egentlig Bergen kommune gjort et ærlig forsøk i å ta litt mer kontroll over tjenesten, de har jo ansatt egen fysioterapeut som skulle ha ansvar for å være knutepunkt mellom terapeuten og kommunen. Og så har de tatt en helt ny aktiv rolle i sammenheng med å få inn nye fysioterapeuter, det synes jeg kommunen burde få honnør for»

Tabell 6-1: Hva burde kommune gjøre annerledes? Sitat

6.7 Oppsummering

Jeg har nå diskutert flere av funnene opp mot relevante teoretiske rammeverk og empiri, som har bidratt til bedre forklaring av funnene og nye innsikter.

Avtalefysioterapeutene er altruistiske. Selv om det ikke er et konkurransemessig behov for det, velger samtlige å levere høy kvalitet. Dette kan forklares av tilstrekkelig grad av altruisme, og tilstedeværelsen av helprivate fysioterapeuter som substitutter. At konkurranse i offentlig helsetjenester fører til høyere kvalitet på tjenestene, støttes av tidligere forskning.

Driftsavtalen er en viktig pådriver for avtalefysioterapeutenes etterspørsel, men funn fra studien viser at faktorer som kvalitet, spesialisering og omdømme også har betydning. Verdiverkstedet illustrerer effekten av kvalitet og omdømme, og forklarer hvorfor disse faktorene er viktige for etterspørselen, spesielt med tanke på kvalitetskonkurranse mellom fysioterapeutene.

Avtalefysioterapeutene drives av indre motivasjon og altruisme, og momenter som anerkjennelse og ansvar ved arbeidet fungerer som motivasjonsfaktorer. Likeverdsteori viser hvorfor det faller naturlig for avtalefysioterapeuter, uavhengig av størrelse på driftsavtale, å sammenligne seg med hverandre, og forklarer hvorfor misnøyen relatert til forskjeller i utbetalt driftstilskudd oppstår. Selve driftstilskuddet er en del av arbeidsbetingelsene og fører ikke i seg selv til mer trivsel og motivasjon. Avtalefysioterapeutene med reduserte driftsavtaler får mindre utbetalt i driftstilskudd enn de andre, og dette fører til misnøye med ordningen.

Ekstraarbeidet til avtalefysioterapeutene har stor betydning. Det medfører at hele 5 700 ekstra pasienter får hjelp hvert år, som trolig fører til færre og kortere sykemeldinger, raskere rehabilitering og lavere kostnader for kommunen. De med reduserte driftsavtaler leverer mest ekstraarbeid. Om vi ser på reell arbeidsuke og avtalestørrelse, finner jeg en moderat positiv sammenheng (men denne var ikke statistisk signifikant). Dette kan tale for at det er sannsynlig at de med reduserte driftsavtaler vil jobbe enda mer om de får avtalene oppjustert. Men, forklaringskraften er lavere ($R^2 = 0,38$), og det er derfor sannsynlig at reell gjennomsnittlig arbeidstid i uken også forklares av andre variabler. Media skriver at avtalefysioterapeutene arbeider gratis, og at de taper penger. Sett fra et juridisk synspunkt medfører ikke dette riktighet. Det er likevel flere aspekter som kan forklare hvorfor avtalefysioterapeutene opplever at de arbeider gratis; de benytter hverandre som referansepunkt uavhengig av

avtalestørrelse, samtlige ønsker å ha fulle driftsavtaler, og de leverer kommunen en betydelig mengde ekstraarbeid.

Studien min har funnet flere effekter av reduserte driftsavtaler, som gjort rede for i kapittel 5.5. En viktig effekt er at avtalefysioterapeutene med slike avtaler mottar mindre i driftstilskudd. Flere informanter i utvalget fortalte at redusert driftstilskudd førte til at de hverken har råd eller tid til å ta like mange kurs som de kunne tenkt seg. På sikt kan det tenkes at dette påvirker kvaliteten på behandling og utstyr, samt at det bremser den faglige utviklingen. Slik kan det argumenteres for at en oppjustering av driftsavtalene kan komme pasientene til gode. Sett fra kommunens perspektiv er den største effekten av reduserte driftsavtaler at de får billig fysioterapi. Bestemmelser i ASA 4313 forhindrer kommunen i å utelukkende benytte reduserte driftsavtaler, men det er opp til kommunene selv å bestemme det reelle behovet for tjenesten, samt benytte seg av reduserte driftsavtaler så lenge størrelsen er i samsvar med omfanget fysioterapeuten forutsettes å arbeide. Siden kommunen selv bestemmer behovet for tjenesten, og legger føringer for hva som forutsettes at den enkelte skal arbeide, er det vanskelig å vise til at kommunen gjør noe feil. Derimot viser tall fra studien min at ekstraarbeidet kommunen får levert har betydning, og om alt ekstraarbeidet skulle falle bort, ville det trolig fått svært uheldige konsekvenser. Jeg avslutter diskusjonen med å sette spørsmålsteget ved om kommunen faktisk mener at dagens avtalestørrelser er i samsvar med behovet i kommunen.

Avslutningsvis i kapittel 6 diskuterte jeg hvorvidt det kunne lønne seg for kommunen å oppjustere deltidssavtalene. Bergen kommune mangler klare insentiver til å oppjustere de reduserte driftsavtalene; det koster mye, og det ser ikke ved første øyekast ut til at de får noe igjen for det. Funn fra studien indikerer at en oppjustering kan føre til at avtalefysioterapeutene med reduserte driftsavtaler vil bruke oppjustert driftstilskudd til blant annet faglig utvikling i form av flere kurs. Oppjustering av driftsavtaler i Larvik kommune viser at det er mulig for kommunen å spare penger ved å benytte de utvidede driftsavtalene til å avlaste andre deler av helsetjenesten. Videre er ordlyden i ASA 4313 punkt 13 at avtalestørrelsen skal samsvare med hva fysioterapeuten er forutsatt å arbeide. Når vi ser mengden og betydningen av ekstraarbeidet kommunen får levert ved dagens situasjon, er det kanskje på tide å revurdere hva som er det reelle behovet for tjenesten i kommunen og handle deretter?

7. Konklusjon

I denne siste delen av utredningen, vil jeg kort oppsummere utredningens hovedfunn og svarene på forskningsspørsmålene. Jeg vil også kort si noe om veien videre for kommunen. Deretter vil jeg presentere forslag til videre studier, og til slutt vil jeg kort trekke frem og diskutere vesentlige begrensninger ved utredningen.

Jeg har i denne utredningen sett nærmere på flere aspekter ved driftsavtalene til avtalefysioterapeutene i Bergen kommune, og utredningen er utarbeidet i henhold til følgende problemstilling:

Hvordan fungerer driftsavtalen til avtalefysioterapeutene i Bergen kommune?

Selve problemstillingen er i seg selv veldig bred, og for å avgrense omfanget har jeg konkretisert problemstillingen gjennom fem forskningsspørsmål. Formålet med studien var først og fremst å utforske bransjen til avtalefysioterapeutene, siden denne ikke tidligere er undersøkt. Videre ville jeg utforske flere aspekter ved driftsavtalen for å avdekke hvordan den fungerer for avtalefysioterapeutene. Jeg valgte derfor å konsentrere meg om hvordan driftsavtalen påvirker avtalefysioterapeutenes etterspørsel, motivasjon og arbeidsbelastning. Ettersom indikasjonen fra media og relevante fagpersoner tilsier at fysioterapeutene arbeider mye utover driftsavtalene sine, og at dette oppleves som gratisarbeid, har jeg lagt stor vekt på å undersøke omfanget og betydningen av ekstraarbeidet som leveres av avtalefysioterapeutene. Media setter også misnøyen relatert til ufrivillige deltidshjemler i fokus, og jeg har derfor i tillegg undersøkt effekten av de reduserte driftsavtalene.

Gjennomføringen av studien har resultert i at jeg nå kan komme med et svar på samtlige av spørsmålene over. Jeg vil igjen påpeke at dette er en liten casestudie basert på funn fra åtte semi-strukturerte intervjuer, og resultatene er dermed ikke nødvendigvis gjeldende for alle i bransjen. Jeg tror likevel funnene gir et representativt bilde av situasjonen for mange avtalefysioterapeuter, og jeg håper at utredningen kan bidra til en bedre forståelse for selve bransjen, problematikken rundt reduserte driftsavtaler og kommunen sin håndtering av avtalene.

7.1 Konklusjon på forskningsspørsmålene

For å redusere omfanget av problemstillingen, ble denne omformulert til fem forskningsspørsmål. Strukturen på utredningen har så fulgt denne oppdelingen nøye. Jeg vil nå kort oppsummere svarene på samtlige forskningsspørsmål, før jeg til slutt gir et samlet svar på problemstillingen.

Forskningsspørsmål 1: Hva karakteriserer bransjen for avtalefysioterapeuter i Bergen kommune?

Bransjeanalysen dannet grunnlaget for å trekke frem og forstå viktige forhold og trender ved omgivelsene til avtalefysioterapeutene. Det har vært en komplisert bransje å sette seg inn i, med mange lover, ordninger og retningslinjer å lese seg opp på. Jeg dedikerte derfor mye tid til å beskrive sentrale trekk ved bransjen. Jeg definerte hva en fysioterapeut er, forklarte de mest normale arbeidsformene, beskrev den offentlige finansieringen av tjenesten og gjorde rede for spesifikke forhold ved situasjonen i området. Jeg definerte det relevante produktmarkedet til å omfatte samtlige typer avtalefysioterapeuter, og jeg begrenset det geografiske området til å bare omfatte Bergen kommune.

Analysen av *makroomgivelsene* viste at politiske og juridiske forhold i stor grad styrer bransjen. Forskrifter og avtaler kontrollerer vesentlige deler av inntektene til avtalefysioterapeutene gjennom de offentlig fastsatte takstene, og lovgivning legger føringer for hvordan fysioterapeutene skal drive sin praksis og utføre sitt arbeid som autorisert helsepersonell. Politiske forhold regulerer antall driftsavtaler i kommunen og tildelingen av disse. Sosiokulturelle forhold, som økt grad av stillesittende arbeid og større helsebevissthet, taler for at etterspørselen etter fysioterapi trolig vil øke fremover. Samtidig bidrar teknologiske forhold til å gjøre det lettere å få informasjon om avtalefysioterapeutene i kommunen.

Analysen av *konkurransesomgivelsene* viste at bransjen karakteriseres ved lav intern rivalisering, regulerte priser og høye inngangsbarrierer. Konkurransesomgivelsene styres altså av juridiske og politiske forhold. I den grad det foregår konkurranse i bransjen, går denne på kvalitet, og tilbyderne er altruistiske. Etersom antall driftsavtaler er holdt konstant over lang tid av kommunen, har det ført til et lavt antall avtalefysioterapeuter i forhold til behovet, og terapeutene har nok av arbeid om de ønsker. Store deler av inntektene til avtalefysioterapeutene utbetales av HELFO ved refusjon, som representerer en solid

inntektssikkerhet for avtalefysioterapeutene. Lønnsomhetspotensiale, etterspørselen, den lave rivaliseringen og de høye inngangsbarreirene gjør det økonomisk sett til en ettertraktet bransje det er vanskelig å komme inn i.

Forskningsspørsmål 2: *Hvordan påvirker driftsavtalen etterspørselen etter avtalefysioterapi i Bergen?*

Basert på utvalget, fant jeg at *etterspørselen* i stor grad drives av driftsavtalen, uavhengig av størrelsen. De reduserte prisene, egenandelstaket og promoteringen via kommunen forklarer effekten driftsavtalen har på etterspørselen. Omdømmet til den enkelte avtalefysioterapeut og klinikk er også viktig for etterspørselen, og da spesielt for pasienter med bedre økonomi. Å stadig vektlegge kvalitet og fornøyde pasienter er derfor avgjørende. Funnene fra studien min er i samsvar med tidligere forskning innenfor lignende fagfelt, som viser at altruistiske tilbydere ved regulerte priser velger å levere høy kvalitet. Teoretiske rammeverk forklarer betydningen av kvalitet for etterspørselen, og empiri viser at konkurranse i offentlig helsetjenester kan bidra til høyere kvalitet på tjenesten, samt at tilstedeværelsen av helprivate fysioterapeuter som substitutter påvirker kvaliteten av tjenesten positivt.

Forskningsspørsmål 3: *Hvordan påvirker driftsavtalen motivasjonen til avtalefysioterapeutene i Bergen?*

Når det gjelder *motivasjonen* til avtalefysioterapeutene, taler funnene for at avtalefysioterapeutene drives av altruisme og indre motivasjon. Slik motivasjon bidrar til å forklare hvorfor avtalefysioterapeutene arbeider utover driftsavtalen; de liker jobben sin og ønsker å hjelpe flere. Likeverdsteorien forklarer hvorfor avtalefysioterapeuter med reduserte driftsavtaler velger å sammenligne seg med avtalefysioterapeuter med full driftsavtale siden de arbeider like mye og ellers har de samme arbeidsbetingelsene. Fra informantene med reduserte driftsavtaler fant jeg derfor at de synes det er urettferdig at de ikke mottar like stort driftstilskudd som de med fulle driftsavtaler, selv om de har forskjellig avtalestørrelse. Herzbergs to-faktorteori forklarer utbetaling av driftstilskudd som en del av arbeidsbetingelsene til avtalefysioterapeutene, og driftstilskuddet defineres derfor som en hygienefaktor. Modellen til Herzberg og likeverdsteorien hjelper til med å forklare hvorfor avtalefysioterapeutene med reduserte driftsavtaler er misfornøyde med å få mindre utbetalt i driftstilskudd.

Forskningsspørsmål 4: Hvordan påvirker driftsavtalen arbeidsbelastningen til avtalefysioterapeutene i Bergen?

Angående *arbeidsbelastning* fant jeg at samtlige i utvalget arbeidet over sine driftsavtaler. Med ett unntak, arbeidet de minst 36 timer i uken, og flertallet arbeidet minst 40 timer i gjennomsnitt i uken. Dermed virker det som om driftsavtalen ikke påvirker sterkt hvor mye som arbeides, men snarere hvorfor de velger å arbeide utover avtalen. Alle informantene svarte at de liker jobben, og at de ønsker å bidra til å ta unna ventelistene. De med reduserte driftsavtaler vektla også økonomiske årsaker til hvorfor de jobbet utover driftsavtalen. Regresjonsanalysen viser at det er en klar negativ sammenheng mellom avtaleprosent og ekstraarbeid. Lav avtaleprosent observeres sammen med høy andel ekstraarbeid og omvendt.

Funnene avdekket at de åtte fysioterapeutene jeg intervjuet til sammen leverer kommunen ekstraarbeid tilsvarende 2,3 driftsavtaler, og at 355 ekstra pasienter får hjelp hvert år. Om man generaliserer funnene til populasjonen, tilsvarer det 37 ytterligere driftsavtaler i Bergen kommune, og at 5 700 ekstra pasienter får tilbud om behandling hvert år. Selv om tallene er usikre, gir de en indikasjon på hvordan situasjonen er for avtalefysioterapeutene i Bergen. Ekstraarbeidet avtalefysioterapeutene leverer har stor betydning for kommunen, og bidrar trolig til færre og kortere sykemeldinger, raskere rehabilitering og lavere kostnader for kommunen. Avtalefysioterapeutene ønsker å få driftsavtalene sine oppjustert slik at de er i samsvar med hvor mye de arbeider.

Forskningsspørsmål 5: Hva er effekten av reduserte driftsavtaler?

Effekten av reduserte driftsavtaler må ses fra to perspektiver. Fra avtalefysioterapeutenes perspektiv fører reduserte driftsavtaler til at flere får muligheten til å bli avtalefysioterapeut, men de får mindre utbetalt i driftstilskudd enn de med fulle driftsavtaler. Funn fra studien min indikerer at redusert driftstilskudd fører til at avtalefysioterapeutene det gjelder stiller dårligere økonomisk sett i forhold til de som får utbetalt fullt driftstilskudd, og at dette kan føre til misnøye. Fra kommunens perspektiv fører reduserte driftsavtaler til billig fysioterapi. Ved dagens situasjon får kommunen, som nevnt i forrige avsnitt, fysioterapitjenester utover avtalene tilsvarende 37 fulle driftsavtaler, som ville kostet kommunen 16,5 millioner kroner om de skulle utvidet tilbudet tilsvarende gjennom å øke antall avtaler (hvis alle arbeider i henhold til sin driftsavtale). De reduserte driftsavtalene står for 56 % av alt ekstraarbeidet som leveres i utvalget mitt.

7.2 Konklusjon på problemstillingen

Forskningsspørsmålene er besvart, og jeg vil nå kort oppsummere svaret på problemstillingen.

Hvordan fungerer driftsavtalen til avtalefysioterapeutene i Bergen kommune?

Gjennom studien har jeg funnet og undersøkt flere momenter som forklarer hvordan driftsavtalene til avtalefysioterapeutene i Bergen kommune fungerer. Først og fremst er driftsavtalen en god mulighet for fysioterapeuter til å kunne etablere seg selvstendig innenfor et stabilt marked med høy etterspørsel. Driftsavtalen medfører at avtalefysioterapeutene får utbetalt et driftstilskudd av kommunen, som bidrar til økonomisk stabilitet og mulighet for kontinuerlig faglig utvikling. Avtalefysioterapeutene i utvalget fremstår altruistiske, og drives av indre motivasjon som følge av sentrale sider ved driftsavtalen; de kan hjelpe pasienter å få det bedre, de får arbeide selvstendig, tildeling av driftsavtale oppleves som en anerkjennelse og de har en meningsfylt jobb. Basert på resultater fra utvalget ser det ut til at å arbeide utover avtalen, er normalen for avtalefysioterapeuter med driftsavtale. Kommunen får derfor mye ekstraarbeid levert utover driftsavtalene, hvor de med reduserte driftsavtaler står for størsteparten.

Jeg har også avdekket negative sider ved hvordan driftsavtalene fungerer. Med ett unntak forteller samtlige i utvalget med reduserte driftsavtaler at de ufrivillig sitter med deltidshjemler. De anser seg selv som liktarbeidende som de som har full driftsavtale, og siden de med reduserte driftsavtaler får mindre utbetalt i driftstilskudd, oppstår det en følelse av å bli urettferdig behandlet. Forskjellen i utbetalt driftstilskudd kan også påvirke den enkeltes mulighet til å forbedre egen tjeneste. Det sterke ønske om å få oppjustert driftsavtalene, sett i sammenheng med at de med reduserte driftsavtaler arbeider omtrent like mye som de med fulle driftsavtaler, forklarer hvorfor de kan føle at de arbeider gratis for kommunen utover avtalen.

Fra kommunens ståsted fungerer driftsavtalene som en rimelig form for fysioterapitjeneste. Siden avtalefysioterapeutene i stor grad arbeider utover driftsavtalene, medfører driftsavtalene billig fysioterapitjenester for kommunen. I henhold til rammeavtalen ASA 4313 med avtalefysioterapeutene, står kommunen selv ansvarlig for å kartlegge kommunens reelle behov for fysioterapi, og de styrer selv omfanget av deltidsavtaler. At det er kommunen selv som bestemmer behov og forutsetninger for deltidshjemler, gjør det vanskelig for avtalefysioterapeuten å komme med krav om oppjustering.

Overordnet viser studien at det er et behov for å revurdere de reduserte driftsavtalene i kommunen, og undersøke om de faktisk er i samsvar med hva den enkelte avtalefysioterapeuten forutsettes å arbeide.

7.3 Veien videre?

Om det er noe studien min har funnet støtte for, så er det at ekstraarbeidet avtalefysioterapeutene leverer kommunen har stor betydning og ikke bør undervurderes. Likevel, sett fra kommunens perspektiv er det ingenting som tyder på at avtalefysioterapeutene kommer til å arbeide mindre i fremtiden, og derfor mangler kommunen klare insentiver til å oppjustere driftsavtalene til de som ønsker det.

Gjennom kapittel 6 har jeg lagt frem flere mulige oppsider for kommunen ved å oppjustere driftsavtalene. Kvaliteten på tjenesten vil trolig forbedres, flere kan få hjelp, kommunen kan få større kontroll over selve tjenesten, andre deler av den kommunale helsetjenesten kan avlastes osv. Å oppjustere driftsavtalene representerer likevel en betydelig kostnad for kommunen, så dette er noe de selv må gjøre en vurdering av. Rent avtalemessig gjør kommunen heller ikke noe galt i å fortsette som før.

Uten at man kan si det sikkert, ser det ut til at kommunen kan ha blitt vant med situasjonen, og at det har blitt normen at de med reduserte driftsavtaler arbeider fullt. Tallfunn fra studien, som indikerer at hele 5 700 flere pasienter i Bergen får hjelp årlig som en følge av ekstraarbeidet til avtalefysioterapeutene, viser at kommunen burde revurdere om avtalestørrelsene faktisk er i samsvar med omfanget avtalefysioterapeutene med reduserte driftsavtaler forutsettes å arbeide. Om kommunen mener dagens avtalestørrelser er i samsvar med behovet, kan det fortolkes som om kommunen mener at ventelisten helt fint kan være 5 700 pasienter lengre enn den er i dag. Dette representerer betydelig lengre ventetid, med mulige alvorlige helsemessige konsekvenser, som kommunen burde vurdere.

Hva som er riktig, og hva kommunen kommer til å gjøre videre, er uvisst. Med denne studien håper jeg å sette søkelys på omfanget og betydningen av ekstraarbeidet som avtalefysioterapeutene leverer kommunen. Situasjonen med reduserte driftsavtaler er helt klart komplisert, og kanskje kan denne studien fungere som et bidrag til den videre debatten.

7.4 Begrensninger og forslag til videre forskning

Det er flere begrensninger ved denne studien som må diskuteres. En av disse er valg av metode. Utredningen er utformet som en liten casestudie, med et utvalg på åtte informanter. Siden populasjonen består av 160 individer, tilsvarer utvalget 5 % av hele populasjonen. Resultatene fra studien kan dermed ikke betraktes som statistisk generaliserbare, og det er heller ikke hensikten med en kvalitativ casestudie. Utvalget er plukket ut ved at de som ønsket å delta, fikk delta, som kan resultere i at funnene ikke nødvendigvis er representative. Videre forskning på samme eller lignende tema vil kunne dra nytte av et større utvalg, og gjerne et utvalg som også tar hensyn til spesialiseringer.

Studien er utarbeidet over fem måneder, som en masterutredning ved Norges handelshøyskole. Tidsbegrensningen setter rammer for hvor mye data jeg har hatt anledning til å samle inn og analysere. Utredningen ble gjennomført våren 2020, og den bærer derfor også preg av utbruddet av Covid-19. Pandemien førte til at samtlige intervjuer måtte foregå over telefon, og analysen er gjort med utgangspunkt i situasjonen før utbruddet.

Studien dekker et bredt spekter av elementer ved bransjen som kunne ha vært spennende å utforske ytterligere. For å underbygge betydningen av ekstraarbeidet kommunen får levert av avtalefysioterapeutene, hadde det vært av interesse å kartlegge arbeidsbelastningen for hele bransjen, med tanke på hvor mye hver enkelt leverer utover driftsavtalen. En videre undersøkelse av betydningen av ekstraarbeidet burde også inkludere en undersøkelse sett fra pasientenes perspektiv. Undersøkelsen kunne kartlagt hvordan det påvirker pasientene å få tilbud om avtalefysioterapi, og undersøkt hvordan det ville påvirket dem hvis ventelisten ble lengre. En studie med slikt fokus kunne ytterligere dokumentert verdien av ekstraarbeidet til avtalefysioterapeutene. Et annet element ved bransjen som kunne vært av interesse å studere videre, er hvordan kvaliteten av tjenesten påvirkes av driftsavtalene. Her kunne man for eksempel sammenligne levert tjeneste med tjenestene de helprivate leverer, eller man kunne undersøkt om det er forskjeller på kvalitet mellom avtalefysioterapeuter med fulle driftsavtaler og de med reduserte driftsavtaler.

Litteraturliste

- Adams, J. S. (1963). Towards an understanding of inequity. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67(5), 422-436. doi:10.1037/h0040968
- Anney, V. N. (2014). Ensuring the Quality of the Findings of Qualitative Research: Looking at Trustworthiness Criteria. *Journal of Emerging Trends in Educational Research and Policy Studies*.
- Anonym. (2011). *Avtaler om driftstilskudd med fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten*. (Masteroppgave), Universitetet i Oslo, Oslo. Hentet fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/19335/117337.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Austdal, J. R. (2015, 25.02). Samarbeidsformer mellom fysioterapeuter. Hentet fra <https://fysio.no/Forbundsforisiden/Jus-arbeidsliv/Artikler-fra-Fysioterapeuten/Samarbeidsformer-mellom-fysioterapeuter>
- Berdud, M., Cabasés, J. M., & Nieto, J. (2016). Incentives and intrinsic motivation in health care. *Gaceta Sanitaria*, 30(6), 408-414. doi:10.1016/j.gaceta.2016.04.013
- BergenKommune. (2017a, 16.08). Oppjustering av avtalehjemler. Hentet fra <https://www.bergen.kommune.no/hvaskjer/tema/informasjon-til-avtalefysioterapeuter/oppjustering-av-avtalehjemler>
- BergenKommune. (2017b, 15.11). Sammen om Heltidskultur. Hentet fra <https://www.bergen.kommune.no/omkommunen/avdelinger/byradsavdeling-for-finans-naring-og-eiendom/2433/article-149976>
- Besanko, D. (2017). *Economics of strategy* (7th ed. ed.). Hoboken, N.J: Wiley.
- Brekke, K. R., Siciliani, L., & Straume, O. R. (2011). Hospital Competition and Quality with Regulated Prices. *The Scandinavian Journal of Economics*, 113(2), 444-469. doi:10.1111/j.1467-9442.2011.01647.x

- Brekke, K. R., Siciliani, L., & Straume, O. R. (2012). Quality competition with profit constraints. *Journal of Economic Behavior and Organization*, 84(2), 642-659. doi:10.1016/j.jebo.2012.09.006
- Brochs-Haukedal, W., & Bjørvik, K. I. (2010). *Arbeids- og lederpsykologi* (8. utg. ed.). Oslo: Cappelen akademisk.
- Christensen, J. (2020, 07.02). Ferske SSB-tall: Markant brems for norsk økonomi i fjerde kvartal. Hentet fra <https://www.dn.no/makrookonomi/norsk-okonomi/kari-due-andresen/oppdrett/ferske-ssb-tall-markant-brems-for-norsk-okonomi-i-fjerde-kvartal/2-1-752097?fbclid=IwAR2anYJetCIc35filWFykoK-P12jXeFvvxN5ThfL8F6gO0PHBhTxTUtFvHQ>
- Christensen, M. H. (2015). *Finansiering av fysioterapitjenesten - en kvantitativ studie av fysioterapeuter med driftstilskudd*. (Masteroppgave), Universitetet i Oslo, Oslo. Hentet fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/48205/Finansiering-av-Fysioterapitjenesten-En-kvantitativ-studie-av-fysioterapeuter-med-driftstilskudd.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Claus, G., & Hove, I. H. (2020, 01.04). Fysioterapeuters inntekter og kostnader. Hentet fra https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/_attachment/416890?_ts=17130706708
- Dalen, H. B. (2019, 30.10). Styrketrening stadig mer populært. Hentet fra <https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/artikler-og-publikasjoner/styrketrening-stadig-mer-populaert>
- Dalsgård, B. L. (2011). *Organisering av kommunal fysioterapitjeneste - Enhetsleders syn på dagens og fremtidens utfordringer*. (Masteroppgave), Universitetet i Bergen, Bergen. Hentet fra <http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/7557/82628759.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Delfgaauw, J. (2007). *Dedicated Doctors: Public and Private Provision of Health Care with Altruistic Physicians* (Tinbergen Institute Discussion Paper: TI 2007-010/1). Hentet fra <https://papers.tinbergen.nl/07010.pdf>

-
- Dimichael, S. G., Herzberg, F., Mausner, B., Peterson, R. O., & Capwell, D. F. (1959). Review of Job Attitudes: Review of Research and Opinion. In (pp. 77-77): American Psychological Association.
- DN. (2008, 01.09). Grenser til korrupsjon. Hentet fra <https://www.dn.no/samfunn/-grenser-til-korrupsjon/1-1-1223119>
- Drageset, S., & Ellingsen, S. (2010). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Forskningens ABC*.
- Fjeldstad, Ø. D., & Lunnan, R. (2018). *Strategi* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Folkehelseinstituttet. (2017, 30.06). Fysisk aktivitet i Noreg. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/fysisk-aktivitet/?term=&h=1#om-fysisk-aktivitet-og-stillesitting>
- Fysionett. (2017). Søke om tilskudd. Hentet fra <https://www.fysionett.no/sp%C3%B8rsm%C3%A5l/kategori/uncategorized/soke-om-tilskudd/>
- Galizzi, M. M., Tammi, T., Godager, G., Linnosmaa, I., & Wiesen, D. (2015). *Provider altruism in health economics* Hentet fra https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125787/URN_ISBN_978-952-302-429-8.pdf?sequence=1
- Gaynor, M. (2006). *What do we know about competition and quality in health care markets?* Hentet fra <http://www.nber.org/papers/w12301>
- Ghauri, P. N., & Grønhaug, K. (2005). *Research methods in business studies : a practical guide* (3rd ed. ed.). Harlow: Financial Times Prentice Hall.
- Gneezy, U., Meier, S., & Rey-Biel, P. (2011). When and Why Incentives (Don't) Work to Modify Behavior. *Journal of Economic Perspectives*, 25(4), 191-210. doi:10.1257/jep.25.4.191
- HELFO. (2019, 27.12). Frikort for helsetjenester. Hentet fra <https://helsenorge.no/betaling-for-helsetjenester/frikort-for-helsetjenester>

-
- Helsedirektoratet. (2019, 30.04). Fastlegestatistikk. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/fastlegestatistikk>
- Herzberg, F. (1987). One More Time: How Do You Motivate Employees? *Harvard Business Review*, 65(5), 109.
- Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. B. (1993). *The motivation to work*. New Brunswick, N.J: Transaction Publishers.
- Hjemås, G., Holmøy, E., & Haugstveit, F. (2019). *Fremskrivninger av etterspørsel etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060*. Hentet fra https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/386122?_ts=16a9b1eef68
- Hollensen, S. (2017). *Global marketing* (7th ed. ed.). Harlow: Pearson.
- Høstmark, C. B. (2019a, 08.05). Larvik ga alle tilbud om fullt driftstilskudd. Hentet fra Fysioterapeuten nettsted: https://fysioterapeuten.no/Aktuelt/Nyheter/Larvik-ga-alle-tilbud-om-fullt-driftstilskudd?fbclid=IwAR2mNvX46WZgnSZEYKM8RqE4yV0uxoePE7Pa0ksPNGHPLeuNVGZ9V_6wJKg
- Høstmark, C. B. (2019b, 08.05). Lei av å ikke få fullt driftstilskudd. Hentet fra Fysioterapeuten nettsted: <https://fysioterapeuten.no/Aktuelt/Nyheter/Lei-av-aa-ikke-faa-fullt-driftstilskudd>
- Høstmark, C. B. (2020a, 23.03). Fysioterapeuter får takst for videooppfølging. Hentet fra Fysioterapeuten nettsted: <https://fysioterapeuten.no/Aktuelt/Nyheter/Fysioterapeuter-faar-takst-for-videooppfoelging>
- Høstmark, C. B. (2020b, 15.03). Helsedirektoratet stenger fysioterapiklinikkene. Hentet fra Fysioterapeuten nettsted: <https://fysioterapeuten.no/Aktuelt/Nyheter/Helsedirektoratet-stenger-fysioterapiklinikkene>
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg. ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

-
- Jenkins, G. D., Mitra, A., Gupta, N., & Shaw, J. D. (1998). Are Financial Incentives Related to Performance? A Meta-Analytic Review of Empirical Research. *Journal of Applied Psychology*, 83(5), 777-787. doi:10.1037/0021-9010.83.5.777
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg. ed.). Oslo: Abstrakt.
- Johnson, G., Scholes, K., & Whittington, R. (2008). *Exploring corporate strategy* (8th ed. ed.). Harlow: FT Prentice Hall.
- Johnson, G., Whittington, R., Regner, P., Scholes, K., & Angwin, D. (2017). *Exploring strategy* (11th ed. ed.). Harlow: Pearson Education.
- KarriereStart. (2015, 12.10). Slik unngår du belastningsskader. Hentet fra <https://karrierestart.no/helse/348-riktig-sittestilling-slik-unngar-du-belastningsskader>
- Kaufmann, G., & Kaufmann, A. (2009). *Psykologi i organisasjon og ledelse* (4. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Khan, J. A., & Mahumud, R. A. (2015). Is healthcare a ‘Necessity’ or ‘Luxury’? an empirical evidence from public and private sector analyses of South-East Asian countries? *Health Economics Review*.
- Kleven, Ø. (2016). Nordmenn på tillitstoppen i Europa. *Samfunnsspeilet*, 2/2016.
- Konkurransetilsynet. (2011). *Konkurranseloven: Det relevante marked*. Hentet fra https://konkurransetilsynet.no/wp-content/uploads/2018/08/RELEVANT_MARKED.pdf
- KS. (2018a). *ASA 4303 Avtale om driftstilskudd og takster for fysioterapeuter med avtale om drift av privat praksis med kommunene (statsavtalen)*. Hentet fra <https://www.ks.no/contentassets/cd4a5f6bd4b04db8be5d948a06029e1a/a-rundskriv-2-2018---asa-4303-avtale-om-driftstilskudd-og-takster-for-fysioterapeuter-med-avtale-om-drift-av-privat-praksis-med-kommunene-statsavtalen.pdf>
- KS. (2018b). *ASA 4313 - Rammeavtale mellom KS og NFF, NMF og PFF om drift av selvstendignæringsdrivende fysioterapivirksomhet, avtaleperiode 1.1.19 - 31.12.20*. Hentet fra

https://www.ks.no/contentassets/8774e0fc4861417682525a65fb660d47/arundskriv_4_2018.pdf

- Lien, L. B., & Jakobsen, E. W. (2015). *Ekspansjon og konsernstrategi* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lien, L. B., Knudsen, E. S., & Baardsen, T. Ø. (2016). *Strategiboken*. Bergen: Fagbokforl.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills: Sage
- Lindvåg, D. (2016, 23.06). Heftig debatt om fysikalsk behandling og tidstakster. Hentet fra <https://fysioterapeuten.no/Aktuelt/Nyheter/Heftig-debatt-om-fysikalsk-behandling-og-tidstakster>
- Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven), (1999).
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), (2011).
- Forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale, (2017).
- Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m., (2019).
- Forskrift om endring i forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m., (2020).
- Lunde, J. (2015). *Kvalitet i kommunefysioterapitjenesten*. (Masteroppgave), Universitetet i Oslo, Oslo. Hentet fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/49380/Kvalitet-i-kommunefysioterapitjenesten.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Meyer, C. B. (2001). A Case in Case Study Methodology. *Field Methods*, 13(329-352).
- NFF. (2014, 19.02). Fjern omveiene! Hentet fra <https://fysio.no/Hva-mener-NFF/Forbundsleders-replikk/Fjern-omveiene>
- NFF. (2016, 08.12). Flere må betale egenandeler! Hentet fra <https://fysio.no/Hva-mener-NFF/Fag-helse-og-arbeidslivspolitik/Flere-maa-betale-egenandeler>

-
- NFF. (2017, 03.03). En fremtidsrettet pasientreform. Hentet fra <https://fysio.no/Hva-mener-NFF/Forbundsleders-replik/En-fremtidsrettet-pasientreform>
- NFF. (2019). Spesialistene i NFF2020. Hentet fra <https://fysio.no/Forbundsforisden/Kompetanseutvikling/Spesialitetene-i-NFF?page=1>
- NFF. (2020a). "Autorisasjon"2020(06.02.2020). Hentet fra <https://fysio.no/Hva-er-fysioterapi/Autorisasjon>
- NFF. (2020b, 20.03). Fysioterapeuter og videokonsultasjon. Hentet fra <https://fysio.no/Forbundsforisden/Aktuelt/Nyheter/Fysioterapeuter-og-videokonsultasjon>
- NFF. (2020c). "Hva er fysioterapi? - utdypet"2020. Hentet fra <https://fysio.no/Hva-er-fysioterapi/Hva-er-fysioterapi-utdypet>
- NFF. (2020d). Hva kreves for å bli spesialist2020. Hentet fra <https://fysio.no/Forbundsforisden/Kompetanseutvikling/Spesialistgodkjenning/Hva-kreves-for-aa-bli-spesialist>
- NFF. (2020e). Spesialistgodkjenning2020. Hentet fra <https://fysio.no/Forbundsforisden/Kompetanseutvikling/Spesialistgodkjenning>
- Paulsen, A. K., & Øyehaug, G. A. (2018). *Vondt å vente - et prosjekt om ventelistene hos fysioterapeuter med driftsavtale*. (Prosjektoppgave), Fysioprim, Oslo. Hentet fra <https://www.med.uio.no/helsam/forskning/grupper/fysioprim/vondt-aa-vente-rapport.pdf>
- Pedersen, J. H. (2020, 02.04). [Kommunikasjon med rådgiver for avtalefysioterapeuter i Bergen Kommune].
- Porter, M. E. (1985). *Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance*. New York: The Free Press.
- Porter, M. E., & Kolstad, H. (1992). *Konkurransefortrinn*. Oslo: Tano.
- Ot.prp. nr. 6 (2003-2004): Konkurranseloven, (2004).

-
- Regjeringen. (2009). *St.meld.nr.47*. Oslo Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>.
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (3. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Roos, G., Krogh, G. v., Roos, J., & Boldt-Christmas, L. (2010). *Strategi : en innføring* (5. utg. med Lisa Boldt-Christmas. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Saunders, M. N. K., Lewis, P., & Thornhill, A. (2016). *Research methods for business students* (7th ed. ed.). Harlow: Pearson.
- Shafrin, J. (2018, 25.10). Is health care a luxury or a necessity? Hentet fra <https://www.healthcare-economist.com/2018/10/25/is-health-care-a-luxury-or-a-necessity/>
- Siem, B. (2019, 13.11). Fysioterapeuten vil ikkje jobbe gratis – trugar med å flytte. Hentet fra NRK nettsted: <https://www.nrk.no/vestland/fysioterapeuten-trugar-med-a-flytte-fra-gloppen-1.14777343>
- Spilde, I. (2016, 04.02). Beveger vi oss mindre enn før? Hentet fra Forskning.no nettsted: <https://forskning.no/trening-overvekt/beveger-vi-oss-mindre-enn-for/441062>
- SSB. (2016). Tabell: 03808: Fysioterapeutårsverk i kommunehelsetenesta, etter avtaleform, statistikkvariabel og år. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/03808/tableViewLayout1/>
- SSB. (2019a). Likestilling. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/faktaside/likestilling>
- SSB. (2019b, 05.12). Oppturen i norsk økonomi snart over. Hentet fra <https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/artikler-og-publikasjoner/oppturen-i-norsk-okonomi-snart-over>
- SSB. (2020). Bergen - kommunefakta. Hentet fra <https://www.ssb.no/kommunefakta/bergen>
- Stabell, C. B., & Fjeldstad, Ø. D. (1998). Configuring value for competitive advantage: on chains, shops, and networks. *Strategic Management Journal*, 19(5), 413-437.

-
- Strupstad, J. H. (2013, 27.06). Ett års ventetid på fysioterapi. Hentet fra Fysioterapeuten nettsted: <https://fysioterapeuten.no/Aktuelt/Nyheter/Ett-aars-ventetid-paa-fysioterapi>
- Sæther, A. S., & Nærø, A. F. (2018). Kampen om Fastlegene. VG. Hentet fra <https://www.vg.no/spesial/2017/fastleger/>
- Toode, K., Routasalo, P., & Suominen, T. (2011). Work motivation of nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 48(2), 246-257.
- TRACE-International. (2019). Norway. Hentet fra <https://traceinternational.blob.core.windows.net/uploads/MatrixFiles/2019/Reports/Norway%20-%20TRACE%20Matrix%202019.pdf?sv=2018-03-28&sr=b&sig=ADSugzA0d1pY9iTSqcs%2B%2BfYJr%2BDK1tEkwSj42qSMZMQ%3D&st=2020-06-14T15%3A01%3A58Z&se=2020-06-14T15%3A07%3A58Z&sp=r>
- Unio. (2019, 14.11). Den kvinnelige vikeplikten. Hentet fra <https://www.unio.no/2019/11/14/den-kvinnelige-vikeplikten/>
- Utdanning.no. (2020). "Fysioterapeuter jobber med kropp og bevegelse for å fremme god helse.". Hentet fra <https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/fysioterapeut>
- Yin, R. K. (2007). *Fallstudier : design och genomförande*. Malmö: Liber.
- Yin, R. K. (2011). *Qualitative Research from Start to Finish*. New York: The Guildford Press.
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications : design and methods* (6. utgave. ed.). Los Angeles: SAGE.

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv NSD

Betydningen av driftsavtalen for fysioterapeuter i Bergen kommune

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt om avtalefysioterapi i Bergen Kommune. Formålet med prosjektet er å undersøke hvordan driftsavtalen fungerer, spesielt med tanke på effekten av reduserte driftsavtaler. Jeg ønsker å kartlegge hvordan driftsavtalen påvirker etterspørsel, motivasjon og arbeidsbelastning. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med masterutredningen er å utforske bransjen til avtalefysioterapeutene i Bergen kommune. Jeg har fått inntrykk av at denne er kompleks og at den er lite studert tidligere. Jeg er spesielt interessert i å utforske og forstå mer om hvordan størrelsen på driftsavtalen påvirker arbeidsbelastningen til den enkelte, og hvordan det påvirker etterspørsel og motivasjon. Gjennom studien vil jeg forsøke å kartlegge ekstraarbeidet i bransjen, og se på betydningen av denne for kommunen. For å få til undersøkelsen vil jeg gjennomføre en utforskende casestudie, og i denne sammenheng har jeg utarbeidet følgende problemstilling:

Hvordan fungerer driftsavtalen til avtalefysioterapeutene i Bergen kommune?

Problemstillingen er konkretisert gjennom følgende forskningsspørsmål:

- 1. Hva karakteriserer bransjen for avtalefysioterapeutene i Bergen kommune?*
- 2. Hvordan påvirker driftsavtalen etterspørselen etter avtalefysioterapi i Bergen?*
- 3. Hvordan påvirker driftsavtalen motivasjonen til avtalefysioterapeutene i Bergen?*
- 4. Hvordan påvirker driftsavtalen arbeidsbelastningen til avtalefysioterapeutene i Bergen?*
- 5. Hva er effekten av reduserte driftsavtaler?*

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Prosjektet er en masterutredning utarbeidet under hovedprofilen Økonomisk Styring ved Norges Handelshøyskole. Norges Handelshøyskole er ansvarlig for prosjektet

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du har fått spørsmål om å delta grunnet din driftsavtale med Bergen kommune. Masterutredningen utarbeides med en utforskende kvalitativ metode, hvor utvalg er gjort basert på spesifisering av casene. Til sammen ønsker jeg å intervju rundt 10 avtalefysioterapeuter i Bergen kommune, hvor jeg ønsker ca. fem med full driftsavtale og ca. fem med redusert driftsavtale.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet mitt, innebærer det at du deltar på et semi-strukturert telefonintervju som vil bli tatt opp som lydopptak. Dette estimerer jeg at kan ta mellom 30-60 minutter. Intervjuet vil inneholde spørsmål om yrket som avtalefysioterapeut og dine tanker

rundt vesentlige momenter knyttet til driftstilskuddsordningen, etterspørsel, arbeidsbelastning og motivasjon.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene jeg har fortalt om i dette skrivet. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det er bare jeg som skriver utredningen som vil ha tilgang til personopplysningene. Veileder, samt sensor, vil bare ha tilgang til selve masterutredningen hvor alt av informasjon er anonymisert.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Dette vil si at lydopptaket av intervjuet blir lagret for seg selv med en kode som for utenforstående ikke vil gjøre det mulig å identifisere deg som person. Listen med navn og kontaktopplysning vil lagres separert fra lydopptakene for å best sikre personopplysningene.

Som deltaker i denne masterutredningen vil du ikke kunne gjenkjennes i den endelige utredningen.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 21.06.2020. Alle personopplysninger, samt eventuell e-post korrespondanse, vil bli slettet ved slutten av prosjektet.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Jeg behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra Norges Handelshøyskole har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Norges Handelshøyskole ved veileder Iver Bragelien, på epost Iver.Bragelien@nhh.no
- Vårt personvernombud: Norges Handelshøyskole ved Monica Nielsen Øen, på epost personvernombud@nhh.no

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Veileder

Masterstudent

Iver Bragelien

Sara Fauske Lunde

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet, og har fått anledning til å stille spørsmål.
Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- at intervjuet blir tatt opp som lydopptak – (les mer om hvordan vi sikrer denne dataen under «Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger»)

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 21.06.2020

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Intervjuguide semi-strukturert intervju

Tidsramme: 30-60 minutter.

Tema	Spørsmål	Stikkord
Introduksjon	<ul style="list-style-type: none"> - Kort presentasjon av meg selv - Kort presentasjon av tema og problemstilling - Kort informere om hvordan intervjuet vil foregå (tidsramme, semi-strukturert osv.) - Forsikre anonymitet og informere om godkjenning av NSD - Forsikre om at lydopptak er greit - Informere om at svarene gis som om Covid-19 situasjonen ikke har skjedd enda (gitt en vanlig situasjon) - Åpne for andre spørsmål fra intervjuobjekt før start 	<p>Merk: Lilla tekst indikerer spørsmål rettet mot de med redusert driftsavtale.</p>
Om intervjuobjektet	<ul style="list-style-type: none"> - Hva er din avtalestørrelse? - Er du allmennfysioterapeut eller spesialist? - Arbeider du alltid i henhold til de offentlig fastsatte takstene, eller arbeider du også privat? 	<p>% utdanning/erfaring</p> <p>hvorfor, hvorfor ikke</p>
Syn på driftstilskudd	<ul style="list-style-type: none"> - Hva tenker du om kommunalt driftstilskudd og hvordan fungerer det for din del? - Synes du størrelsen på driftstilskuddet påvirker måten du arbeider på? - Opplever du at du må arbeide mer 	<p>Merk hva <i>den enkelte</i> er opptatt av.</p> <p>arbeidsbelastning, tidsbruk, inntekt,</p>

	eller på en annen måte enn de med fullt driftstilskudd?	tilgang på pasienter, takster og motivasjon
Etterspørsel/Pasienter	<p>- Hva tror du er årsaken til at pasientene velger deg? (driftstilskudd, erfaring/omdømme, kvalitet)</p> <p>- Hvor viktig er driftstilskudd for at pasientene velger deg?</p> <p>- Har du alltid venteliste?</p> <p>- På generelt grunnlag, hva mener du er viktigst for pasientene når de skal velge avtalefysioterapeut? Er det ventetiden som veier tyngst eller betyr erfaring/spesialisering/kvalitet noe også? Hvorfor/hvorfor ikke</p> <p>- Har pasientene lett for å benytte annen fysioterapeut etter startet behandling? (lojalitet, byttekostnader)</p> <p>- Tror du pasientene dine hadde valgt deg om du hadde arbeidet privat utover din avtalehjemmel? // Til hvilken grad tror du pasientene hadde valgt å benytte deg om du også arbeidet privat utover din avtalehjemmel?</p>	<p>lokalisering, formell kompetanse/erfaring, dyktighet, word-of-mouth, markedsføring, konkurranse, lav egenandel og pris (hvis jobber privat)</p> <p>Bare aktuelt om dette ikke allerede ble besvart over.</p> <p>Gitt samme satser, eller høyere satser. Svar på begge</p>
Motivasjon/Drivkraft	<p>- Hva motiverer deg til å jobbe som fysioterapeut? (altruisme, betydning for pasienten, meningsfull jobb, o.l.)</p> <p>- Hvorfor jobber du mer enn en vanlig arbeidsuke, hvis du gjør dette?</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> - Hva motiverer deg til å arbeide utover avtalehjemmelen? - Hvordan påvirker det arbeidshverdagen din at du får driftstilskudd? Er dette tilskuddet en kilde til motivasjon eller misnøye? (hvorfor/hvorfor ikke) - Kan det oppleves som urettferdig at man arbeider like mye, om ikke mer i noen tilfeller, som de med 100% driftsavtale? - Hvordan ville det påvirket deg å få oppjustert tilskuddet til 100% ? - På generelt grunnlag, hva mener du er årsaken/drivkraften bak at de fleste med redusert driftstilskudd arbeider offentlig utover avtalehjemmelen? 	
<p>Generelle spørsmål</p> <ul style="list-style-type: none"> - lønn/inntekt - kostnader - arbeidsbelastning - konkurranse 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Kan du kommentere hvordan lønnen din kalkuleres? (fast, basert på antall timer, driftstilskuddet osv. Har du anledning til å påvirke denne ved å arbeide mer)</i> - Hva er dine største kostnader? - Hvor ofte må man regne med å gjøre nye investeringer i form av utstyr, kurs, etterutdanning osv.? (foreligger det mange store uregelmessige kostnader) - Opplever du ledig kapasitet? (årsak, konsekvens) - Opplever du at det å arbeide som 	Om AS

	<p>avtaleterapeut er en 24 timers jobb?</p> <p>- Hvor ofte må du arbeide på kveldstid? (skala, ref. journalføring osv.)</p> <p>- Opplever du det er noe «konkurransse» mellom avtalefysioterapeutene om pasientene i kommunen? Hva går i så fall denne på?</p> <p>- Hva synes du kommunen burde gjøre annerledes overfor avtalefysioterapeutene?</p>	
Covid-19/Fremtiden	<p>- Hvordan har Covid-19 situasjonen påvirket din virksomhet så langt?</p> <p>- Hva tenker du om fremtiden nå?</p>	Om av interesse
Oppsummering	<p>- Eventuelle avklaringer</p> <p>- Har du noe å tilføye avslutningsvis som vi ikke har kommet inn på?</p> <p>- Håper vi kan holde litt kontakt med deg fremover om det skulle bli nødvendig</p>	