



Avtalefysioterapeuter i Bergen kommune

En kvalitativ studie av avtalefysioterapeuter i Bergen kommune
- Lav konkurranseintensitet og billig fysioterapi -

Kandidatnummer: 145178

Antall ord: 51.311

Veileder: 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 inntår for de metoder som er anvendt, resultater som er fremkommet eller konklusjoner som er trukket i arbeidet.

Sammendrag

Utredningen tar for seg avtalefysioterapeutene i Bergen kommune, og belyser driftsavtalen, inntjeningen, motivasjonen, samt hva som driver avtalefysioterapeutene til å arbeide utover sin avtalehjemmel. Om Bergen kommune bør oppjustere deltidshjemlene eller beholde dagens ordning, kommer an på hva kommune vektlegger og hvilket tilbud de vil sikre befolkningen. Målet er å belyse en bransje som er lite forsket på og har et utforskende design. Teori, kombinert med bransjeanalyse, et enkelt kvantitativt spørreskjema og 11 semistrukturerte intervjuer brukes for å belyse situasjonen for avtalefysioterapeutene.

Det er lav konkurranseintensitet mellom avtalefysioterapeutene. Dette fordi etterspørselen nesten er umettelig, inngangsbarrierene er høye og de får driftstilskudd dekket fra kommunen. Det er ettertraktet for fysioterapeuter å få en slik driftsavtale. Dagens næringsliv har omtalt driftstilskuddet som en «gullgruve» hvor en får penger for å levere fysioterapi.

Hovedfunn viser at Bergen kommune får mer fysioterapi enn størrelsen på avtalehjemlene de tildeler, fordi avtalefysioterapeutene velger å arbeide utover sin avtalehjemmel. Funnene viser at de med reduserte avtalehjemler leverer et merarbeid som til sammen utgjør 3,4 fulle hjemler. Tar en i tillegg hensyn til merarbeidet for de som har 100 % driftsavtale, øker antall fulle hjemler til 3,8. Ved å generalisere funnene fra denne utredningen (N=11) til hele populasjonen (N=160) og anta at de 11 er representative for populasjonen, finner jeg at avtalefysioterapeutene i Bergen kommune, sørger for at 5921 ekstra pasienter får tilbud om fysioterapi hvert år. Hadde avtalefysioterapeutene kun arbeidet tilsvarende sin prosentstilling, ville dette medført betraktelig lengre ventelister.

Et annet hovedfunn er at verken driftsinntekter, driftsresultat eller resultatmargin påvirkes signifikant av avtalestørrelse. Dette er et interessant funn, da en kan anta at høyere avtalehjemmel fører til høyere inntekter og resultat. Dette indikerer at avtalefysioterapeutene med fulle hjemler bruker det til driften. Jeg har funnet at avtalefysioterapeuter med fulle hjemler, bruker mer penger på faglig påfyll i form av videreutdanning og kurs, som medfører høyere kostnader.

Forord

Denne utredningen er gjort som en del av studiet mitt ved Norges Handelshøyskole. Utredningens formål er å se på hvordan driftsavtalen, inntjeningen og motivasjonen påvirker avtalefysioterapeutene, samt hva som driver den enkelte avtalefysioterapeut til å arbeide utover sin avtalehjemmel. Ønsket med utredningen har vært å få kombinere mine interesser for både økonomi og fysioterapi. Jeg har studert ettårig fysioterapi tidligere, og gjennom min tid som langdistanseløper har jeg ofte vært innom fysioterapeuter for behandling og forebygging av skader. Arbeidet med utredningen har gjort det mulig for meg å anvende tilegnet kunnskap fra økonomistudiet, samt at jeg har fått lære mer om en bransje som interesser meg.

Semesteret har vært lærerikt, spennende og til tider krevende. Selv om det er skummelt å begi seg ut på å skulle skrive en større masteroppgave som denne, som også skal avslutte et studium jeg har holdt på med mange år, så gleder jeg meg til jeg sitter igjen med erfaringen denne utredningen vil gi meg, både når det gjelder egne arbeidsmetoder og faglig innhold. Jeg er sikker på at erfaringen vil gjøre meg bedre rustet til å møte arbeidslivet som siviløkonom.

Jeg ønsker å takke intervjuobjektene mine som har stilt opp og gitt meg nyttige data. Uten dere hadde ikke utredningen vært mulig å gjennomføre. Jeg vil også rette en takk til tidligere kontaktperson for fysioterapeutene i Bergen kommune, som har vært til stor hjelp innledningsvis med å øke min kompetanse om bransjen. Videre vil jeg takke nåværende kontaktperson for fysioterapeutene i Bergen kommune for å ha svart meg på spørsmål underveis.

Til slutt vil jeg takke veilederen min Iver Bragelien, for en flott jobb med konstruktive og nyttige tilbakemeldinger. Disse har uten tvil bidratt positivt til utredningen.

Innhold

SAMMENDRAG	I
FORORD	II
1. INNLEDNING	1
1.1 PROBLEMSTILLING	1
1.2 AVGRENSNING	2
1.3 UTREDNINGENS STRUKTUR	3
2. METODE	5
2.1 FORSKNINGSDESIGN	5
2.1.1 <i>Forskningstilnærming</i>	6
2.1.2 <i>Forskningsstrategi</i>	7
2.1.3 <i>Tidshorisont</i>	9
2.1.4 <i>Tilnærming til data</i>	9
2.2 DATAINNSAMLING	12
2.2.1 <i>Valg av casesubjekter</i>	12
2.2.2 <i>Spørreskjema</i>	14
2.2.3 <i>Semi-Strukturerte intervjuer</i>	14
2.2.4 <i>Intervjuprosessen</i>	14
2.2.5 <i>Utvalget</i>	15
2.3 DATAANALYSE.....	16
2.4 VURDERING AV FORSKNINGSDESIGNETS KVALITET	16
2.4.1 <i>Pålitelighet</i>	17
2.4.2 <i>Kredibilitet og overførbarhet</i>	20
2.4.3 <i>Bekreftbarhet og forskningsintegritet</i>	21

2.5	ETISKE ASPEKTER VED UTREDNINGEN	22
2.6	OPPSUMMERING AV METODEKAPITTEL OG BEGRENSNINGER VED UTREDNINGEN	23
3.	LITTERATURGJENNOMGANG.....	25
3.1.1	<i>Svakheter ved PESTEL rammeverket.....</i>	28
3.2	ANALYSE AV BRANSJEN	28
3.2.1	<i>Trussel fra potensielle inntrengere</i>	30
3.2.2	<i>Trussel fra substitutter</i>	31
3.2.3	<i>Kundens forhandlingsmakt</i>	31
3.2.4	<i>Intern rivalisering</i>	32
3.2.5	<i>Svakheter og mangler ved five forces-modellen.....</i>	33
3.3	VERDIKONFIGURASJONSMODELLER	34
3.3.1	<i>Verdiverkstedet</i>	34
3.3.2	<i>Betydning for min masteroppgave</i>	38
3.4	MOTIVASJON	39
3.4.1	<i>Definisjon.....</i>	39
3.4.2	<i>Motivasjonskilder.....</i>	40
3.4.4	<i>Likeverdsteori</i>	41
3.3.5	<i>Herzbergs tofaktorteori.....</i>	42
3.4.5	<i>Oppsummering motivasjonsteori</i>	43
3.5	EMPIRI OM FYSIOTERAPI.....	44
3.5.1	EMPIRI I NORGE	44
3.5.2	NÆRLIGGENDE EMPIRI	46
3.6	OPPSUMMERING AV LITTERATURGJENNOMGANGEN	47

4.	BAKGRUNN	49
4.1	HVA ER EN FYSIOTERAPEUT	49
4.2	FRA PRIVAT TJENESTE TIL DEL AV DEN KOMMUNALE HELSETJENESTEN	51
4.2.1	<i>Arbeidsform</i>	52
4.2.2	<i>Offentlig finansiering: Spleiselag</i>	54
4.2.3	<i>Mer om driftstilskuddet</i>	56
4.3	BERGEN KOMMUNE.....	57
4.4	OPPSUMMERING	57
5.	BRANSJEANALYSE	58
5.1	VESENTLIGE BRANSJEKARAKTERISTIKKER.....	58
5.2	BRANSJEAVGRENSNING.....	59
5.2.1	<i>Det relevante produktmarkedet</i>	60
5.2.2	<i>Det relevante geografiske markedet</i>	61
5.3	ANALYSE AV MAKROFORHOLDENE	61
5.3.1	<i>Politiske Forhold</i>	62
5.3.2	<i>Økonomiske Forhold</i>	62
5.3.3	<i>Sosiokulturelle Forhold</i>	63
5.3.4	<i>Juridiske forhold</i>	63
5.3.5	<i>Oppsummering av PESTEL-analysen</i>	66
5.4	ANALYSE AV KONKURRANSEOMGIVELSENE.....	67
5.4.1	<i>Konkurransarenaen/Intern rivalisering</i>	68
5.4.2	<i>Trussel fra potensielle inntrengere</i>	68
5.4.3	<i>Trussel fra substitutter</i>	69

5.4.4	<i>Pasientenes forhandlingsmakt</i>	70
	<i>Oppsummering Five Forces</i>	70
5.5	DELKONKLUSJON BRANSJEANALYSEN.....	71
6.	FUNN	73
6.1	ETTERSPØRSELEN TIL AVTALEFYSIOTERAPEUTENE.....	74
6.1.1	<i>Renommebygging</i>	74
6.1.2	<i>Kompetanse</i>	77
6.1.3	<i>Lokalisering</i>	80
6.1.4	OPPSUMMERING AV DE TRE VERDIDRIVERNE.....	82
6.2	INNTJENING TIL AVTALEFYSIOTERAPEUTENE.....	84
6.2.1	HVA AVTALEFYSIOTERAPEUTENE MENER ER DE VIKTIGSTE ÅRSÅKENE TIL DERES LØNNSOMHET	84
6.2.2	HVORDAN KAN DU ØKE DIN INNTJENING?.....	87
6.3	MOTIVASJON.....	88
6.4	HVA DRIVER AVTALETERAPEUTENE TIL Å ARBEIDE UTOVER SIN AVTALEHJEMMEL.....	91
6.5	BØR KOMMUNEN OPPJUSTERE DELTIDSHJEMLENE?.....	97
6.6	OPPSUMMERING.....	104
7.	ANALYSEKAPITTEL	106
7.1	MERARBEID SOM AVTALEFYSIOTERAPEUTENE LEVERER.....	106
7.1.2	OPPSUMMERING.....	112
7.2	NØKKELTALL OG REGRESJONER.....	112
7.2.1	OPPSUMMERING.....	124
8.	DISKUSJON	126
8.1	PESTEL-RAMMEVERK OG PORTERS FEMFAKTORMODELL.....	126
8.1.1	<i>Oppsummering</i>	128

8.2 ETTERSPOERSEL OG INNTJENING FOR AVTALEFYSIOTERAPEUTER	129
8.2.1 ETTERSPOERSEL.....	129
8.2.2 INNTJENING.....	131
8.2.3 OPPSUMMERING ETTERSPOERSEL OG INNTJENING.....	134
8.3 MOTIVASJON	135
8.4 HVORFOR VELGE Å ARBEIDE UTOVER AVTALEHJEMMEL?	139
8.4.1 OPPSUMMERING.....	143
8.5 BØR BERGEN KOMMUNE OPPJUSTERE DELTIDSHJEMLENE?	144
8.5.1 Oppsummering.....	148
9. KONKLUSJON	149
9.1 KONKLUSJON PÅ FORSKNINGSSPØRSMÅLENE.....	150
9.3 KONKLUSJON PÅ PROBLEMSTILLINGEN	153
9.4 VEIEN VIDERE	154
9.5 BEGRENSNINGER OG FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING	156
KILDER.....	157

Tabeller:

<i>Tabell 2-1 Forskningsspørsmålenes design</i>	6
<i>Tabell 2-2: Oversikt over kilder for datainnsamling</i>	11
<i>Tabell 2-3: Oversikt over avtalefysioterapeutene som har reduserte og fulle driftstilskudd</i>	14
<i>Tabell 2-4: Oversikt over utvalget og driftsavtalene</i>	15
<i>Tabell 4-1: Takstplakat for 2020 (Helsenorge, 2020)</i>	55
<i>Tabell 6-1: Renommebygging, sitat</i>	76
<i>Tabell 6-2: Kompetanse, sitat</i>	79
<i>Tabell 6-3: Lokalisering, sitat</i>	81
<i>Tabell 6-4: Oppsummering - Renommebygging, kompetanse og lokalisering</i>	83
<i>Tabell 6-5: Hva er de viktigste årsakene til din lønnsomhet, sitat</i>	85
<i>Tabell 6-6: Indre motivasjon, sitat</i>	90
<i>Tabell 6-7: Hva vil du si er hovedårsaken til at du prioriterer på måten du gjør, sitat</i>	93
<i>Tabell 6-8: Endrer det på måten du arbeider på, å ha mindre enn 100 % driftstilskudd, sitat</i>	96
<i>Tabell 6-9: Fysioterapeutenes syn på driftstilskuddsordningen, sitat</i>	99
<i>Tabell 6-10: Hva tenker du om situasjonen med reduserte driftstilskudd i Bergen kommune, sitat ...</i>	103
<i>Tabell 7-1: Arbeid etter avtale og merarbeid</i>	106
<i>Tabell 7-2: Utregning av merarbeid for utvalg og populasjon</i>	111
<i>Tabell 7-3: Driftsinntekter, driftskostnader og driftsresultat for den enkelte avtalefysioterapeut</i>	113
<i>Tabell 7-4: Nøkkeltall</i>	114
<i>Tabell 8-1: De tre psykologiske tilstandene</i>	137

Figurer:

<i>Figur 3-1: Bedriftenes omgivelser (Johnson et al., 2008)</i>	25
<i>Figur 3-2: PESTEL-rammeverket (Johnson, et al., 2008)</i>	26
<i>Figur 3-3: Porters Femfaktormodell (Porter, 1980)</i>	29
<i>Figur 3-4: Verdiverksted (Fjeldstad & Lunnan, 2018)</i>	35
<i>Figur 5-1: Oppsummering PESTEL-analysen</i>	66
<i>Figur 5-2: Oppsummering Porters femfaktormodell</i>	70
<i>Figur 7-1: Samvariasjon mellom avtalestørrelse og merarbeid (N=11)</i>	109
<i>Figur 7-2: Samvariasjon mellom avtalestørrelse og reell arbeidsuke (N=11)</i>	110

<i>Figur 7-3: Samvariasjon mellom avtalestørrelse og driftsinntekt per time (N=11)</i>	116
<i>Figur 7-4: Samvariasjon mellom avtalestørrelse og driftsinntekt per time (N=9)</i>	117
<i>Figur 7-5: Samvariasjon mellom avtalestørrelse og resultat per time (N=11)</i>	119
<i>Figur 7-6: Samvariasjon mellom avtalestørrelse og resultatmargin (N=11)</i>	121
<i>Figur 7-7: Samvariasjon mellom reell arbeidsuke og resultatmargin (N=11)</i>	122
<i>Figur 7-8: Samvariasjon mellom avtalestørrelse og driftsinntekter (N=11)</i>	123
<i>Figur 7-9: Samvariasjon mellom avtalestørrelse og driftsresultat (N=11)</i>	124

Grafer:

<i>Graf 6-1: Renommebygging (antall informanter som har sagt at et moment er viktig)</i>	76
<i>Graf 6-2: Kompetanse</i>	79
<i>Graf 6-3: Lokalisering</i>	81
<i>Graf 6-4: De viktigste årsakene til lønnsomhet for avtalefysioterapeutene (antall informanter som har sagt at et moment er viktig)</i>	86
<i>Graf 6-5: Hvordan øke inntjeningen? (antall informanter som har sagt at et moment er viktig)</i>	87
<i>Graf 6-6: Indre motivasjon (antall informanter som har sagt at et moment er viktig)</i>	90
<i>Graf 6-7: Hva vil du si er hovedårsaken til at du prioriterer på måten du gjør? (antall informanter som har sagt at et moment er viktig)</i>	94
<i>Graf 6-8: Endrer det på måten du arbeider på, å ha mindre enn 100 % driftstilskudd</i>	96
<i>Graf 6-9: Fysioterapeutenes syn på driftstilskuddsordningen (antall informanter som har sagt at et moment er viktig)</i>	100
<i>Graf 7-1: Arbeidsuke etter avtale og faktisk arbeidsuke</i>	108
<i>Graf 7-2: Driftsinntekt per time</i>	114
<i>Graf 7-3: Resultat per time</i>	118
<i>Graf 7-4: Resultatmargin (resultat/inntekter)</i>	120

1. Innledning

Tema for utredningen er basert på at jeg tok ettårig studium i fysioterapi før jeg begynte på NHH. I løpet av siviløkonomstudiet har jeg begynt å reflektere over driftstilskuddet og hvordan den påvirker den enkelte avtalefysioterapeut. Fysioterapibransjen er kompleks og spennende, men og regulert av et omfattende regelverk, og lite forsket på tidligere.

Utredningen tar for seg avtalefysioterapeutene i Bergen kommune, og belyser driftsavtalen, inntjeningen, motivasjonen, samt hva som driver avtalefysioterapeutene til å arbeide utover sin avtalehjemmel. Om Bergen kommune bør oppjustere deltidshjemplene eller beholde dagens ordning, kommer an på hva kommunen vektlegger og hvilket tilbud de vil sikre befolkningen.

Jeg har hovedsakelig brukt intervju og kvalitativ metode for å studere bransjen. I tillegg har jeg benyttet meg av et enkelt spørreskjema og noe kvantitativ metode.

Videre i dette kapittelet vil jeg gjøre greie for problemstillingen, hvordan utredningen er avgrenset når det gjelder geografi og tema og utredningens struktur.

1.1 Problemstilling

Den norske fysioterapibransjen har vist seg å være kompleks og vanskelig å kartlegge. Jeg har derfor brukt mye tid på å samle inn informasjon. Fysioterapibransjen består av helprivate, offentlig ansatte fysioterapeuter og selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter med driftstilskudd. Denne utredningen avgrenses til å gjelde selvstendig næringsdrivende som har driftstilskudd i Bergen kommune.

Driftstilskuddet skal gjøre helsetjenesten mer prisgunstig for pasienten, ved at det blir et spleiselag mellom stat, kommune og pasient. Med et spleiselag kan en selvsagt tenke seg at kommuneøkonomien kan bli en utfordring i forhold til å få dekket behovet for fysioterapeuter.

Avtalefysioterapeuter som vil jobbe mer enn stillingshjemmelen tilsier, kan komme i en situasjon der de må vurdere om de skal arbeide offentlig utover sin avtalehjemmel til de offentlige takstene, eller om de skal ha egne private takster.

Etter innledende undersøkelser av bransjen viser det seg at de fleste i denne situasjonen velger å arbeide til offentlige takster utover avtalehjemmelen. Jeg ønsker å studere årsakene til dette

nærmere. Jeg belyser avtalefysioterapeutenes inntjening og motivasjon, og ser på om kommunen får et større tilbud av fysioterapitjenester til en lavere kostnad, enn hvis de hadde delt ut flere fulltidshjemler.

Samlet ønsker jeg å se nærmere på inntjeningen og motivasjonen til avtalefysioterapeutene, hva som driver den enkelte avtalefysioterapeut med redusert hjemmel til å jobbe mer enn hjemmelen tilsier. I tillegg vil jeg belyse positive og negative sider ved å oppjustere deltidshjemlene for Bergen kommune. Som tidligere nevnt begrenser jeg meg til å hente inn data i Bergen kommune. Problemstillingen kan oppsummeres slik:

Hva påvirker driftsavtalen, inntjeningen og motivasjonen til avtalefysioterapeutene i Bergen kommune?

Denne problemstillingen er spesifisert videre gjennom følgende forskningsspørsmål:

1. Hva karakteriserer makroomgivelsene og bransjen til avtalefysioterapeutene i Bergen kommune?
2. Hva driver etterspørselen og inntjeningen til avtalefysioterapeutene i Bergen kommune?
3. Hva driver motivasjonen til avtalefysioterapeutene i Bergen kommune?
4. Jobber avtalefysioterapeutene utover sin avtalehjemmel i Bergen kommune?
5. Bør Bergen kommune oppjustere deltidshjemlene?

1.2 Avgrensning

Fysioterapibransjen i Norge omfatter offentlig ansatte fysioterapeuter, selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen og helprivate fysioterapeuter. I denne utredningen har jeg valgt å avgrense fysioterapibransjen til å gjelde selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter med driftsavtale (avtalefysioterapeuter) i Bergen kommune.

Det er flere grunner til at jeg har valgt å avgrense utvalget til avtalefysioterapeuter i Bergen kommune. Først og fremst handler det om måten fysioterapeutene tjener penger på. Offentlig ansatte fysioterapeuter mottar lønn og pensjonsordning fra kommunen, og helprivate fysioterapeuter styrer sin egen inntjening gjennom behandling til egne fastsatte takster. Helprivate fysioterapeuter mottar ikke refusjon fra HELFO. Selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter med driftsavtale opparbeider seg også inntjening gjennom behandlinger, men må forholde seg til offentlig fastsatte takster. Denne ordningen går ut på at avtalefysioterapeutene mottar driftstilskudd fra kommunen, mot at de tilbyr fysioterapi som en del av kommunehelsetjenesten. Inntjeningen til avtalefysioterapeuter består dermed av driftstilskudd fra kommunen, refusjon fra HELFO og egenandeler fra pasientene (Helfo 2020).

Jeg ser på etterspørselen, inntjeningen og motivasjonen til avtalefysioterapeutene og hva som driver den enkelte avtalefysioterapeut til å arbeide utover avtalehjemmel. Jeg har valgt Bergen kommune, fordi jeg bor og studerer i Bergen.

Jeg bruker semistrukturerte intervjuer og et spørreskjema som fysioterapeutene fylte ut på forhånd av intervjuet. Jeg har intervjuet 11 fysioterapeuter med forskjellige størrelser på driftsavtalen, hvorav åtte med reduserte tilskudd og tre med fulle tilskudd. Hovedfunnene til forskningsspørsmålene blir besvart i kapittel seks og i kapittel åtte blir funnene diskutert opp mot relevante teoretiske rammeverk og tidligere forskning på området. I kapittel syv blir forskningsspørsmålene diskutert på tvers av hverandre gjennom relevante diagrammer, regresjoner og nøkkeltall.

1.3 Utredningens struktur

Utredningen er delt inn i ni kapitler. Først har jeg presentert utredningens metodevalg, forskningsdesign, valg av strategi og kvalitetssikringen av selve designet. Deretter har jeg tatt for meg de teoretiske rammeverkene som vil bli benyttet i analysen med utgangspunktet i forskningsspørsmålene, samt sett på tidligere litteratur om fysioterapi i Norge og i utlandet. Videre har jeg sett nærmere på selve fysioterapibransjen. Etter dette har jeg startet med analysene knyttet til forskningsspørsmålene.

Første spørsmål vil bli besvart ved at jeg utfører en bransjeanalyse med PESTEL og Porter som teoretiske kilder. Deretter vil jeg benytte intervjuer, utfylte skjemaer og verdiverkstedet for å si noe om etterspørselen og inntjeningen for avtalefysioterapeutene i Bergen kommune.

Forskningsspørsmål tre handler om hva som motiverer avtalefysioterapeutene til å arbeide som fysioterapeuter. I forskningsspørsmål fire vil jeg se nærmere på hva som driver avtalefysioterapeutene til å arbeide utover størrelse på avtalehjemmel. Disse spørsmålene blir utforsket med utgangspunktet i informasjonen jeg får fra intervjuene og kjente motivasjonsteorier. Jeg vil se på fordeler og ulemper for Bergen kommune ved en eventuell oppjustering av deltidshjemlene. I analysekapitlet vil jeg se på forskningsspørsmålene om inntjening og motivasjon for å jobbe utover avtalehjemmel. Til slutt vil jeg komme med en oppsummering/konklusjon om hovedfunnene knyttet til problemstillingen.

Utredningen er som nevnt delt inn i ni kapitler hvorav første fire kapitlene tar for seg innledning, metode, litteraturgjennomgang og bakgrunn til fysioterapibransjen. I kapittel fem og seks blir funnene fra forskningsspørsmålene besvart ved hjelp av semistrukturerte intervjuer, spørreskjema og valgte teorier. Gjennom kapittel syv blir de ulike forskningsspørsmålene på tvers av hverandre analysert. I kapittel åtte blir funnene diskutert. I kapittel ni blir en kort oppsummering fra hvert forskningsspørsmål presentert, konklusjon på problemstillingen presentert, samt at jeg tar for meg veien videre.

2. Metode

I dette kapitlet av utredningen vil jeg ta for meg detaljer knyttet til valg av metode som er benyttet for å hjelpe meg å finne svar på problemstillingen. Først vil jeg forklare forskningsdesignet i utredningen, deretter vil jeg presentere datainnsamlingsprosessen og litt om dataanalysen. Videre vil kvaliteten med forskningsdesignet diskuteres og vurderes. Til slutt vil jeg belyse etiske problemstillinger knyttet til selve utredningen og utredningens begrensninger.

2.1 Forskningsdesign

Forskningsdesignet utgjør selve planen for hvordan problemstillingen skal besvares og hvordan utredningen er strukturert (Saunders, Lewis, & Thornhill, 2016). Det er gjort lite tidligere studier på fysioterapibransjen i Norge, og med dette følger det også at effekten av driftstilskuddet i enkelte kommuner er lite tidligere undersøkt. Formålet med denne utredningen er å skaffe en oversikt over bransjen, samt innhente ny innsikt rundt driftstilskuddet og arbeidsbelastningen for avtalefysioterapeuter i Bergen kommune. Basert på dette vil jeg i denne utredningen benytte et *kvalitativt utforskende* forskningsdesign. *Utforskende* design er ofte benyttet når man har lite informasjon om det man vil studere, og dermed passer det godt når formålet er å oppklare og utarbeide forståelsen rundt dette (Saunders et al., 2016). Ved denne type design skal man observere, samle informasjon, samt forsøke å forklare hva som observeres. Dette gjør det til en fleksibelt design, og man må regne med at retningen av utredningen vil endre seg etter hvert som forskningen foregår (Saunders et al., 2016). Gjennom prosessene ved å utforme denne utredningen opplevde jeg selv dette opptil flere ganger, og etter hvert som jeg har samlet inn informasjon om bransjen og yrket, ble både problemstilling og forskningstilnærming endret.

Hovedproblemstillingen i utredningen er dermed utforskende. Jeg har likevel valgt å inkludere innslag av deskriptiv tilnærming for å besvare forskningsspørsmål nummer en som har som formål å *beskrive* makroomgivelsene og bransjen til avtalefysioterapeutene. Hovedformålet med deskriptivt design er å utarbeide en nøyaktig beskrivelse av hendelser, personer eller spesielle situasjoner (Saunders et al., 2016). Deskriptiv forskning er også vanlig å benytte som en utvidelse av utforskende forskning eller som en innledning til et forklarende

studie (Saunders et al., 2016). Dette kan bidra til en bedre forståelse for den videre utforskende forskningen, da det er nødvendig å ha en forståelse for bakgrunn og situasjonen rundt fenomenet man skal undersøke før man starter datainnsamlingen (Saunders et al., 2016). Forskningsspørsmål nummer to har som hensikt å *utforske* hvordan driftstilskudd er med å påvirke inntjeningen og lønnsomheten til avtalefysioterapeutene. Forskningsspørsmål tre er utarbeidet med den hensikt å ha finne ut hva som motiverer fysioterapeutene til å arbeide som fysioterapeut. Forskningsspørsmål nummer fire ønsker videre å *utforske* hvorvidt min antagelse om at avtalefysioterapeutene arbeider utover sin avtalehjemmel og hva som driver dem til dette. Forskningsspørsmål fem handler om Bergen kommune bør oppjustere alle deltidshjemlene. I tabell 2-1 illustreres designvalg knyttet til hver av forskningsspørsmålene.

Forskningsspørsmål	Kapittel	Design
Forskningsspørsmål 1	Kapittel 5	Deskriptiv
Forskningsspørsmål 2	Kapittel 6 og 7	Utforskende
Forskningsspørsmål 3	Kapittel 6 og 7	Utforskende
Forskningsspørsmål 4	Kapittel 6 og 7	Utforskende
Forskningsspørsmål 5	Kapittel 6 og 7	Deskriptiv

Tabell 2-1 Forskningsspørsmålenes design

2.1.1 Forskningstilnærming

I denne utredninger har jeg valgt å benytte både en induktiv og deduktiv forskningstilnærming. Ved deduksjon starter man utfra et teoretisk grunnlag og basert på dette utformer man hypoteser og antagelser som benyttes for å teste og videreutvikle eksisterende teori (Saunders et al., 2016). Ved induksjon starter man ved å samle inn data knyttet til et interessant fenomen med den hensikt å få en dypere forståelse for det, eller for å utvikle ny teori (Saunders et al., 2016).

Masterutredningen min startet med at jeg ble oppmerksom på problemstillingen knyttet til fysioterapibransjen, spesielt med tanke på effekten driftstilskuddet har på aktørene i bransjen. Dette fenomenet viste det seg å være lite utredende tidligere forskning på, samtidig som selve bransjen fremstod som komplisert og lite kartlagt. Dette ble grunnlaget for at hovedtilnærmingen i utredningen min er induktiv, da jeg brukte mye tid på å gå ut i feltet for å

samle inn data og holde intervjuer. Den induktive tilnærmingen er i denne utredningen passende da min hovedintensjon hele tiden har vært å skaffe ny innsikt og en bedre forståelse av fysioterapibransjen i Norge. Videre har jeg benyttet en deduktiv tilnærming ved at jeg studerer funnene mine i sammenheng med eksisterende teori i rammeverk fra ulik økonomisk litteratur. Hovedproblemstillingen i utredningen spør: *Hvordan påvirker driftsavtalen avtalefysioterapeutene?* Ved å benytte et utforskende forskningsdesign, samt både induktiv og deduktiv tilnærming, vil jeg la dataen jeg avdekker og samler inn styre selve fokuset og analysen i utredningen. Ved og også inkludere innspill fra eksisterende teori styrkes kvaliteten på funnene og øker validiteten.

2.1.2 Forskningsstrategi

Utredningen er utformet som en casestudie av avtalefysioterapeuter i Bergen kommune. Et casestudie er en nærmere gransking av utvalgt studieobjekt i dets virkelige omgivelser hvor man søker å oppnå en ny forståelse av fenomenet (Saunders et al., 2016). Selve caset kan være et individ, en gruppe, en organisasjon, en hendelse osv. (Saunders et al., 2016). Caset, eller studieobjektet, blir utvalgt for sine unike karakteristikk og særskiltheter, ikke med baktanke om at det skal være representativt for hele populasjonen. Noe som skiller denne strategien fra andre typiske kvalitative og kvantitative forskningsstrategier er at det eksisterer få klare retningslinjer og krav på hvordan forskningsprosessen foregår (Meyer, 2001). Meyer (2001) viser til hvordan dette både bidrar som 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 selv i henhold til valgt problemstilling. På den andre siden er det en ulempe at formen for strategien er så fri, noe som har resultert i mange dårlige casestudier gjennom tidene uten mye struktur (Meyer, 2001). Videre er strategien ofte benyttet til å besvare «hva», «hvorfor» og «hvordan» problemstillinger (Saunders et al., 2016). Dette er også tilfellet for min utredning, og valget av casestudie som strategi har gjort det mulig å enklere tilrettelegge forskningsprosessen underveis som jeg har gjort nye oppdagelser, eller har måtte endre tilnærming underveis. Casestudie strategien åpner også for å benytte eksisterende teori for å bidra til å bedre forståelse av funnene og selve analysen (Meyer, 2001).

For å best håndtere svakhetene ved strategien knyttet til den frie formen og mangelen på klare retningslinjer, viser Meyer (2001) til noen valg som er viktige å ta opp underveis. De mest

vesentlige er valg av case, tid til å sette sammen et utvalg og valg av datainnsamlingsteknikk. Av disse tre vil jeg nå kort gå gjennom valg av case. Prosessen knyttet til utvalg og datainnsamlingsteknikk blir gjort rede for i delkapittel 4.2 om datainnsamling.

Valg av caseantall

I henhold til valg av antall caser er det vanlig å enten foreta enkelt casestudier eller multiple casestudier (Meyer, 2001).

I denne utredningen har jeg valgt å utforske avtalefysioterapeuter i Bergen kommune, noe som åpner for ulike tolkninger og muligheter i sammenheng med valg av caseantall. Av avtalefysioterapeutene i Bergen kommune ønsker jeg å intervju fem med fullt driftstilskudd og fem med delt driftstilskudd. På en side kan jeg da velge å se på avtalefysioterapeutene i kommunen som en helhetlig enkeltcase hvor terapeutene behandles som analyseenheter innad i casen. På den annen side kan jeg se på det som en multippel casestudie hvor hver avtalefysioterapeut behandles som en egen case. Alternativt kunne jeg utformet utredningen som en multippel casestudie med to caser, hvor de med delte driftstilskudd utgjorde den ene casen og de med fullt driftstilskudd utgjorde den andre casen. Jeg har valgt å utarbeide utredningen som en multippel casestudie, og vil da se på hver avtalefysioterapeut som sin unike case. Videre har jeg valgt å dele inn casene inn i to grupper basert på om de har delt eller fullt driftstilskudd. Hovedårsaken til at jeg valgte å foreta dette som en multippel case er at selv om alle arbeider som avtalefysioterapeuter i samme kommune, så er det snakk om enkelt individer som antageligvis har stor variasjon med tanke på momentene jeg ønsker å utforske: holdning, motivasjon og arbeidsbelastning. Valg av multippel casestudie åpner også for muligheten til å benytte komparativ casestudie som del av forskningsdesignet. Jeg vil her kunne vurdere funnene opp mot likheter og ulikheter mellom de ulike casene (Ringdal, 2013). Saunders et al. (2016) viser videre til at multippel casestudie ofte blir benyttet for å tillate replikasjon, de samme datainnsamlingsmetodene vil altså bli benyttet for hver av casene, hver for seg. Om funnene fra de ulike casene innad i gruppene viser seg å være like eller ha vesentlige fellestrekk, vil sjansen for at de er representative for hele populasjonen ved denne strategien øke.

2.1.3 Tidshorisont

I henhold til tidsperspektivet for forskningsprosessen, er denne utredningen utarbeidet som en tverrsnittstudie. Utarbeidelse av tverrsnittstudier innebærer at man observerer og samler inn data på et gitt tidspunkt (Saunders et al., 2016). I motsatt tilfelle kunne man utarbeidet utredelsen i henhold til en tidsseriestudie. I dette tilfelle samles data inn flere ganger over forløpet av forskningen fra de samme studieobjektene (Saunders et al., 2016).

Denne utredningen er en masterutredning ved Norges Handelshøyskole med et tidsperspektiv på fem måneder. Med bakgrunn i dette, har jeg hverken hatt tid eller hatt mulighet til å utforme utredningen som en tidsserieundersøkelse. Avtalefysioterapeutene i Bergen kommune har også vist seg å være meget opptatte, og om jeg skulle samlet inn data og foretatt flere intervjuer over tidsperioden ville dette kunne vist seg å være problematisk. For å få mulighet til å undersøke bransjen, har jeg da siktet meg inn på en datainnsamling gjennom prosjektet i form av ett spørreskjema og ett intervju per deltaker. I henhold til hovedproblemstillingen som utforsker driftsavtalen, inntjeningen og motivasjonen til avtalefysioterapeutene, er ikke dette et stort problem. Dette kommer av at denne type observasjoner ikke endres raskt over tid, og man vil kunne oppnå god innledende forståelse for det jeg utforsker.

2.1.4 Tilnærming til data

Som nevnt innledningsvis følger denne utredningen et utforskende *kvalitativt* forskningsdesign. I tillegg til dette har jeg også benyttet innslag av kvantitativ data.

Kvalitativ forskning kan i sin enkleste form gjenkjennes ved at den benytter og analyserer ikke-numerisk data, som for eksempel ord, bilder, lydopptak, video osv. (Saunders et al., 2016). Kvalitativ forskning benyttes oftest for å belyse kompliserte problemstillinger i dybden, og metoden er assosiert med datainnsamlings strategier som intervju og observasjoner. Selve datainnsamlingen i slik forskning er ofte ikke veldig standardisert, noe som åpner for muligheten til å gjøre endringer etter hvert som man utfører forskningen og finner ny innsikt. Kvantitativ metode derimot, benytter og analyserer numerisk data.

Kvantitativ forskning utforsker typisk relasjon og sammenheng mellom variabler, hvor store mengder data samles inn for å så bli analysert statistisk. Typiske datainnsamlings teknikker for kvantitativ forskning omfatter blant annet utforming av spørreskjema, innhenting av rapporter, og tilgang til 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.

Saunders et al. (2016) viser til hvordan disse to metodene ofte blir kombinert og benyttet sammen. I denne utredningen benytter jeg i størst grad kvalitativ forskningstilnærming, men jeg har i tillegg valgt å kombinere dette med innslag av kvantitativ forskningsmetode. Dette har jeg oppnådd ved å benytte semi-strukturerte intervjuer som hoved datainnsamlingsteknikk, samtidig som jeg har valgt å supplere intervjuene med et kort spørreskjema for innhenting av vesentlige tall og tilhørende informasjon fra intervjuobjektene. Dette gjør det mulig å kunne tolke resultatene fra de to metodene samtidig, og dette vil kunne bidra til en dypere forståelse av situasjonen og styrke resultatet (Saunders et al., 2016). Ved at jeg benytter meg av begge metodene kombinert får jeg muligheten til å utfylle noen av svakhetene knyttet til de enkelte metodene. Ved at jeg ber intervjuobjektene om å fylle ut spørreskjemaet i forkant av intervjuene, får jeg muligheten til å se gjennom resultatet før intervjuene slik at jeg kan stille oppfølgingsspørsmål til svarene om dette skulle være nødvendig. Dette vil bidra til en bedre dybde til den kvantitative dataen og en bedre forståelse av resultatene, noe som ofte kan være vanskelig i kvantitativ forskning siden datainnhenting ofte er meget standardisert med strenge oppsett. Videre er kvalitativ datainnhenting ofte meget tidskrevende, og med kort tidsperspektiv vil man ikke alltid ha muligheten til å få tilgang til ønsket antall individer. På denne måten kan supplerings av kvantitativ informasjon fra intervjuobjektene bidra til å effektivisere prosessen med datainnsamlingen, samt bidra med en numerisk dimensjon til analysen. I prosessen med utføringen av denne utredningen støtte jeg også tidlig på problemer knyttet til muligheten for innhenting av data. Dette kom av at dataen jeg ønsket å innhente ble ansett som meget sensitiv av deltakerne som i stor grad er selvstendignæringsdrivende. Ved å velge kvalitativ tilnærming og dermed å redusere antall individer, har det blitt lettere å få tilgang til denne sensitive kvantitative dataen fra de enkelte. I denne bransjen hvor enkeltmannsforetak er organiseringsformen som dominerer, og økonomisk data dermed ikke er fritt tilgjengelig for allmennheten, tror jeg at en ren kvantitativ tilnærming ikke ville gitt samme resultat med hensyn til responsraten.

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 selve 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, og dette må tas i betraktning ved vurdering av om denne skal benyttes.

I denne utredningen benytter jeg både primærdata og sekundærdata. Da det har vist seg å være lite tidligere forskning på min hovedproblemstilling, og lite gode oversikter over bransjen generelt, har det vært helt essensielt for meg å bruke tid på å samle inn informasjon om bransjen i form av primærdata. Sekundærdata har videre bidratt til å supplere primærdataen jeg selv har samlet inn. Type data og innsamlingsteknikk benyttet i utredningen er illustrert i tabell 2-2.

	Kvalitativ metode	Kvantitativ metode
Primærdata	Semi-strukturerte intervjuer Spørreskjema	Spørreskjema
Sekundærdata	Tidligere forskningsarbeid/rapporter knyttet til bransjen Nettavisar Tidsskrifter knyttet til bransjen Foreningenes nettressurser (NFF og PFF) Lovdata osv.	

Tabell 2-2: Oversikt over kilder for datainnsamling

I delkapittel 2.2 vil jeg gå i dybden på datainnsamlingen knyttet til primærdataen. Her vil jeg gå inn på valg av intervjuobjekter, samt utarbeidelsen av intervjuguiden og spørreskjemaet. Jeg velger å ikke gjøre rede for innsamlingen av sekundærdataen, da denne fra et forskningsperspektiv er mindre relevant å belyse i dybden.

2.2 Datainnsamling

I dette delkapittelet vil jeg gå gjennom flere vesentlige aspekter ved datainnsamlingen i utredningen. Først vil jeg forklare utvalgsprosessen av casesubjektene, deretter vil jeg utdype hvilke innsamlingsverktøy jeg har benyttet for innsamlingen av primærdataen, og belyse hvordan denne ble gjennomført.

2.2.1 Valg av casesubjekter

Teknikken som er benyttet for å velge utvalget kan best beskrives som en *målrettet, ikke-tilfeldig, homogen* utvelgelse. At utvelgelsen av caser er målrettet betyr at utvalget er utført for å sikre at jeg best mulig kan besvare problemstillingene i utredningen (Saunders et al., 2016). At teknikken ikke er tilfeldig, eller uten sannsynlighet, går ut på at casene er valgt ut bestemt, og ikke ved tilfeldig trekning. Dette har betydning for at resultatet av utredningen ikke statistisk sett kan generaliseres til populasjonen (Saunders et al., 2016). Videre omhandler homogen utvelgelse individer i populasjonen som er relativt like. Jeg anser utvelgelsen min som homogen da jeg har gjort utvalget basert på to ulike grupper i avtalefysioterapeutene i Bergen kommune, nemlig de med fullt driftstilskudd og de med delt driftstilskudd. Innad i disse to gruppene anses individene å være relativt like med tanke på vesentlige faktorer som inntjening, arbeidsbelastning og motivasjon.

I følge Saunders et al. (2016) vil ønsket utvalgsstørrelse for semi-strukturerte intervjuer som innsamlingsteknikk ligge på mellom 5 og 25 ulike intervjuer. Fra oppstarten av utredningen har jeg hatt et ønske om å få til ti intervjuer til sammen, fordelt med fem i hver gruppe avtalefysioterapeuter. Da utredningen har et tidsperspektiv på fem måneder, og utvalget er vanskelig å få tilgang og kontakt med, anser jeg dette som det maksimale antall det er mulig å få til.

Saunders et al. (2016) viser til viktigheten ved å *få tilgang* til relevante informasjonskilder for å ha best mulig forutsetninger for å samle inn meningsfull data. Ved datainnsamlingen til denne utredningen har det vist seg meget tidkrevende og opparbeide tilgang til intervjuer med avtalefysioterapeuter. Dette kommer av flere årsaker. Den første og mest vesentlige årsaken er at avtalefysioterapeutene i Bergen kommune har det meget travelt. Derav representerer det å sette av tid til et slikt intervju en stor tidsinvestering for terapeutene. Det har derfor vært meget viktig for meg å forsøke å forklare formålet med utredningen, og trekke frem at dette potensielt kan være med å bedre situasjonen i bransjen uten at jeg kunne avlegge noen løfter. Videre har det vært vanskelig å få full tilgang da noe av informasjonen jeg ønsker å samle inn for mange kan anses som for privat. Dette kommer av at de fleste avtalefysioterapeutene er organisert som enkeltmannsforetak og innblikk i økonomien deres kan for noen føles som et innblikk i deres privatøkonomi. Noen viste også bekymring for at de skulle bli gjenkjent. For å forsøke å bøte på dette har jeg valgt å utforme spørsmålene direkte knyttet til økonomien i spørreskjema som avtalefysioterapeutene kunne fylle ut selv. På denne måten slipper de å føle at privatøkonomien invaderes. Videre har jeg informert om at utredningen er godkjent av NSD, og at datainnsamlingen reguleres etter deres retningslinjer. Med dette følger det at all data og personopplysninger behandles konfidensielt og slettes ved slutten av prosjektet. Alle som ønsker det, vil også anonymiseres i utredningen. At jeg har forsøkt å tilrettelegge for disse hindringene, har gjort tilgangen til individene noe lettere, men det har overhodet ikke gjort det problemfritt. Tilgangen til utvalget sett sammen med tidsperspektivet, er en av utredningens største begrensninger med tanke på dataene jeg til slutt har fått tilgang til. Hvor mange som har delte og fulle driftstilskudd av de jeg har intervjuet er illustrert i tabell 2-3.

Fullt driftstilskudd			Delt driftstilskudd		
Intervjuobjekt	Driftstilskudd	Bydel	Intervjuobjekt	Driftstilskudd	Bydel
A	100 %	Fana	B	75%	Årstad
C	100 %	Laksevåg	D	50%	Bergenhus
K	100 %	Fana	E	50%	Bergenhus
			F	54%	Fana
			G	50%	Fana
			H	79%	Fana
			I	50%	Fana
			J	80%	Bergenhus

Tabell 2-3: Oversikt over avtalefysioterapeutene som har reduserte og fulle driftstilskudd

2.2.2 Spørreskjema

Spørreskjemaet ble sendt til intervjukandidatene på forhånd av intervjuet. Dette gjorde at jeg fikk muligheten til å stille intervjukandidaten spørsmål hvis det var noe som var uklart. Målsetningen med spørreskjemaet har vært å supplere den informasjonen man får fra intervjuet.

2.2.3 Semi-Strukturerte intervjuer

Semistrukturert intervju er et intervju hvor intervjueren følger en overordnet intervjuguide (Johannesen, Tuft & Christoffersen, 2016). En intervjuguide er en oversikt over de temaene man ønsker å sette søkelys mot. Videre kan man stille oppfølgingsspørsmål til det som er uklart eller man ønsker en dypere forståelse for. Fordelen med et semistrukturert intervju er at intervjuet er fleksibelt og lar intervjuobjektene styre samtalen i retningen vedkommende selv ønsker (Saunders et al., 2016).

2.2.4 Intervjuprosessen

I praksis ble seleksjonen utført ved at jeg tok kontakt med de ulike fysioterapiklinikkene i Bergen kommune. Gjennom å ringe de ulike fysioterapiklinikkene fikk jeg gjennomført ni intervjuer derav åtte med delte og en med fullt driftstilskudd. I og med at utvalget ble

skjevfordelt i første omgang når jeg gjennomførte intervjuer, så jeg meg nødt til å gjennomføre prosessen på nytt med å ringe fysioterapiklinikker. Denne gangen har jeg som tidligere hatt fokus på å fortelle hva jeg skriver om, men nå også om hvorfor jeg trenger å intervju flere med 100 % driftsavtale. Dette har resultert i to flere intervjuer med 100 % driftsavtaler som har gitt meg et utvalg som er bedre egnet til å analysere lønnsomhetsvariasjoner mellom de som har delt og 100 % driftsavtale. Alle intervjuene tok mellom 25 til 55 minutter og ble tatt opp via lydopptak. Jeg lot intervjukandidaten i stor grad styre samtalen selv for å unngå å påvirke svarene.

2.2.5 Utvalget

Jeg har gjennomført 11 intervjuer av fysioterapeuter i Bergen kommune mellom 34 til 65 år. Åtte har delte hjemler og tre har med 100 % tilskudd. Gjennomsnittsalderen er 49,5 år. Fem er menn og seks er kvinner.

Under i tabell 2-4 gjengir jeg fysioterapeutene med andel driftstilskudd og sum driftstilskudd.

Fysioterapeut	Driftstilskudd	Sum driftstilskudd
Fysioterapeut A	100 %	Kr 453.720
Fysioterapeut B	75 %	Kr 340.290
Fysioterapeut C	100 %	Kr 453.720
Fysioterapeut D	50 %	Kr 226.860
Fysioterapeut E	50 %	Kr 226.860
Fysioterapeut F	54 %	Kr 245.009
Fysioterapeut G	50 %	Kr 226.860
Fysioterapeut H	79 %	Kr 353.699
Fysioterapeut I	50 %	Kr 226.860
Fysioterapeut J	80 %	Kr 362.976
Fysioterapeut K	100 %	Kr 453.720

Tabell 2-4: Oversikt over utvalget og driftsavtalene

Alder og kjønn holdes utenfor diagrammet for å sikre fysioterapeutenes anonymitet. De fleste jeg har intervjuet er over 40 år. Flesteparten har vært i bransjen i mange år og har lang

erfaring. Flertallet av de jeg har intervjuet er allmennfysioterapeuter, en er spesialist og to er manuellterapeuter.

2.3 Dataanalyse

Etter at intervjuene ble gjennomført, ble disse transkribert. I transkriberingen overførte jeg informasjon fra båndopptakene til renskrevet tekst (Saunders et al., 2016). I transkriberingen passet jeg på å få med innholdet, ordlegging og kroppsspråket. Jeg har benyttet teknikken «templateanalyse» for å analysere datamaterialet. Dette er en form for temaanalyse (Saunders et al., 2016). Analysen starter med at jeg tar ett utdrag av dataene og lager en innledende liste av koder og temaer. Denne innledende listen kalles for en kode-mal (King, 2012). Videre brukes denne malen som det sentrale verktøyet for videre analyse. Det er viktig i denne prosedyren at man velger koder som gir en tilfredsstillende mal. Da har man opparbeidet en evne til hvordan man analyserer videre transkripter. Under denne prosessen kan det dukke opp avvik som resulterer i at man må endre malen. Da må man utarbeide malen videre til man ender opp med ett sluttresultat (Saunders et al., 2016).

2.4 Vurdering av forskningsdesignets kvalitet

I dette delkapittelet gjennomgås kvaliteten til forskningsdesignet i utredningen. Jeg vil her ta stilling til dataens troverdighet og vurdere styrkene og svakhetene til de valgte metodene. Reliabilitet og validitet står sentralt når man skal gjøre en vurdering av forskningskvaliteten (Saunders et al., 2016). *Reliabilitet* handler om *hvordan* man har foretatt forskningen. Det sier noe om muligheten 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 utredningen, for så å få de samme resultatene (Saunders et al., 2016). Validitet derimot, handler om *hva* som er undersøkt og målt. Nærmere bestemt til hvilken grad man har klart å samle inn data på det man faktisk ville samle inn data om (*begrepsvaliditet*), til hvilken grad man kan trekke sikre slutninger om årsakssammenhenger (*indre validitet*) og til hvilken grad resultatene kan overføres/generaliseres til hele populasjonen (*ekstern validitet*) (Ringdal, 2013). Disse begrepene er anerkjent og mye brukt i kvantitativ forskning, men det kan være verdt å merke seg at de ofte kan anses som mer upassende i sammenheng med kvalitativ

forskning (Saunders et al., 2016). Å vurdere kvalitativ forskning etter kriterier som er utarbeidet i henhold til kvantitative metoder vil dermed ikke gi et rettmessig bilde av kvaliteten i kvalitativ forskning. For å imøtekomme denne problemstillingen viser Saunders et al. (2016) til at Lincoln og Guba (1985) utarbeidet fire kriterier for å bidra til å vurdere troverdigheten ved kvalitativ forskning. I stedet for å anse reliabilitet og validitet, presenterte Lincoln og Guba (1985) fire følgende kriterier: *pålitelighet* («*dependability*»), *gyldighet eller kredibilitet* («*credibility*»), *overførbarhet* («*transferability*») og *bekreftbarhet* («*confirmability*») (Saunders et al., 2016).

Pålitelighet blir 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 utredningen. For å sikre påliteligheten må da hele forskningsprosessen og endringene undervegs dokumenteres (Saunders et al., 2016). *Kredibilitet* ved forskningsmetoden erstatter indre validitet og handler om at man har undersøkt det man skulle undersøke. For eksempel ved å sikre at man som intervjuer har forstått intervjuobjektets svar, og at dette tolkes på den måten intervjuobjektet mente det skulle tolkes (Saunders et al., 2016). *Overførbarhet* tilsvarer ekstern validitet, og denne sier noe om til hvilken grad resultatene kan generaliseres utover utvalget og hvorvidt det kan overføres og er anvendbar i en annen lignende setting (Saunders et al., 2016). *Bekreftbarhet* erstatter objektivitet, og inkluderes for å vurdere til hvilken grad man som forsker har klart å unnlate at personlige meninger og bias påvirker resultatanalysen og funnene (Saunders et al., 2016).

I og med at denne utredningen utarbeides med en kvalitativ metode og intervjuer som teknikk for innsamling av data har jeg funnet det mer hensiktsmessig å vurdere forskningsdesignet basert på disse kriteriene for troverdighet. I tillegg til dette vil jeg kort diskutere forskningsintegriteten ved utredningen.

2.4.1 Pålitelighet

Den mest vesentlige metoden for innsamling av primærdata i denne utredningen er semi-strukturerte intervjuer, og med dette følger noen problemstillinger knyttet til kvaliteten på innsamlingen med hensyn til pålitelighet. Først og fremst kan mangelen av standardisering av

intervjuene under denne innsamlingsmetoden føre til problemer knyttet til pålitelighet. 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 ulike individer vil få to helt ulike samtaler basert på personlighetstrekk osv. Knyttet til dette aspektet kommer også flere ulike biaser som oppstår i intervjusituasjoner som utfordrer påliteligheten knyttet til datainnsamlingen om oversett. Dette er hovedsakelig intervjuer bias, intervjuobjekt bias og deltakelses bias.

Intervjuer bias omhandler måten intervjuer oppfører seg under intervjuet og hvordan spørsmålene stilles (Saunders et al., 2016). Dette kan verst tenkelig føre til at intervjuobjekt gir svar som er påvirket av intervjuers holdning og agenda, eller mangel på svar overhodet. Om man som intervjuer fremstår som lite tillitsverdig vil man også kunne få problem med å få ærlige svar. For å kontre dette i min datainnsamling har jeg forsøkt, så langt det lar seg gjøre, å fremstå så objektiv som mulig under intervjuene, unngått unødvendig og distraherende kroppsspråk, samt å følge intervjuguiden. Jeg har også brukt tid på å bygge opp tillit og en felles forståelse for formålet med utredningen, for å bedre sikre gode og ærlige svar.

Intervjuobjekt bias omhandler intervjuobjekt sine persepsjoner om intervjuer eller selve intervjusituasjonen (Saunders et al., 2016). For mange kan intervju oppleves som inntrengende og dette kan føre til at intervjuobjektet føler seg utilpass, som kan påvirke svarene som gis. Selv om intervjuobjektet sier seg villig til å delta i et intervju, betyr ikke dette at de er villige til å svare på alt. Basert på dette kan de endre på svarene sine, eller vinkle de for å unngå sensitive samtaleemner. Dette kan lede til ufullstendige bilder av situasjonen, og er noe man bør forsøke å unngå i stor grad med tanke på påliteligheten til utredningen. For å håndtere dette har jeg valgt å utarbeide en meget grundig og omfattende intervjuguide. Under rekrutteringen av intervjuobjektet ble også formålet klart presentert noe som har hjulpet meg og hele tiden ha en åpen dialog med intervjuobjektene, samt sikre at forventningene hele tiden er avklart.

Deltakelses bias omfatter omstendighetene og naturen knyttet til de som velger å delta i intervjuene og hvordan dette kan påvirke dataen man får tilgang til (Saunders et al., 2016). Ved lange intervjuer vil ofte mange oppleve en redusert villighet til å delta. Saunders et al. (2016) viser som eksempel til undersøkelser i en bransje for de yrkesaktive ikke var villige til

å delta grunnet mangel på tid, men de som nærmet seg pensjonistalder i bransjen var mer villige til å delta. Slike omstendigheter kan påvirke utvalget man ender opp med, og dermed resultatene man oppnår. Under min datainnsamlingsprosess opplevde jeg også dette problemet da de fleste avtalefysioterapeutene i kommunen er meget opptatte og har lite tid til overs. Grunnet omstendighetene knyttet til yrket, var dette noe som var vanskelig å unngå. Jeg opplevde likevel at jeg ved flere tilfeller klarte å få til intervju med mange som hadde lite tid da formålet med utredningen på sikt kan tenkes å bidra til bedring av forholdene i bransjen. Dette biaset har jeg tatt høyde for under analysen og tolkningen av resultatet.

Jeg har nå listet opp de tre mest vesentlige biasene som kan oppstå i sammenheng med en intervjusituasjon i en kvalitativ studie. Med tanke på påliteligheten i slike utredninger kan det likevel være verdt å merke seg at det ofte ikke er hensikten at selve intervjuene skal kunne gjentas med det mål å få nøyaktig samme resultat. Dette fordi intervjuer har som hovedformål å samle inn data om realiteten av en situasjon på et gitt tidspunkt. Omstendighetene som utforskes med slike datametoder er gjerne komplekse og dynamiske og resultatene vil være annerledes ved andre tidspunkt (Saunders et al., 2016). Saunders et al. (2016) viser til at selve verdien ved intervjuer som datainnsamlingsteknikk ligger i fleksibiliteten som gjør det mulig å gå i dybden av slike omstendigheter. Derav kan det tenkes at å forsøke å gjøre prosessen mulig å gjenta av andre forskere er lite realistisk og noe meningsløst. Det er likevel viktig å legge stor vekt på å forklare forskningsdesignet og valgene som tas, samt innsamlingsmetodikken (Saunders et al., 2016).

Jeg har også benyttet et kort spørreskjema til intervjuobjektene som en del av datainnsamlingen. Dette reiser også problemstillinger knyttet til pålitelighet ved utformingen av spørsmålene. For å sikre påliteligheten ved slike innsamlinger er det viktig å sikre at spørsmålene tolkes slik de er ment å bli tolket (Saunders et al., 2016). I min utredning ble spørreskjema utsendt intervjuobjekt i forkant av intervjuet med den hensikt at det skulle være ferdig utfylt til intervjuet. Problemstillingene knyttet til påliteligheten til spørsmålene fikk jeg da sikret under intervjuet, ved at jeg inkluderte en kort seksjon for å rette opp i eventuelle misforståelser i spørreskjemaet og bekrefte at jeg forsto svarene korrekt.

2.4.2 Kredibilitet og overførbarhet

To faktorer som er viktig i kvalitativ forskning er kredibilitet og overførbarhet. I kvalitativ forskning er begrepsbruken viktig for å unngå synsing, og for å få resultatene i et rammeverk som kan forstås likt av flere. Jeg skal derfor se på disse to faktorene nå.

Kredibilitet

For å sikre kredibilitet i kvalitativ forskning er det vesentlig å sikre seg at den dataen man samler inn fra deltakerne, tolkes og forstås etter deltakers intensjon (Bryman & Bell, 2011)

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 (Bryman et al., 2011).

Informantvalidering og forskervalidering er benyttet i kvalitativ forskning for å sikre at informasjonen som er formidlet er forstått korrekt, og for å vurdere og utfordre tolkningen av informasjonen (Bryman et al., 2011). Dette kan oppnås ved å la intervjuobjektet lese over det transkriberte intervjuet og komme med tilbakemelding på tolkningen, eller å diskutere tolkningen av innsamlingen med andre forskere.

Triangulering går ut på at man benytter to eller flere uavhengige kilder til datainnsamling i en studie for å hjelpe å sikre at man får riktig forståelse og oppfatning av den innhentede dataen (Bryman et al., 2011). Ved å benytte slik metodetriangulering, økes kredibiliteten til utredningen. I denne utredningen har jeg benyttet triangulering i form av at jeg har samlet inn kvalitativ primærdata fra intervjuobjektene, kvantitativ informasjon fra intervjuobjektene som bygger under informasjonen fra intervjuene, samtaler med betydelige individer i bransjen, samt innhenting av informasjon om bransjen og dets makroforhold i form av sekundærdata. I startfasen av utredningen brukte jeg mye tid på å samle inn sekundærdata for å hjelpe meg å forstå bransjen i detalj, samt avholde uformelle intervjuer med individer i bransjen som kunne hjelpe meg å fylle inn det sekundærdataen ikke bidro til. Dette var viktig for at jeg skulle opparbeide meg nok kunnskap om arbeidsgruppen og bransjen slik at jeg kunne stille de rette spørsmålene og få tilgang til fortrolig data fra intervjuobjektene. Mitt ønske var å inkludere fem caser fra hver gruppe terapeuter, men det var vanskelig å få folk til å stille opp. Jeg endte derfor opp med åtte terapeuter med delte hjemler og tre med fulle tilskudd. Inkluderingen av triangulering har hjulpet meg å øke kredibiliteten til funnene i utredningen.

For min hoved datainnsamlingsmetode, semi-strukturerte intervjuer, har man normalt sett gode muligheter for å oppnå høy kredibilitet. Dette kommer av at man hele tiden gjennom intervjuet har anledning til å sjekke forståelsen og stille oppfølgingsspørsmål. For å sikre kredibiliteten til intervjuene innarbeidet jeg derfor avklaringsspørsmål for å sikre forståelse av emner som var uklare, stilte utdypende spørsmål om emner for å bedre forståelsen og få mer dybdeinformasjon om emnet, samt jeg forsøkte å stille spørsmål fra ulike perspektiver. Intervjuformen gjorde det også mulig å arbeide opp tillit, samt en felles forståelse for formålet med utredningen. I henhold til spørreskjemaet og dets kredibilitet, bidro også intervjuene i etterkant til å sikre at dataen innsamlet ble tolket riktig.

Overførbarhet

Overførbarheten i kvalitative studier omhandler hvordan man kan overføre metodene benyttet til et annet forskningsprosjekt, samt til hvilken grad resultatene kan bidra til å gi verdifulle funn for populasjonen (Bryman et al., 2011).

Denne utredningen er utarbeidet induktivt, utforskende og med ikke-statistisk utvalgte intervjuobjekter. Hensikten med utredningen er ikke at resultatet skal være representativt for hele populasjonen, men heller å skaffe dybde informasjon og innsikt om et interessant aspekt ved bransjen. Det vil derfor ikke her være mulig å statistisk kunne generalisere resultatene.

Overførbarhet i kvalitativ forskning innebærer hvorvidt fremgangsmåten og forskningsdesignet kan overføres til en annen ulik, men passende, forskningssetting. Det er derfor viktig å ha høyt fokus på å dokumentere forskningsprosessen og forklaringer om hvordan utredningen er foretatt (Bryman et al., 2011). I denne 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 gjort er beskrevet og forklart på en slik måte at det skal være mulig for andre å gjenta utredningen i større skala.

2.4.3 Bekreftbarhet og forskningsintegritet

Bekreftbarhet refererer til hvilken grad resultatet kan bekreftes og godtas av andre forskere (Anney, 2014). Kriteriet bærer mange likhetstegn med pålitelighet-kriteriet, 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). Grad av bekreftbarhet styrkes ved at de tre andre kriteriene er til stede og ivaretatt.

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 analyseres. Forskers egne meninger og holdninger kan da tenkes i verste fall 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 da design og prosesser er vesentlig mer vesentlige 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 ingen av oss mottar noen form for kompensasjon for gjennomføring av utredningen eller andre former for fordeler. Jeg bør nevne at jeg har studert 1 år fysioterapi, og at dette kunne farge arbeidet mitt, men dette anser jeg ikke som noe problem. Det har heller hjulpet meg å få en bedre forståelse av yrkesgruppen fra et annet perspektiv. Ett av intervjuobjektene har jeg selv gått til behandling hos, men vedkommende er behandlet og stilt de samme spørsmålene som de andre terapeutene. Dette er ikke ideelt, men jeg velger likevel å inkludere denne da det var vanskelig å få terapeuter til å stille opp. Forskningsintegriteten ved utredningen vurderes som god, og den kjennskapen jeg har til bransjen. Interessen for yrket har bidratt til høyere engasjement til utforskning av problemstillingen.

2.5 Etske aspekter ved utredningen

Utredningen benytter semi-strukturerte intervjuer som hovedkilde til datainnsamling. I denne sammenheng har jeg foretatt lydopptak av informantene ved samtykke. Lydopptak er å anse som en type personopplysning etter personopplysningsloven, og forskningsprosjektet ble dermed meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD) for godkjenning og veiledning knyttet til behandling av slike opplysninger. NSD har i denne sammenheng godkjent

forskningsprosjektet mitt og gitt rettleiding på hvordan opplysningene skal håndteres. Lydopptakene er oppbevart og behandlet i henhold til rettleiding fra Norges Handelshøyskole og NSD, som innebærer at lydopptakene er lagret uten mulighet for identifisering. Ved slutten av prosjektet er lydopptakene slettet og dette meldes videre 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 3. Samtlige har skriftlig gitt samtykke til opptak av intervjuene og har blitt opplyst om muligheten til å trekke seg.

2.6 Oppsummering av metodekapittel og begrensninger ved utredningen

Utredningen er en casestudie av avtalefysioterapeuter i Bergen kommune for å studere lønnsomhetsvariasjoner mellom fysioterapeuter som har delte og fulle driftstilskudd. I og med at bransjen er lite utforsket tidligere, har jeg i hovedsak brukt et utforskende forskningsdesign. Hovedtilnærmingen er induktiv, med innslag av deduksjon, da jeg har brukt mye tid på å gå ut i felt for å samle inn data og holde intervjuer. Forskningstilnærmingen er i hovedsak kvalitativ, med innslag av kvantitativ tilnærming. Som primærdata har jeg brukt semistrukturerte intervjuer og et spørreskjema som jeg har bedt fysioterapeutene fylle ut før intervjuene. Primærdataene er samlet inn gjennom 11 semistrukturerte intervjuer, hvor åtte har delte hjemler og tre har fulle hjemler. For å sikre utredningens pålitelighet har jeg vært opptatt av å forklare fremgangsmåten jeg har benyttet når det gjelder utarbeidelse og gjennomføringen av intervjuene.

For å sikre indre validitet var jeg nøye med å stille spørsmålene likt til alle terapeutene, og ved å forholde meg nøytralt til svarene de ga.

Ekstern validitet er den største svakheten ved utredningen, ved at jeg kun har intervjuet 11 av 160 fysioterapeuter i Bergen kommune. Hensikten med utredningen å få bedre innsikt i en bransje som er lite studert tidligere, selv om utredningen ikke kan generaliseres til hele populasjonen, vil utredningen kunne gi noen indikasjoner.

Utredningen er en del av mastergrad ved Norges handelshøyskole, og den har derav et tidsperspektiv på fem måneder. Dette er en betydelig begrensning ved forskningsprosjektet som påvirker hvor mye data jeg har anledning til å samle inn, og analysere. En annen vesentlig begrensning ved utredningen, er tilgangen til intervjuobjekter. Det har vært utfordrende å få i stand tilstrekkelig antall intervjuer.

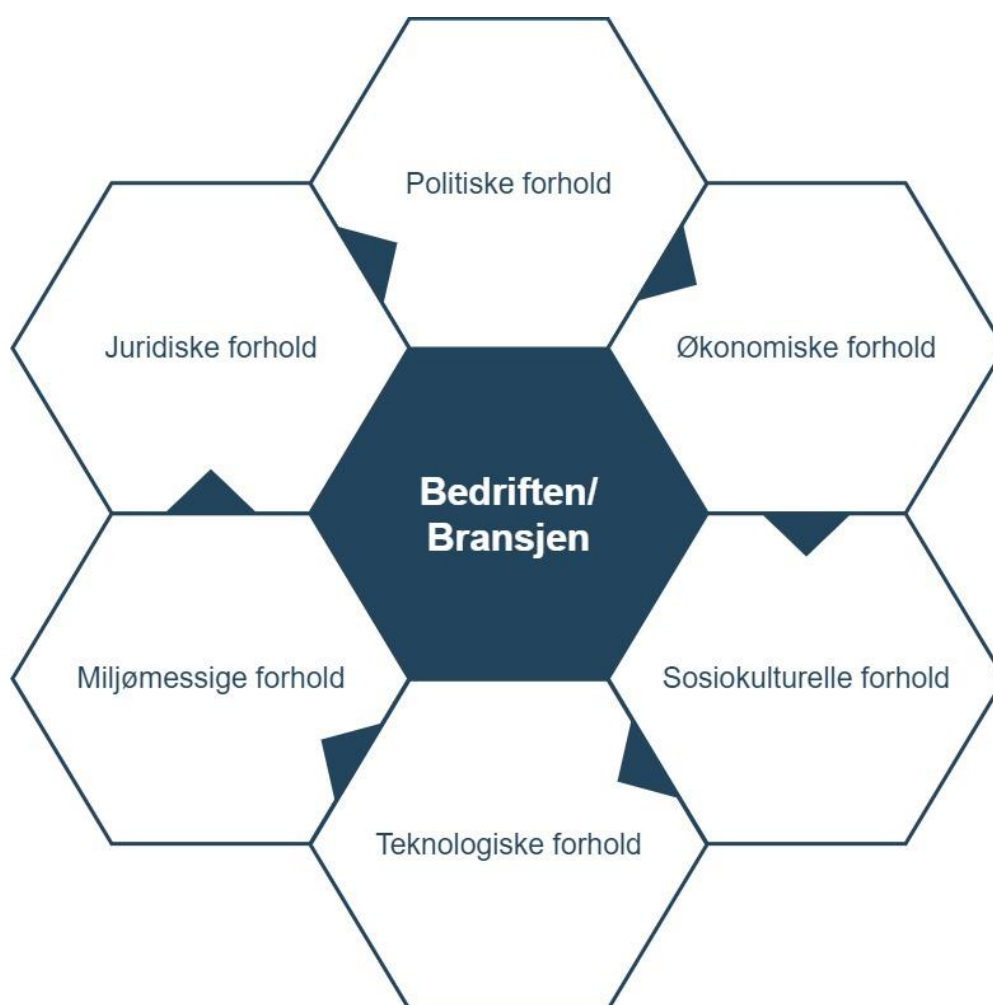
3. Litteraturgjennomgang

I denne delen av utredningen vil jeg presentere de teoretiske rammeverkene jeg har valgt ut for å besvare forskningsspørsmålene. Dette gjelder spesielt for forskningsspørsmål 1 som har som hovedformål å *beskrive* omgivelsene avtalefysioterapeutene arbeider i. Som vist i figur 3-1 vil dette kapittelet ta utgangspunkt i bedriftens omgivelser som presentert av Johnson, 2008. Det er en bedrifts omgivelse som avgjør hvor godt eller dårlig man kan gjøre det, og legger grunnlag for spillereglene man må følge. Å ha et innblikk i hvordan forholdene i omgivelsene til bedriften er og forandrer seg er dermed essensielt for å overleve. Utredningen vil nå presentere teoretiske modeller for hvert av lagene illustrert i figur 3-1. Først vil jeg legge frem PESTEL rammeverket som benyttes for å analysere makroomgivelsene. Videre vil jeg presentere Porter sin femfaktormodell som brukes for å analysere bransjens attraktivitet, konkurransesituasjon og lønnsomhetspotensialet. Når jeg skal utforske det innerste laget av figur 3-1, vil jeg først og fremst benytte meg av Stabell og Fjeldstad sitt verdiverksted for å belyse aktivitetene og verdidriverne for avtalefysioterapeuter. Ved å studere disse for hver enkelt vil jeg få et innblikk i deres verdiskapning og kunne sammenligne om dette bidrar til variasjon i inntjeningen hos de ulike terapeutene. Videre vil jeg også inkludere teoretiske rammeverk knyttet til motivasjon. Dette er inkludert for å bidra til å hjelpe meg å forstå hva som eventuelt driver avtalefysioterapeutene til å arbeide mer enn de får betalt for. Avslutningsvis vil jeg presentere norsk empiri knyttet til fysioterapi.



Figur 3-1: Bedriftens omgivelser (Johnson et al., 2008)

PESTEL rammeverket brukes ofte i analyser av selskapets 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 3-2 og innebærer politiske, økonomiske, sosiokulturelle, teknologiske, miljømessige og juridiske forhold (Johnson, Whittington, Regner, Scholes, & Angwin, 2017). Ved å kartlegge disse vil en kunne finne ut hvordan de påvirker selskapet og hvilken betydning de vil ha for selskapet i dag og i fremtiden. Følgende kommer en nærmere forklaring av hver av de ulike forholdene fra PESTEL rammeverket som vist i figur 3-2.



Figur 3-2: 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). Det er myndighetene som 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 av viktig betydning i bransjer der miljøet påvirker for mulighetene av 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, 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

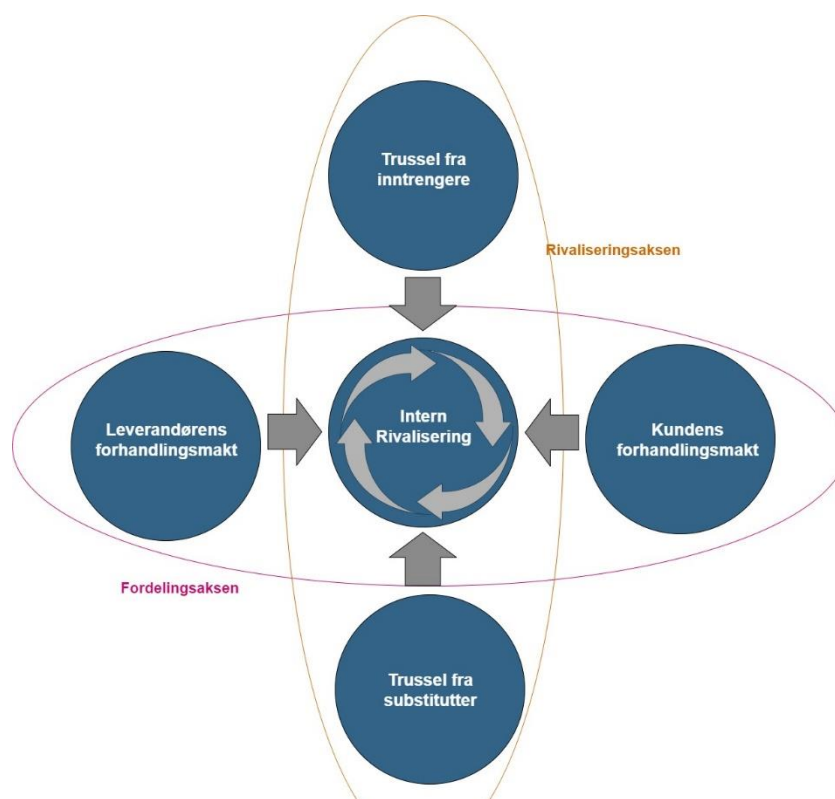
PESTEL rammeverket fungerer godt som en huskeliste over sentrale faktorer som påvirker de konkurransemessige mekanismene i det markedet man analyserer. Rammeverket er videre velegnet til å danne et bilde av makroomgivelsene ved et gitt tidspunkt og med dette følger noen svakheter. For at man skal kunne 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 tidskrevende å gjennomføre. Videre ulempe ved 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 fokusere på utvikling av relevante 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). Disse tar utgangspunkt i de mest vesentlige endringsdriverne i bransjen og man ser for seg ulike sannsynlige scenarioer for disse i fremtiden og planlegger deretter.

3.2 Analyse av bransjen

Ifølge Lien, Knudsen, og Baardsen (2016) er det to sentrale begreper som er viktige ved en kvalifisert vurdering av lønnsomhetspotensialet i et marked, nemlig verdiskaping og verdikaping. 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 verdikaping.

Det finnes flere rammeverk for å analysere konkurranseomgivelsene i en bransje. I denne utredningen skal jeg benytte den mest kjente, Porters bransjemodell fra 1979, bedre kjent som Porters femfaktormodell. Denne 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 3-3. Ifølge Porters modell er det samspillet mellom disse kreftene som samlet kan si noe om lønnsomhetspotensialet i bransjen. Lien og Jakobsen (2015) viser til at man innad i modellen kan forestille seg en *horisontal verdiskapningsakse* eller *fordelingsakse* og en *vertikal rivaliseringsakse*. Henholdsvis viser disse 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 aktørene; leverandørene, kundene og bransjens bedrifter. Lien og Jakobsen (2015) hevder sammenhengen mellom disse 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 verdikapingen i bransjen.



Figur 3-3: 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, press som gjør det vanskelig å kapre verdier og å oppnå lønnsomme resultat (Johnson et al., 2008). Dermed bidrar analysen av konkurransesituasjonen i bransjen til å gi et overblikk over disse fem faktorene, noe som er nyttig å ha innsikt i når man skal studere nye bransjer. Jeg vil presentere hva som ligger bak fire av de konkurrerende kreftene i modellen. Leverandørens forhandlingsmakt tas ikke med, fordi avtalefysioterapeutene kun benytter leverandører ved innkjøp av utstyr og kontorrekvisita.

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 eksisterer 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 eksisterer i bransjen. Videre for å vurdere nivået av trussel fra potensielle inntrengere må man ta i betraktning forskjellige kilder til etableringshindringer som eksisterer i markedet, disse kan typiske være: skalafordeler, kapitalbehov, byttekostnader, utdanning, tilgang til knappe innsatsfaktorer, læringskurveeffekter, nettverkseksternaliteter og offentlig finansiering/subsidier av de etablerte (Lien & Jakobsen, 2015).

I denne utredningen 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 og fullføre. I tillegg til utdanning vil flere yrker også kreve at man oppnår en

sertifisering, noe som ytterligere øker 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 det også fungere som etableringshinder da 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 eksisterer 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 å heller benytte substituttene kan dette påvirke lønnsomheten betydelig da 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 henhold til 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.

Hovedpoenget med denne delen av analysen er å vurdere til hvilken grad det eksisterer gode substitutter og om kunden er villig til å heller bytte 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 om 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, det eksisterer gode substitutter osv. (Lien & Jakobsen, 2015). Dette er faktorer som er med på å øke rivaliseringen og dermed påvirke den potensielle lønnsomheten.

3.2.4 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. Om markedssituasjonen ligner mest fullkommen konkurranse, en situasjon med mange, identiske tilbydere og kunder med full informasjon, eller om situasjonen er mer lik et monopol, situasjon med bare en tilbyder som i stor grad setter prisen selv, må dette avklares i starten av analysen. Selve aktørene på konkurransearenaen kan kort sagt sies å være bedrifter eller organisasjoner med tilsvarende produkter eller tjenester som har de samme kundene (Johnson et al., 2008). Substitutter tilhører ikke konkurransearenaen.

I figur 3-3 ser man at intern rivalisering befinner seg i midten av Porters modell. Dette kommer av at graden av intern rivalisering i stor grad påvirkes av de fire andre kreftene som jeg allerede har vært inne på (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 som har like markedsandeler taler dette for høyere grad av rivalisering. I motsatt tilfelle taler det for lavere rivalisering om det eksisterer klare markedsledere (minst 50% markedsandel) med store kostnadsfordeler (Hollensen, 2017). I tilfeller hvor varene og tjenestene som leveres er veldig like vil dette være noe som øker 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 dette øke rivaliseringen mellom aktørene da det er mindre å dele på. I markeder hvor det er høye barrierer for å avvikle 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.

3.2.5 Svakheter og mangler ved *five forces*-modellen

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

En av disse er betydningen av 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 likevel 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 har lite fokus på 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 se på Stabell og Fjeldstads verdiverksted.

3.3 Verdikonfigurasjonsmodeller

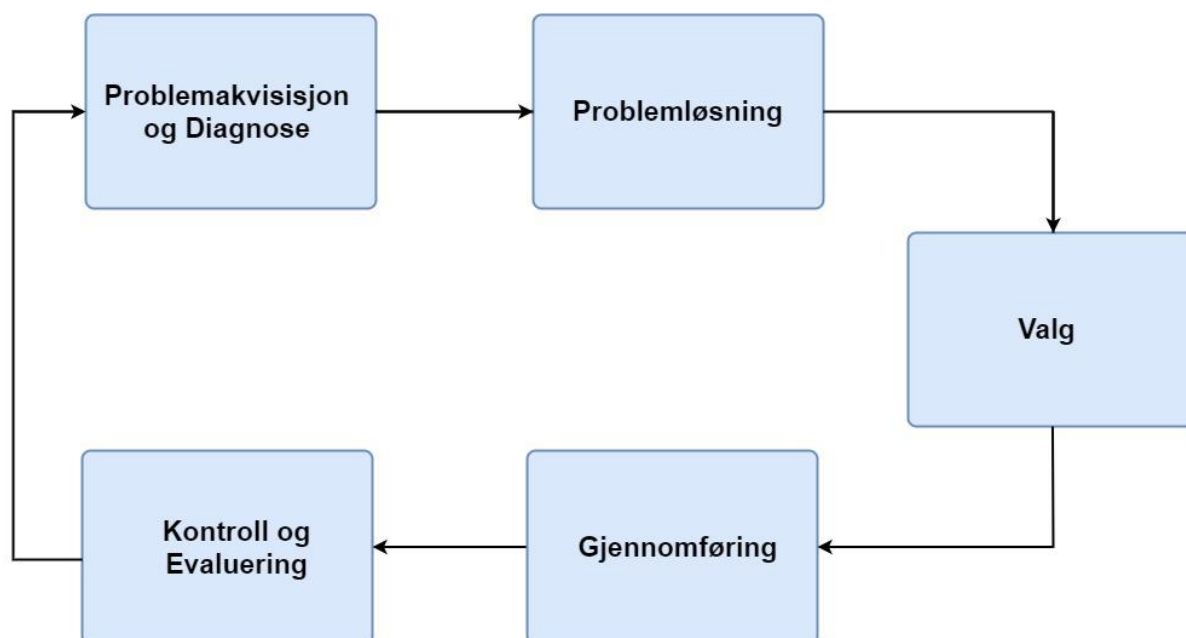
Siden den ble introdusert i 1985 har Porter sitt verdikjede rammeverk blitt mye brukt i analyse av bedriftsspesifikk verdiskapning og analyse av kilden til konkurransefortrinn (Porter & Kolstad, 1992). I henhold til Porter selv skulle denne generiske modellen kunne benyttes i alle typer bransjer. I 1998 publiserte Stabell og Fjeldstad en forskningsartikkel som satt søkelys på problemstillinger knyttet til dette, da det over tid viste seg at verdikjeden til Porter var mindre passende ved typiske service- og -tjenestebansjer (Stabell & Fjeldstad, 1998). Som en løsning på dette presenterte Stabell og Fjeldstad i 1998 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 denne utredningen utforsker jeg å se på lønnsomheten til ulike avtalefysioterapeuter i Bergen Kommune. Jeg anser det da som relevant å belyse bakenforliggende faktorer til selve inntjeningen og hva som er 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 dette. Selve verdiskapningen finner sted i gjennomføringen av en rekke aktiviteter som vist i figur 3-4. 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 3-4: Verdiverksted (Fjeldstad & Lunnan, 2018)

En av momentene ved verdiverkstedet som skiller det fra verdikjeden og verdinettverket, er at verdien ved tjenestene de leverer i stor grad overstiger kostnadene ved utførelse av aktivitetene som bidrar til å skape 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 knyttet til å utføre behandlingen nødvendig for å oppnå helbredningen. Store operasjoner og annen spesialisert behandling har ofte en stor økonomisk prislapp, denne kan likevel ikke måle seg mot 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 3-4 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, da 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 figur 3-4 innebærer kort fortalt følgende:

Problemmakvisisjon 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: Denne 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 eventuelt utstyr o.l. benyttet ved problemløsningen. Denne samlede kompetansen er verdifull for kunden da dette typisk ikke er noe vedkommende får ordnet 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, da dette sikrer nye oppdrag og kunder. Kompetansen er like viktig da 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: Denne 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 da 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 drive verdi da tilgangen for kunden er uproblematisk. Dette kan spesielt tenkes 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 det 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 Betydning for min masteroppgave

Verdiverkstedet og verdidrivere vil være nyttig senere i utredningen når jeg ser på hvordan etterspørselen påvirker avtalefysioterapeutene.

Hovedtrekkene fra Stabell og Fjeldstad sitt verdiverksted vil jeg bruke til å forklare variasjoner i etterspørselen. Dette kan jeg knytte opp mot forskningsspørsmål to som dreier seg hvordan driftstilskudd påvirker inntjeningen og etterspørselen til avtaleterapeutene.

Verdiverkstedet til Stabell og Fjeldstad er valgt fordi det er tilpasset bedrifter hvor verdiskapningen kommer fra ressursbruk og aktiviteter utført for å løse en klients problem (Stabell og Fjeldstad, 1998). Fysioterapeutene skaper verdi for sine pasienter ved å utføre aktiviteter i verdiverkstedet. Jeg velger å ikke bruke Porter (1985) sine strukturelle kostnadsdrivere og Riley (1987) sitt svar på dette og sine operasjonelle kostnadsdrivere fordi det er drivere med stor vekt på selve kostnadene i verdikjeden og hvordan fokus på disse kan bidra til økt lønnsomhet. I tillegg viser Bjørnenak og Management control in public (1999) til hvordan de klassiske kostnadsdriverne til Porter (1985) og Riley (1987) i stor grad ble tillagt privat sektor, og dermed nødvendigvis ikke like passende for offentlig sektor.

Avtalefysioterapeuter i Norge er autorisert helsepersonell etter helsepersonelloven og er en del av den offentlige helsetjenesten i kommunen.

3.4 Motivasjon

I denne delen av utredningen vil jeg nå presentere relevant teori som vil bli brukt for å besvare forskningsspørsmål tre og fire. Forskningsspørsmål tre handler om hva som driver motivasjonen til fysioterapeutene. Jeg vil ta i bruk de to motivasjonskildene: indre og ytre motivasjon for å besvare spørsmålet.

Forskingsspørsmål fire i denne utredningen handler om at jeg ønsker å utforske hva det er som *driver* avtalefysioterapeutene med delt driftstilskudd til å arbeide utover avtalen. Av dette følger en antakelse om at de faktisk gjør det. Jeg vil videre i dette teorikapittelet presentere Herzberg-tofaktormodell og Likeverdsteorien. I analysedelen av utredningen vil denne kunnskapen benyttes til å kartlegge hvorvidt det som faktisk skjer i bransjen stemmer overens med teorien, og eventuelt hvorfor det ikke gjør det.

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 leder noen til å ville bestige Mt. Everest blir det ofte snakk om individets *motivasjon*. I arbeidssituasjoner er det også ofte interessant å kunne undersøke hva det er som kan forklare at to individer med samme kompetanse, lønn og jobb yter høys 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 begrepet:

«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. I denne utredning vil jeg presentere et eksempel fra de tre siste typene motivasjonsteorier. Jeg starter med å presentere noen begreper innen kognitiv teori,

som tar for seg teorier som viser at motivert atferd er utløst av forventninger om måloppnåelse, belønning og egen ytelse (Kaufmann & Kaufmann, 2009). Videre vil jeg presentere en sosial teori, som retter fokus mot individets opplevelse om likhet/ulikhet og rettferdighet/urettferdighet. Til slutt vil jeg presentere en jobbkarakteristika-modell, som omhandler teorier som fremmer at motivasjon og prestasjon skyldes egenskaper ved selve jobben.

3.4.2 Motivasjonskilder

Kognitiv evalueringsteori er «*teori om som legger vekt på evalueringen av oppgavens iboende motivasjonsverdi*» (Kaufmann & Kaufmann, 2009). I denne teorien snakker man ofte om to hovedkilder til motivasjon, nemlig ytre motivasjon og indre motivasjon.

Ytre motivasjon er typisk belønning, og denne type motivasjon forekommer når kilden ligger utenfor selve utførelsen av handlingen (Kaufmann & Kaufmann, 2009). Gjennomføringen av arbeidsoppgaven fungerer dermed ved denne type motivasjon 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 tidligere nevnt på ytre motivasjon.

Insentiver kan ha både positive og negative utfall, og kan dermed være vanskelig å iverksette korrekt da det ofte kan forekomme utilsiktede bivirkninger. Kaufmann og Kaufmann (2009) referer til tidligere forskning av Jensen et al. som kunne vise til at økonomiske insentiver i stor grad kunne påvirke hvor mye man jobbet, men ikke hvor godt arbeidet ble. 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 underminere den indre motivasjonen. Eksempelvis kan man se for seg noen som donerer blod fordi de vil bidra til samfunnet og gjøre noe bra. Om de skulle få betalt for dette vil dette kunne ødelegge den indre motivasjonen ved at individet ikke lenger ville få følelsen av at de gjorde noe uselvisk.

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 oppgave 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.

3.4.4 Likeverdsteori

I sosiale motivasjonsteorier er man opptatt av hva som kan virke demotiverende og motiverende for individets forhold til medarbeiderne (Kaufmann & Kaufmann, 2009). Eksempel på en sosial motivasjonsteori er likeverdsteorien. Denne teorien er utviklet av J. Stacy Adams og belyser temaet likeverd som motivasjonsfaktor. «*Likeverd blir betraktet som et prinsipp som har forutsigbare og til dels motiverende og demotiverende effekter på folks innsatsvilje og generelle motivasjon i arbeidslivet*» (Kaufmann & Kaufmann, 2009). Et grunnleggende fundament i modellen er at størrelsen både kan være absolutt og relativ. Videre i modellen er det slik at mennesker sammenligner sin jobbinnsats («innskudd») og sitt jobbutbytte («uttak») med det andre får og gir. Dette medfører at vi får innskudds- og uttaksbrøker. I likeverdstilstand opplever mennesket at deres innskudds- og uttaksbrøk er likeverdig med brøken til andre mennesker. I motsatt tilfelle har vi en likeverdspanning. I slike situasjoner opplever man mennesket at egen innskudds- og uttaksbrøk ikke er likevekt med andre.

Teorien skiller mellom fire referansesammenligninger (Kaufmann & Kaufmann, 2009):

1. Selv-intern: sammenligner nåværende jobbsituasjon med tidligere jobberfaring i samme virksomhet.
2. Selv ekstern: sammenligner nåværende jobbsituasjon med jobberfaring fra annen arbeidsplass.
3. Andre intern: sammenligning med annet individ eller yrkesgruppe i samme virksomhet.
4. Andre ekstern: sammenligning med annet individ eller yrkesgruppe fra annen arbeidsplass.

Det er tre betingelser som er nødvendig for disse sammenligningene: lønnsnivå, utdanningsnivå og ansettelseslengde. Dersom et individ opplever å være i likeverdspanning forklarer modellen seks ulike måter for å komme tilbake i likevekt:

1. *Forandre innskuddet* (for eksempel ved å arbeide mindre)
2. *Forandre uttaket* (for eksempel ved å arbeide mer)
3. *Fordreie selvopplevelsen* (se seg selv som en person som arbeider mer fremfor å være en liktarbeidende person)
4. *Fordreie opplevelsen av andre* (se på jobben som referansepersonen arbeider i som mindre attraktiv).
5. *Velge et annet referanseobjekt*
6. *Slutte* (bytte jobb)

(Kaufmann & Kaufmann, 2009)

Empirisk forskning støtter likeverdsteorien, men det finnes unntak. Eksempel er det individuelle forskjeller i likeverdsfølsomhet. Likeverdsfølsomhet innebærer hvor følsom man er for opplevelse av urettferdighet i henhold til innsats og det som kommer ut i forhold til de en sammenligner seg med. Når det gjelder likeverdsteorien, har det vært mye forskning rettet mot lønnsforskjeller, men teorien gjelder også ved andre former for belønning enn penger. Noe forskning har også vært rettet mot at underbetaling kan kompenseres for ved for eksempel høyere status.

3.3.5 Herzbergs tofaktorteori

I jobbkarakteristika modeller er man opptatt av at arbeidstakerens motivasjon og prestasjoner påvirkes av egenskaper ved selve jobben. Et eksempel på en jobbkarakteristika modell er

Herzbergs tofaktorteori. Teorien ble utviklet av Frederick I. Herzberg som knytter seg til motivasjon på arbeidsplassen. 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 blant annet arbeidsbetingelser, lønn og 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 mistrivsel om de ikke er det. Eksempler på slike faktorer er blant annet prestasjoner, annerkjennelse, selve arbeidet, utviklingsmuligheter og ansvar (Kaufmann & Kaufmann, 2009).

3.4.5 Oppsummering motivasjonsteori

Motivasjons begrepet, to ulike motivasjonskilder, Likeverdsteorien og Herzbergs tofaktorteori er nå kort presentert. I forhold til forskningsspørsmål tre som handler om hva som driver de til å arbeide som fysioterapeuter blir de to motivasjonskildene presentert. I henhold til mitt fjerde forskningsspørsmål er det viktig å få frem at fokuset er på avtalefysioterapeutene med delt driftstilskudd når det gjelder bruk av Herzbergs tofaktormodell. Ved anvendelse av teorien skulle man tro at disse fysioterapeutene ville velge å jobbe helprivat utover sin avtale med kommunen, siden driftstilskudd må være å regne som en hygienefaktor. Min antagelse som er basert på observasjoner er det motsatte, altså at de fortsetter å jobbe under mistrivsel. Likeverdsteorien blir brukt til å analysere hvordan forskjellen i størrelse på driftstilskuddet blant fysioterapeutene påvirker motivasjonen Dette vil komme frem i analysen i kapittel syv.

3.5 Empiri om fysioterapi

I kapittel tre har jeg til nå presentert og forklart de teoretiske rammeverkene som blir brukt i utredningen for å forklare forskningsspørsmålene. I det videre vil jeg presentere studier som jeg har funnet om fysioterapi i Norge.

3.5.1 Empiri i Norge

Det er gjort flere studier om fysioterapi i Norge tidligere. Jeg har funnet oppgaver som blant annet har skrevet om finansiering av fysioterapibransjen (M. H. Christensen, 2015), kvalitet i kommunefysioterapitjenesten (Lunde, 2015), organisering av kommunal fysioterapitjeneste (Dalsgård, 2011) og avtalefysioterapeuters prioritering av henvendelser (Øyehaug og Paulsen, 2018). Felles for disse studiene er at de er opptatt av finansiering, kvalitet, organisering og prioriteringer i fysioterapibransjen. Jeg vil i det videre kort forklare hovedfunnene fra utredningene.

Christensen (2015) kartlegger takstbruken til fysioterapeuter før og etter finansieringsordningen ble endret i 2009, for å forstå konsekvenser av endringen. Finansieringsmodellen ble innført i 1984. Den ble endret i 2009 på grunn av økte statlige utgifter. Endringen gikk ut på å øke de faste tilskuddene til kommunene, og samtidig redusere takstene. Etter endringen i 2009 økte antall gruppebehandlinger, mens antall enkeltkonsultasjoner gikk ned.

Lunde (2015) søker å finne ut hva som menes med kvalitet i kommunefysioterapitjenesten. Studien er gjort med av kvalitativ metode, ved bruk av semistrukturerte intervjuer. Lunde (2015) beskriver kommunehelsetjenesten som todelt: de offentlige ansatte fysioterapeutene og avtalefysioterapeutene. Intensjonen fra myndighetenes side har hele tiden vært at tjenestene som de offentlige ansatte fysioterapeutene og avtalefysioterapeutene gir skal utgjøre en tjeneste. Når det gjelder kvalitet, fant Lunde (2015) at det er ulike meninger om hva begrepet skal innebære. Avtalefysioterapeutene definerer kvalitet i forhold til fysioterapeutenes kompetanse, mens de offentlige ansatte fysioterapeutene ser på kvalitet i forhold til en hel tjeneste. Likheter som trekkes frem som viktige faktorer når det gjelder kvalitet er fagutvikling, samarbeid, lokaler, ventelister og prioriteringer.

Dalsgård (2011) søker å se nærmere på organiseringen av kommunal fysioterapitjeneste i Bergen kommune. Formålet med utredningen er få en bedre forståelse av utfordringen med å organisere kommunal fysioterapitjeneste, samt å si noe om de utfordringene som vil kunne komme som følge av samhandlingsreformen. Studien er gjort ved hjelp av kvalitativ metode basert på fokusgruppeintervjuer. Hovedutfordringen i organiseringen av kommunal fysioterapitjeneste er de økonomiske rammebetingelsene. Her påpekes det fra lederne som har blitt intervjuet, at økonomien styrer mange av de valgene de gjør. Videre finner Dalsgård (2011) at det kan være vanskelig å få til en helhetlig tjeneste for fysioterapi, mellom fastlønnede fysioterapeuter og avtalefysioterapeuter i kommunen. Til slutt fant hun ut at det var utfordringer knyttet til den ansattes jobbhverdag. Her trekkes det frem at fysioterapeutene behandler pasienter i alle aldre, som setter krav til den enkeltes kompetanse. Utredningen søker også å se på utfordringer ved innføringen av samhandlingsreformen. Flere tjenester som tidligere tilhørte spesialisthelsetjenesten, ble flyttet over til kommunene, som gir flere brukere i kommunen med behov for fysioterapi. Forebyggende aktiviteter skal i større grad prioriteres og pasienter skal skrives tidligere ut av sykehus. Det antas fra Dalsgård (2011) dermed at behovet for fysioterapitjenester økte, og at det er behov for økte bevilgninger til tjenesten.

Øyehaug og Paulsen (2018) studerte ventelistene hos fysioterapeuter med driftsavtale. Målsetningen med undersøkelsen var å se på tilgjengeligheten til avtaleterapeutene i Ski og Lørenskog kommune, og hvordan fysioterapeutene med driftsavtale prioriterer ut ifra en gitt prioriteringsnøkkel når antall henvendelser overstiger instituttets kapasitet. Øyehaug og Paulsen (2018) finner er at avtalefysioterapeutene i hovedtrekk prioriterer ut ifra kommunes anbefalte prioriteringsnøkkel. De finner videre at pasienter til psykomotorisk fysioterapi måtte vente langt over maksimalt anbefalt ventetid.

Fellestrekk for empirien jeg har presentert er at de er opptatt av historikken til bransjen.

Christensen (2015) kartlegger takstbruken til fysioterapeuter før og etter finansieringsordningen ble endret i 2009. Dalsgård (2011) søker å få en bedre forståelse av utfordringene med å organisere kommunal fysioterapitjeneste, samt utfordringene knyttet til samhandlingsreformen. Lunde (2015) søker å kartlegge hva avtalefysioterapeutene og de offentlige ansatte fysioterapeutene legger i begrepet kvalitet. Til slutt studerte Øyehaug og Paulsen (2018) ventelistene hos fysioterapeuter med driftstilskudd. Øyehaug og Paulsen

(2018) studerer ventelistene hos fysioterapeuter med driftstilskudd og finner i hovedtrekk at avtalefysioterapeutene prioriterer ut ifra kommunes anbefalte prioriteringsnøkkel. Jeg finner at alle fysioterapeutene jeg har intervjuet har ventelister, og enkelte av disse sier at det daglig er en prioriteringssak på hvem de skal ta inn først. Noen nevner at de har en venteliste som de tar fra når de har ledig kapasitet, mens en sier at vedkommende ber pasientene ringe videre om ventelisten overstiger cirka 10 på ventelisten.

3.5.2 Nærliggende empiri

I denne utredningen er noe av formålet å utforske karakteristikker ved bransjen til avtalefysioterapeutene, samt å se på hvordan driftsavtalen, inntjeningen og motivasjonen påvirker avtalefysioterapeutene i Bergen kommune. Jeg har ikke greid å finne eksisterende litteratur på nevnte emner for fysioterapi i Norge, noe som gjør at jeg må se på empiri fra nærliggende temaer. Målsetningen med nærliggende empiri, er å forstå og forklare funnene ytterligere. Det jeg har valgt å inkludere er altruisme og motivasjon for helsearbeidere, samt konkurranseforhold i offentlig sektor.

Altruisme kan enkelt forklares ved at et individ gjør en handling for å bedre et annet menneskes liv, fordi individet opplever handlingen som givende. At helsearbeidere er altruistiske, er en vanlig antakelse, noe det er funnet empirisk støtte for (Galizzi, Tammi, Godager, Linnosmaa & Wiesen, 2015). Gjennom studiet, så de på tidligere empiriske undersøkelser av altruisme for helsearbeidere som kan grupperes i fem hovedkategorier. 1) Bevis fra undersøkelses- og intervjudata, 2) diskrete valgekspesimenter, 3) reseptregister, 4) feltforsøk og 5) laboratorieeksperimenter. Basert på resultatene fra tidligere studier og ulike forskningsmetoder, fant de stor støtte og konsensus om at helsefagarbeidere opptrer altruistisk. De fant også ut at det er behov for ytterligere forskning for systematisk kartlegge og forklare forskjellene i funnene.

Gitt antakelsen at fysioterapeuter er altruistiske helsetilbydere, innskrenkes litteratursøket til å gjelde temaet indre motivasjon. Jeg har ikke funnet litteratur som direkte omhandler indre motivasjon for fysioterapeuter. Det har dermed vært naturlig å finne ut hva forskere mener om andre helsearbeidere. Berdud, Cabases & Nieto (2016) fant støtte for at leger i all hovedsak drives av indre motivasjon. De fant også ut at økonomiske belønninger og andre kontrollmekanismer kunne ødelegge legenes motivasjon («crowding out»). Et annet studie av

Toode, Routasala & Suominen (2011), ser på arbeidsmotivasjonen til sykepleiere. De finner at det ikke er en klar konsensus om begrepet arbeidsmotivasjon. Til tross for lite empiriske bevis, kan det konkluderes med at sykepleiere synes å være motivert. I studien ble fem kategorier av faktorer som påvirker deres arbeidsmotivasjon identifisert: (1) arbeidsstedsegenskaper, (2) arbeidsforhold, (3) personlige egenskaper, (4) individuelle prioriteringer, (5) interne psykologiske tilstander.

Burks, Youll & Durtschi (2012) studerer empati-altruisme hypotesen. De finner at det er positiv sammenheng mellom empati og altruisme hos helsearbeidere. Studiet viser at en altruistisk motivasjon blir aktivert hos helsearbeidere hvor målet er å øke pasientens livskvalitet.

Brekke, Siciliani & Straume (2012) finner at om prisene reguleres, så fører profittbegrensninger til økt investering i kvalitet, så lenge tilbyderne er «tilstrekkelig» altruistisk. Under priskonkurranse, fant de at profittbegrensninger påvirker kvaliteten negativt. De fant også at tilbydere med høy grad av altruisme satte lavere priser enn de med lav grad av altruisme. Gaynor (2006) finner at markeder med regulerte priser fører til økt kvalitet og konsumentvelferd. Gaynor (2006) finner ved å se på eksisterende litteratur bevis for at kvaliteten i offentlige helsetjenester er høyere i markeder med mer konkurranse.

Delfgaauw (2007) viser til at private helsetjenester, parallelt med offentlige helsetjenester, kommer alle pasientene til gode. Rike pasienter benytter seg av høy kvalitetsbehandling i privat sektor, som medfører til mindre kø i offentlig sektor. Delfgaauw (2007) finner også at altruistiske leger foretrekker å arbeide i offentlig sektor, fordi de opplever at de kan ha større innvirkning på pasientenes velferd, og gi pasientene behandling av høy kvalitet.

3.6 Oppsummering av litteraturgjennomgangen

I dette kapitlet har jeg redegjort for de teoretiske rammeverkene som blir brukt i utredningen for å forklare forskningsspørsmålene. Jeg innledet kapitlet med å beskrive PESTEL rammeverket og Porters femfaktormodell. Disse modellene blir ofte brukt for å analysere henholdsvis bransjens makro- og konkurranseomgivelser. Målsetningen med å benytte teoriene er å få en grundigere forståelse for fysioterapibransjen i Bergen kommune, noe som er essensielt fordi bransjen er kompleks. Videre har jeg presentert Stabell og Fjeldstad sitt

verdiverksted. Verdiverkstedet er brukt som teori fordi den kan forklare hvordan en helsetjeneste skaper verdi for pasientene og hvordan verdidrivere som er mest vesentlig for pasientene. Deretter har jeg presentert motivasjonsteorien Herzberg tofaktormodell, Likeverdsteorien og teori om ytre og indre motivasjon. Disse teoriene skal hjelpe meg når jeg ser nærmere på hva som driver avtaleterapeutene til å arbeide utover avtalehjemmel og hva som motiverer den enkelte avtaleterapeut. Jeg har trukket inn tidligere empiri om fysioterapeuter i Norge for å legge frem hva som tidligere er undersøkt om bransjen. Dette har bidratt til økt forståelse om bransjen. Et eksempel er at Øyehaug og Paulsen (2018) har undersøkt problematikken med ventelister og funnet ut at fysioterapeutene i hovedtrekk benytter kommunes prioriteringsliste. Mine funn viser at fysioterapeutene har lange ventelister, noe som tyder på at etterspørselen er større enn tilbudet. Avslutningsvis har jeg sett på nærliggende empiri, som vil kunne være til hjelp når jeg skal forklare funnene mine. Oppsummert gir de teoretiske rammeverkene og empirien et godt grunnlag for videre analyser i kapittel 5, 6 og 7.

4. Bakgrunn

For å kunne gi en helhetlig utredning ønsker jeg også å gi et innblikk i hva som kjennetegner fysioterapibransjen. Besvarelsen er både basert på primære og sekundære kilder. I tillegg til å intervjuer fysioterapeuter, har jeg også intervjuet en tidligere kontaktperson for avtaleterapeutene i Bergen kommune.

Sekundærdataene er innhentet fra kilder som Norsk Fysioterapeuters Forbund (NFF), Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund (PFF), Regjeringen.no mm. Jeg vil søke å forklare hva en fysioterapeut er, med fokus på utdanning, autorisasjon og deres rolle som helsepersonell. Jeg vil også komme inn på ulike typer fysioterapeuter, samt beskrive de ulike inntektskomponentene.

4.1 Hva er en fysioterapeut

Yrkesgrupper er ofte forbundet med en antakelse eller stereotypi om hva de driver med, og jeg tror at mange fremdeles ser på det å gå til fysioterapeut hovedsakelig for å få massasje og sekundært for å få treningstips. Jeg mener derfor det er viktig å se på både definisjon, utdanning og nærmere på hva denne yrkesgruppen gjør.

Det finnes flere ulike definisjoner på fysioterapi i Norge som alle har likhetstrekk. Norsk Fysioterapeutforbund (heretter NFF) beskriver kort sagt en fysioterapeut som et individ som jobber med kropp og bevegelse for å fremme helse (NFF, 2020b). Fysioterapeuter forebygger og behandler skader og sykdommer, blant annet skader som gir smerter og/eller nedsatt funksjon i muskel- og skjelettsystemet. Utdanning.no summerer konsist 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. Som fysioterapeut arbeider en som autorisert helsepersonell, og tittelen er en beskyttet yrkestittel hjemlet i helsepersonelloven (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 skal det stilles 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 mener at vedkommende skal kunne vurdere og håndtere komplekse situasjoner innenfor det definerte fagområdet. (NFF, 2020d)

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, 2020c). NFF tilbyr 14 ulike typer spesialiseringer fysioterapeutene kan søke om godkjenning av, dette inkluderer følgende:

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

Ved å bli godkjent som spesialist får man rett på å heve tilleggskoster som en ordinær fysioterapeut ikke kan heve, noe som selvsagt kan øke lønnsomheten. Jeg har valgt å beskrive spesialistordningen i detalj fordi det er viktig i videre analyse å forstå hvor mange ulike typer fysioterapeuter som finnes. Fordi det finnes så mange ulike fysioterapeuter, er det utfordrende å analysere yrket under ett. I enkelte tilfeller kan fysioterapeutene være så spesialiserte at de på mange måter opererer i et eget marked. Dette vil jeg komme tilbake til i bransjeanalysen.

4.2 Fra privat tjeneste til del av den kommunale helsetjenesten

Fysioterapeuter har ikke alltid vært å regne som en del av den kommunale helsetjenesten. Først ved innføringen av kommunehelsetjenesteloven i 1984 ble fysioterapi etablert som en offentlig helsetjeneste i kommunene. Før 1984 var nær all fysioterapitjeneste i kommunen utført av selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter med oppgjørsavtale med trygdekontoret (Legeforeningen, 2017). Formålet med loven var at kommunene skulle få en mer helhetlig og integrert helsetjeneste. Kommunene skulle videre i stor grad selv beslutte hvordan de ønsket å

forvalte tjenesten og hvordan de ville ansette og organisere fysioterapeutene. Det var i denne tidsperioden den tredelte finansieringsordningen som også gjelder i dag ble etablert. Denne skulle bestå av driftstilskudd fra kommunen, refusjon fra trygden og egenandeler fra pasientene. Ved utarbeidelsene av den nye lovgivningen knyttet til kommunal helsetjeneste oppstod det en stor uenighet blant privatpraktiserende fysioterapeuter og de som skulle få avtale med kommunen. De privatpraktiserende mente at deres rettigheter ikke ble godt nok ivaretatt, og de mente ordningen med refusjonsrett favoriserte de som fikk avtale med kommunen. Denne uenigheten førte til at en gruppe av fysioterapeutene valgte å melde seg ut av Norske Fysioterapeuters forbund (NFF), og stiftet et nytt forbund for privatpraktiserende fysioterapeuter (PFF) for å fremme deres interesser (NFF, 2018).

Kommunehelsetjenesten av 1984 nevnt ovenfor ble opphevet 21.juni 2011. Den nye loven av trådte i kraft 1.januar 2012 (Regjeringen, 2011). Helse- og omsorgstjenesteloven erstattet både kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Helse- og omsorgstjenesteloven gjelder for helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes i riket av kommunen eller private som har avtale med kommunen (Lovdata, 2011). Loven har som formål å sikre gode tjenester til kommunens innbyggere.

Samhandlingsreformen er en annen viktig lov som trådte i kraft 1.januar 2012. Loven har som mål å sikre en bærekraftig helsetjeneste med god kvalitet (Riksrevisjonen, 2016). Dette målet skal blant annet nås ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten til at veksten i bruk av sykehus tjenester dempe. Meningen med samhandlingsreformen er at pasientene skal behandles på lavest mulig nivå. Dette betyr at mange pasienter vil bli flyttet fra spesialisthelsetjenestene til kommunene. I samtale med en representant fra privatpraktiserende fysioterapiforbund kom det frem at antall pasienter økte mye som følge av at samhandlingsreformen ble innført. Dette samsvarer med intensjonen i samhandlingsreformen.

4.2.1 Arbeidsform

Fysioterapeutene er en del av den kommunale helsetjenesten. I en rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet i 2007 deles fysioterapitjenesten i kommunen inn i 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, disse omtales som helprivate fysioterapeuter eller avtaleløse fysioterapeuter. Hos denne gruppen betaler pasienten tjenesten fullt ut (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2007).

I denne utredningen vil jeg kun utforske avtaleterapeutene, altså selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter som har avtale med kommunen. Jeg skal se nærmere på en gruppe med 100% driftstilskudd og en gruppe med delt driftstilskudd. 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

Ansatte fysioterapeuter har fast lønn og arbeidstid, og de får pensjonsordning gjennom kommunen. Disse terapeutene inngår avtaler med kommunen som innebærer at de får et driftstilskudd, samt tilgang til refusjon fra HELFO, mot at de jobber som en del av den kommunale helsetjenesten.

Avtaleterapeutene er selvstendig næringsdrivende, som får sin inntekt gjennom offentlig fastsatte takster, disse vil forklares nærmere i et senere avsnitt. Avtaleterapeutene 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 (KS, 2018). 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.

Dette bringer meg over i et annet viktig tema, nemlig hva avtaleterapeutene med delte hjemler arbeider som utover avtalen. Rent teoretisk er det mulig for en avtaleterapeut å arbeide helprivat

utover avtalehjemmel. I dette tilfellet vil enkelt forklart avtaleterapeuten være bundet av de offentlige takstene i 18 timer i uken, om fysioterapeuten har 50 % driftstilskudd, og få refusjon for disse, og kunne arbeide helprivat utover dette til egne priser uten refusjon. Dette er derimot lettere sagt enn gjort. For at dette skal være lovlig, må det gjøres meget klart for pasienten når terapeuten arbeider offentlig og når de arbeider helprivat. I praksis har dette vist seg å være vanskelig å få til, og det kan forklares med at det nesten må være to ulike inngangsdører til terapeuten slik at det ikke skal råde noe tvil for pasientene om hvilke tjenester de benytter.

Etter flere intervjuer med fysioterapeuter er det tydelig at de fleste fysioterapeuter har lange ventelister og må bruke prioriteringslister. Alle henvendelser skal prioriteres ut fra en konkret vurdering av haste- og alvorlighetsgrad (Helfo, 2020). Det er viktig for fysioterapeutene å ha en god dialog med pasientene, dette også for å raskere kunne ta unna ventelisten. Dette kommer jeg tilbake til i analysedelen.

4.2.2 Offentlig finansiering: Spleiselag

Inntekten til en fysioterapeut kommer i hovedsak fra tre kilder: egenandeler fra pasienter, refusjon fra Helfo og driftstilskudd fra kommunen (Helfo, 2020). Målsetningen med tredelingen er at inntekten skal være et spleiselag mellom stat, kommune og pasient. En av utfordringene med tredelingen var at det på 2000-tallet var lov å dele avtalehjemlene helt ned til 20 % av et heltids tilskudd. Dette ga flere fysioterapeuter anledning til å ta ut trygderefusjon for behandlingen, og kommunene kom økonomisk gunstig ut (NFF, 2018). De fikk mer behandling for de statlige tilskuddene, siden mange jobbet utover hjemlene sine. Staten fikk imidlertid høyere kostnader, fordi antallet behandlinger med refusjon økte.

I 2008 ble det fastsatt i den sentrale avtalen av det ikke var anledning til å inngå kommunale avtaler mindre enn 40 % av full driftsavtale og i 2013 ble det tatt inn i forskriften om stønad til fysioterapi at driftsavtalene ikke kunne være mindre enn 50 % av full driftsavtale (NFF, 2018).

Fra 01.09.2017 ble alle små avtalehjemler i Bergen kommune oppjustert til minimum 50 % (Bergen Kommune, 2017a). Dette er i samsvar med ASA 4313 punkt 13 «Det skal ikke inngås individuelle avtaler som tilsvarer mindre enn 50 % av fullt tilskudd». Oppjusteringen

forutsetter at avtalefysioterapeutene arbeider tilsvarende 50 % avtalehjemmel, som er 18 timer per uke/45 uker per år.

Når man som privatperson går til en fysioterapeut med driftsavtale, får man dekket deler av utgiftene til behandlingen. Som hovedregel må du betale en egenandel som teller med i opptjeningen til frikort for egenandelstak 2 (Helsenorge, 2020). Egenandelstaket for 2020 er 2176 kroner. Det er noen grupper som slipper å betale egenandel for undersøkelse og behandling. Dette gjelder for barn under 16 år, personer med frikort tak 2 og personer med godkjent yrkesskade. Egenandelen man må betale varierer fra om man går til en allmenn fysioterapeut eller spesialist og hvor lang tid behandlingen varer. Nedenfor har jeg lagt ved takstplakaten som gjelder for 2020.

Fysioterapeut	Egenandel
For undersøkelse inntil 30 minutter (også hos manuellterapeut og andre spesialister)	185 kroner
Inntil 20 minutter behandling hos fysioterapeut	131 kroner
Deretter per påbegynte 10 minutter	40 kroner
For tilleggsbehandling/bruk av utstyr påløper tilleggstakster	13 kroner
Inntil 20 minutter behandling hos manuellterapeut	174 kroner
Deretter per påbegynte 10 minutter	63 kroner
Inntil 20 minutter behandling hos fysioterapeut med tilleggskompetanse i psykomotorisk fysioterapi	131 kroner
Deretter per påbegynte 10 minutter	42 kroner
30 minutter gruppebehandling	59 kroner
60 minutter gruppebehandling	102 kroner
90 minutter gruppebehandling	147 kroner
Egenandelen avhenger av behandlingsformen.	

Tabell 4-1: Takstplakat for 2020 (Helsenorge, 2020)

Takstplakaten vedlegges fordi jeg anser det som relevant å få et innblikk i egenandelsprisene som fysioterapeutene får fra pasientene. Det er viktig å merke seg at når man har nådd frikort tak 2, betaler man lengre ingen egenandel. Da får fysioterapeuten en større andel refundert fra HELFO.

4.2.3 Mer om driftstilskuddet

Driftstilskudd er noe fysioterapeuter kan få tildelt av kommunen som støtte til driften med hovedformål å gjøre helsetjenesten billigere for pasienten. Når selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter får avtalehjemmel med kommunen, både hele og delte hjemler, faller de under ordningen med offentlige fastsatte takster og priskontroll. Driftstilskuddet for avtaleåret 2019-2020 er ifølge Helsedirektoratet for fysioterapeuter satt til 447 720 kr (KS, 2019a). Det ble gjennomført regelverksendringer for fysioterapeuter fra 1.november 2020. Da ble fullt driftstilskudd oppjustert til 453.720 kr som skulle ha virkning fra og med 1.juli 2020 (Helfo, 2020). Driftstilskudd er noe som ikke er fritt tilgjengelig og for at en selvstendig næringsdrivende fysioterapeut skal motta slik støtte er de avhengige av at kommunen selv lyser ut driftstilskudd. Driftstilskudd blir bare utlyst dersom kommunen skulle finne det nødvendig å utvide fysioterapitilbudet i kommunen eller når en eksisterende avtalehjemmel blir ledig. I utgangspunktet har alle autoriserte fysioterapeuter muligheten til å søke om utlyste driftstilskudd og så skal disse avveies ved en faglig vurdering. I praksis har det likevel vist seg at det er nokså vanlig at den som fratrer avtalehjemmet i stor grad påvirker/bestemmer etterfølger mot betydelige kompensasjoner (Fysionett, 2020). I samtale med representant fra privatpraktiserende fysioterapeutforbund kom dette frem som tema. Hvem som vinner utlysningen oppleves i stor grad som urettferdig og lite faglig vurdert. Det typiske utfallet ved overtagelse av avtalehjemler mellom terapeuter er at den overtagende terapeuten betaler et påslag lik den verdien avtagende terapeut betalte ved sin overtagelse. Denne verdien føres så typisk opp som goodwill hos den overtagende terapeuten. Det kommer frem av rammeavtalen ASA 4313 at dersom det skal ytes vederlag for verdien av praksis, kan dette ikke avtales høyere enn 20 prosent av gjennomsnittlig trygderefusjon, egenandel og driftstilskudd de tre siste årene før vedtak om tildeling av avtalehjemmel til ny praksisinnhaver (KS, 2018).

4.3 Bergen Kommune

I Bergen kommune er det totalt 160 fysioterapeuter og av disse har 105 fullt driftstilskudd og 55 delte driftstilskudd. I denne utredningen har jeg intervjuet åtte med delte og tre med helt driftstilskudd. Det vil per 7.8.2020 koste kommunen kr 9.829.258 og oppjustere alle deltidshjemlene til 100 % (Pedersen, 2020).

Bergen kommune har avtale med Fagforbundet, Delta og Norsk Sykepleierforbund om sammen å arbeide for at det skal være en heltidskultur i kommunen. Fagforeningen i Bergen kommune ønsker gjennom en lokal heltidsklæring å tydeliggjøre ansvaret til partene i arbeidslivet for å bygge og styrke en lokal heltidskultur i alle tjenestoområder i Bergen kommune (Bergen kommune, 2017b). Dette viser at Bergen kommune har et ønske om heltidsstillinger, selv om de per dags dato har mange deltidshjemler.

4.4 Oppsummering

Gjennom kapitlet har jeg forsøkt å gi leseren et innblikk i hva som kjennetegner fysioterapibransjen. Først har jeg gjennomgått hva en fysioterapeut er. Deretter har jeg kommet inn på hva kreves for å bli autorisert fysioterapeut, før jeg videre redegjør for hvilke felt en fysioterapeut kan bli spesialisert innenfor for hvilke felt en fysioterapeut kan bli spesialisert innenfor. Lover som fysioterapeutene må forholde seg til er nevnt, som for eksempel kommunehelsetjenesteloven og samhandlingsreformen. Inntekten til en fysioterapeut kommer i hovedsak fra tre kilder: egenandeler fra pasienter, refusjon fra HELFO og driftstilskudd fra kommunen. Inntekten skal være et spleiselag mellom stat, kommune og pasient. Driftstilskuddet er noe fysioterapeutene kan få tildelt av kommunene som støtte til driften, for å gjøre helsetjenesten billigere for pasienten. Til slutt presenteres Bergen kommune og deres ønske om å ha en heltidskultur i kommunen.

5. Bransjeanalyse

I denne delen av utredningen vil jeg forsøke å besvare det første forskningsspørsmålet jeg definerte i innledningen:

Hva karakteriserer makroomgivelsene og bransjen til avtalefysioterapeutene i Bergen kommune?

Jeg ser på det som hensiktsmessig å først kartlegge selve bransjen, for å få et helhetlig bilde av den, før jeg går videre til hovedanalysen i utredningen, hvor jeg vil se nærmere på mulige lønnsomhetsvariasjoner. Jeg beskriver først vesentlige bransjekarakteristikker, før jeg deretter definerer det relevante produkt og geografiske markedet for analysen. Videre analyserer jeg makroomgivelsene ved hjelp av PESTEL rammeverket og konkurransekraftene ved bruk av Porters femfaktormodell.

5.1 Vesentlige bransjekarakteristikker

Fysioterapibransjen for norske selvstendige næringsdrivende fysioterapeuter er kompleks, og det er mest riktig å si at den består av flere segmenter og nisjer, fordi det finnes både ordinære allmenne fysioterapeuter og fysioterapeuter med mye etterutdanning og kurs. Eksempel på en spesialist er en manuellterapeut. Forskjellen mellom en ordinær allmenn fysioterapeut og spesialist, er at spesialisten har rett til å heve tilleggskoster, som gjør behandling hos disse mer kostbart for pasienten, noe som igjen medfører at lønnsomheten for en spesialist blir noe høyere. I denne utredningen ser jeg på alle selvstendige næringsdrivende fysioterapeuter under ett og deler ikke opp i ulike segmenter.

Når en fysioterapeut skal starte opp virksomhet, vil organisasjonsform være et viktig valg. Mange fysioterapeuter velger å starte opp et enkeltmannsforetak, og mister da det begrensede ansvaret som aksjeselskapsmodellen gir (NFF, 2015). Siden man som fysioterapeut har et personlig ansvar, både ovenfor helsemyndighetene, personskadeordningen (NPE) og ovenfor kommunen ved personlige driftsavtaler, så er hensynet til ansvarsbegrensning kanskje ikke like viktig som i andre virksomheter. Videre regulerer avtalene mellom KS og Norsk Fysioterapiforbund (ASA 4313) i stor grad virksomheten, dersom det er knyttet driftsavtale med kommunalt driftstilskudd til fysioterapeuten. Dette betyr blant annet at ved salg av

praksis vil andre mekanismer enn de rene markedsmekanismene spille en stor rolle. I ASA 4313 fremgår det at vederlag for opparbeidet praksis (goodwill) ikke kan avtales å være høyere enn 20 prosent av gjennomsnittlig trygderefusjon, egenandel og driftstilskudd de tre siste årene (KS, 2018).

5.2 Bransjeavgrensning

Jeg har avgrenset bransjen til å gjelde selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter med delte og 100 % driftstilskudd i Bergen kommune. Før jeg setter i gang med 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. For å avgrense markedet norske privatpraktiserende fysioterapeuter opererer i, har jeg valgt å benytte meg av konkurransetilsynet sine definisjoner knyttet til relevante markeder for veiledning til dette. Konkurransetilsynet viser til at det ved slike avgrensninger oftest tas utgangspunkt i kjøperens muligheter til å velge ulike 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 hovedsakelig to dimensjoner, en produktdimensjon og en geografisk dimensjon.

Det relevante markedet definerer konkurransetilsynet 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.»

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)

5.2.1 Det relevante produktmarkedet

Fysioterapibransjen for norske selvstendige næringsdrivende fysioterapeuter er reelt sett kompleks, og det er mest riktig å si den består av flere segmenter og nisjer. Årsaken til dette er at en fysioterapeut kan være alt fra en ordinær allmenn fysioterapeut til en fysioterapeut med mye etterutdanning og kurs. Eksempel på slike spesialister er for eksempel manuellterapeuten, disse vil det bli mest riktig å plassere i et annet segment av markedet enn en vanlig fysioterapeut. Noen fysioterapeuter er også såpass spesialisert på sitt område at det operer i nisjer, og i noen tilfeller er det slik at de tilnærmet er de eneste som kan tilby såpass spesialisert behandling. Prisene på de ulike behandlingene vil også basere seg på flere vesentlige faktorer knyttet til hvorvidt det er terapeuter med avtalehjemmel hos kommunen og om det er helprivate terapeuter. Videre har spesialistene også rett til å heve tilleggskoster, noe som gjør behandling hos dem noe mer kostbar for pasienten.

Essensen i vurderingen fra konkurransetilsynet er at det relevante markedet omfatter alle tilbydere av behandling som etter forbrukeres, eller i mitt tilfelle, *pasientens oppfatning* anses som tilsvarende tjenester. Noe forenklet tolkes dette som at for de fleste pasienter vil alle de ulike typene fysioterapeuter dekke behovene deres. Ved spesial tilfeller hvor det bare er spesialist som kan dekke behovet til pasienten vil dette trolig bli nokså generelt. Gitt tidsperspektivet på utredningen velger jeg her å ikke dele markedet inn i nevneverdige segmenter, da bransjeanalysen likevel vil kunne gi verdifulle innspill knyttet til omgivelsene og konkurransesituasjonen. Likevel løser jeg denne problemstillingen delvis ved at jeg i bransjeanalysen kommer til å vurdere denne utfra hver case, altså basere den på arbeidsforholdene til fysioterapeutene. Ved å ta hensyn til dette underveis i analysen tar jeg også høyde for de mest sentrale kildene til prisforskjeller, noe som konkurransetilsynet også inkluderte i sin definisjon.

Oppsummert defineres det relevante markedet for norske selvstendige næringsdrivende fysioterapeuter til å omfatte alle typer fysioterapeuter som faller under kategorien selvstendig næringsdrivende. Det vil under analysen tas omsyn til arbeidsformen til fysioterapeutene da dette i stor grad spiller inn på pris og attraktivitet med tanke på konkurransestillingen. Optimalt sett skulle hvert segment innenfor markedet blitt analysert, men dette har dessverre ikke en master utredning mulighet til å omfatte. I tillegg er det viktig å nevne at jeg anser de

helprivate avtalefysioterapeutene som substitutter da de opererer under helt andre vilkår enn de selvstendige næringsdrivende fysioterapeutene.

5.2.2 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 konkurranse tilsynet her faktorer som området hvor aktørene tilbyr varer/tjenester, der konkurransevilkårene er tilstrekkelig ensartet og som kan holdes atskilt fra tilgrensende områder der konkurransevilkårene er tilstrekkelig forskjellige. 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 fysioterapi i Bergen kommune. Konkurransesituasjonen og vilkårene vil naturligsett variere veldig fra sted til sted. Eksempelvis vil det være mange flere tilbydere av behandling i storbyer i forhold til mindre steder. Det ville da ved en ideell analyse vært hensiktsmessig å gjøre separate analyser for hvert lokale marked/kommune. Spesielt med tanke på at politiske forhold, for eksempel tilgangen til driftstilskudd og antall kommunale avtalehjemler tilgjengelig, vil variere fra kommune til kommune. Tidsperspektivet på masterutredningen kommer her igjen inn som en avgrensende faktor på hva jeg har anledningen til å analysere. Oppsummert defineres det relevante geografiske markedet til å gjelde Bergen kommune. Problemer knyttet til ulike politiske forhold innad i lokale markeder og forskjeller mellom markeder i storbyer og tettsteder vil ikke kommenteres gjennom utredningen.

5.3 Analyse av makroforholdene

I kapittel tre av utredningen introduserte jeg PESTEL-rammeverket som et hjelpemiddel for å kartlegge et statisk bilde av makroomgivelsene til bransjen. Jeg vil nå benytte dette til å analysere vesentlige forhold i omgivelsene i bransjen for avtalefysioterapeuter. Jeg vil i det følgende fokusere på politiske, økonomiske, sosiokulturelle og juridiske forhold i denne bransjen. Disse vil jeg analysere hver for seg.

5.3.1 Politiske Forhold

Driftstilskuddet blir forhandlet frem mellom foreningene Norsk fysioterapiforbund (NFF), privatpraktiserende fysioterapeuters forbund (PFF) og Norsk Manuellterapiforening (MNF) på den ene siden og staten ved Helse og omsorgsdepartementet og KS på den andre siden (KS, 2019a). Beløpet som blir fremforhandlet kommer frem av Statsavtalen ASA 4303 som er en avtale om driftstilskudd og takster for fysioterapeuter med avtale om drift av privat praksis med kommunene. Ny avtaleperiode for driftstilskuddet er 1.juli 2019 til 30.juni 2020 og utgjør kroner 447.720 kroner (KS, 2019a). I forbindelse med Covid19 har inntektsoppgjøret i samfunnet blitt utsatt til høsten 2020. Dette gjelder også forhandlingene om Statsavtalen ASA 4303. Partene NFF, PFF og MNF på den ene siden og staten og KS på den annen side er enige om at avtalen om økonomiske vilkår for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale (Statsavtalen ASA 4303) forlenges til 1.november 2020 (KS, 2020). Det kom regelverksendringer for fysioterapeutene fra 1.november 2020 (Helfo, 2020). Da ble fullt driftstilskudd oppjustert til kroner 453.720 som gjaldt fra 1.juli 2020. Det er kommunene som utbetaler driftstilskuddet til fysioterapeutene mot at kommunene får fysioterapi i gjengjeld. Videre er det slik at oppretting av nye driftstilskudd er en del av den kommunale helsetjenesten. Mange som fikk driftstilskuddet ved opprettelse av ordningen i 1984 begynner å nærme seg pensjonistalder. Dette er positivt for etablerte og nyutdannede fysioterapeuter, siden det nå er reelt noe større sannsynlighet for å overta et driftstilskudd. I Bergen kommune er det flere utlyste stillinger for fysioterapeuter i 2020.

Det viktigste politiske forholdet som fysioterapeutene forholder seg til er driftstilskuddet. Driftstilskuddet utgjør en vesentlig del av fysioterapeutenes lønn. Selve tilskuddet blir forhandlet frem mellom KS og Helse- og omsorgsdepartementet på den ene siden og NFF, PFF, MNF på den andre siden og har økt betraktelig siden det ble innført i 1984.

5.3.2 Økonomiske Forhold

Koronapandemien har medført at norsk økonomi nå er i en lavkonjunktur som sannsynligvis vil vare i flere år fremover (SSB, 2020b). Utbruddet av koronaviruset i Norge og mange nedstengte virksomheter har medført at BNP Fastlands-Norge var omkring 11 prosent lavere i april enn i februar. I mai, juni og juli har aktiviteten økt betraktelig igjen og om lag halvparten av fallet fra februar til april var hentet inn i juli (SSB, 2020a). I situasjoner med økonomisk

nedgang antas det at tjenester som kan anses som luksusgoder vil nedprioriteres. Dette åpner for diskusjon rundt hvorvidt fysioterapi er å anse som luksusgode eller normalgode.

Min antakelse er at dette kan sees på som begge deler, basert på pasientens økonomiske situasjon. Dette medfører at pasienter med god råd, vil benytte seg av tjenesten uavhengig av pågående lavkonjunktur, mens de med dårlig økonomi vil antas å ha høyere terskel.

5.3.3 Sosiokulturelle Forhold

Det er gjort få undersøkelser på fysisk aktivitet i Norge, men det som har blitt funnet ut er at vi både beveger oss mer og mindre (Forskning, 2016). På mange måter virker det til at folk er blitt litt mindre aktive på jobb, og litt mer aktive på fritiden. I tillegg har andelen som er helt stillesittende på fritiden vært omtrent lik siden 1974 på cirka 20 %. Trening har også blitt mer og mer populært, så i 2019 trente 4 av 5 nordmenn en gang i uken (Dahlen, 2019). Det fysiske aktivitetsnivået har økt noe blant eldre og holdt seg stabilt blant resten av befolkningen de to siste årene. Før dette har aktivitetsnivået økt. Årsaken til at vi trener mer styrketrening enn tidligere kan forårsakes av at vi har bedre kunnskaper i dag om de positive effektene.

Man kan anta at fysioterapeuter har blitt mer synlige i samfunnet på grunn av det økte fokuset på styrketrening og aktivitet. En kan derfor anta at «mannen i gata» i dag har en bedre forståelse for hva en fysioterapeut kan hjelpe til med. Før var det veldig vanlig å gå til fastlegen med alle sine plager. Henvisning til fysioterapeut måtte man ha fra lege ut 2017 (NFF, 2018). I og med at man selv nå kan ta kontakt med en avtaleterapeut gjør dette situasjonen enklere for pasientene. Slik som det er lagt opp i Bergen Kommune, så er det enkelt å finne ut hvem som er avtaleterapeut i nærmiljøet der du bor.

5.3.4 Juridiske forhold

Helsepersonelloven må fysioterapeutene forholde seg til fordi de er autorisert helsepersonell. Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell- og omsorgstjenesten (Lovdata, 1999). Med loven kommer det en rekke krav til helsepersonells yrkesutøvelse slik som kravet om forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. I tillegg fremkommer det av helsepersonelloven at helsepersonellet blant annet har taushetsplikt og dokumentasjonsplikt ovenfor det pasienten sier.

I tillegg må fysioterapeutene forholde seg til en rekke forskrifter. De jeg mener er mest vesentlig presenterer jeg i det følgende. Forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale har som formål å sikre personer som oppholder seg i kommunen nødvendige fysioterapitjenester av god kvalitet. Forskriften skal hjelpe kommunen å sikre kvalitet i og en helhetlig utvikling av kommunale fysioterapitjenester (Lovdata, 2017). En annen viktig forskrift som fysioterapeutene må forholde seg til er forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m. I forskriften fremkommer det blant annet hva egenandelene som pasienten skal betale er og hva refusjonen og honoraret utgjør for de ulike takstene. I tillegg fremkommer det av forskriften hvem som har rett til gratis fysioterapitjenester som nevnt tidligere.

Kommunehelsetjenesteloven ble opphevet ved helse- og omsorgstjenesteloven i 2011. Helse- og omsorgstjenesteloven er en lov som pålegger kommunene å tilby innbyggerne bestemte helse- og omsorgstjenester. Denne loven er gjeldende for fysioterapeuter fordi de yter helse- og omsorgstjenester i kommunen. Helse- og omsorgsloven har som formål å sikre gode tjenester til kommunens innbyggere (Regjeringen, 2020).

Målsetningen med samhandlingsreformen var blant annet at flere av tjenestene som ble yt i spesialisttjenesten skulle flyttes over til kommunen. I samtale med en representant fra privatpraktiserende fysioterapiforbund så økte antall pasienter mye som følge av at samhandlingsreformen ble innført.

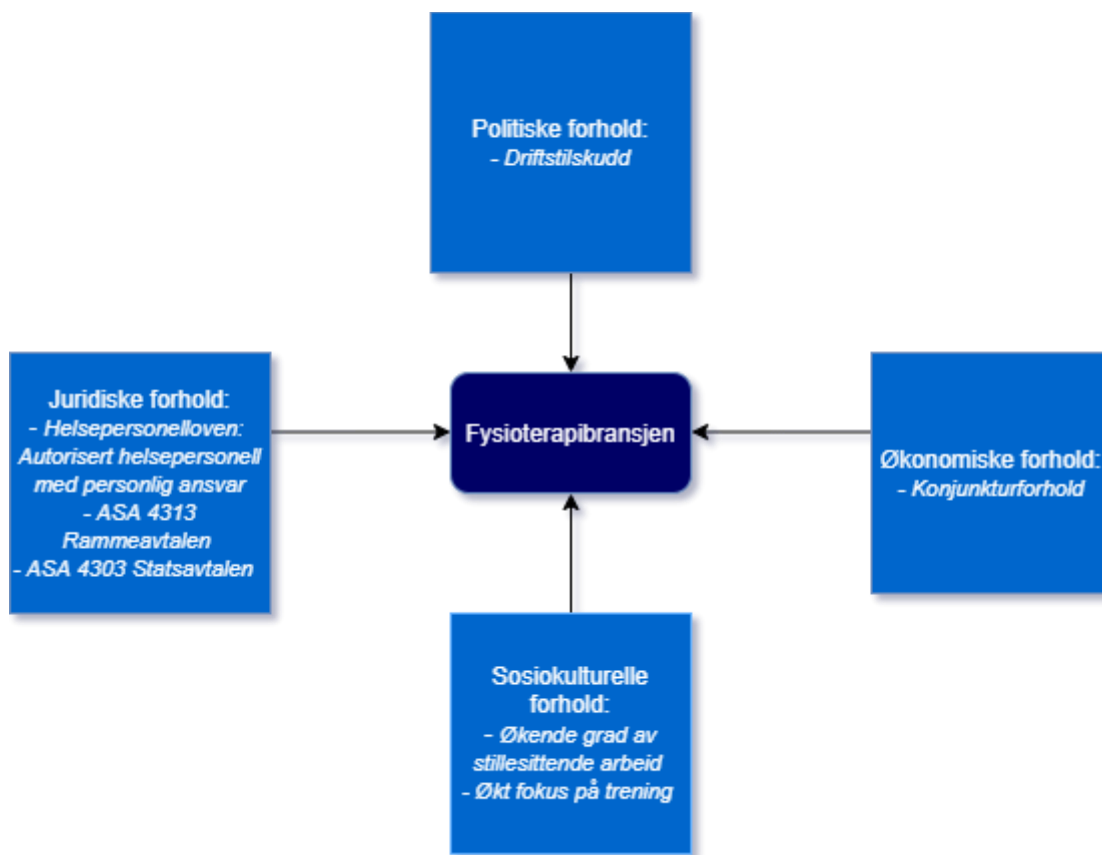
Det er to avtaler som regulerer fysioterapitjenesten i kommunene for selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter: ASA 4313 (rammeavtalen) og ASA 4303 (statsavtalen). ASA 4313 er rammeavtalen mellom KS og NFF, NMF, PFF om drift av selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter (KS, 2018). En viktig bemerkning i ASA 4313 er at intensjonen i forskriften og avtaleverket er at det skal være samsvar mellom størrelsen og forventet aktivitet i en driftsavtale. Dette innebærer at dersom en avtaleterapeut har 50 % driftstilskudd, men kan vise til en pasientliste som utgjør en 100 % stilling, så skal dette tilskuddet vurderes oppjustert av kommunen. Målsetningen med arbeidsbeskrivelsen er at de som arbeider med avtalehjemmel skal ha 100 % driftstilskudd dersom de kan vise til oppfylte pasientlister. ASA 4303 (statsavtalen) er en avtale om driftstilskudd og takster for fysioterapeuter med avtale om drift av privat praksis med kommunene (KS, 2019a). Av denne

avtalen fremkommer hva driftstilskuddet per 2020 er og takstene som fysioterapeutene tar for de ulike konsultasjonene.

Pasientreformen som ble utarbeidet av regjeringen i 2017 og godkjent av stortinget, gjorde det mulig å kunne gå direkte til fysioterapeutene uten henvisning fra legen og fortsatt ha krav på refusjon fra trygden, dette gjaldt fra og med 01.01.18 (NFF, 2018). Før måtte man ha henvisning fra lege for å ha krav på refusjon fra avtaleterapeutene.

Utbruddet av Covid-19 våren 2020 førte til at alle fysioterapiklinikker, med enkelte unntak, ble bedt om å stenge for å redusere risikoen for ytterligere spredning av viruset (Høstmark, 2020b). Stengingen førte til at det ble innført takster for videokonsultasjoner for å møte den nye hverdagen til fysioterapeutene og pasientene (Høstmark, 2020c; Lovdata, 2020). Helse- og omsorgsdepartementet har besluttet en videreføring av de midlertidige videotakstene frem til 1.juli 2021 (Helfo, 2020). Når de startet opp igjen den 20.april måtte fysioterapeutene gjøre justeringer i forhold til hvor mange pasienter de tok inn, de måtte vaske mellom hver pasient, samt å sørge for at pasientene kom like før timen, slik at det ikke ble sittende for mange på venterommet. Mesteparten av intervjuene ble gjennomført i juni 2020 og da var flertallet av de jeg intervjuet omtrent tilbake i normal situasjon. Dette gjaldt også for de avtalefysioterapeutene som ble intervjuet i månedsskiftet september-oktober.

5.3.5 Oppsummering av PESTEL-analysen



Figur 5-1: Oppsummering PESTEL-analysen

Kort oppsummert er det flere forhold som er nødvendige å ta i betraktning i makroomgivelsene til den norske fysioterapibransjen.

Under politiske forhold finner jeg driftstilskudd. Dette er en faktor som styres av staten/kommunen. Disse er viktige å inkludere i en slik analyse fordi det har direkte innvirkning på lønnsomheten til fysioterapeutene da det styrer nær sagt alle kildene til inntekt for aktørene.

Videre må man vurdere de økonomiske forholdene i landet, for å se om vi befinner oss i et økonomisk oppsving eller en lavkonjunktur. Her har jeg falt ned på at fysioterapi kan komme innenfor både normalgode og luksusgode avhengig av pasientens økonomiske stilling. Pasienter med god råd vil benytte seg av slike tjenester uavhengig av konjunkturer, mens de som ikke er

like godt stilt, trolig vil ha en høyere terskel for å benytte seg av denne type tjenester i dårlige tider.

Sosiokulturelle forhold peker på flere faktorer som er av interesse for bransjen. Stadig økende grad av stillesittende arbeid og mindre fysisk aktive på jobb har bidratt til høyere andel individer med skader knyttet til dette som typisk behandles av fysioterapeut. Videre er det stadig flere som trener, noe som igjen skaper flere mulige pasienter ved at flere skader seg knyttet til trening. Det er også en betydelig lavere terskel for å søke helsehjelp i dagens samfunn, noe som også taler for flere mulige pasienter.

Under juridiske forhold er det også en del å bemerke seg for bransjen. Fysioterapeuter er autorisert helsepersonell og er dermed underlagt blant annet helsepersonelloven. Med dette kommer det personlig ansvar, plikt til å opprettholde kvalitetssikret behandling og plikt til å følge etiske retningslinjer. Dette har betydning for hvordan man blir fysioterapeut, hvilke lovverk man må forholde seg til og påvirker måten de fleste fysioterapeuter organiserer seg på. I og med at de i henhold til helsepersonelloven allerede bærer mye personlig ansvar, velger mange å organisere seg som enkeltmannsforetak da det er mindre avansert enn et aksjeselskap. Før 2018 var det også lovpålagt med henvisning fra lege til fysioterapeut for at man skulle kunne få krav på refusjon fra trygden. Fra og med 2018 kunne man oppsøke fysioterapeut uten henvisning og fremdeles ha krav på refusjon.

Konklusjonen fra PESTEL analysen blir da at politiske og juridiske forhold er med på å styre vesentlige deler av inntekten og bransjen som fysioterapeutene opererer i. Videre taler sosiokulturelle og økonomiske forhold for at det burde være et økt behov for behandling i dagens samfunn. Lovendringen knyttet til hvorvidt man trengte henvisning for å få behandling med krav på refusjon har også gjort fysioterapeutene mer attraktive å benytte.

5.4 Analyse av konkurranseomgivelsene

I kapittel to av utredningen introduserte jeg Porters femfaktormodell. Modellen deler inn i fem konkurransekrefter: *konkurrentene*, *potensielle inntrengere*, *substitutter*, *kunder* og *leverandører*. Ifølge Porters modell er det samspillet mellom disse kreftene som samlet kan si noe om lønnsomhetspotensialet i bransjen. Jeg vil i det følgende gjennomgå de relevante

konkurranseskreftene hver for seg. Velger å holde leverandører utenfor fordi fysioterapeutene kun benytter leverandører når de kjøper inn nytt utstyr og materialer noe som skjer sjeldent.

5.4.1 Konkurransarenaen/Intern rivalisering

Et begrenset antall driftstilskudd i kommunene, fører til ventelister i Bergen kommune. Eterspørsmål er større enn tilbudet. Avtaleterapeutene trenger ikke konkurrere om pasientene, det er mer enn nok til alle. I henhold til PESTEL og det faktum at det er ventelister, kan en legge til grunn at det er økt behov for behandling og at markedet har grunnlag for å vokse. Ved å øke antall avtalehjemler eller å øke alle til 100%, så kan en skape rivalisering i markedet mellom avtaleterapeutene. Hvert fall hvis antall avtaler øker mer enn tilsvarende ventelistene. Avtaleterapeutene kan ikke konkurrere på pris, da denne er fast, og ville da måttet konkurrere til faktorer som kvalitet og tilgjengelighet. Tilgjengelighet er en faktor som da kunne fått de til å arbeide utover mengden hjemmelen tilsier

Da avtalefysioterapeuter med delte tilskudd i stor grad velger å arbeide utover hjemmelen, så er ikke markedsandel en like god indikator. Like markedsandeler taler teoretisk sett typisk for høyere rivalisering om pasientene (Hollensen, 2017). Dette blir ikke tilfelle i denne bransjen grunnet dens natur og prising. Pasientene reiser dit de får refusjon/trygd, altså til alle. Om man går videre inn på spesialisering til den enkelte kan man trolig nyansere markedsandel og rivalisering på et annet nivå. Men sett at jeg hovedsakelig ser på allmennterapeuter, burde dette være nokså likt. Blant avtalefysioterapeuter anser jeg dermed rivaliseringen for lav/moderat.

5.4.2 Trussel fra potensielle inntrengere

Det er per høsten 2020 totalt 160 driftsavtaler i Bergen kommune. For at et driftstilskudd skal bli utlyst må det enten opprettes et nytt tilskudd eller en må en gå av med pensjon eller slutte. Det er sjeldent at det blir opprettet nye tilskudd. Jeg har gjennom samtale med tidligere kontaktperson for avtalefysioterapeutene i Bergen kommune fått vite at cirka 10 stykker i løpet av første halvdel av 2020 skal gå av med pensjon, dermed utlyses tilskudd. Dette er positivt fordi da slipper nye fysioterapeuter inn i markedet. Det er en betydelig kostnad ved å overta et nytt driftstilskudd. Denne kostnaden kan dog ikke avtales høyere enn 20 prosent av

gjennomsnittlig trygderefusjon, egenandel og driftstilskudd de tre siste årene før vedtak om tildeling av avtalehjemmel til ny praksisinnhaver (KS, 2018).

Det er på grunn av situasjonen stor konkurranse om tilskuddene. Det er 55 deltidshjemler i Bergen kommune, noe som medfører at dersom et 100 % driftstilskudd blir utlyst er det mulig at også disse ønsker å søke på tilskuddet. Både nyutdannede og etablerte avtalefysioterapeuter trolig vil søke. Fysioterapeuten som ansettes skal være den best kvalifiserte søkeren (KS, 2019b), som igjen medfører at det blir vanskeligere for nyutdannede å få jobben.

Det kreves 3 års utdanning, samt 1 års turnus for å bli fysioterapeut (Utdanning.no, 2019). Turnusen er lønnet arbeid. Snittet for å komme inn på studiet de forskjellige stedene i landet ligger på rundt 5. Dette medfører at hindringene for å komme inn i markedet som fysioterapeut er stor.

Veksten i fysioterapiårsverk øker ikke i forhold til befolkningsvekst (NFF, 2020e). Befolkningen øker, mens antall fysioterapiårsverk har holdt seg stabilt de siste årene. I 2019 ble det registrert 2738,8 årsverk med driftstilskudd, noe som tilsvarer 9,5 fysioterapiårsverk per 10.000 innbyggere. Dette medfører at antall fysioterapiårsverk ikke øker i takt med befolkningsveksten. Andelen fulle tilskudd har økt fra 2018 til 2019. Den har økt fra 1808 til 1846 avtalefysioterapeuter med fulle tilskudd (NFF, 2020e). Blant fysioterapeuter anser jeg dermed trussel fra potensielle inntrengere som lav grunnet store etableringshindre.

5.4.3 Trussel fra substitutter

Hva pasientene anser som en helgod erstatning for det bransjen leverer, defineres som substitutt. Kiropraktorer, osteopater og helprivate fysioterapeuter er eksempler på substitutter til selvstendige næringsdrivende fysioterapeuter. Virkningen av de eksisterende substituttene vil avhenge av den enkeltes betalingsvillighet. I og med at ventelistene til de selvstendig næringsdrivende fysioterapeutene er lange, så vil de pasientene som velger andre substitutter trolig ha liten effekt på etterspørselen etter selvstendig næringsdrivende fysioterapeutene med avtale.

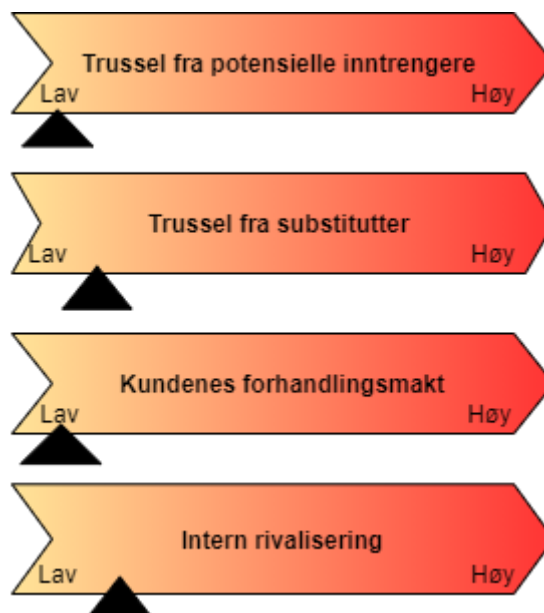
Selv om substitutter har liten effekt på etterspørselen til selvstendige næringsdrivende fysioterapeuter, kan enn tenke seg til at det er en kvalitetskonkurranse mellom de selvstendige næringsdrivende fysioterapeutene og de helprivate. De leverer nøyaktig samme tjeneste, men

ventetiden er ulik. Hos selvstendige næringsdrivende fysioterapeuter er det noe ventetid, mens hos helprivate avtalefysioterapeuter kommer en ofte til på dagen. Dette medfører at de som har god råd og eller skal ha behandlinger har et insentiv til å benytte seg av de helprivate fysioterapeutene. Dette fører til at de selvstendige avtalefysioterapeutene har noe konkurranse, men på grunn av stor etterspørsel anser jeg trusselen fra substitutter som lav.

5.4.4 Pasientenes forhandlingsmakt

Pasientene har ingen forhandlingsmakt overfor avtalefysioterapeuter med driftstilskudd. Prisene er gitt. De har ingen reell mulighet til å forhandle om og påvirke pris. At det er mange pasienter og få avtalefysioterapeuter taler mot lav forhandlingsmakt.

Oppsummering Five Forces



Figur 5-2: Oppsummering Porters femfaktormodell

Kort oppsummert er det flere forhold som er viktig å ta i betraktning når man analyserer de fem konkurransekraftene som samlet kan si noe om lønnsomhetspotensialet i bransjen. For det første er det stor etterspørsel etter fysioterapeuter fordi det er et begrenset antall med fysioterapeuter med driftstilskudd i kommunen. Alle avtaleterapeutene jeg har vært i kontakt med forteller at de har ventelister, noe som taler for liten til moderat rivalisering. Videre anser

jeg trusselen fra potensielle inntrengere for lav fordi etableringskostnadene er høye, da det kreves 3 års utdanning, samt 1 år i praksis for å bli fysioterapeut. I tillegg anser jeg trusselen fra substitutter som lav til moderat av den grunn at fysioterapeuter med driftstilskudd har noe konkurranse fra helprivate fysioterapeuter, men på grunn av lange ventelister blir trusselen lav til moderat. Kundene har heller ingen kundemakt fordi prisen når man går til en fysioterapeut med driftstilskudd er gitt.

5.5 Delkonklusjon bransjeanalysen

I dette kapittelet har jeg beskrevet den norske fysioterapibransjen og gjennomført en analyse av bransjens makro- og konkurranseomgivelser. Verktøyene jeg har benyttet, er henholdsvis PESTEL-rammeverket og Porters femfaktormodell som er presentert i kapittel 3.1 og 3.2. Dette gir meg grunnlaget for å besvare forskningsspørsmål 1:

Hva karakteriserer makroomgivelsene og bransjen til avtalefysioterapeutene i Bergen kommune?

Fysioterapibransjen i Bergen kommune består av 160 fysioterapeuter på en befolkning på 283.763 innbyggere (Pedersen 2020; SSB, 2020c). De fysioterapeutene jeg har intervjuet viser til ventelister. Fysioterapeutene trenger derfor ikke gjøre noe for å få nok pasienter, de kommer av seg selv. Prisene i dette markedet er regulert gjennom forskrifter og er ikke en konkurransefaktor. Konkurransen i markedet er derfor svært lav. Etterspørselen fra pasientene og ventelistene rettferdiggjør at behovet for antall hjemler, og ved lengre ventelister kan også avtaleterapeutene argumentere ovenfor Bergen kommune at de trenger flere hjemler.

Av bransjens eksterne omgivelser i form av makroomgivelsene, er de politiske, økonomiske, sosiokulturelle og juridiske forholdene i PESTEL-rammeverket de mest relevante. Det viktigste politiske forholdet er driftstilskuddet som blir fremforhandlet mellom NFF, PFF, MNF på den ene siden og staten ved Helse og omsorgsdepartementet og KS på den andre siden (KS, 2019a). Effekten av at økonomien i Norge nå er i en lavkonjunktur, kan påvirke etterspørselen etter fysioterapeuter, med lavere etterspørsel, men effekten er usikker. Samtaler med fysioterapeuter tyder på at de blir lite påvirket av lavkonjunkturen da flere fortsatt har ventelister. Innen sosiokulturelle forhold er det to forhold som påvirker fysioterapibransjen:

økt stillesitting og økt fokus på trening og egen helse. Juridiske forhold belyser sentrale lovgivninger fysioterapeutene må følge, som kan ha innvirkning på drift og organisering.

Konkurransforholdene i bransjen preges av liten konkurranse. Liten til moderat intern rivalisering og store etableringshindringer fra potensielle inntrengere trekker i retning av lav konkurranseintensitet. I tillegg er trusselen fra substitutter lav til moderat og kunders forhandlingsmakt lav.

6. Funn

I dette kapitlet presenterer jeg hovedfunnene til masterutredningen. Funnene er presentert systematisk opp mot forskningsspørsmål to til fem:

2. Hva driver etterspørselen og inntjeningen til avtalefysioterapeutene i Bergen kommune?
3. Hva driver motivasjonen til avtalefysioterapeutene i Bergen kommune?
4. Jobber avtalefysioterapeutene utover sin avtalehjemmel i Bergen kommune?
5. Bør Bergen kommune oppjustere deltidshjemplene?

Delkapittel 6.1 presenterer funn angående etterspørselen til avtalefysioterapeutene i Bergen kommune. I delkapittel 6.2 kommer jeg inn på hva som påvirker inntjeningen til avtalefysioterapeutene i Bergen kommune. Delkapittel 6.3 presenterer hva som driver motivasjonen til avtalefysioterapeutene. Jeg legger frem mine funn om hva som driver avtalefysioterapeutene til å arbeide utover sin avtalehjemmel i delkapittel 6.4. Avslutningsvis kommer delkapittel 6.5 der jeg legger frem synspunkter på om Bergen kommune bør oppjustere deltidshjemplene.

Driftsavtalen bidrar til en god pasienttilgang for avtalefysioterapeutene, men faktorer som omdømme, kompetanse, lokalisering, kvalitet og ventetid har også betydning. Videre arbeider alle med delte avtalehjemler utover sin hjemmel, som bidrar til at flere pasienter får tilbud om fysioterapi. Å arbeide utover avtalehjemmel gir mindre administrasjonsarbeid, dersom man jobber etter HELFO sine takster, istedenfor å jobbe helprivat. Å arbeide på denne måten kan føles mer etisk riktig, prisen blir rimeligere og tilkomsten av pasienter blir automatisk større. Dette kan være en av grunnene til at mange velger å arbeide slik. Jeg finner at avtalefysioterapeutene drives av indre motivasjon ved at nesten alle er opptatt av å bedre livskvalitet for pasienten, og de fleste er opptatt av å skape gode relasjoner med pasientene.

6.1 Etterspørselen til avtalefysioterapeutene

I dette delkapittelet vil jeg presentere funn knyttet til hva som driver etterspørselen til avtalefysioterapeutene i Bergen kommune. Etter at jeg har lagt frem funnene, vil jeg kort kommentere og forklare disse. Formålet med forskningsspørsmålet er å finne ut hva som driver etterspørselen til den enkelte avtalefysioterapeut. Forskningsspørsmålet vil jeg besvare ved hjelp av verdiverkstedet.

Etterspørselen til den enkelte avtalefysioterapeut påvirkes av flere faktorer som blir godt beskrevet i verdiverkstedet, som viser til flere ressurser som skaper verdi for pasientene. Ressursene blir i verdiverkstedet kalt for verdidrivere. Fjeldstad og Lunnan (2018) nevner fem verdidrivere som påvirker verdiskapingen for kunden. Disse er *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. I det følgende vil jeg presentere og analysere et utvalg sitater knyttet til de mest relevante verdidriverne for pasientene.

6.1.1 Renommebygging

Fellesnevneren for de fleste avtalefysioterapeutene er at de er opptatt av å levere høy kvalitet på behandlingene, for å bygge opp og ivareta et godt omdømme. Noen mener også at det er viktig å holde seg faglig oppdatert.

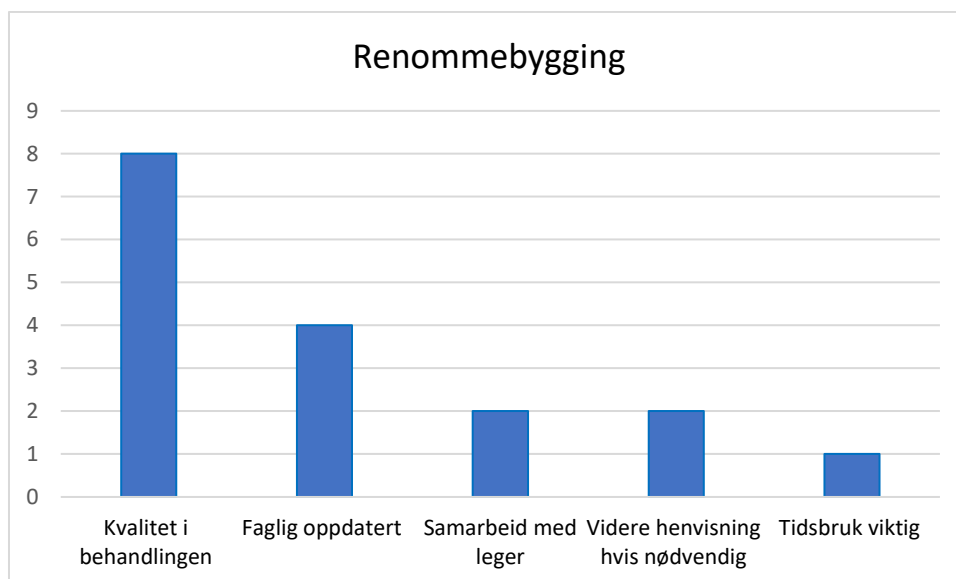
I tabell 6-1 gjengir jeg sitater direkte fra avtalefysioterapeutene, hvor de forklarer selv hva de mener er viktigst for å bygge opp og ivareta et godt omdømme.

Størrelse på driftsavtalen	Hva gjør du for å bygge opp og ivareta et godt omdømme?
A:100 %	«Det aller viktigste er å gjøre en god jobb. Så hvis du hele tiden prøver å gjøre en god jobb, selv om det er vanskelig å gjøre det 100 % hele tiden, men at man prøver å gjøre så godt man kan å være hyggelig og ta imot alle på en ordentlig måte. Det er iallfall det viktigste. Følge

	<p>med, lese mye. Er pålagt å gå på kurs når man har driftsavtale, er ikke noen krav til hvor mange, men at et kurs i halvåret sier vår sjef at man burde kunne være med på og det støtter jeg helt og for min del blir det ofte mer enn det. Nå som det ikke har vært fysiske kurs, så har jeg meldt meg på en del sånne online kurs og bruker egentlig ganske mye tid på å holde meg faglig oppdatert (...).</p>
K: 100 %	<p>«Bygge opp er vel på grunn av den kompetansen man har og jobbe videre med å holde den vedlike og selvfølgelig gjøre et godt stykke arbeid og gi tilbakemeldinger til henvisende leger og at pasientene ser at det går den riktige veien og at ortopedene ser at det går fint å henvise til oss. Får et godt omdømme av. Det går ikke på hva jeg sier, men hva jeg gjør. Man selger ikke seg selv som i andre yrker, men man ser av erfaring og når man har jobbet noen år».</p>
C: 100 %	<p>«Jeg prøver å gi så god behandling som mulig slik, at man får et godt rykte. Det er ikke slik at jeg behøver å reklamere. Prøver å følge opp pasientene på en god måte. Dersom de trenger en bildediagnostikk eller MR, så kan jeg henvise de til det. Kan være litt i telefonkontakt med pårørende. Sende dialogmelding til fastlege osv.»</p>
B: 75 %	<p>«Prøver å gi de en god behandling, slik at de føler at de får noe igjen for det å komme til meg. Bruker ingen hjelpemidler bortsett fra hendene mine (hands on). Det vinner vi mye på. Spesielt innen nevrologi er det spesielt viktig å være hands on».</p>
D: 50 %	<p>«Tror at alle som kommer hit blir møtt på en god måte med grundig og skikkelig undersøkelse og med god informasjon og at alle skal oppleve at de blir tatt seriøst og at vi gjør en skikkelig god og grundig vurdering av de er veldig viktig. Noen pasienter kan vi ikke hjelpe så mye. Men jeg tenker at alle pasienter som har vært innom oss skal ha lært noe nytt om sin egen situasjon og fått noen tips og råd som de kan gjøre selv for at ting skal bli litt bedre. At vi har gitt et helhjertet forsøk på å hjelpe pasienten. Det er viktige deler av det»</p>
F: 54 %	<p>«Jeg føler jeg må sette av god tid til mine pasienter. Jeg føler jeg må lytte og sørge for at pasientene føler seg ivaretatt. Det tror jeg er det</p>

	<p>aller viktigste. Jeg tror at med en gang pasienten ikke føler seg sett eller hørt eller de føler at jeg ikke har tid til dem, så tror jeg vi fort mister pasientene og det vil da gå utover ryktet vårt. Det aller viktigste er å sette av tid tenker jeg».</p>
I: 50 %	<p>«Nei, altså. Jeg prøver iallfall å hjelpe pasientene så godt som jeg klarer i forhold til det jeg kan bidra med. Prøver å kartlegge godt første gangen de er her om hva de ønsker hjelp til å avklare om jeg kan hjelpe de med dette. Prøver å få pasienten til å føle seg hørt, selv om vi nødvendigvis ikke er enige. Han/hun skal iallfall gå herifra og føle at jeg har hørt på han/henne og prøvd å forstå ham, selv om vi nødvendigvis ikke er enige i hva som er det beste for han og vise respekt for pasientene. Det tenker jeg holder faktisk».</p>

Tabell 6-1: Renommebygging, sitat



Graf 6-1: Renommebygging (antall informanter som har sagt at et moment er viktig)

Graf 6-1 illustrerer hva avtalefysioterapeutene gjør for å bygge opp og ivareta et godt omdømme. Åtte av avtalefysioterapeutene er opptatt av å levere høy kvalitet på de fysioterapitjenestene de leverer. Avtalefysioterapeut B sier følgende:

«Jeg prøver å gi de en god behandling, slik at de føler at de får noe igjen for å komme til meg (...)».

Dette er et godt eksempel på hva som er viktig for å levere høy kvalitet. Fire er opptatt av å holde seg faglig oppdatert gjennom å ta videreutdanning og kurs. Som avtalefysioterapeut A nevner, er det å holde seg faglig oppdatert viktig for å utøve yrket på en best mulig måte. For noen er det viktig med et godt samarbeid med leger, mens for andre er det viktig å kunne henvise videre hvis en ser at egen kompetanse ikke strekker til. Avslutningsvis er det en avtalefysioterapeut som mener det er viktig å sette av god nok tid til pasientene for å ivareta et godt omdømme.

Rennomme kan sies å være en kritisk ressurs for verdiverkstedet, ettersom dette sikrer nye oppdrag og pasienter (Fjeldstad og Lunner, 2018). Selv om rennomme er en kritisk ressurs, er det viktig å nevne at driftsavtalen automatisk genererer mange pasienter. Årsaken til dette er at pasientene kun betaler opptil egenandelstak 2, bortsett fra de gruppene som er fritatt fra betaling, før de får frikort (Helsenorge, 2020).

6.1.2 Kompetanse

Verdidriveren kompetanse er viktig fordi den bidrar til at problemene løses, som igjen bidrar til renomméutvikling (Fjeldstad & Lunnan, 2018). På spørsmål om fysioterapeutene opplever at erfaring har noe å si for etterspørselen, svarer nesten alle at erfaring har en betydning. Hvor stor betydning erfaring har for etterspørselen, er de mer usikre på.

I tabell 6-2 gjengir jeg sitatene direkte fra fysioterapeutene, hvor de selv forklarer om erfaring har noe å si for etterspørselen.

Størrelse på driftsavtalen	Opplever du at erfaring har noe å si for etterspørselen?
B: 75 %	«I forhold til behandling tror jeg det har mye å si. Men ikke for etterspørsel sånn sett. Da tror jeg rykte er viktigere».
C: 100 %	«Tror erfaring er positivt. Når man har jobbet i 35 år, så har man god erfaring med mange forskjellige pasienter og føler deg

	tryggere og gjenkjenner forskjellige lidelser som man kan uttale seg erfaringsmessig om».
D: 50 %	«Ja, jeg tror erfaring har noe å si for etterspørselen fordi at jo flere pasienter som har vært innom meg, jo flere vil ha fortalt til sine kollegaer og andre at her var jeg og fikk god behandling. Det er slik kundene våre genereres ved at man har et rykte på seg for å gjøre en god jobb. Jo lengre man har jobbet, jo flere kunder opparbeider man seg gjerne. Med erfaring blir iallfall jeg mer trygg i yrket mitt og utstråler dermed litt tillit til meg selv og når jeg sier til en pasient at dette har jeg sett mange ganger før og tror jeg kan hjelpe og sånn, så er det tillitsvekkende for pasientens del».
H: 79 %	«Ja. Det har det. Tror nok det at både at klinikken har et godt rykte og at vi som enkeltpersoner har den erfaringen vi har er viktig for etterspørselen. Altså er det begge deler: både erfaring og det at vi har driftstilskudd».
I: 50 %	«Ja, men de som ringer hit vet ikke helt hvilken erfaring vi har, før de har vært her. Men det er så klart de som har vært her og er fornøyde og gir beskjed til noen de kjenner, og det er gjerne basert på at vi har god erfaring. Som terapeut føler jeg at erfaring er svært verdifullt. Så jeg vil tro at i bunn og grunn har det noe å si for etterspørselen».
E: 50 %	«Ja, kanskje. Er ingen som spør om erfaringen min når de ringer. Det står på websiden vår. Tror det har noe å si, men ikke alt nødvendigvis. Men nå har jeg nå litt erfaring. Har litt betydning, men ikke så veldig mye betydning. Har litt betydning for de som blir anbefalt og komme. Det har nok litt med erfaring også, at man blir anbefalt. Så får man en jevn strøm av telefoner og det er nok mye på grunn av driftstilskuddet».
G: 50 %	«Ja. Har betydning at man har vært i «gamet» en stund, men det trenger ikke å være en styrke det. Det kan være motsatt for de som

	har vært altfor lenge i gamet. Det er ikke alltid slik at jo eldre man blir jo mer betyr erfaringen».
J: 80 %	«Det har veldig mye å si. De nye fysioterapeutene som kommer inn er mer sporet på trening, mens vi mer erfarne fysioterapeutene vi behandler pasientene individuelt».

Tabell 6-2: Kompetanse, sitat



Graf 6-2: Kompetanse

Alle avtalefysioterapeutene mener at erfaring har betydning for etterspørselen, men det varierer hvor viktig erfaring er for den enkelte. Av graf 6-1 ser vi at seks mener at erfaring er viktig, mens fem synes at erfaring er noe viktig. Ingen mener imidlertid at erfaring ikke har betydning for etterspørselen. En av avtalefysioterapeutene synes ryktet er viktigere enn erfaringen. Noen av avtalefysioterapeutene mener i tillegg at driftsavtalen betyr mye for etterspørselen. De mener at driftsavtalen er viktig, fordi pasientene kun trenger å betale opptil egenandelstak 2 som er på 2176 kroner (Helsenorge, 2020). Som avtalefysioterapeut H trekker frem, så betyr både erfaring og driftstilskudd mye for etterspørselen.

Avtalefysioterapeut E trekker frem at driftstilskuddet betyr mye for etterspørselen og erfaring noe.

Videre trekker noen avtalefysioterapeutene frem at lang erfaring er positivt for etterspørselen. Som for eksempel avtalefysioterapeut C nevner, så er lang erfaring positivt. Personen sier at når man «har arbeidet 35 år i yrket, så har en god erfaring med mange forskjellige pasienter

og føler deg tryggere og gjenkjenner forskjellige lidelser som man kan uttale seg erfaringsmessig om». Avtalefysioterapeut D sier at det er tillitsvekkende for pasientenes del at man har arbeidet lenge i yrket. Fysioterapeut G har en litt annen vinkling på saken, personen sier «ja, har betydning at man har vært i gamet en stund, men det trenger ikke å være en styrke det». Med dette mener avtalefysioterapeuten at man kan «gro» seg fast i yrket, noe som ikke er positivt.

Oppsummert har erfaring betydning for etterspørselen for alle avtalefysioterapeutene. I hvilken grad erfaring er viktig for etterspørselen er det mer uenighet om. Her mener noen at det betyr mye, mens andre mener det betyr noe.

6.1.3 Lokalisering

I denne delen av utredningen ser jeg nærmere på hva fysioterapeutene tenker om lokaliseringen av klinikken de arbeider på, og om det har betydning for etterspørselen. I tabell 6-3 gjengir jeg svarene fra avtalefysioterapeutene. Svarene er hovedsakelig strukturert etter ja/nei.

Størrelse på driftsavtalen	Opplever du at lokalisering av driften har noe å si for etterspørselen?	Opplever du at klinikken ligger sentralt?
A: 100 %	Ja, absolutt.	Ligger ganske sentralt.
I: 50 %	Ja, absolutt.	Ligger sentralt.
G: 50 %	Ja, det har det nok.	Ligger sentralt.
H: 79 %	Ja, det har det nok.	Ligger sentralt.
K: 100 %	Ja, det vil jeg tro	Veldig sentralt.
F: 54 %	Ja.	Ligger sentralt.
B: 75 %	Ja.	Ligger sentralt.
J: 80 %	Nei, det tror jeg ikke.	Veldig sentralt.
C: 100 %	Nei, egentlig ikke. De kommer, om du har en driftsavtale.	Ligger sentralt.
D: 50 %	Har noe å si, men folk er mer opptatt av at de får god	

	kvalitet og at fysioterapeutene holder et godt faglig nivå.	Veldig sentralt.
E: 50 %	Har lite å si for etterspørselen	Ligger lite sentralt.

Tabell 6-3: Lokalisering, sitat



Graf 6-3: Lokalisering

Oppsummert er det syv avtalefysioterapeuter som mener at lokalisering har betydning for etterspørselen. To synes det har noe betydning, mens to opplever at det ikke har betydning. En av avtalefysioterapeutene som opplever at det har noe betydning, mener at pasientene er mer opptatt av å få god behandling, samt at fysioterapeutene er faglig oppdaterte. Til slutt mener en av avtalefysioterapeutene at pasientene er mer opptatt av om man har driftsavtale enn hvilken lokalisering man har. Videre ligger alle klinikkene relativt sentralt, bortsett fra én. Flesteparten ligger i nærheten av bybane -og eller buss, samt at noen av klinikkene ligger sentralt i byen.

Noe som er interessant å legge merke til er at tre av klinikkene som ligger sentralt plassert, mener at lokalisering ikke har betydning. En kan da spørre seg hvorfor de tre klinikkene som ligger sentralt til, velger å leie lokaler med sannsynligvis høy husleie, selv om de mener at beliggenhet ikke har noe å si. I tillegg mener avtalefysioterapeuten som arbeider på en klinikk

som ligger usentralt til, at lokalisering ikke har betydning. Hun/han mener at pasientene kommer selv om plasseringen ikke er helt optimal.

6.1.4 Oppsummering av de tre verdidriverne

Ut fra funnene som gjelder verdidrivere jeg har presentert, kan det se ut som at avtalefysioterapeutene er opptatt av levere høy kvalitet, for å ivareta ens omdømme. Videre er et fellestrekk for avtalefysioterapeutene at de anser erfaring som relevant for etterspørselen. Til slutt er det uenighet blant fysioterapeutene om lokalisering av klinikken har betydning for etterspørselen. Noen mener det har betydning, mens andre ikke. Alle klinikkene er plassert sentralt, bortsett fra én.

Tabell 6-4 viser en oppsummering av de tre verdidriverne renommebygging, kompetanse og lokalisering. Formålet med tabellene er å få et oversiktsbilde av de tre verdidriverne.

Informant	Størrelse på driftsavtalen	Renommebygging	Kompetanse	Lokalisering
Informant A	100 %	Faglig oppdatert	Noe	Ja
Informant C	100 %	Samarbeid med leger og videre henvisning hvis nødvendig. Kvalitet i behandlingen.	Ja	Nei
Informant K	100 %	Faglig oppdatert og samarbeid med leger.	Noe	Ja
Informant J	80 %	Kvalitet i behandlingen.	Ja	Nei
Informant H	79 %	Kvalitet i behandlingen og samarbeid med leger.	Ja	Ja
Informant B	75 %	Kvalitet i behandlingen	Noe	Ja
Informant F	54 %	Kvalitet i behandlingen. Tidsbruk viktig.	Noe	Ja

Informant D	50 %	Kvalitet i behandlingen. Henvisning videre hvis nødvendig.	Ja	Noe
Informant E	50 %	Faglig oppdatert. Kvalitet i behandlingen.	Noe	Noe
Informant G	50 %	Faglig oppdatert	Ja	Ja
Informant I	50 %	Kvalitet i behandlingen.	Ja	Ja

Tabell 6-4: Oppsummering - Renommebygging, kompetanse og lokalisering

Det er fem faktorer som trekkes frem som viktige for å bygge opp og ivareta et godt omdømme. Disse er kvalitet i behandlingen, å være faglig oppdatert, samarbeid med leger, henvisning videre hvis nødvendig og tidsbruk. For å beholde et godt omdømme, kommer det frem av graf 6-1 at kvalitet i behandlingen er viktig for åtte av avtalefysioterapeutene. Flertallet er enige i at erfaring har en betydning for etterspørselen. Det er kun én som mener at rykte er viktigere for etterspørselen. Til slutt er det syv som mener at lokalisering av klinikken har betydning for etterspørselen, mens det er fire som mener det har lite eller ingen betydning for etterspørselen. En mener at pasientene kommer dit avtaleterapeutene er og at folk er mer opptatt av at de får god kvalitet og at fysioterapeutene holder et høyt faglig nivå.

I tillegg til de nevnte verdidriverne *renommebygging*, *kompetanse* og *lokalisering* mener alle fysioterapeutene at *driftsavtalen* er viktig for nye og eksisterende pasienter. I dette tilfellet er størrelsen på driftsavtalen uten betydning, fordi pasientene kun betaler en egenandel uavhengig av om man har redusert eller fullt tilskudd. Som nevnt tidligere har avtalefysioterapeutene ventelister som gjør at de ikke trenger å markedsføre seg for å ha nok pasienter. En fysioterapeut nevner at det daglig er en prioriteringssak på hvilke pasienter en skal ta inn. Noen forteller at dersom de markedsfører seg, vil det kun bidra til lengre ventelister. Som avtalefysioterapeut C sier:

«Reklamerer ingenting, dersom man går ut og reklamerer, kan man få fort 6-7 pasienter per dag og det er umulig å håndtere».

Avtalefysioterapeut C reklamerer ingenting, akkurat som avtalefysioterapeut D.

Avtalefysioterapeut D sier:

«Det nesten er en daglig prioriteringsjobb. Vi kunne jobbet lange dager på grunn av pågangen».

Dette indikerer at avtalefysioterapeutene har mer enn nok å gjøre uavhengig av om de markedsfører seg selv eller ikke. Dette er en fordel som avtalefysioterapeutene har i forhold til de helprivate fysioterapeutene. De helprivate fysioterapeutene må markedsføre seg mye mer for å opparbeide seg stor nok pasienttilgang og gjøre seg synlige i markedet.

6.2 Inntjening til avtalefysioterapeutene

I dette delkapittelet vil jeg presentere funn til hva som driver inntjeningen til avtalefysioterapeutene i Bergen kommune. Etter jeg har lagt frem funnene, vil jeg kort kommentere og forklare disse. Formålet med forskningsspørsmålet er å finne ut hva som driver inntjeningen til den enkelte avtalefysioterapeut. Forskningsspørsmålet vil jeg besvare ved hjelp av et enkelt kvantitativt spørreskjema og de semistrukturerte intervjuene.

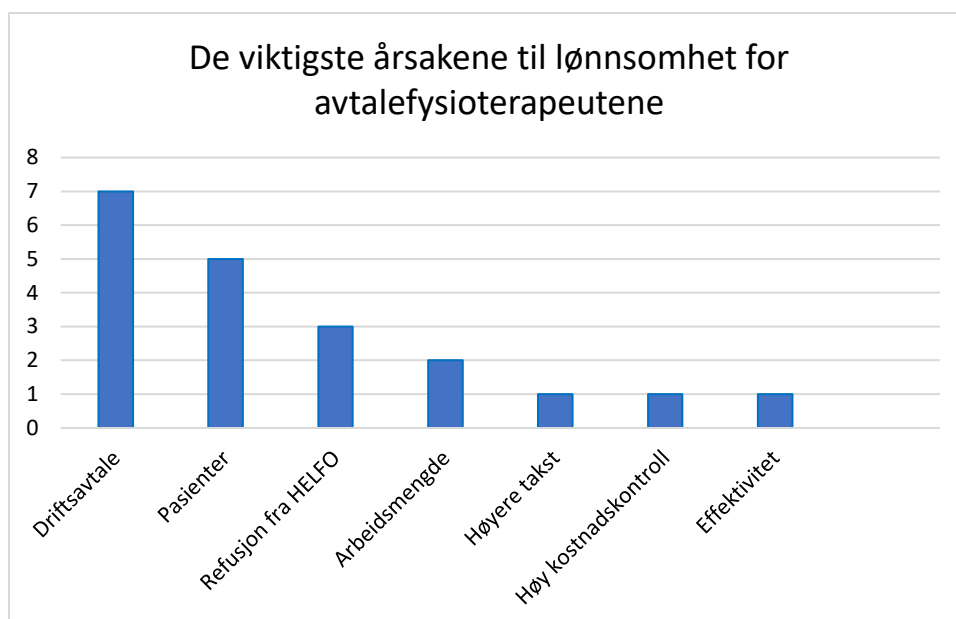
6.2.1 Hva avtalefysioterapeutene mener er de viktigste årsakene til deres lønnsomhet

I dette delkapittelet vil jeg se nærmere på hva avtalefysioterapeutene mener er de viktigste årsakene til deres lønnsomhet. I tabell 6-5 gjengir jeg svarene fra avtalefysioterapeutene.

Størrelse på driftsavtalen	De viktigste årsakene til din lønnsomhet?
A: 100 %	«Nei, altså det er for så vidt totalen det da. Det er mengden du jobber som til syvende og sist gir lønnsomheten. Men driftsavtalen ligger i bunn, men driftsavtalen skal for så vidt ikke være lønn, den skal dekke enn del kostnader og kursing og forsikringer og pensjon og alle sånne ting som vi ikke har som selvstendig næringsdrivende. Hvis du legger sammen alt det der, så er det ikke så veldig mye lønn igjen. Det som påvirker lønnsomheten mest, er hvor mye man arbeider»
H:	«Fordi jeg jobber mye. Overskuddet kommer fordi jeg jobber mye. Mest kvantum. Vi jobber på akkord».
E:	«Tror driftstilskuddet er viktig for lønnsomheten. Det hadde vært enda mer lønnsomt om jeg hadde hatt et fullt driftstilskudd.

Driftsavtale	Personlighet, faglig oppdatering, service og kundebehandling, men driftstilskuddet er klart en viktig faktor».
F:	«En kombinasjon av driftstilskudd og kunder som påvirker lønnsomheten. Uten pasienter går det ikke rundt. Det så vi under Covid19. Fullstendig avhengig av kundene».
J: 80 %	«Det er det man forhandler seg frem til at driftstilskuddet skal være og hva takstene er».
G:	«Tre pottjer jeg tjener penger på det er: tilskudd, refusjon og egenandel. Alle tre er like viktige. Er like avhengig av alt».
D: 50 %	«Det er at jeg har tatt videreutdanning, som gjør at jeg kan ta en litt høyere takst. Vært ganske nøye på hvilke lokaler vi har valgt både i forhold til lokasjon og pris. Vi har en ok leiepris. Vi er nøye i forhold til hva vi kjøper inn av utstyr og vært nøye i forhold til prisovervåking. Har god kontroll på kostnadssiden. Dersom det kommer inn en ny eier i vår gate og setter opp leien, så vil vi slite med vår lønnsomhet. God på kostnadskontroll. Alle har høyere inntjening på grunn av etterutdanning (kan kreve høyere takster)»
B: 75 %	«Effektivitet. Vet akkurat hvordan jeg skal gjennomføre de ulike behandlingene. Det har mye å si».

Tabell 6-5: Hva er de viktigste årsakene til din lønnsomhet, sitat



Graf 6-4: De viktigste årsakene til lønnsomhet for avtalefysioterapeutene (antall informanter som har sagt at et moment er viktig)

Av graf 6-4, ser vi at det er flere faktorer som spiller inn på lønnsomheten til den enkelte avtalefysioterapeut. For det første er driftsavtalen viktig for inntjeningen til syv av avtalefysioterapeutene. Flere avtalefysioterapeuter nevner gjennom intervju, at det å ha en driftsavtale i bunn genererer mange pasienter, noe som lettere skaper enn god inntjening sammenlignet med de som er helprivate fysioterapeuter. Disse tar høyere priser og må i større grad markedsføre seg, for å få nok pasienter. Dette gjør at avtalefysioterapeutene på mange måter er privilegerte ved at de har en driftsavtale uavhengig av størrelse.

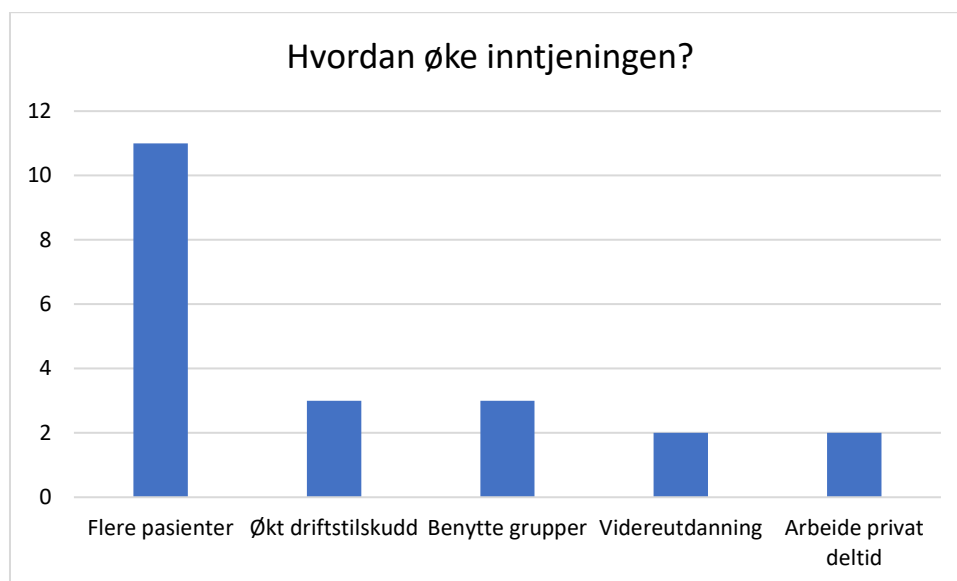
Videre nevner fem avtalefysioterapeuter at pasientene er viktig for deres inntjening. Tre avtalefysioterapeuter nevner at refusjon fra HELFO er viktig for deres inntjening. Dette godet får de gjennom å ha en driftsavtale med kommunen. To mener at arbeidsmengden har betydning for lønnsomheten til den enkelte. En viser til at det å kunne ta høyere takster øker inntjeningen. Dette gjelder for spesialister og manuellterapeuter. I min utredning, er det to manuellterapeuter og en spesialist som har muligheten til å heve høyere takster. Det nevnes også at høy kostnadskontroll er viktig for inntjeningen. Avslutningsvis viser en til at effektivitet i behandlingene fører til økt inntjening.

Oppsummert nevner avtalefysioterapeutene flere faktorer som er viktig for deres inntjening. Det å ha en driftsavtale i bunn, bidrar for avtalefysioterapeutene svært positivt for deres

inntjening. Som avtalefysioterapeut F sier «(...) uten pasienter går det ikke rundt. Det så vi under Covid19 (...)».

6.2.2 Hvordan kan du øke din inntjening?

I dette delkapittelet vil jeg se nærmere på hva avtalefysioterapeutene mener kan øke deres inntjening. Dette oppsummeres i graf 6-5 under.



Graf 6-5: Hvordan øke inntjeningen? (antall informanter som har sagt at et moment er viktig)

Graf 6-5 viser at alle avtalefysioterapeutene, mener at flere pasienter er veien å gå for å øke inntjeningen. Avtalefysioterapeut B forklarer det for eksempel på denne måten:

«Jobbe mer. Så enkelt er det. Det er bare å jobbe mer (...)».

Eller som avtalefysioterapeut I sier:

«(...) Den eneste måten man kan øke inntjeningen på er å ta inn flere pasienter, da timeprisen er gitt (...)».

Timeprisen er gitt, men den er ulik for fysioterapeuter og spesialister. Den er noe høyere for spesialister. Gjennom å ta inn flere pasienter, vil avtalefysioterapeutene få inn flere egenandeler fra pasienter og refusjon fra HELFO, noe som vil øke inntjeningen. Ved at

avtalefysioterapeutene arbeider i et marked hvor etterspørselen er umettelig, kan de i praksis være med å bestemme lønnen sin litt selv, ved å ta inn nok pasienter.

For de som har reduserte driftstilskudd nevnes det at inntjeningen kan økes, ved at driftstilskuddene økes, enten ved at kommunen oppjusterer deltidshjemplene eller at man søker på et 100 % driftstilskudd. Et annet alternativ er økt bruk av grupper, fordi dette øker inntjeningen ved at en kan ta unna flere pasienter i løpet av en dag. Christensen (2015) fant at etter finansieringsordningen ble endret i 2009, så økte antall gruppebehandlinger, mens antall enkeltkonsultasjoner gikk ned. Noen nevner at et alternativ er å ta mer videreutdanning for å kunne heve ekstra takster, som vil heve inntjeningen noe. Avslutningsvis mener noen som har reduserte hjemler, at de kan arbeide helprivat deltid. Gitt at prisen man setter er høyere enn egenandel fra pasient og refusjon fra HELFO så vil man øke lønnsomheten noe.

Avslutningsvis fremkommer det tydelig at hovedgrunnen for å øke inntjeningen er å ta inn flere pasienter, som vil generere flere egenandeler fra pasienter og refusjon fra HELFO.

6.3 Motivasjon

I dette delkapittelet presenterer jeg funn relatert til hva som driver motivasjonen til fysioterapeutene. Jeg prøver gjennom kapitlet å kartlegge om fysioterapeutene drives av ytre eller indre motivasjon. Formålet med delkapitlet er å utforske hva fysioterapeutene motiveres av.

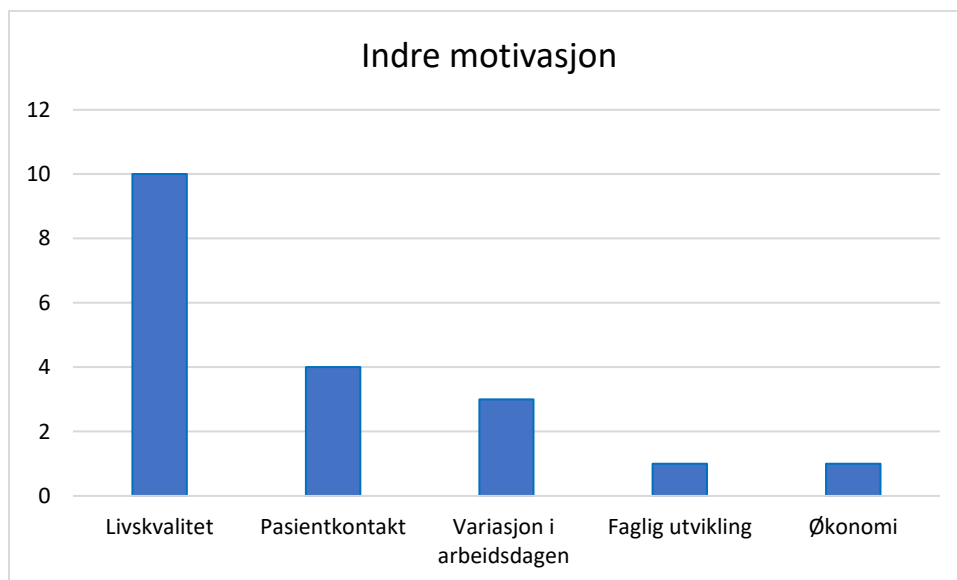
I tabell 6-6 gjengir jeg direkte sitater fra fysioterapeutene, som forklarer hva som driver den enkelte til å arbeide som fysioterapeut.

Størrelse på driftsavtale	Hva er det som driver deg til å arbeide som fysioterapeut?
B: 75 %	«Det har vært den muligheten til å gjøre en endring i et annet menneskes liv til noe bedre. Det har vært det primære i alle disse årene».
H: 79 %	«Har alltid likt å ha med mennesker å gjøre og hjelpe andre mennesker. Det tror jeg er slik for mange fysioterapeuter».

G: 50 %	«Det er å hjelpe mennesker. Allsidig. Sosialt. Morsomt. Humør. Aktivitet. Hverdagen er ofte ikke lik. Passer min aktive livsstil».
I: 50 %	«Det er muligheten til å hjelpe folk til å et bedre liv. Det er drivkraften, utenom det økonomiske. Må ha en jobb for å overleve. Har alltid vært interessert i aktivitet og trening, ser nå verdien av å være i god fysisk form. Ser også hvordan aktivitet og trening påvirker livskvaliteten vår. For meg er det en stor verdi om jeg klarer å få noen til få en bedre livskvalitet. Ta vare på egen helse. Gi de informasjonen rundt hva som er problemet og hjelpe de å bli selvstendig».
F: 54 %	«Har alltid vært interessert i mennesker primært. Jobbe innen helse har alltid vært min greie. Er glad i idrett. Er veldig glad i å behandle mennesker. Det å lære nye ting og kurse meg. Fysioterapi er veldig breitt. Vi kan jobbe med eldre mennesker på 90, sprekt fotballag eller barn. Veldig stort spekter på hvem vi arbeider med. Veldig variert og spennende. Alltid likt mennesker. Derfor arbeider jeg som fysioterapeut».
A: 100 %	«Det er for så vidt flere ting det. Jeg trives med å jobbe med folk og det kunne hjelpe folk. Det har vært drivkraften stort sett. Hvis vi er heldige, så får vi direkte tilbakemeldinger hver dag, når vi gjør en god jobb og når vi ikke gjør det og mange takknemlige folk/kunder rundt oss hver dag. Så det gjør det motiverende og så er det et fag i utvikling og det passer meg godt med min livsstil og hva jeg ønsker med å holde meg i form og ha en god helse. Som fysioterapeut kan man jobbe med mye forskjellig. Alt fra å drive en klinikk som jeg gjør til å sitte på kontor og være leder og jobbe i bedriftshelsetjenesten eller spesialisering på sykehus».
E: 50 %	«Det er noe jeg synes er veldig kjekt. Er veldig interessert i å arbeide med mennesker. Synes det er veldig kjekt å få hjelpe andre mennesker. Kjekt å treffe mange mennesker. Gi folk hjelp til det de har behov for, er det som driver meg. Er veldig kjekt å få muligheten til å hjelpe andre mennesker».

D: 50 %	«Synes det er et veldig kjekt yrke. Får treffe masse folk og de fleste som kommer hit er såpass motiverte at de er villig til å gjøre noen endringer. Holder på med folk som stort sett blir bedre av å gå til oss. Hovedmotivasjonen er at man har masse ulike mennesker på besøk innom klinikken. Blir jo litt kjent med pasientene også gjennom et behandlingsforløp».
J: 80 %	«Et veldig interessant yrke og det å komme i kontakt med folk og bli kjent med folk det har veldig mye å si».
K: 100 %	«Jeg har valgt det jeg synes er spennende, og det er gøy å kunne noe. Jo mer man jobber og fordyper seg i det, jo gøyere er det. Og så er det jo kjekt å se at mine pasienter får det bedre, og det er også en driv. De fleste kommer seg, og det er gøy å se».
C: 100 %	«Har alltid likt å drive som fysioterapeut. Skulle jeg vært nyutdannet i dag – så ville jeg trolig valgt fysioterapi igjen. Har alltid likt det. Fysioterapi er håndverk mener jeg. Mener at det er et yrke som er mer «handson» enn «handsoff». Er opplært i at fysioterapi er et håndverk»

Tabell 6-6: Indre motivasjon, sitat



Graf 6-6: Indre motivasjon (antall informanter som har sagt at et moment er viktig)

På spørsmål om hva som motiverer avtalefysioterapeutene, trekker nesten alle frem at det i stor grad handler om å bedre livskvaliteten for pasientene. Fire trekker frem at de motiveres av å ha kontakt med pasienter. Noen trekker frem at variasjon i arbeidsdagen spiller positivt inn på deres motivasjon. En trekker frem at faglig utvikling er en motivasjonsfaktor for å arbeide som fysioterapeut. Faglig utvikling er tidligere omtalt av fire avtalefysioterapeuter som en viktig faktor for å bygge opp og ivareta et godt omdømme. Det er avslutningsvis viktig å merke seg at kun én opplever at økonomi er viktig for motivasjonen. I tillegg til økonomi mener hun/han at det å bedre livskvaliteten for pasientene er viktig for motivasjonen.

6.4 Hva driver avtaleterapeutene til å arbeide utover sin avtalehjemmel

I dette delkapittelet vil jeg presentere funn relatert til hva som driver avtalefysioterapeutene til å arbeide utover sin avtalehjemmel. Når funnene er presentert, vil jeg kort kommentere og forklare disse. Formålet med forskningsspørsmålet handler om at jeg ønsker å utforske hva det er som *driver* avtalefysioterapeutene med delt driftstilskudd til å arbeide utover avtalen. Av dette følger en antagelse om at de faktisk gjør dette.

Først vil jeg presentere årsakene til at avtalefysioterapeutene velger å jobbe utover deres avtalehjemmel. Deretter har jeg spurt avtalefysioterapeutene om det å ha mindre enn 100 % driftstilskudd, endrer måten de arbeider på. Etter innledende undersøkelser av bransjen er min antakelse at avtalefysioterapeuter velger å jobbe offentlig utover avtalehjemmelen. I dette delkapitlet vil jeg gå nærmere inn på hvorfor dette eventuelt er tilfellet og hva det er som bidrar til at de velger å prioritere på måten de gjør.

Jeg har intervjuet åtte personer med delte tilskudd som varierer fra 50 til 80 %. Aldersgruppen er mellom 43 og 65 år. De fleste jobber en normal arbeidsuke, mens noen få jobber over 100 %. Av de jeg har intervjuet arbeider alle etter HELFO sine takster utover avtalehjemmelen, bortsett fra at en arbeider cirka 10 % helprivat i uken med trykkbølge. Trykkbølgebehandling er en behandlingsmetode som ofte brukes ved både kroniske og akutte seneskader, som for eksempel beinhinnebetennelse og plantarfascitt (Orderud, 2019).

I tabell 6-7 gjengir jeg direkte sitater fra fysioterapeutene, som trekker frem deres grunner for hvorfor de prioriterer på måten de gjør.

Størrelse på driftsavtalen	Hva vil du si er hovedårsaken til at du prioriterer på måten du gjør?
B: 75 %	«Det er styr og holde orden på, om jeg skulle arbeidet det resterende helprivat (uten refusjon)».
F: 54 %	«Det er mye styr hvis du skal arbeide helprivat. Da må man ha spesielle dager man arbeider helprivat. Du må skille veldig mellom HELFO og helprivat (...) Blir et for tungvint system. Hvorfor skal du få lov å komme til meg med refusjon og ikke du. Etisk sett blir det helt feil. Du går til samme terapeut, men 54 % av pasientene er heldige å få refusjon og muligheten til å opparbeide seg frikortet, mens de andre da skal jeg ha 500 kroner per halvtime. Grunnen for at jeg kun har valgt å arbeide med takster er på grunn av det etiske aspektet. Jeg synes det hadde vært feil pluss mye styr med regnskap og hvilke dager jeg skal velge (...).»
J: 80%	«Er mer selvstendig som næringsdrivende fysioterapeut og det føles mer riktig å ta samme pris for alle pasienter».
G: 50 %	«Det er på grunn av at de fleste ønsker en avtalefysioterapeut. Det er lettere for pasientene å gå til en avtalefysioterapeut fordi det er rimeligere. Mer tilkomst når man har avtale er den enkleste forklaringen».
H: 79 %	«Det er på grunn av måten de har lagt det opp på. Skal man arbeide utenom så skal man egentlig ha ny frakk og nytt rom. Synes det er vanskelig å skulle ta en pris av en pasient og en annen pris av en annen pasient. Det er litt imot mine prinsipper. Det hadde jeg ikke klart for min del».
I: 50 %	«Det er på grunn av at jeg har mange pasienter som passer inn i refusjonssystemet. Jeg holder på med rehabilitering. Hvis jeg skulle tatt det helprivat, da hadde du ikke fått den pasientgruppen. Så da måte du plutselig begynt å omorganisere deg og kontaktet

	forsikringsselskap og prøvd og rekruttert den helprivate gruppen. Så lenge det er så stort behov for den andre gruppen, så tenker jeg at jeg velger å fortsette der. Det er enklest for meg. Ellers måtte jeg jobbet med to ulike ting og det er masse ting å gjøre da».
D: 50 %	«Regnestykket er at jeg ikke hadde hatt noe å tjene på å arbeide helprivat fremfor etter HELFO sine takster. Måtte tatt ganske høy takst for at jeg skulle ha tjent noe på det i forhold til HELFO sine takster. Hadde blitt mye administrativt arbeid. Hadde vært lite og tjent på det økonomisk sett (...). Dersom man skal arbeide privat utover avtalehjemmel, måtte dette blitt markedsført på en helt annen måte».
E: 50 %	«Jeg hadde litt planer om å arbeide helprivat utover avtalehjemmel, men så blir det litt mye styr og holde rede på hvem som skal få med og uten tilskudd og hvordan man kan gjøre dette. Skal man ta de fra en venteliste eller hvordan skal man gjøre det. Jeg hadde trolig tjent på å ta pasienter helprivat, men da vet jeg ikke hvordan denne lokaliteten hadde spilt inn. Tidligere jobbet jeg på Vestkanten og det var veldig sentralt. Ved at jeg arbeider utover avtalehjemmel får alle samme tilbud. Er egentlig Bergen kommune sitt ansvar at alle pasienter skal få samme tilbud, men jeg føler det ville vært vanskelig å skilt mellom hvem som skulle fått med HELFO sine takster og de som skulle fått takst helprivat og moralsk sett for min del føles det riktig at alle skal få samme tilbud. Om jeg skulle tatt forskjellige takster ville det også blitt mye rot».

Tabell 6-7: Hva vil du si er hovedårsaken til at du prioriterer på måten du gjør, sitat



Graf 6-7: Hva vil du si er hovedårsaken til at du prioriterer på måten du gjør? (antall informanter som har sagt at et moment er viktig)

Ut fra intervjuene ser jeg at det er tre hovedgrunner som utpeker seg for hvorfor de prioriterer som de gjør. For det første trekker seks avtalefysioterapeuter frem at det blir mindre administrasjonsarbeid ved å arbeide etter HELFO sine takster utover avtalehjemmel. Som fysioterapeut H sa «(...) skal man arbeide utenom så må man egentlig ha nytt rom og ny frakk (...)» og det blir vanskelig. For det andre er det etiske aspektet viktig for mange. Flere avtalefysioterapeuter opplever det som vanskelig å skulle ta forskjellige priser av pasientene. De synes det er uetisk å ta pasienter fra ventelistene til mye høyere pris uten at de får mulighet til å opparbeide seg frikort. Tilslutt påpeker tre avtalefysioterapeuter at ved at prisen er lavere vil tilkomsten av pasienter være høyere. Det er også litt ulike syn på om man tjener mer penger på å arbeide helprivat kontra etter HELFO sine takster utover avtalehjemmel. En mener det er lite å tjene på å arbeide helprivat, mens en annen tror det er noe å tjene på det. I tillegg mener noen av avtalefysioterapeutene at man må markedsføre seg annerledes om en skulle ha startet opp med helprivate behandlinger.

Videre vil jeg avdekke om det å ha mindre enn 100 % driftstilskudd, endrer noe på måten de arbeider på. Målsetningen med spørsmålet er å finne ut om det å ha mindre enn 100 % driftstilskudd påvirker måten fysioterapeutene arbeider på. I tabell 6-8 gjengir jeg sitatene fra avtalefysioterapeutene.

Størrelse på driftsavtalen	Har du mindre enn 100 % driftstilskudd. I så fall hvordan endrer det måten du arbeider på?
E: 50 %	«Nei. Det gjør ikke det. Jobber fortsatt 100 %».
H: 79 %	«Nei, det gjør det ikke».
F: 54 %	«Nei. Vil ikke påstå at det endrer måten jeg arbeider på, men det er nok mer det at du er mer avhengig av å arbeide de timene du gjør. Blir mer avhengig av å ha fulle lister for å kunne dekke alle utgiftene. Har samme utgifter som de som har 100 % driftstilskudd. Det endrer ikke noe annet enn at jeg velger å arbeide fullt fordi det er ikke noe alternativ på en måte. Hadde jeg kun arbeidet 54 % som er min prosentstilling, så hadde det ikke vært så mye igjen når alle utgiftene er betalt (...). Det å holde meg faglig oppdatert hadde jeg ikke kunne gjort om jeg kun arbeidet 54 %».
D: 50 %	«Hvis det endrer på noen måte, så er det at jeg må jobbe mer for å kompensere for de pengene som uteblir fra kommunen. Ordningen er slik at dersom man har 50 % driftstilskudd som jeg har, så kan man jobbe så mye man vil, og fortsatt kreve trygderefusjon og det er det veldig mange velger å gjøre for å kompensere for det man taper ved å ikke ha 100 % driftsavtale».
B: 75 %	«Endrer ingenting. Kan ta fri en fredag. Har ikke hindret meg i å arbeide fullt (...)».
I: 50 %	«Det gjør det til en viss grad. Jeg arbeider så mye jeg kan. Det endrer ikke så mye i den sammenheng, men man har jo litt dårligere økonomiske forutsetninger når man har 50 % driftstilskudd. Er avhengig av å dekke en større del av de faste kostnadene med aktivitetsbetinget inntjening (...) Det begrenser muligheten for videreutdanning. Det hadde vært mye lettere med kursing om man hadde hatt litt høyere driftstilskudd»
J: 80 %	«Det blir arbeidet 100 % uansett. De som har mindre enn 100 % tilskudd, velger gjerne å arbeide 100 %»
G: 50 %	«Jeg arbeider med trykkbølge. Når jeg ikke har fullt tilskudd, så må jeg finne på noe litt annet. Det er ikke økonomisk motivert det med

	trykkbølge, men det blir helprivat arbeid. Det åpner opp for at jeg gjerne jobber helprivat fremfor å bare følge HELFO sine takster (...))»
--	---

Tabell 6-8: Endrer det på måten du arbeider på, å ha mindre enn 100 % driftstilskudd, sitat



Graf 6-8: Endrer det på måten du arbeider på, å ha mindre enn 100 % driftstilskudd

Ingen svarer ja på at det har betydning, tre mener at det har delvis betydning, og fem svarer nei. Fem avtalefysioterapeuter mener at det å ha mindre enn 100 % driftstilskudd, endrer ingenting på måten de arbeider på. Flere kommenterer at det blir arbeidet 100 % uansett. En nevner at ved å ha reduserte tilskudd, så kan man ta seg en fridag ved behov. Dette fordi man kun er pålagt å arbeide tilsvarende sin prosentstilling. Det innebærer at dersom man har et 50 % tilskudd, så må man arbeide 18 timer i uken etter ASA 4313. Det er tre som opplever at det å ha mindre enn 100 % driftstilskudd, påvirker delvis måten de arbeider på. En nevner at han/hun må jobbe mer for å kompensere for de pengene som uteblir fra kommunen. En annen nevner at man har dårligere økonomiske forutsetninger enn de som har fulle tilskudd. Dette kan påvirke deres muligheter til for eksempel videreutdanning og kursing. Sistnevnte mener at det gjør at personen må finne på noe litt annerledes for å øke inntjeningen.

Ut ifra funnene kan det se ut til at driftstilskuddet påvirker fysioterapeutene på flere måter. Når det gjelder hvorfor avtaleterapeutene med reduserte driftstilskudd prioriterer på måten de gjør, så er det tre hovedgrunner som peker seg ut. For det første trekker flere frem at det er

mindre administrasjonsarbeid om de arbeider etter HELFO sine takster utover avtalehjemmel. For det andre er det etiske aspektet viktig for mange. Og for det tredje, påpeker noen avtalefysioterapeuter at ved at prisen er lavere, vil tilkomsten av pasienter være høyere. Videre mener fem avtalefysioterapeuter at det å ha mindre enn 100 % driftstilskudd ikke påvirker deres måte å arbeide på, mens tre mener det har delvis betydning. Ved delte hjemler fremhever enkelte det som problematisk, da man har dårligere økonomiske forutsetninger enn de som har fulle tilskudd. Dette spiller videre negativt inn på motivasjonen, for eksempel ved at man har mindre muligheter for videreutdanning og kurs.

6.5 Bør kommunen oppjustere deltidshjemlene?

Forskningsspørsmål fem handler om kommunen bør oppjustere deltidshjemlene, slik at driftsavtalen samsvarer med hvor mye den enkelte arbeider. Flere av avtalefysioterapeutene opplever at ordningen er urimelig og at dette er noe Bergen kommune bør se nærmere på. De mener at driftstilskuddsordningen bør kartlegges på nytt.

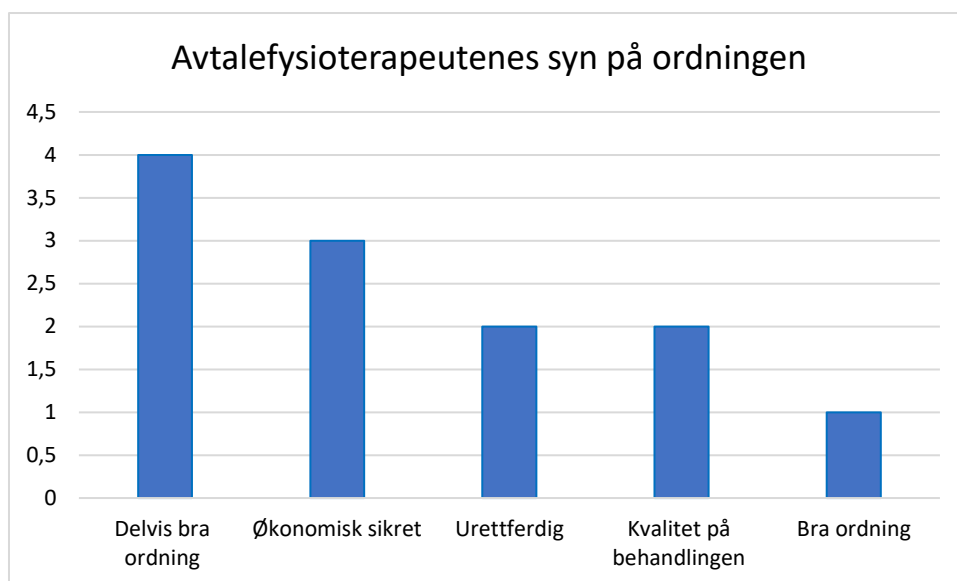
Flere mener også at slik ordningen er lagt opp i dag, får avtalefysioterapeuter med delte hjemler mindre mulighet til etterutdanning og kursing. Dette kan påvirke inntjeningen til den enkelte, da flertallet av avtalefysioterapeutene mener at kompetanse har betydning for etterspørselen. I tabellen 6-9 gjengir jeg hva fysioterapeutene mener om driftstilskuddsordningen.

Størrelsen på driftsavtalen	Avtalefysioterapeutenes syn på driftstilskuddsordningen
A: 100 %	«Jeg ser helt klart mange fordeler med å ha kommunale driftstilskudd. Det er en distriktspolitikk som er med på å styre at ikke alle fysioterapeutene jobber i de store byene, selv om det er der det er størst behov. Det er en god ting og på mange måter en god måte å organisere det på. Men så er det også del kalle det «ulemper», ting som kunne vært gjort på andre måter uten at jeg skal gå så dypt inn i det».
B: 75 %	«Tenker ikke så mye over det, men synes det er urettferdig for de nye unge som ikke kommer inn på markedet før det er noen som skal gå av

	med pensjon. De som jobber på institutt, jobber ofte til de er nærmere 70 år. De må gå i vikariat. Det opprettes ikke nye tilskudd»
C: 100 %	«Bakgrunnen er slik at i 1984 ble driftstilskuddsordningen innført og før den tid kunne fysioterapeutene etablere seg fritt rundt i hele landet. Da fikk de egenandel av pasienten og resten fra trygdekontoret. I 1984 kom ordningen med blant annet bakgrunn i at de ønsket å spre fysioterapeutene rundt om i landet fordi det var en del griskgrente strøk hvor det var vanskelig å få fysioterapeuter».
D: 50 %	«Det er en ordning som har mange sider seg. Det ene som er problematisk er at det er koblet sammen mot trygdeerefusjonen. Det gjør at man har tatt en pasientrettighet og gjort om til en fysioterapirettighet. Det betyr at alle de som er så heldig å ha en driftsavtale har omtrent ubegrenset tilgang på pasienter og kan gjøre en god eller middels god jobb og likevel beholde driftstilskudd, pasienter og inntjening. Er mye vanskeligere fordi avtaleterapeutene som faller utenfor driftstilskuddsordningen. Blitt et stort gap mellom de som er helprivate og de som har avtale».
E: 50 %	«Det er for min del en trygghet å ha driftstilskudd. Har jobbet lenge privat tidligere. Har prøvd begge deler. Blir en ekstra trygghet når man har kommunalt driftstilskudd. Da har man en litt mer tilgjengelig kundemasse og så er det mange som ønsker å benytte en fysioterapeut som har driftsavtale i forhold til privat hvis man tenker økonomisk sett på det.
F: 54 %	«Synes det er en fantastisk ordning. Men jeg synes det er litt feil i forhold til at det er så stor variasjon i forhold til størrelse på tilskuddene. De sier at jeg har 54 % og kan jobbe bare 54 %, men så har jeg jo akkurat like store utgifter som de som har 100 % driftstilskudd. Jeg føler nesten at kommunen forventer at vi skal arbeide fullt, men de betaler oss kun for den prosenten som vi har (...) Det jeg føler er urettferdig er at jeg gjør akkurat den samme jobben som de som arbeider med 100 % driftstilskudd. Jeg har akkurat like

	mange pasienter, jeg tar like mye av ventelisten som de som gjør og så får jeg ikke betalt for det».
G: 50 %	«Jeg synes det er viktig at det er et tilskudd fordi det er mange utgifter og det er litt tilfeldig i grunnen hvem som får det og ikke. Jeg tenker at det blir forskjellige vilkår og jobbe ut ifra, mellom de som har fullt tilskudd og de som ikke har det. Jeg gjør samme jobben som en som har 100 % tilskudd. Så da føles det litt rart, men så er det jo andre mennesker igjen som ikke har tilskudd, så da er jeg jo heldig som har et 50 % tilskudd».
H: 79 %	«Jeg tenker at hvis man åpner opp for at det skal følge pasienten, så vil det bli veldig dyrt, så det er nok en billig måte å ha fysioterapi på som gir noen fortrinn. Vi er heldige som har driftstilskudd og har trygderefusjon. Det er fordeler og ulemper. Kan bli en hvilepute for noen».
I: 50 %	«Jeg tenker at det er en grei måte for min del å arbeide på. Du jobber privat, men statlig finansiert. Har noen fordeler ved å være selvstendig næringsdrivende, samtidig som du har en sikkerhet i driftstilskuddet som gir deg fast lønn og forutsigbarhet, samtidig så er du såpass sikret fulle lister og tilgang på pasienter at det er en veldig god avtale å ha driftstilskudd».
J: 80 %	«Det har vi hatt siden 1984, så det har vi begynt å bli vant til. I prosessen til at vi gikk over til driftstilskudd, så gikk vi ganske mye ned i lønn. Så det var en måte å regulere oss på, som vi også har hatt i ettertid».
K: 100 %	«Jeg synes det er bra. Jeg liker det. Jeg har arbeidet med begge deler, men føler man får mer og bedre oppfølging og lengre forløp av pasientene med driftstilskudd og mindre det økonomiske aspektet ved det. Så jeg føler det er mer helse en business. Sånn opplever jeg det».

Tabell 6-9: Fysioterapeutenes syn på driftstilskuddsordningen, sitat



Graf 6-9: Fysioterapeutenes syn på driftstilskuddsordningen (antall informanter som har sagt at et moment er viktig)

Fire av avtalefysioterapeutene mener at driftstilskuddsordningen er delvis bra. Med dette opplever avtalefysioterapeutene at ordningen både har positive og negative sider ved seg. En positiv side av dette er at ordningen skaper insentiv for at ikke alle fysioterapeuter arbeider i de store byene. Et negativt moment ved ordningen, er at mange avtalefysioterapeuter arbeider til de er nærmere 70 år, som medfører at nye fysioterapeuter ikke kommer til før de går av med pensjon. En mener at ordningen er bra, ved at han/hun opplever at det blir mer helsefokus enn et økonomisk fokus. Tre opplever viktigheten av at man er økonomisk sikret ved å ha en driftsavtale. Som avtalefysioterapeut E sier:

«(...) Blir en ekstra trygghet når man har kommunalt driftstilskudd (...)»

To er opptatt av at kvaliteten på behandlingen kan reduseres ved at man har en driftsavtale. Som avtalefysioterapeut D sier:

«(...) at alle de som er så heldig å ha en driftsavtale har omtrent ubegrenset tilgang på pasienter og kan gjøre en god eller middels god jobb og likevel beholde driftstilskudd, pasienter og inntjening (...)».

To av avtalefysioterapeutene synes at ordningen er urettferdig (F og G), fordi de opplever at de gjør en likeverdig jobb med de som har 100 % driftstilskudd. Det er verdt å merke seg at

han/hun som opplever at ordningen er god, har 100 % driftstilskudd, mens de som opplever ordningen som urettferdig har reduserte hjemler.

Det er mange faktorer som taler for at selve driftstilskuddsordningen er god. En får tilgang til en stor pasientmasse, en får betalt driftstilskudd fra kommunen og konkurranseintensiteten mellom avtalefysioterapeutene er lav. Dette er faktorer som er svært positivt for den enkelte avtalefysioterapeut. Sammenligner enn med helprivate fysioterapeuter, så slipper avtalefysioterapeutene å markedsføre seg selv og arbeide «hardt» for å få nok pasienter. Som en av avtalefysioterapeutene nevner, så er fordelene ved å ha en driftsavtale at man har en mer tilgjengelig kundemasse og at mange pasienter foretrekker å gå til en med driftsavtale.

Avtalefysioterapeutene ble videre spurt om hva de mener om delte driftstilskudd i Bergen kommune. Spørsmålet hadde avtalefysioterapeutene et konkret svar på. Alle mener at situasjonen bør kartlegges på nytt og at ordningen må bli mer rettferdig utfra hvor mye de jobber, eventuelt at alle driftsavtalene økes til 100 %.

Størrelse på driftsavtalen	Hva tenker du rundt situasjonen med reduserte driftstilskudd i Bergen kommune?
A: 100 %	«Det har vært mange runder med det opp igjennom og tidligere kan man vel si at vi hadde litt skyld i det selv ved at folk delte opp og solgte praksisene sine og lot andre komme inn. Det var en måte å få flere fysioterapeuter i jobb på. Mens etter hvert nå, er det egentlig bare urettferdig når folk omtrent gjør den samme jobben. Vi gjør stort sett den samme jobben og at det da er noen som har 50 %, og 100 % driftstilskudd, er urettferdig kan man si. Og så er det litt sånn i andre typer jobber også, at man søker på de jobbene som er og blir utlyst. Jeg tenker at alle burde hatt enn større prosentandel eller 100 % driftstilskudd dersom de arbeider 100 %».
B: 75 %	«Har brukt de siste årene på å justere de opp og det er en fordel. Kommunen får ikke enda flere pasienter behandlet ved å oppjustere deltidshjemlene, men det blir mer rettferdig over hele linjen ved at man blir mer like (...)».
C: 100 %	«I utgangspunktet var alle driftstilskuddene 100 %. Når man hadde driftstilskudd så fikk man uttelling fra trygdekontoret. Så da kunne du

	<p>sende en regning til trygdekontoret og dermed begynte enkelte fysioterapeuter og dele opp driftsavtalen og selge den videre. I verste fall i 5 20% stillinger. Da ble det 5 fysioterapeuter som kunne hente inn penger fra trygdekontoret. Så i en periode så ble det veldig stor økning for trygdekontoret. Jeg tror det «brette» litt om seg fordi driftstilskuddet var forholdsvis lite og det du kunne hente ut av trygdekontoret var veldig bra/mye. Så skjedde det at trygdekontoret synes det ble en voldsom økning, så prøvde de å se litt rundt på det og så bestemte de seg for å gjennomføre innskrenkninger på det og da kunne man ikke jobbe fritt lengre. Det ble slik at man ikke kunne hente fylt ut hente på trygdekontoret på refusjonsordninger (...)»</p>
D: 50 %	<p>«Dette har vært en litt fortvilende sak i veldig mange år. Vi jobbet mange år med 20 % avtaler, selv lenge etter at det fra staten ble bestemt at minste avtalestørrelse skulle være 50 %. Det har vært problematisk fordi i de årene hvor vi hadde mindre enn 50 % avtale, så kunne vi heller ikke søke på andre avtaler fordi da kunne vi ikke lyse ut praksisen vi hadde fra før av fordi det var mindre enn 50 % avtale. De 20 % avtalene var gjort ulovlig eller også kalt uomsettelig. I de årene vi gikk med 20 % avtale til de ble oppjustert kunne vi heller ikke bytte praksis (...)».</p>
E: 50 %	<p>«Det synes jeg er uting. Det er vel på en måte et system som kanskje ikke har følt helt med i timen kan man på en måte si. Det er jo noe kommunene er pliktig til å ha tilgjengelig til sine innbyggere, men ettersom befolkningsveksten øker, så har det ikke vært så mange nyopprettede driftstilskudd (...) Synes deltidshjemlene burde justeres opp til det man jobber (...)».</p>
F: 54 %	<p>«Det er en snodig greie. Jeg skjønner at før i den tiden når jeg fikk tilskudd i 2003, så var det ingen retningslinjer på hvordan tilskuddene skulle videreføres (...) Heldigvis nå er det blitt mer ordnede forhold, mer retningslinjer på hvordan ting skal gjøres. Så om noen skal gå av, så er det den som er mest kvalifisert som får stillingen. Sånn var det ikke før (...)».</p>

G: 50 %	«Det er en urettferdighet. Hadde man hatt 100 % driftstilskudd hadde det åpnet opp for mer kursing og faglig oppdatering og nyere og mer utstyr (...).»
H: 79 %	«Jeg tenker at Bergen kommune synes det er veldig greit å ikke betale fullt for alle. Vi yter en stor tjeneste, vi arbeider gratis for kommunen og behovet er der og det er lange ventelister. Det er grunnen til at jeg jobber mye, at jeg har en stor arbeidsmoral og har et sterkt ønske om å hjelpe og strekker meg nok lengre enn jeg burde».
I: 50 %	«(...) Jeg tenker at det bør ryddes opp i og få det opp i dagens nivå som er 100 %. Mener alle bør kartlegges på nytt og høre hvor mye de ønsker å arbeide».
J: 80 %	«En oppgave for Bergen kommune å oppgradere alle deltidshjemlene til 100 % for de som faktisk arbeider 100 %. Har hørt om dette i 20 år nå at de skal oppjustere deltidshjemlene, virker som det ikke er rom for å oppjustere deltidshjemlene».
K: 100 %	«Nå skal ikke jeg snakke høyest, siden jeg har 100 %. Men jeg synes man skal ha tilskudd ut ifra hvor mye man jobber. Det gjelder begge veier. Det gjelder også de som er eldre og som jobber mindre og likevel har større tilskudd. Det må samsvare med arbeidsmengden. Det utgjør litt å ha lavere driftstilskudd. Men for min del kunne det gjerne vært mindre tilskudd og høyere takster. Så hadde det vært mye mer rettferdig i forhold til hvor mye man jobber».

Tabell 6-10: Hva tenker du om situasjonen med reduserte driftstilskudd i Bergen kommune, sitat

Oppsummert mener alle avtalefysioterapeutene at situasjonen med delte driftstilskudd må kartlegges på nytt, og at ordningen må bli mer rettferdig utfra hvor mye den enkelte arbeider. Altså at dersom man arbeider 100 %, så burde driftsavtalen være tilsvarende.

Avtalefysioterapeutene peker på at den største ulempen med delte hjemler er at tilskuddet ikke påvirkes av hvor mye de arbeider. Sett fra kommunens side og slik de uttaler seg om det, er avtalefysioterapeutene med delte hjemler ikke forpliktet til å arbeide mer enn det som er gitt i avtalen. Det er altså helt frivillig for dem å arbeide utover avtalehjemmel.

Avtalefysioterapeutene med delte hjemler leverer mye merarbeid i forhold til hva som

fremgår av den enkeltes driftsavtale. De leverer et merarbeid tilsvarende 3,4 fulle hjemler. Hadde avtalefysioterapeutene arbeidet tilsvarende deres avtalehjemmel ville ventelistene blitt lengre.

6.6 Oppsummering

Jeg har til nå i kapittel seks presentert utredningens hovedfunn tematisk etter forskningsspørsmål to til fem.

Samtlige av avtalefysioterapeutene er opptatt av å levere høy kvalitet på behandlingene når det gjelder å bygge opp og ivareta et godt *omdømme*. Enkelte av avtalefysioterapeutene er opptatt av å holde seg faglig oppdatert, mens noen mener det er viktig å samarbeide med leger og henvise videre om nødvendig. Et fellestrekk for avtalefysioterapeutene er at *erfaring* har betydning, men i ulik grad. For seks har erfaring betydning, mens for fem har erfaring noe betydning for etterspørselen. Noen trekker frem at driftsavtalen også er viktig for etterspørselen, når de blir spurt om erfaring. Videre er det uenighet blant avtalefysioterapeutene om *lokalisering* av klinikken har betydning for etterspørselen. Syv mener ja, to mener noe og to mener nei, når det gjelder lokalisering. En av de som mener nei, opplever at pasientene heller kommer fordi man har en driftsavtale.

Når det gjelder hva avtalefysioterapeutene mener er hovedårsaken til deres *lønnsomhet*, trekkes driftsavtalen frem av flere. De opplever at det å ha driftsavtalen i bunn, bidrar i stor grad til deres inntjening, ved at etterspørselen etter avtalefysioterapeuter omtrent er umettelig. Flere trekker frem at pasientene er svært essensielle for deres inntjening. Et eksempel på dette er at enkelte rapporterte at når Norge var koronastengt i mars/april så gikk inntjeningen betraktelig ned. Videre nevner 10 av 11 at for å *øke inntjeningen*, må man ta inn flere pasienter. Ved å ta inn flere pasienter vil en få inn flere egenandeler fra pasienter og refusjon fra HELFO. Av de som har reduserte hjemler trekkes det frem at økte tilskudd vil øke deres inntjening. Noen nevner også at økt bruk av grupper vil hjelpe på inntjeningen. Til slutt nevner noen at videreutdanning vil øke inntjeningen, ved at man som spesialist kan heve en høyere takst.

På spørsmål om hva som *motiverer* den enkelte til å arbeide som fysioterapeut nevner 10 av 11 at de motiveres av å kunne bidra til bedre livskvalitet for pasienten. Fire opplever at det å

skape gode relasjoner med pasientene bidrar til deres motivasjon. Tre nevner at de blir motiverte av å ha en variert arbeidshverdag og ved at de har mange forskjellige pasienter innom klinikken hver dag. De overnevnte momentene kan kobles med indre motivasjon, som blir forklart mer i diskusjonskapittelet.

Når det gjelder hvorfor avtaleterapeutene med *reduerte driftstilskudd* prioriterer på måten de gjør, så er det tre hovedgrunner som peker seg ut. For det første trekker flere frem at det er gir mer administrasjonsarbeid om de skulle arbeide helprivat utover avtalehjemmel. For det andre er det etiske aspektet viktig for mange. For det tredje påpeker noen at prisen er billigere, som gjør at tilkomsten av pasienter er bedre. Det noen fremhever som problematisk med delte hjemler er at man har dårligere økonomiske forutsetninger enn de som har fulle tilskudd, noe som spiller negativt inn på motivasjonen. For eksempel ved at man har mindre muligheter for videreutdanning og kurs.

Avtalefysioterapeutene har ulikt syn på driftstilskuddsordningen. En opplever at ordningen er bra, mens fire mener at ordningen er delvis bra. De som synes ordningen er delvis bra opplever at den både har, positive og negative sider ved seg. Noe som er positivt, er at ordningen gjør at ikke alle avtalefysioterapeutene arbeider i de store byene. Et negativt moment ved ordningen er at mange avtalefysioterapeuter arbeider til de er nærmere 70 år, som medfører at nye fysioterapeuter ikke kommer til før de går av med pensjon. Tre påpeker at en er økonomisk sikret ved å ha en driftsavtale. To nevner at kvaliteten på behandlingene kan reduseres ved å ha en driftsavtale.

Avslutningsvis mener alle avtalefysioterapeutene at ordningen, må kartlegges på nytt, og bli mer rettferdig utfra hvor mye den enkelte arbeider.

7. Analysekapittel

I denne delen av utredningen skal jeg analysere svarene på de ulike spørsmålene opp mot hverandre. Jeg vil starte med å se nærmere på hvor mye avtalefysioterapeutene jobber ekstra opp mot avtalebrøk. Videre vil jeg beregne enkelte nøkkeltall for avtalefysioterapeutene.

7.1 Merarbeid som avtalefysioterapeutene leverer

Jeg vil starte med å se hvor mye hver avtalefysioterapeut jobber ekstra opp mot avtalebrøk. I den forbindelse har jeg utarbeidet tabell 7-1, som ser på hvor mye merarbeid hver enkelt fysioterapeut leverer hver uke.

Informant	Størrelse på driftsavtalen	Arbeid etter avtale*	Faktisk arbeidsuke**	Merarbeid***	Merarbeid i antall timer
A	100%	36 timer	50 timer	39 %	14 timer
B	75 %	27 timer	36 timer	33 %	9 timer
C	100 %	36 timer	36 timer	0 %	0 timer
D	50 %	18 timer	35 timer	95 %	17 timer
E	50 %	18 timer	37,5 timer	108 %	19,5 timer
F	54 %	19,5 timer	39 timer	100 %	19,5 timer
G	50 %	18 timer	36 timer	100 %	18 timer
H	79 %	28,5 timer	43,5 timer	50 %	15 timer
I	50 %	18 timer	36 timer	100 %	18 timer
J	80 %	29 timer	36 timer	24 %	7 timer
K	100 %	36 timer	36 timer	0 %	0 timer

Tabell 7-1: Arbeid etter avtale og merarbeid

*Arbeid etter avtale: i henhold til ASA 4313 så er full arbeidsuke satt til å være 36 timer med 100 % driftstilskudd.

**Faktisk arbeidsuke: er hvor mange timer hver enkelt fysioterapeut faktisk arbeider

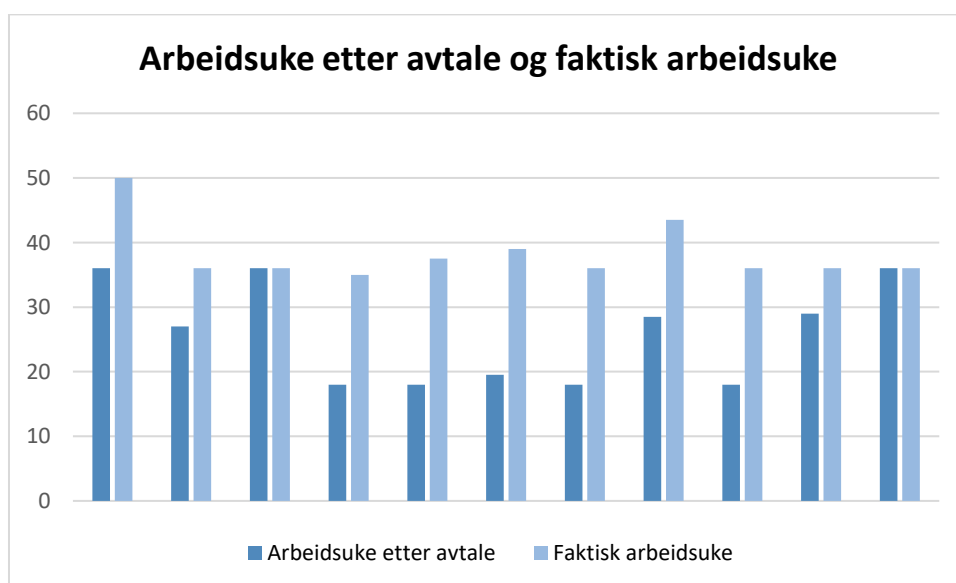
***Merarbeid: det ekstraarbeidet som hver enkelt leverer i forhold til egen avtalestørrelse

Det kommer frem av tabell 7-1 at avtalefysioterapeutene med delte hjemler leverer mye merarbeid i forhold til hva de skal arbeide etter ASA 4313. Etter ASA 4313 fremgår det at

dersom man har et 50 % driftstilskudd, må man arbeide minst 18 timer hver uke. Merarbeidet for avtalefysioterapeutene med delte hjemler utgjør mellom 24 % til 108 %. Av tabellen ser en tydelig at de med middels driftsavtale arbeider betydelig mer utover sin avtale, enn de med full driftsavtale. Merarbeidet for de med reduserte driftsavtaler tilsvarer 3,4 fulle driftsavtaler. Ved å ta hensyn til de som har 100 % driftstilskudd, vil de levere et merarbeid som tilsvarer 3,8 fulle avtaler. Det kommer frem av en rapport utarbeidet av Claus og Hove i 2020 at avtalefysioterapeutene i gjennomsnitt har 155 pasienter i løpet av året og gjennomfører 2646 behandlinger. Ved å ta hensyn til avtalefysioterapeutene som har reduserte driftstilskudd, vil disse sørge for at 527 ekstra pasienter tilbud om fysioterapi. Om en i tillegg tar hensyn til de avtalefysioterapeutene som har 100 % driftstilskudd, vil antallet øke til 589 pasienter.

Ekstra pasienter som får tilbud om fysioterapi, reduserte avtaler	$3,4 * 155 = 527$
Ekstra pasienter som får tilbud om fysioterapi, både reduserte og 100 % avtaler	$3,8 * 155 = 589$

Videre er det kun en fysioterapeut som arbeider under hva som tilsvarer en full arbeidsuke etter ASA 4313 på 36 timer. Fysioterapeut D arbeider 35 timer i uken som avtalefysioterapeut og utover dette arbeider han/hun cirka 5 timer i uken som høyskolelektor. Seks av de jeg har intervjuet arbeider en full arbeidsuke på 36 timer (avtalefysioterapeut B, C, G, I, J og K). I grafen 7-1 har jeg illustrert det merarbeidet som avtalefysioterapeutene leverer.

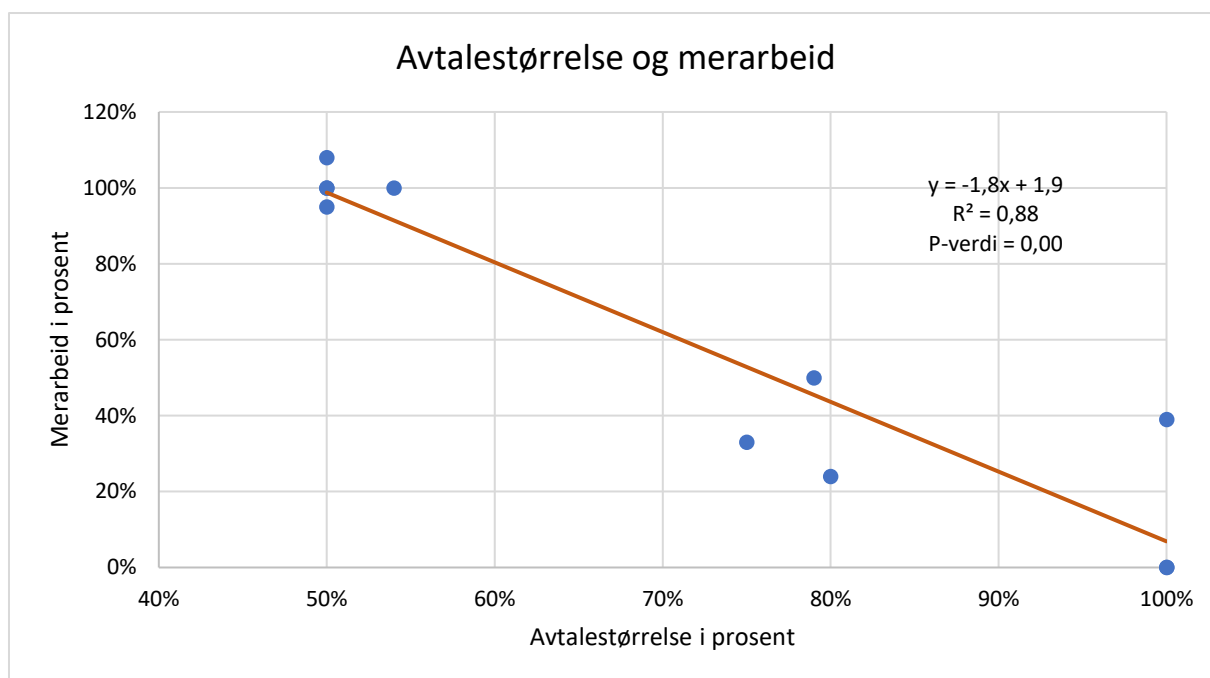


Graf 7-1: Arbeidsuke etter avtale og faktisk arbeidsuke

Graf 7-1 viser at samtlige fysioterapeuter arbeider utover sin avtalehjemmel. Det er kun to stykker som arbeider like mye som avtalehjemmelen tilsier. Disse har begge 100 % avtale. Videre skiller avtalefysioterapeut A seg ut å ved arbeide 50 timers uker.

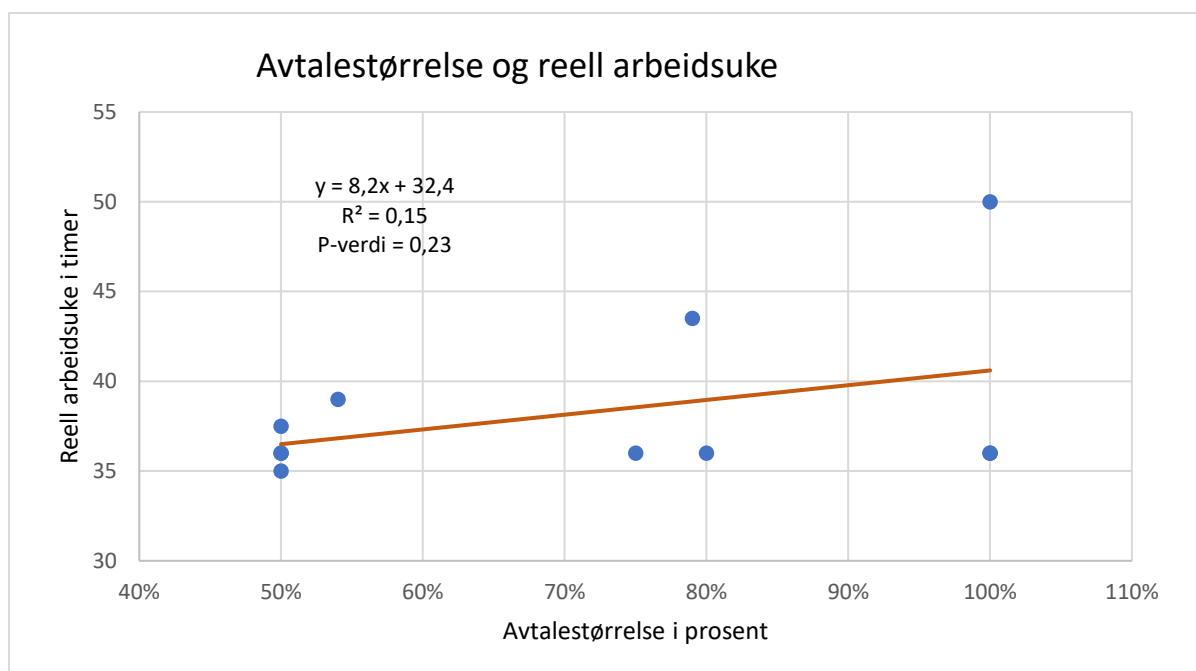
Avtalefysioterapeuten nevner at årsaken til at hun/han arbeider mye utover avtalehjemmel, er stor pågang og at det oftere er lettere å si ja, enn nei. Et fellestrekk mellom avtalefysioterapeutene som jobber utover avtalehjemmel er at de ønsker å ta unna ventelister. Noen nevner at de strekker seg litt lengre enn de bør for å få dette til (fysioterapeut A og H). En forskjell mellom de som har fulle og reduserte driftstilskudd, er at de fleste som har reduserte driftstilskudd nevner at de føler de må arbeide 100 % for å få økonomien til å gå opp. En viser også til behovet for å arbeide noen ekstra timer i uken når man har redusert tilskudd, for å kompensere for det man taper i driftstilskuddsinntekt.

Av funnene ovenfor er det tydelig at avtalefysioterapeutene leverer mye merarbeid i forhold til hva de skal arbeide etter ASA 4313. Dette gjelder spesielt for de som har reduserte avtalestørrelser. I mitt utvalg arbeider to av de som har fulle driftstilskudd normale arbeidsuker, fysioterapeut C og K, mens sistnevnte med fullt tilskudd arbeider 50 timers uke, fysioterapeut A. I det videre vil jeg undersøke om det finnes en sammenheng mellom avtalestørrelsen og merarbeid (arbeid utover avtalen). Dette har jeg gjort ved å gjennomføre en enkel regresjonsanalyse som vist i figur 7-1. Jeg har ikke valgt å inkludere kjønn i regresjonen.



Figur 7-1: Samvariasjon mellom avtalestørrelse og merarbeid (N=11)

Figuren viser en klar negativ sammenheng mellom avtalestørrelse og merarbeid, noe som bekreftes av en negativ korrelasjonskoeffisient på $-0,94$. R^2 er lik $0,88$, som betyr at 88% av variasjonen i merarbeidet kan forklares av avtalestørrelsen. Resultatet er signifikant, med en p-verdi på $0,00$. I dette tilfellet er det tydelig at høy andel merarbeid observeres med lav avtaleprosent og lav andel merarbeid observeres med høy avtaleprosent. Det er et unntak, avtalefysioterapeut A, som arbeider betraktelig mer enn avtalen tilsier. Videre er det interessant å se nærmere på samvariasjonen mellom avtalestørrelse og reell arbeidsuke. Gjennomsnittlig reell arbeidsuke for de med fulle hjemler er $40,7$ timer, og gjennomsnittlig reell arbeidsuke for de med reduserte driftsavtaler er $37,4$ timer. Det er viktig å merke seg at for de med fulle hjemler, er det kun avtalefysioterapeut A som arbeider utover en normal arbeidsuke. Dette innebærer at avtalefysioterapeut A drar opp den reelle arbeidsuken for de som har fulle hjemler. Jeg har gjennomført en enkel regresjon for å se om det sammenheng mellom avtalestørrelse og reell arbeidsuke.



Figur 7-2: Samvariasjon mellom avtalestørrelse og reell arbeidsuke (N=11)

Figuren viser en delvis positiv sammenheng mellom avtalestørrelse og reell arbeidsuke. Dette bekreftes av en moderat korrelasjonskoeffisient på 0,39. R^2 er på 0,15, som betyr at 15 % av variasjonen i reell arbeidsuke kan forklares av avtalestørrelsen. Lav multipl korrelasjonskoeffisient taler for at andre variabler også må tas i vurdering for å forklare variasjonen i utvalget. P-verdien er på 0,23, og er derfor ikke signifikant. Dette medfører at vi ikke med sikkerhet kan si at avtalefysioterapeuter med høyere avtalebrøk arbeider mer.

Gjennom tabell 7-2 under, vil jeg illustrere det merarbeidet som avtalefysioterapeutene leverer for kommunen.

Utrekning av merarbeid for utvalg og populasjon				
Informant	Arbeidsuke, avtale	Arbeidsuke, reell	Differanse	
Informant A, 100 %	36	50	14	
Informant B, 75 %	27	36	9	
Informant C, 100 %	36	36	0	
Informant D, 50 %	18	35	17	
Informant E, 50 %	18	37,5	19,5	
Informant F, 54 %	19,5	39	19,5	
Informant G, 50 %	18	36	18	
Informant H, 79 %	28,5	43,5	15	
Informant I, 50 %	18	36	18	
Informant J, 80 %	29	36	7	
Informant K, 100 %	36	36	0	
Sum ekstraarbeid			137	
Tilsvarende ekstra driftsavtaler for utvalget			3,81	
Generalisert til populasjonen				
Tilsvarende ekstra driftsavtaler for populasjonen		$(3,81/11) * 160$	55,4	
Justert for størrelse på driftsavtale				
Full driftsavtale, merarbeid	14	$(14/3) * 105$	490	
Redusert driftsavtale, merarbeid	123	$(123/8) * 55$	845,6	
Sum merarbeid			1335,6	
Tilsvarende ekstra driftsavtaler for populasjon			38,2	

Tabell 7-2: Utrekning av merarbeid for utvalg og populasjon

Utvalget leverer samlet et merarbeid på 137 timer i uken for kommunen. Dette gir et arbeidsomfang tilsvarende 3,8 fulle driftsavtaler. Dette tilsvarer at 589 ekstra pasienter får tilbud om fysioterapi. Ved å generalisere funnene fra denne utredningen (N=11) til hele populasjonen (N=160), og antar at de 11 er representative for hele populasjonen, finner jeg at avtalefysioterapeutene i Bergen kommune, leverer et merarbeid som tilsvarer 38,2 fulle driftsavtaler. Dette gjør at 5921 ekstra pasienter får tilbud om behandling vært år.

Ekstra pasienter som får tilbud om fysioterapi, både reduserte og 100 % avtaler, årlig	$38,2 * 155$ = 5921
--	------------------------

Det at 5921 ekstra pasienter får tilbud om behandling vært år er mye, og med allerede lange ventelister, ville ventelistene vært enda lengre, om avtalefysioterapeutene kun arbeidet sin stillingsprosent. Tallene bærer preg av usikkerhet, siden tallene kun baserer seg på 11

avtalefysioterapeuter, men de gir sannsynligvis en grei indikasjon på hvordan situasjonen er for hele populasjonen.

7.1.2 Oppsummering

Når det gjelder avtalefysioterapeutene med reduserte hjemler, viser mine analyser at de leverer mye merarbeid i forhold til sin prosentvise avtalehjemmel. De leverer et merarbeid på mellom 24 % til 108 %, som tilsvarer 3,4 fulle driftsavtaler. Tar man i tillegg hensyn til merarbeid for de som har 100 % driftsavtale, øker det til 3,8 fulle driftsavtaler. Samlet bidrar avtalefysioterapeutene til at 589 ekstra pasienter får tilbud om fysioterapi. Om en i tillegg generaliserer funnene fra denne utredningen (N=11) til hele populasjonen (N=160), og legger til grunn at de 11 avtalefysioterapeutene er representative for resten av populasjonen, finner jeg at avtalefysioterapeutene i Bergen kommune, leverer et merarbeid som tilsvarer 38,2 fulle driftsavtaler. Dette gjør at 5921 ekstra pasienter får tilbud om behandling hvert år.

7.2 Nøkkeltall og regresjoner

I denne delen av utredningen kommer jeg til å beregne relevante nøkkeltall. Dette kommer jeg til å gjøre ved hjelp av det kvantitative skjemaet som hver enkelt avtalefysioterapeut har fylt ut. Gjennom dette skjemaet har jeg fått avdekket hva sum driftsinntekt og driftskostnad er. Ved å få informasjon om dette kan jeg finne hva årlig driftsresultat er. Driftsresultatet for fysioterapeutene er hva de disponerer til lønn. Lønnen til fysioterapeutene påvirkes av hvor mye de arbeider, da prisen per behandling er gitt. Hvor mye de betaler i driftskostnader er også viktig; som for eksempel leiekostnader, forsikring, pensjonskostnader, inventar, kontorkostnader og avskrivninger.

Alle som er intervjuet bortsett fra en, har nedbetalt sine kjøp av driftstilskudd. Per i dag fremgår det av ASA 4313 at vederlag for opparbeidet praksis (goodwill) ikke kan avtales å være høyere enn 20 prosent av gjennomsnittlig trygderefusjon, egenandel og driftstilskudd de tre siste årene (KS, 2018). Tidligere kontaktperson for avtalefysioterapeutene i Bergen kommune fortalte at praksisen var annerledes før. Da var det oftest slik at den som kunne betale mest for tilskuddet, fikk tilskuddet. Mange opplevde før at salget av driftstilskuddet ville sikre pensjonen til den enkelte fysioterapeut.

Videre er det viktig å merke seg at fysioterapeut K har vært ute i mammapermisjon andre halvdel av 2018, som påvirker hennes driftsinntekter.

I tabell 7-3 gjengir jeg sum driftsinntekter, driftskostnader, driftskostnader og ukentlig arbeidstimer for hver enkelt i år 2018.

Informant	Andel	Driftsinntekt	Driftskostnad	Driftsresultat	Ukentlig arbeidstimer
Informant C	100 %	1.087.742	304.200	783.542	36 timer
Informant K*	100 %	826.000	326.271	499.729	36 timer
Informant A	100 %	1.378.074	276.614	1.101.460	50 timer
Informant J	80 %	1.124.722	225.705	899.017	36 timer
Informant H	79 %	1.185.680	426.011	759.669	43,5 timer
Informant B	75 %	1.046.027	160.000	886.027	36 timer
Informant F	54 %	845.646	328.378	517.268	39 timer
Informant D	50 %	880.557	271.022	609.535	35 timer
Informant E	50 %	798.919	62.563	736.356	37,5 timer
Informant G	50 %	1.100.000	380.000	720.000	36 timer
Informant I	50 %	1.150.000	285.000	865.000	36 timer

Tabell 7-3: Driftsinntekter, driftskostnader og driftsresultat for den enkelte avtalefysioterapeut

**Viktig å merke seg at fysioterapeut K har vært i mammapermisjon andre halvdel av 2018.*

Som vi ser av tabell 7-3 varierer driftsresultatet fra 500.000 til 1.150.000 kroner årlig.

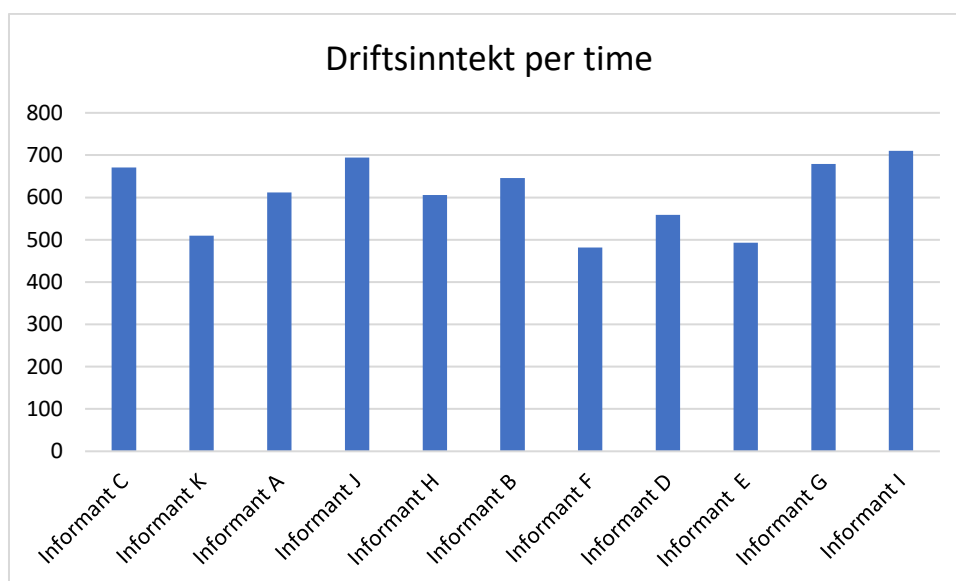
Variasjonen skyldes flere faktorer. Variasjonen er avhengig av hvor stor prosent de har på driftstilskuddet. Det skyldes også hvor mange timer de arbeider per uke/år. I tillegg er en vesentlig faktor hvor store driftskostnadene har vært. I denne posten inngår mange ulike elementer som for eksempel husleie, avskrivning, forsikring, pensjonskostnader, inventar og kontorkostnader osv. Til slutt varierer prisen per pasient ut ifra om en er vanlig fysioterapeut eller kan heve ekstra takster som manuellterapeut eller spesialist.

Jeg beregner ulike nøkkeltall for å belyse dette. Da vil jeg ta i bruk tallene fra tabell 7-3.

Under har jeg laget tabell 7-4 med relevante nøkkeltall.

	Driftsavtale	Driftsinntekt per time	Resultat per time	Resultatmargin (resultat/inntekter) *100
Informant C	100 %	671	484	72 %
Informant K	100 %	510	308	61 %
Informant A	100 %	612	490	80 %
Informant J	80 %	694	555	80 %
Informant H	79 %	606	388	64 %
Informant B	75 %	646	547	85 %
Informant F	54 %	482	295	61 %
Informant D	50 %	559	387	69 %
Informant E	50 %	473	436	92 %
Informant G	50 %	679	444	66 %
Informant I	50 %	710	534	75 %

Tabell 7-4: Nøkkeltall



Graf 7-2: Driftsinntekt per time

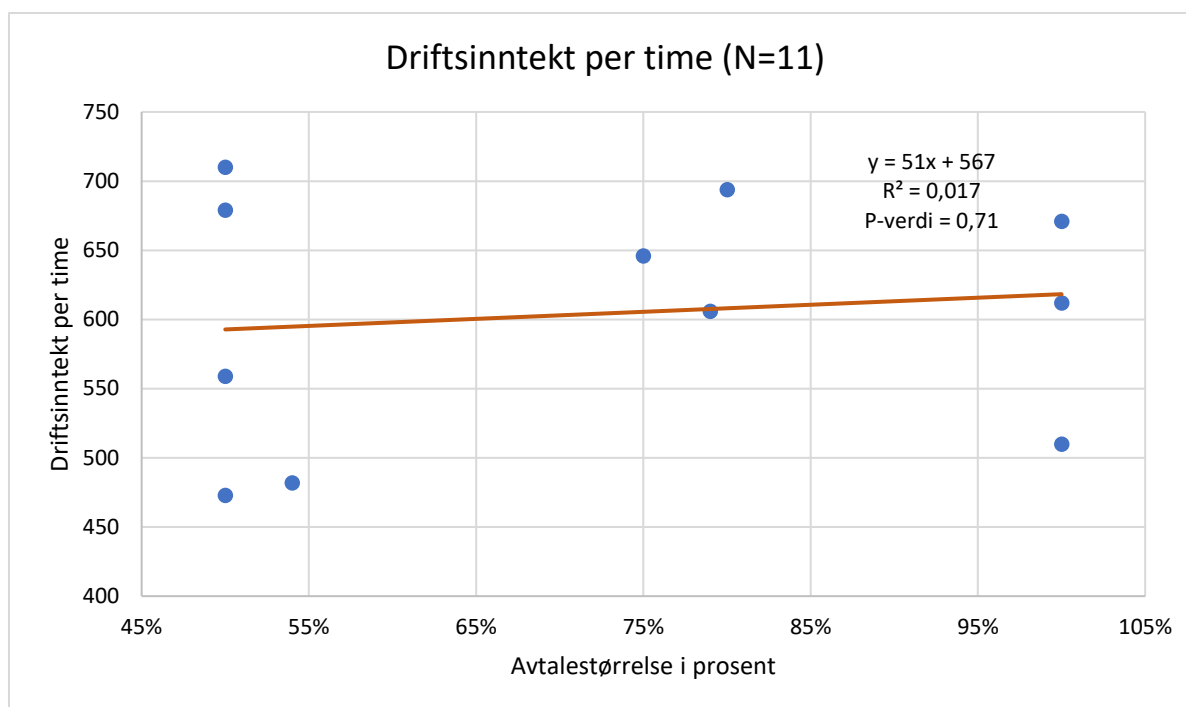
I graf 7-2 er avtalefysioterapeutene plassert etter hvor stort driftstilskudd de har. Fra venstre finner vi de som har 100 % driftstilskudd. Av grafen ser en tydelig at det er store variasjoner i driftsinntekt per time uavhengig av størrelse på driftsavtalen.

Han/hun som har høyest driftsinntekt per time er avtalefysioterapeut I med 710 kroner. Avtalefysioterapeut I har en 50 % driftsavtale, er vanlig fysioterapeut og er i førtiårene. Vedkommende kan ikke heve ekstra takster og taper 280 kroner per time utover avtalehjemmel, sett opp mot 100% driftstilskudd. Dette kan tyde på at denne fysioterapeuten kjører enn del mer gruppetimer i forhold til resten av avtalefysioterapeutene, som vil øke driftsinntekten per time.

Avtalefysioterapeut J har en 80 % avtalehjemmel, er vanlig fysioterapeut og i sekstiårene, og har en driftsinntekt per time på 694 kroner. Avtalefysioterapeut G har en driftsinntekt per time på 679 kroner. Han/hun er i førtiårene, er vanlig fysioterapeut og driver cirka 10 % i uken helprivat med trykkbølge. Gitt at prisen han/hun tar er høyere enn sum egenandel og refusjon fra HELFO, vil dette være med å øke driftsinntekt per time. Tett på kommer avtalefysioterapeut C, som har en 100 % avtalehjemmel, er manuellterapeut og i femtiårene, en driftsinntekt per time på 671 kroner. Videre har avtalefysioterapeutene A, B og H en driftsinntekt per time som ligger mellom 610 og 650 kroner og alle er vanlige fysioterapeuter. Disse har henholdsvis 100 %, 75 % og 79 % driftsavtaler. To av avtalefysioterapeutene har en driftsinntekt per time som ligger mellom 480 og 495 kroner. Begge har reduserte hjemler med henholdsvis 54 % og 50 %. De er begge vanlige fysioterapeuter og er i førtiårene. Avslutningsvis har siste, en driftsinntekt per time på 510 kroner. Hun/han er spesialist og i trettiårene. Avtalefysioterapeutene har vært i mammapermisjon andre halvdel av 2018, og driftsinntekten per time gjenspeiler dermed ikke en 100% avtalehjemmel.

Tap utover avtalehjemmel:	$(453.720/45) / 36 \text{ timer} = 280 \text{ kroner}$
---------------------------	--

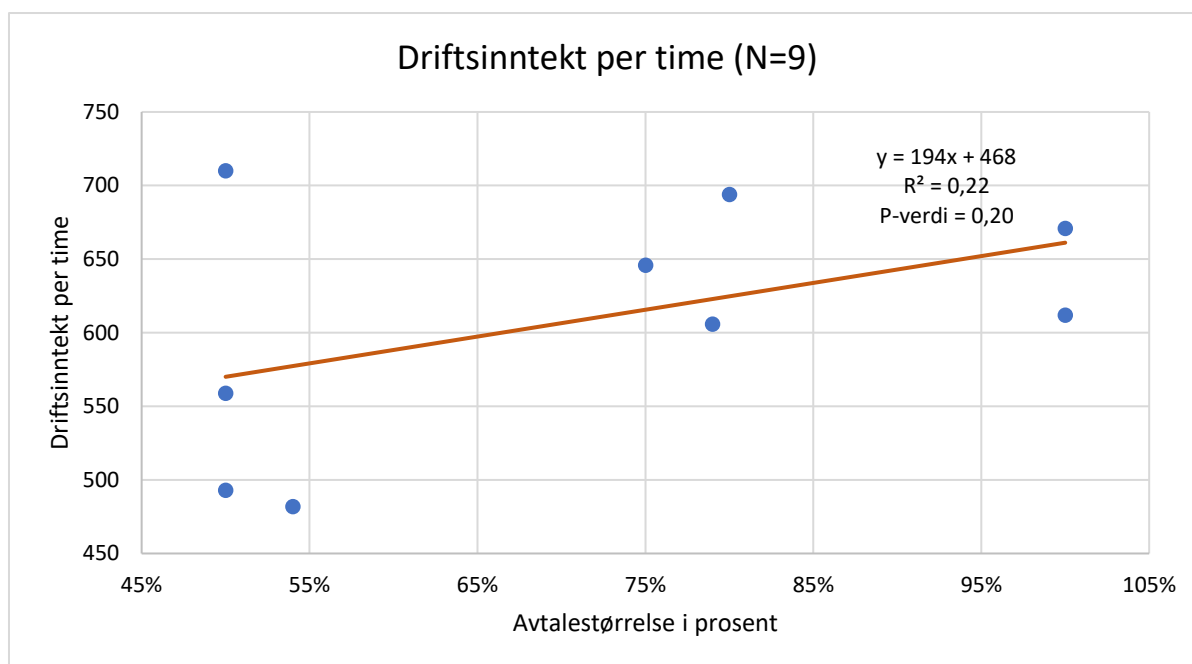
Av graf 7-2, ser en som nevnt ovenfor at det er stor variasjon i driftsinntekt per time uavhengig av avtalestørrelse. Dette vil jeg se nærmere på gjennom en enkel regresjon. I figur 7-3 ser jeg på samvariasjonen mellom avtalestørrelse og driftsinntekt per time.



Figur 7-3: Samvariasjon mellom avtalestørrelse og driftsinntekt per time (N=11)

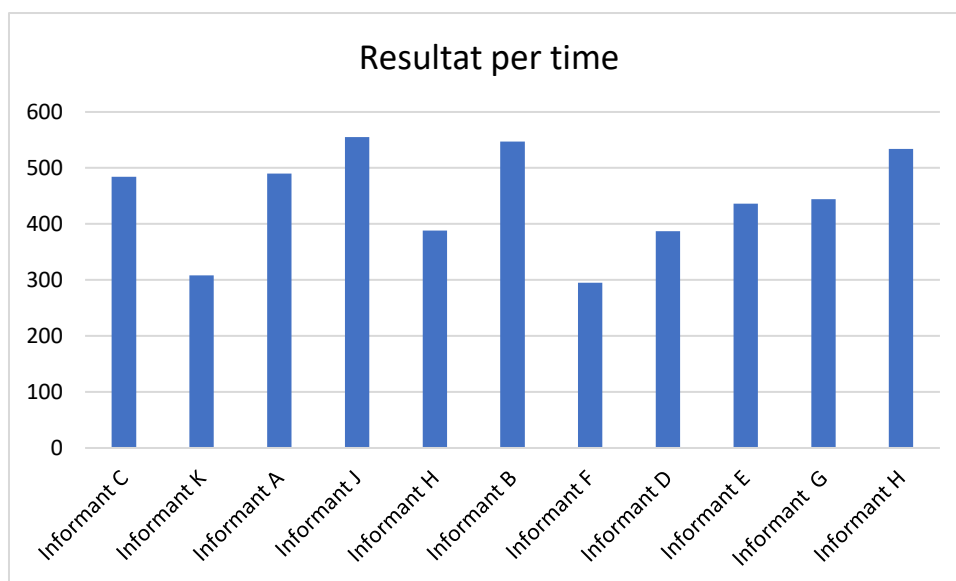
Figuren viser en positiv svak sammenheng mellom avtalestørrelse og driftsinntekt per time, som bekreftes av en svak positiv korrelasjonskoeffisient på 0,13. R^2 , er lik 0,017, som betyr at 1,7 % av variasjonen i driftsinntekt per time kan forklares av avtalestørrelsen. En svært lav R^2 viser til at det er andre variabler som må tas i betraktning for å forklare variasjonen i utvalget. Resultatet er ikke signifikant med en p-verdi på 0,71. Vi kan dermed ikke slå fast at fysioterapeuter med høyere avtalebrøk har høyere driftsinntekt per time. Dette er et interessant funn, da en kan anta at en med høyere avtalehjemmel, automatisk hadde høyere driftsinntekt per time, fordi avtalefysioterapeutene med reduserte hjemler taper 280 kroner per time ved å arbeide utover avtalehjemmel sett opp mot 100% størrelse på avtalehjemmelen. Funnet indikerer at andre faktorer som hvilken pris en kan ta per behandling, hvor mange pasienter en behandler og om man kjører mye grupper eller ikke, har påvirkning på hvilken driftsinntekt per time en får.

Om en ser bort i fra avtalefysioterapeut K som har hatt foreldrepermisjon andre halvdel av 2018 og avtalefysioterapeut G som gjennomfører cirka 10 % av behandlingene helprivat, blir R^2 betraktelig høyere med 22 %.



Figur 7-4: Samvariasjon mellom avtalestørrelse og driftsinntekt per time (N=9)

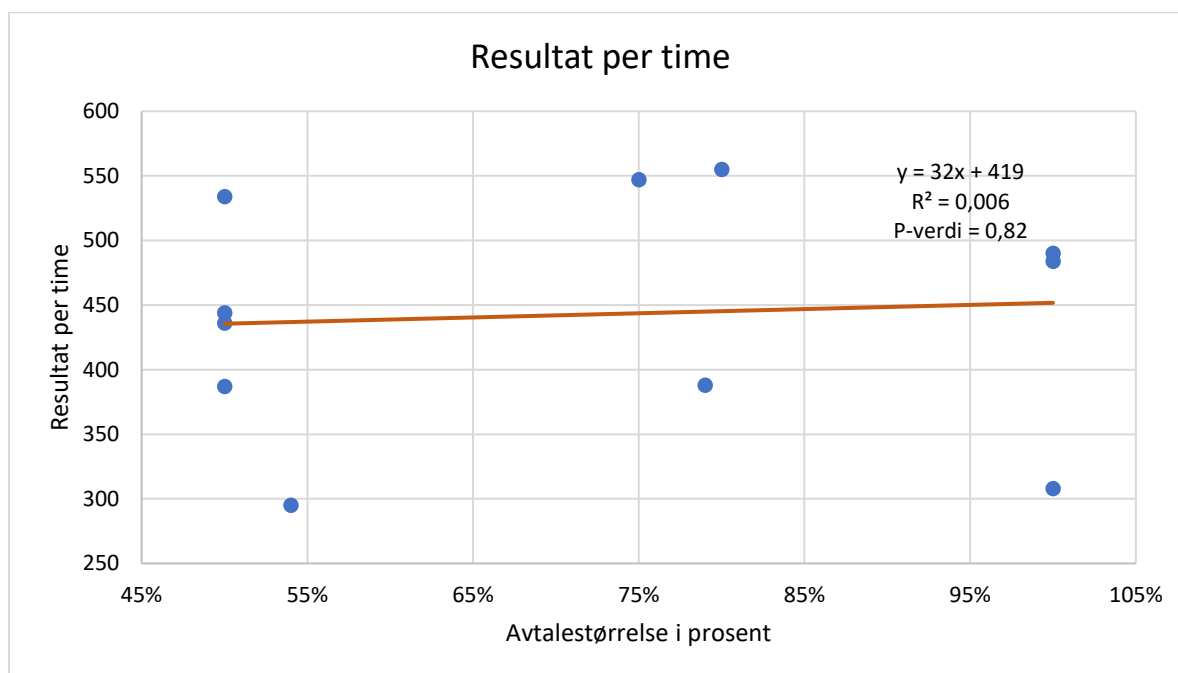
Det innebærer at 22 % av variasjonen i avtalestørrelse kan forklare driftsinntekten per time. Selv om R^2 er høyere, vil det fortsatt være andre variabler som må tas i betraktning for å forklare variasjonen i utvalget. Korrelasjonskoeffisienten er positiv på 0,46. Resultatet er ikke signifikant med en p-verdi på 0,20. Vi kan heller ikke nå slå fast at fysioterapeuter med høyere avtalebrøk har høyere driftsinntekt per time. Dette viser, at selv om en tar hensyn til avtalefysioterapeutene som har en driftsinntekt per time som ikke er direkte sammenlignbar, så endes det opp med samme resultat. Altså at det er andre variabler, enn avtalestørrelsen som påvirker driftsinntekten per time.



Graf 7-3: Resultat per time

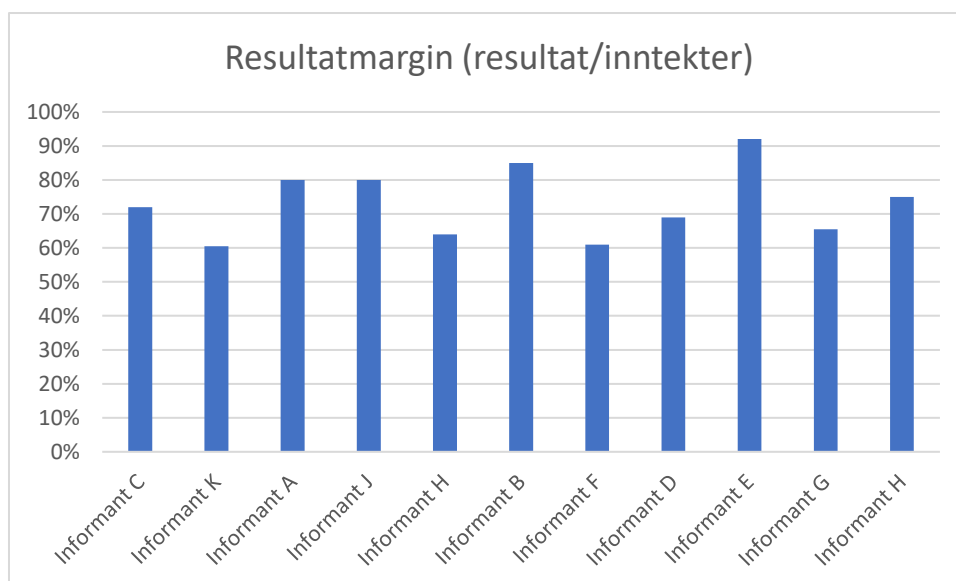
Resultat per time påvirkes av flere faktorer. For det første påvirkes resultat per time av hvor store driftsinntektene og driftskostnadene er. Avtalefysioterapeuten som har lavest resultat per time har en avtalehjemmel på 54 % og arbeider på en klinikk som ligger sentralt plassert. Gjennom intervjuet kunne vedkommende fortelle at de hadde en høy husleie og hadde investert i mye nytt utstyr. Dette er faktorer som naturlig bidrar til at resultat per time går ned. Den som har nest lavest resultat per time er avtalefysioterapeut K. Hun var i mammapermisjon andre halvdel av 2018, samt er den eneste som ikke har nedbetalt sitt driftstilskudd, som kan forklare hvorfor nøkkeltallet er lavt. Avtalefysioterapeut H og D har et tilnærmet likt resultat per time. Her er en av forskjellene at avtalefysioterapeut H har 79 % driftsavtale, mens avtalefysioterapeut D har 50 % driftsavtale. I tillegg er avtalefysioterapeut H vanlig fysioterapeut, mens avtalefysioterapeut D er manuellterapeut. Avtalefysioterapeut H får dermed inn et høyere driftstilskudd, mens avtalefysioterapeut D kan heve en høyere pris per behandling. Dette er faktorer som kan utligne hverandre. Avtalefysioterapeut E og G har tilnærmet likt resultat per time, og begge har en 50 % driftsavtale og er vanlige fysioterapeuter. Her er det verdt å merke seg at avtalefysioterapeut E har en lav driftsinntekt per time, men forholdsvis høy resultatinntekt per time på grunn av svært lave driftskostnader i forhold til resten av avtalefysioterapeutene. Hun/han har en sum driftskostnad på rundt 60.000 kroner, mens de øvrige har en sum driftskostnad på mellom 160.000 til 430.000 kroner. De lave driftskostnadene, skyldes nok at klinikken ligger usentralt til. Avtalefysioterapeutene A

og C har et resultat per time på i underkant av 500 kroner. Begge har 100 % driftsavtale, men avtalefysioterapeut A er vanlig fysioterapeut, mens C er manuellterapeut. De har tilnærmet like driftskostnader. Avslutningsvis har avtalefysioterapeutene B og J høyest resultat per time. De har henholdsvis 75 % og 80 % driftsavtale og er begge vanlige fysioterapeuter. De har blant de laveste driftsinntektene av avtalefysioterapeutene med henholdsvis 160.000 og 225.705 kroner. Det er interessant å se om resultat per time påvirkes av størrelsen på driftsavtalen. Vi har sett at driftsinntekt per time ikke påvirkes av størrelsen på avtalehjemmelen. I figur 7-5 ser jeg på samvariasjonen mellom resultat per time og avtalestørrelse.



Figur 7-5: Samvariasjon mellom avtalestørrelse og resultat per time ($N=11$)

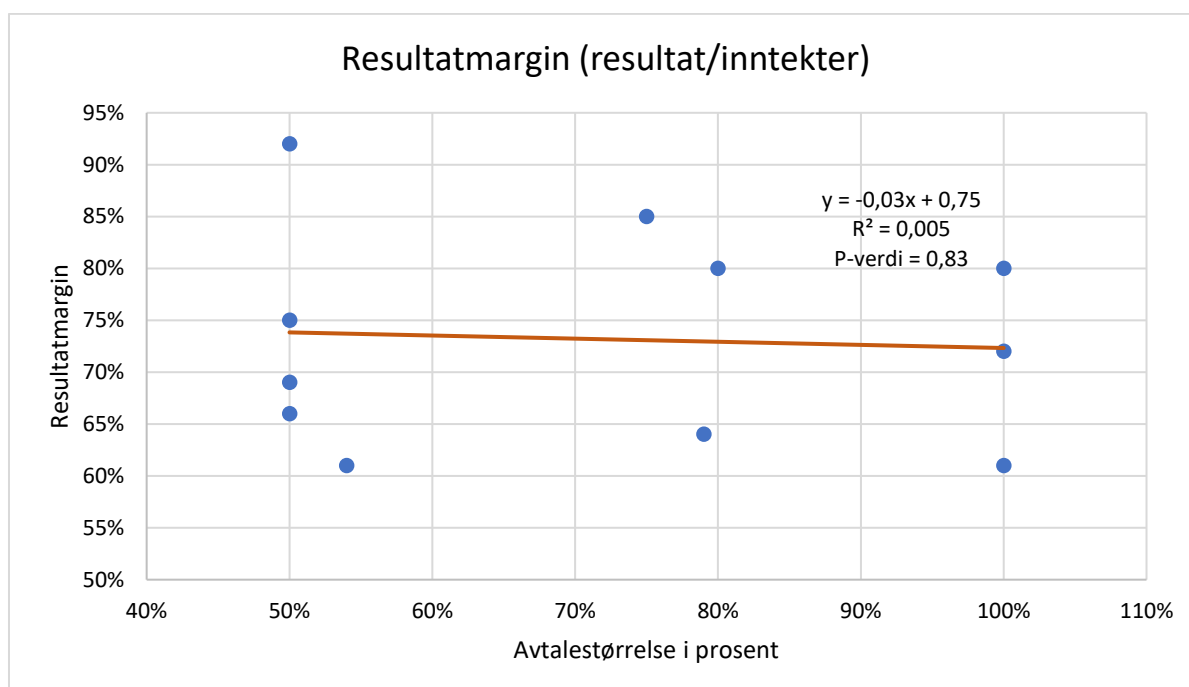
Figuren viser en svak positiv sammenheng mellom avtalestørrelse og resultat per time. Korrelasjonskoeffisienten er svakt positiv på 0,08. R^2 , er lik 0,006, som betyr at 0,6% av variasjonen i resultat per time kan forklares av avtalestørrelsen. En svært lav R^2 viser at det er andre variabler som må tas i betraktning for å forklare variasjonen i utvalget. Resultatet er ikke signifikant med en p-verdi på 0,82. Dette er et interessant funn, da en skulle tro at resultatet per time, ville øke med avtalestørrelse, fordi en høyere driftsavtale gir høyere inntekter.



Graf 7-4: Resultatmargin (resultat/inntekter)

Som vi ser av grafen, er det liten sammenheng mellom avtalestørrelse og resultatmarginen (resultat/inntekter). Fra venstre de som har høyest avtalehjemmel. Når det gjelder resultatmarginen (resultat/inntekter) skiller avtalefysioterapeut E seg ut med en svært høy prosent på 92 %. Dette skyldes at hun/han har veldig lave driftskostnader og holder til på en klinikk som ligger usentralt til. Avtalefysioterapeut B har en resultatmargin på 85 %, som skyldes nest lavest driftskostnader. Hun/han kunne gjennom intervju fortelle at de ansatte på klinikken hadde lave husleiekostnader, selv om de var plassert sentralt. Videre har avtalefysioterapeutene A og J en resultatmargin på 80 %. Avtalefysioterapeut A har en driftsavtale på 100 %, en driftskostnad på 275.000 kroner og arbeider 50 timers uker. Hans/hennes driftskostnad ligger i intervallet 270.000 til 330.000 kroner, der flertallet av avtalefysioterapeutene befinner seg. Her skyldes en høy resultatmargin, en kombinasjon av lange arbeidsuker og relativt lave driftskostnader. Avtalefysioterapeut I med 50 % driftsavtale, arbeider 36 timers uker og har en resultatmargin på 75 %. Resultatmarginen skyldes at han/hun har høye driftsinntekter og forholdsvis lave driftskostnader. Det er verdt å merke seg at han/hun har nest høyest driftsinntekter, fordi personen ikke kan heve ekstra takster og taper 280 kroner per time ved arbeid utover avtalehjemmel, sett opp mot 100% avtalehjemmel. Dette kan indikere at han/hun kjører mye gruppekonsultasjoner i forhold til de andre avtalefysioterapeutene. Videre har henholdsvis avtalefysioterapeut C og D en resultatmargin på 72 og 69 %. Begge er manuellterapeuter og kan av den grunn heve ekstra

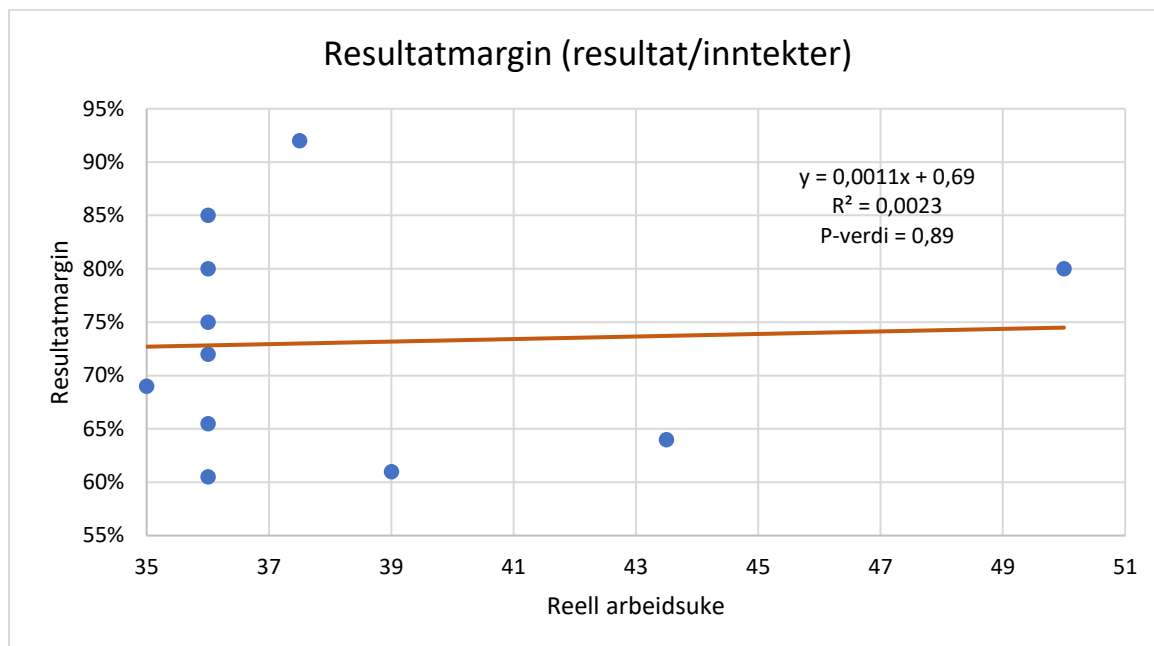
takster. De jobber tilnærmet like mye og har nokså like store driftskostnader. Her er hovedforskjellen at avtalefysioterapeut C har en 100 % avtalehjemmel, mens avtalefysioterapeut D har en 50 % avtalehjemmel. Det er da naturlig at avtalefysioterapeut C har en noe høyere resultatmargin enn avtalefysioterapeut D. De siste fire avtalefysioterapeutene har en resultatmargin på mellom 61 til 66 %. Blant de fire siste avtalefysioterapeutene er det variasjon i driftsstørrelse, sum driftskostnader og hvor mange timer de arbeider. Av graf 7-4, er det tydelig at det er liten sammenheng mellom avtalestørrelse og resultatmargin. Dette vil jeg undersøke nærmere gjennom en enkel regresjon.



Figur 7-6: Samvariasjon mellom avtalestørrelse og resultatmargin (N=11)

Figuren viser en negativ sammenheng mellom avtalestørrelse og resultatmargin. Korrelasjonskoeffisienten er negativ på $-0,06$. R^2 er lik $0,005$, som betyr at $0,5\%$ av variasjonen i resultatmarginen kan forklares av avtalestørrelsen. En svært lav R^2 viser til at det er andre variabler som må tas i betraktning for å forklare variasjonen i utvalget. Resultatet er ikke signifikant med en p-verdi på $0,83$. Vi kan dermed ikke slå fast at fysioterapeuter med

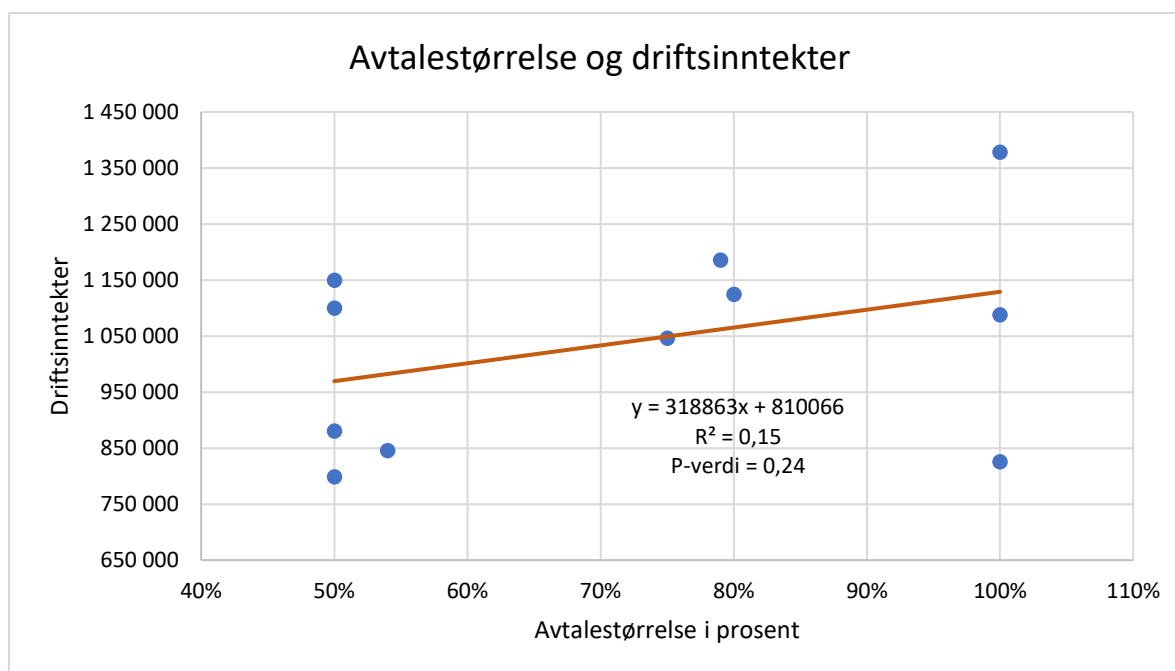
høyere avtalebrøk har høyere resultatmargin. Det er interessant å se om reell arbeidsuke påvirker resultatmarginen. Under har jeg gjennomført en enkel regresjon.



Figur 7-7: Samvariasjon mellom reell arbeidsuke og resultatmargin (N=11)

Av grafen ser man en svak positiv sammenheng mellom reell arbeidsuke og resultatmargin. Korrelasjonskoeffisienten er så vidt positiv på 0,05. R^2 er på 0,0023, som betyr at 0,23 % av variasjonen i resultatmarginen kan forklares av reell arbeidsuke. Resultatet er ikke signifikant med en p-verdi på 0,45. Den svært lave R^2 taler for at det er andre variabler som også må tas i betraktning for å forklare variasjonen i utvalget. Vi kan i dette tilfellet ikke slå fast med sikkerhet av fysioterapeuter med en høyere reell arbeidsuke har en høyere resultatmargin.

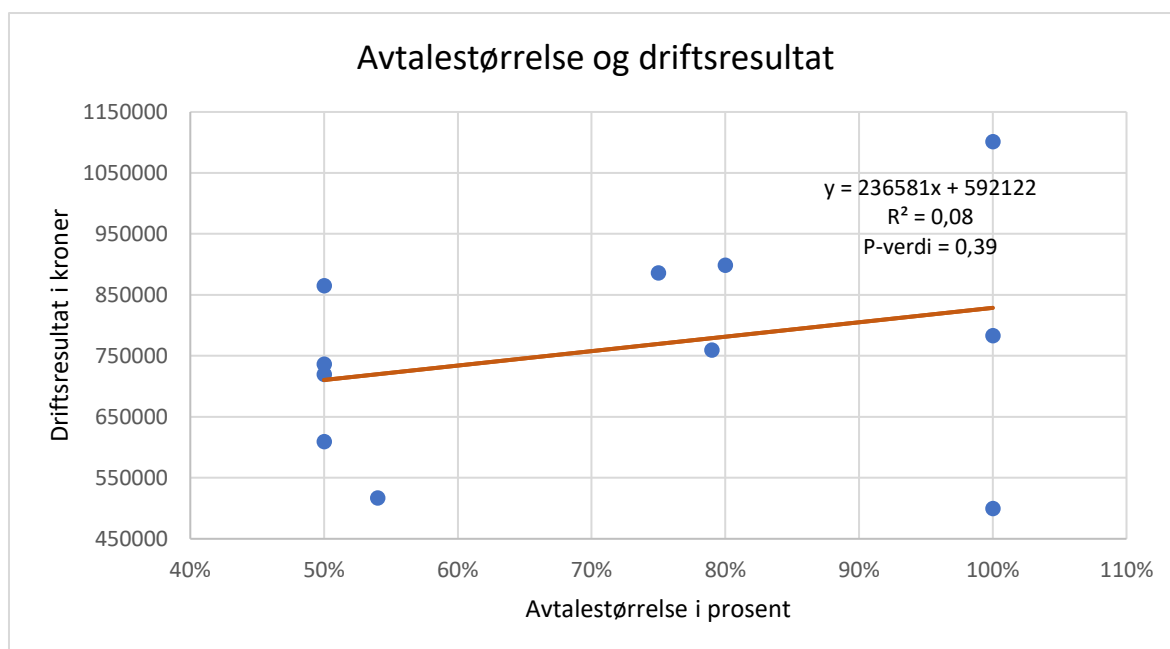
Det er interessant at verken driftsinntekt per time, resultat per time eller resultatmargin påvirkes signifikant av avtalebrøk. Med bakgrunn i dette vil jeg se om det er sammenheng mellom avtalestørrelse og driftsinntekter, samt avtalestørrelse og driftsresultat.



Figur 7-8: Samvariasjon mellom avtalestørrelse og driftsinntekter (N=11)

Figuren viser en positiv sammenheng mellom avtalestørrelse og driftsinntekter.

Korrelasjonskoeffisienten er positiv på 0,38. R^2 er lik 0,15, som betyr at 15 % av variasjonen i driftsinntektene kan forklares av avtalestørrelsen. Resultatet er ikke signifikant med p-verdi på 0,24. At R^2 er lav viser til at det er andre variabler som må tas i betraktning for å forklare variasjonen. Dette er et interessant funn, fordi økt driftsavtale medfører til høyere driftsinntekter. Det er dermed andre faktorer som må tas i betraktning for å forklare driftsinntektene.



Figur 7-9: Samvariasjon mellom avtalestørrelse og driftsresultat (N=11)

Figur 7-9 viser en positiv sammenheng mellom avtalestørrelse og driftsresultat, som bekreftes av en positiv korrelasjonskoeffisient på 0,29. R^2 , er lik 0,08, som betyr at 8 % av variasjonen i driftsresultatet kan forklares av avtalestørrelsen. En lav R^2 viser til at det er andre variabler som må tas i betraktning for å forklare variasjonen i utvalget. Vi ser at driftsresultatet er høyere for høyere avtalebrøk, men resultatet er ikke signifikant med en p-verdi på 0,39.

Det er interessant at verken driftsinntekter, driftsresultat eller resultatmargin avhenger signifikant av avtalestørrelse. Det indikerer at det er andre variabler som må tas i betraktning for å forklare variasjonen i utvalget. Dette er noe jeg vil utype i kapittel 8.2.

7.2.1 Oppsummering

Alle de regresjonene jeg har gjort opp mot avtalestørrelse og opp mot reell arbeidsuke, viser ikke signifikante funn. Det er en svak positiv sammenheng mellom avtalestørrelse og driftsinntekt per time, men resultatet er ikke signifikant. Dette er tankevekkende, da en naturlig kan anta at en med høyere avtalehjemmel, automatisk hadde høyere driftsinntekt per time. Årsaken er at avtalefysioterapeutene med reduserte hjemler taper 280 kroner per time ved å arbeide utover avtalehjemmel, sett opp mot 100% størrelse på avtalehjemmelen.

Det er en svak sammenheng mellom avtalestørrelse og resultat per time, men resultatet er ikke signifikant. Dette er igjen motsatt av det en kan anta, at resultatet per time, ville øke med avtalestørrelse, fordi en høyere driftsavtale gir høyere inntekter. Det er en negativ sammenheng mellom avtalestørrelse og resultatmargin, men resultatet er ikke signifikant. Vi kan dermed ikke slå fast at fysioterapeuter med høyere avtalebrøk har høyere resultatmargin. Avslutningsvis er det heller ingen sammenheng mellom avtalestørrelse og driftsinntekter og avtalestørrelse og driftsresultat. Dette er funn jeg vil kommentere og diskutere gjennom kapittel åtte.

8. Diskusjon

I dette kapittelet vil jeg se på funnene fra kapittel fem og seks og analysene fra kapittel syv, mot teorier og empiri. Jeg vil følge strukturen fra kapittel seks for å gjøre det mest mulig oversiktlig. Analysen starter med å diskutere funn fra PESTEL-rammeverket og Porters femfaktormodell. Videre vil jeg undersøke om verdiverkstedet sammen med et enkelt kvantitativt skjema, kan forklare etterspørselen og inntjeningen blant avtalefysioterapeutene. Deretter bruker jeg motivasjonsteori til å se på hva som driver dem til å arbeide som fysioterapeuter. Jeg kobler dette opp mot motivasjonsteori om hva som driver avtalefysioterapeutene til å arbeide utover avtalehjemmel. Avslutningsvis reiser jeg spørsmål om deltidshjemplene bør oppjusteres til 100 % for de som i praksis arbeider 100 % for Bergen kommune.

8.1 PESTEL-rammeverk og Porters femfaktormodell

I det første forskningsspørsmålet tar jeg for meg hva som karakteriserer makroomgivelsene og konkurranseomgivelsene til bransjen som avtaleterapeutene opererer i. Formålet med spørsmålet er å få et bedre innblikk i makroomgivelsene som fysioterapeutene må forholde seg til, og den konkurransesituasjonen de står ovenfor. Jeg vil nå kort diskutere funnene fra makro- og konkurranseomgivelsene til informantene, opp mot litteratur om konkurranseforhold i tilsvarende markeder.

Gjennom min utredning har jeg ikke klart å finne faktorer som tyder på at det er en sterk konkurranseintensitet mellom avtaleterapeutene. Dette skyldes at etterspørselen etter fysioterapeuter er høy, noe som medfører at det er liten konkurranse om pasientene. Selv om konkurransen er lav, kan en tenke seg til at de selvstendig næringsdrivende fysioterapeutene har noe konkurranse fra de helprivate fysioterapeutene. Årsaken til dette er at de helprivate fysioterapeutene ofte kan ta inn pasienter på dagen, mens avtalefysioterapeutene gjerne har litt ventetid for å komme til. Det er ingen reell priskonkurranse mellom de selvstendige næringsdrivende fysioterapeutene og de helprivate fysioterapeutene, fordi prisen som avtalefysioterapeutene tar er gitt, mens de helprivate setter prisen selv.

I og med at helprivate ikke får noen form for støtte fra kommunen eller staten, har de ikke muligheten til å sette prisene like lavt som de offentlige takstene. Dette medfører at

avtalefysioterapeutene alltid kan tilby lavere priser. Som nevnt kan helprivate fysioterapeuter gjerne ta inn pasienter på dagen. Dette kan medføre at de som har god råd, eller de som skal ha færre behandlinger har insentiver til å oppsøke de helprivate. At det tilbys private helsetjenester ved siden av offentlige helsetjenester, får Delfgaauw (2007) støtte for at kommer pasientene til gode. Dette er indikasjoner på at det er positivt for pasientene at det parallelt tilbys offentlige og private tjenester. I tillegg finner Gaynor (2006) ved å se på eksisterende litteratur, bevis for at kvaliteten i offentlige helsetjenester er høyere i markeder med mer konkurranse. Gitt Gaynors (2006) funn, er det positivt for avtalefysioterapeutene at de har konkurranse fra helprivate fysioterapeuter, fordi det påvirker kvaliteten på helsetjenesten positivt.

Jeg har gjennom min utredning funnet at en viktig faktor for at avtalefysioterapeutene skal beholde og ivareta et godt omdømme, er gjennom å levere høy kvalitet på behandlingene. Det mener 8 av 11 avtalefysioterapeuter som er intervjuet. Dette er indikasjoner som tyder på at avtalefysioterapeutene opplever at de må levere god kvalitet for å beholde pasientene sine, og for at pasientene ikke velger andre aktører enn dem. Dette samsvarer med det Gaynor (2006) finner ved å se på eksisterende litteratur, herunder at kvaliteten i offentlige helsetjenester er høyere i markeder med mer konkurranse.

De helprivate fysioterapeutene er i større grad avhengig av fornøyde kunder, et godt renommé og å levere høy kvalitet for å opprettholde pasientmassen enn avtalefysioterapeutene. For avtalefysioterapeutene genereres mange av kundene gjennom at de har et driftstilskudd, noe som kan anses som et konkurransefortrinn for den enkelte. Selv om mange av pasientene tiltrekkes gjennom å ha et driftstilskudd, er det allikevel viktig at avtalefysioterapeutene oppnår fornøyde kunder og leverer behandling av god kvalitet. Som nevnt ovenfor er 8 av 11 avtalefysioterapeuter opptatt av å levere høy kvalitet på behandlingene, særlig når det gjelder å bygge opp og ivareta et godt omdømme. At det er noe konkurranse mellom helprivate fysioterapeuter og selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter er på mange måter positivt, da det kan bidra til mer fornøyde kunder og økt kvalitet på behandlingene. Sett i sammenheng med studiene til Gaynor (2006) og Brekke et al. (2012), kan det se ut som at eksistensen av helprivate fysioterapeuter bidrar positivt til kvaliteten på behandlingene som avtalefysioterapeutene leverer.

Som avtalefysioterapeut E sier, så bidrar:

«(...) Driftstilskuddet til at det ikke kreves like mye for å opprettholde pasientmassen som når jeg arbeidet helprivat. Det kreves på en annen måte. Da var det mer markedsføring og tilbud når jeg arbeidet helprivat (...)».

Når det gjelder markedsføring, så har jeg fått vite gjennom samtaler med avtalefysioterapeutene at de ikke bruker penger på dette, siden de uavhengig av markedsføring har høy etterspørsel.

Inngangsbarrierene i bransjen er høye. Det kreves 3 års utdanning, samt 1 års praksis, for å bli fysioterapeut. I tillegg er det en krevende prosess å få et driftstilskudd, da det sjeldent opprettes nye tilskudd og utlyses driftstilskuddshjemler. Gitt konkurranseforholdene som jeg har beskrevet i kapittel 5.4, indikeres det at det er liten til moderat konkurranseintensitet mellom avtalefysioterapeutene. I forhold til denne vurderingen skulle en tro at det ikke skapes insentiver for å levere god kvalitet og fornøye kunder. Mine funn indikerer det motsatte, at de er opptatt av å levere høy kvalitet på behandlingene for å opprettholde ens renommé. Jeg har i tillegg funnet at avtalefysioterapeutene drives av indre motivasjon når det gjelder arbeidet de utfører.

Studier gjort av Brekke et al. (2012) og Gaynor (2006), finner at hvis prisene reguleres, så fører profittbegrensninger til økt investering i kvalitet, så lenge tilbyderne er «tilstrekkelig» altruistisk. For avtalefysioterapeutene er prisene fastsatt og mine funn indikerer at de fremstår som altruistiske, ved at de blant annet er opptatt av å øke livskvaliteten til pasientene. Mine funn sammenfaller dermed med enkelte av funnene fra studiene til Brekke et al. (2012) og Gaynor (2006), ved at avtalefysioterapeutene er altruistiske og opptatt av å levere helsetjenester av høy kvalitet.

Konkurranseintensiteten mellom avtalefysioterapeutene er lav. På tross av dette er avtalefysioterapeutene opptatt av å levere gode tjenester. Avslutningsvis, basert på tidligere forskning, er det mulig at helprivate fysioterapeuter som substitutter, spiller positivt inn på kvaliteten som avtalefysioterapeutene leverer. Som Delfgaauw (2007) fikk støtte for er det positivt at vi har private helsetjenester ved siden av offentlige helsetjenester. Dette kommer pasientene til gode, i form av eksempelvis økt kvalitet.

8.1.1 Oppsummering

Det er lav konkurranseintensitet mellom avtalefysioterapeutene. Dette skyldes at etterspørselen etter fysioterapeuter er høy, som medfører at det er liten konkurranse om

pasientene. Selv om konkurransen er lav, kan en tenke seg at avtalefysioterapeutene har noe konkurranse fra de helprivate fysioterapeutene. De helprivate fysioterapeutene kan ofte ta inn pasienter på dagen, mens de selvstendige næringsdrivende fysioterapeutene gjerne har litt ventetid for å komme inn. At det er lav konkurranse mellom helprivate fysioterapeuter og selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter er på mange måter positivt, siden det kan bidra til økt kundetilfredshet og økt kvalitet på behandlingene. Sett i sammenheng med studiene til Gaynor (2006) og Brekke et al. (2012), kan det antas at eksistensen av helprivate fysioterapeuter bidrar positivt til kvaliteten på behandlingene som avtalefysioterapeutene tilbyr. Studier gjort av Brekke et al. (2012) og Gaynor (2006), finner at hvis prisene reguleres, fører profittbegrensninger til økt investering i kvalitet, så lenge tilbyderne er «tilstrekkelig» altruistisk. For avtalefysioterapeutene er prisene fastsatt og mine funn indikerer at de fremstår som altruistiske, ved at de blant annet er opptatt av å øke livskvaliteten til pasientene, som derfor medfører til økt investering i kvalitet.

8.2 Etterspørsel og inntjening for avtalefysioterapeuter

Det andre forskningsspørsmålet ser på hva som driver etterspørselen og inntjeningen til den enkelte avtalefysioterapeut i Bergen Kommune. Dette forskningsspørsmålet blir besvart ved bruk av verdiverkstedet, svarene som informantene gir, samt et enkelt kvantitativt spørreskjema. Jeg vil starte med å se hva som driver etterspørselen til avtalefysioterapeutene. Fra denne utredningen har jeg funnet at driftsavtalen i stor grad påvirker etterspørselen, men at faktorer som omdømme, kompetanse, lokalisering, kvalitet og ventetid også spiller positivt inn. Jeg vil nå diskutere funnene opp mot teori om verdiverksteder, som presentert i kapittel 3.3.

8.2.1 Etterspørsel

Ifølge Stabell og Fjeldstad (1998) sin modell for verdiverkstedet er de viktigste ressursene den enkeltes kompetanse og renomme. Den enkeltes kompetanse vil være utdanningen, spesialiseringen og den arbeidserfaringen som hver enkelt besitter. Renomme eller omdømme, handler om hvordan pasientene opplever fysioterapitjenesten. Modellen mener at kompetanse og renomme er de viktigste strategiske ressursene for verdiverkstedet. Renomme

sikrer nye oppdrag, kunder og kompetanse bidrar til at problemene løses som igjen bidrar videre til renommebygging. Videre definerer rammeverket flere andre viktige verdidrivere: *lokalisering, internt samspill og eksternt samspill*.

Avtalefysioterapeutene trekker frem flere viktige momenter når det gjelder å bygge opp og å ivareta et godt *omdømme*. De mener blant annet at det er viktig å levere høy kvalitet på behandlingene, holde seg faglig oppdatert, samarbeide med leger og gi videre henvisning ved behov. Ved å gjennomføre de overnevnte momentene vil det generere mange fornøyde kunder, som igjen bidrar til et bedre omdømme ved at flere anbefaler avtalefysioterapeutene og klinikken.

Seks avtalefysioterapeuter mener at *kompetanse* er viktig, mens fem trekker frem at kompetanse har noe betydning for etterspørselen. Det er uenighet blant avtalefysioterapeutene om *lokaliseringen* av klinikken har betydning for etterspørselen, eller ikke. Her mener syv at lokalisering har betydning, mens to opplever at det har delvis betydning og to mener at det ikke har betydning. Til slutt vil jeg trekke frem *internt og eksternt samspill* som handler om at avtaleterapeutene kan henvise til hverandre, dersom de mener at en annen avtalefysioterapeut er mer egnet for den aktuelle problemstillingen.

Flere faktorer som påvirker etterspørselen til avtalefysioterapeutene. For det første er driftstilskuddet er viktig for å generere pasienter. Ved å ha et driftstilskudd betaler pasienten maksimalt 2176 kroner i året (Helsenorge, 2020). Skal man ha mange behandlinger er dette et relativt billig tilbud for pasienten. Alternativet er å gå til en helprivat fysioterapeut, men dette blir dyrt hvis man skal ha mange behandlinger. Dette medfører at en del av verdiskapingen som avtalefysioterapeutene oppnår, er gjennom å ha en driftsavtale. En slik avtale blir på mange måter ansett som en gullgrube, fordi det er enkel måte å få god tilgang til pasienter (Dagens næringsliv, 2008).

Det trekkes frem av flere avtalefysioterapeuter at pasienter ofte kommer på grunn av driftstilskuddet. Som avtaleterapeut F og G sier:

«Tror driftstilskuddet er viktig for mange, fordi forskjellen med å gå til en med tilskudd og en som er helprivat er stor», avtaleterapeut G.

«I og med at frikortet er blitt såpass lavt, så er det veldig vesentlig at man har driftsavtale om pasienten betaler selv», avtaleterapeut F.

Dette medfører at mange pasienter genereres direkte på grunn av driftstilskuddet. Flere avtalefysioterapeuter nevner at pasientene som blir fornøyde, anbefaler klinikken videre til familie og venner. Til slutt nevnes det fra enkelte avtalefysioterapeuter at gode relasjoner medfører gode omtaler utad.

Ventetid har også påvirkning på etterspørselen til disse. Dette skyldes at avtalefysioterapeuter gjerne har venteliste med ventetid, mens helprivate ofte kan ta inn nye pasienter på dagen. I og med at pasienttilgangen omtrent er umettelig for avtalefysioterapeutene, er ikke dette et problem for disse.

Når det gjelder hva som veier tyngst av driftsavtalen, omdømme, kompetanse, lokalisering, kvalitet eller ventetid, vil det nok avhenge av pasienten. Om pasienten har god råd vil de kanskje benytte helprivate fysioterapeuter, da de kommer lettere til. For å sikre høy pasienttilgang er det viktig at avtalefysioterapeutene i fremtiden er opptatt av å sikre seg et godt renommé, besitte høy kompetanse og opprettholde høy kvalitet på behandlingene.

Teorien bak verdiverkstedet er til hjelp i å forstå hvilke faktorer som påvirker etterspørselen til avtalefysioterapeutene. Driftsavtalen er vesentlig for etterspørselen til disse på grunn av prisen de kan ta. Mine funn viser imidlertid at det er andre faktorer som nevnt ovenfor, kan spille inn på etterspørselen.

8.2.2 Inntjening

I dette delkapittelet vil jeg se nærmere på hva som driver inntjeningen til avtalefysioterapeutene i Bergen kommune. Dette vil jeg se nærmere på ved bruk av hva informantene har svart og gjøre bruk av medfølgende kvantitativt skjema for utredningen.

Inntekten til avtalefysioterapeutene påvirkes av tre hovedkomponenter: egenandel fra pasient, refusjon fra HELFO og driftsavtale fra kommunen (Helfo, 2020). Egenandelen fra pasientene varierer ut ifra om avtalefysioterapeuten er ordinær fysioterapeut eller spesialist. En spesialist kan kreve høyere takst. Hvor mange egenandeler avtalefysioterapeutene får inn i løpet av en gitt periode, avhenger av hvor mange gruppetimer og enkeltkonsultasjoner vedkommende gjennomfører. Gruppetimer er mer lønnsomme, fordi personen får inn flere egenandeler fra pasienter i samme tidsrom. Hvor mye som HELFO refunder avhenger av hvor mange

egenandeler fra pasient avtalefysioterapeuten får inn. Hvor stor driftsavtale den enkelte har påvirker også inntekten.

Kostnadene til avtalefysioterapeutene påvirkes blant annet av hvor høye leiekostnadene er. Dette er den største kostnaden for disse. Andre viktige kostnader er pensjonskostnader, forsikring, inventar, kontorkostnader, avskrivninger og faglig påfyll. Mine funn viser at de fem eldste avtalefysioterapeutene rangerer pensjonskostnadene som nummer to. Disse er mellom 50 og 65 år. Det er kun tre av avtalefysioterapeutene som har avskrivninger. For to av disse skyldes avskrivningene at de har investert i utstyr, og for den siste skyldes avskrivningene nedbetaling av kjøpt driftsavtale.

Avtalefysioterapeutene har blitt spurt om hva de synes er deres viktigste årsaker til deres lønnsomhet. Noen av avtalefysioterapeutene svarer at flere momenter er viktig. For det første trekker syv avtalefysioterapeuter frem at driftsavtalen er viktig for deres inntjening. Flere sier i intervju at det å ha en driftsavtale genererer mange pasienter.

Dette gjør at driftsavtalen er vesentlig for at avtalefysioterapeutene skal ha stor nok pasienttilgang. Fem nevner viktigheten av å ha pasienter. Som avtalefysioterapeut F sier, fikk de kjenne på hvor viktig pasientene er for dem under korona-nedstengningen. Uten pasienter får avtalefysioterapeutene verken egenandeler fra pasienter, eller refusjon fra HELFO. Følgelig er den eneste inntektskilden fra driftsavtalen. To mener at arbeidsmengden har betydning for lønnsomheten. En viser til at det å kunne ta høyere takst øker inntjeningen. Avslutningsvis nevnes det at høy kostnadskontroll og effektivitet spiller positivt inn på inntjeningen.

Det er tankevekkende at verken driftsinntekter, driftsresultat eller resultatmargin avhenger signifikant av avtalestørrelse. Vi vet at høyere avtalehjemler øker inntekten til avtalefysioterapeutene. Derfor kan det antas at driftsinntektene påvirkes av hvor stort driftstilskudd man har. Regresjonen viser det motsatte, at det ikke er noen sammenheng. Egenandelene fra pasientene kan variere ut ifra om fysioterapeuten er spesialist eller vanlig fysioterapeut, men innenfor disse to gruppene er takstene faste. Hvor mange egenandeler fysioterapeuten får avhenger av hvor mange gruppetimer og individuelle timer personer har. Refusjonen fra HELFO avhenger av hvor mange egenandeler avtalefysioterapeuten får.

Funnene i denne utredningen viser at to vanlige fysioterapeuter med henholdsvis 50 % og 100 % driftsavtale, har omtrent lik driftsinntekt per time. Disse kan kreve samme pris. Forskjellen kan ligge i om de har mange gruppebehandlinger, eller individuelle behandlinger. For at avtalefysioterapeut I skal kunne oppnå en høyere driftsinntekt enn avtalefysioterapeut A, kan dette tyde på at vedkommende har flere gruppetimer. Hvis dette stemmer har andel gruppetimer mye å si. Utredningen min kan ikke si noe konkret om dette, men det kan være en potensiell årsakssammenheng.

Driftsresultatet er høyere for høyere avtalebrøk, men sammenhengen mellom avtalestørrelse og driftsresultat er ikke signifikant. Dette er et overraskende funn, da en naturlig antakelse er at høyere avtalestørrelse vil medføre høyere driftsresultat. Dette indikerer at de som har fulle hjemler bruker det i driften. De tre avtalefysioterapeutene jeg har intervjuet med fulle hjemler forteller at de er opptatt av å holde seg faglig oppdatert, gjennom å ta ulike kurs som er med på å øke driftskostnadene. Alle avtalefysioterapeutene med delte hjemler forteller at de også er opptatt av å holde seg faglig oppdatert gjennom å ta kurs, men at de hindres fra å ta flere kurs på grunn av reduserte tilskudd. Som avtalefysioterapeut F sier:

«Hadde man oppjustert tilskuddene, hadde nok folk tatt seg råd til å reise mer på kurs og kommunen kunne nok hatt det som et krav».

Avtalefysioterapeut I sier også det samme:

«Et 100 % tilskudd hadde bidratt til at jeg personlig hadde gått mer på kurs og tatt videreutdanning».

Disse funnene antyder at de med fulle hjemler bruker mer penger på å holde seg faglig oppdatert, enn de med reduserte tilskudd. Dette er en faktor som kan bidra til å forklare hvorfor høyere avtalestørrelse ikke medfører høyere driftsresultat. Når avtalefysioterapeutene blir spurt om hvilken kostnad som er størst, forteller alle at husleiekostnaden er den største.

Det er en negativ sammenheng mellom avtalestørrelse og resultatmargin, men sammenhengen er ikke signifikant. Dette er også et interessant funn, da man skulle tro at høyere avtalehjemmel, ville kunne bidra til høyere resultatmargin. Dette skyldes at det er store variasjoner i hvor store driftskostnader de har. Noen av avtalefysioterapeutene får en høy resultatmargin fordi de har lave driftskostnader.

Alle avtalefysioterapeutene mener at det å ta inn flere pasienter, er det som må til for å øke inntjeningen. Dette vil gi flere egenandeler fra pasienter og refusjoner fra HELFO.

8.2.3 Oppsummering etterspørsel og inntjening

Teorien bak verdiverkstedet er til hjelp for å forstå hvilke faktorer som påvirker etterspørselen til avtalefysioterapeutene. Driftsavtalen er vesentlig for etterspørselen til avtalefysioterapeutene på grunn av prisen. Mine funn viser imidlertid at andre faktorer også spiller inn på etterspørselen. Faktorer som omdømme, kompetanse, lokalisering, kvalitet og ventetid har også betydning. Hva som er viktigst, kommer an på pasienten.

På bakgrunn av funn i denne utredningen er det vanskelig å si eksakt hva som påvirker inntjeningen til avtalefysioterapeutene. Enigheten er stor blant avtalefysioterapeutene, skal de øke inntjeningen, så må de ta inn flere pasienter. Det som er interessant er at verken driftsinntekter, driftsresultat eller resultatmargin avhenger signifikant av avtalestørrelse. Dette indikerer at det er andre variabler som må tas i betraktning for å forklare de. Driftsinntektene er høyere for høyere avtalebrøk, men sammenhengen mellom avtalestørrelse og driftsinntekter er ikke signifikant. Driftsinntektene påvirkes av tre faktorer: egenandel fra pasient, refusjon fra HELFO og driftsavtale fra kommunen (Helfo, 2020). Egenandelene fra pasient varierer ut fra hvilken pris en tar per behandling og om man kjører mye grupper eller individuelle timer. Refusjonen fra HELFO avhenger av hvor mange egenandeler fra pasienter avtalefysioterapeutene får inn. Dette viser at prisen per behandling og om man kjører mye grupper eller individuelle behandlinger, i tillegg til avtalestørrelse, påvirker driftsinntektene. Driftsresultatet er høyere for høyere avtalebrøk, men sammenhengen mellom avtalestørrelse og driftsresultat er ikke signifikant. Dette indikerer at de med fulle hjemler bruker det til drift. Intervjuene som er gjort viser at de med fulle hjemler bruker mer penger på å holde seg faglig oppdatert, som øker driftskostnadene. Avslutningsvis viser resultatmarginen at det er en negativ sammenheng mellom avtalestørrelse og resultatmargin, men at sammenhengen ikke er signifikant. At resultatmarginen ikke påvirkes av avtalestørrelse kommer blant annet av at driftsinntektene varierer mye uavhengig av avtalestørrelse.

8.3 Motivasjon

Det tredje forskningsspørsmålet handler om hva som motiverer avtalefysioterapeutene. Jeg har utfra mine funn konkludert med at avtalefysioterapeutene er indre motiverte, altruistiske og har empatiske trekk.

Berdud et al. (2016) forskning blant leger, finner at de drives av indre motivasjon og altruisme. At helsefagarbeidere er altruistiske, er en vanlig antakelse, noe det er funnet empirisk støtte for i forskning (Galizzi et al., 2015). En hypotese det er forsket på tidligere blant de som jobber i helsesektoren er empati-altruisme hypotesen, hvor det er funnet en positiv sammenheng mellom empati og altruisme (Burks et al., 2012). På bakgrunn av dette ser jeg at forskningen har en klar overføringsverdi til de som arbeider som fysioterapeuter.

Kaufmann og Kaufmann (2009) viser til at indre motivasjon har sitt grunnlag i to sentrale behov: kompetanseopplevelse og selvbestemmelse. Når et individ handler ut fra 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.

Motivasjonsteorien referer til tre ulike psykologiske tilstander som kan føre til indre motivasjon ved utførelse av arbeidsoppgaver: ansvarsfølelse for eget arbeid, at individet som utfører arbeidet opplever det som meningsfylt, og må få vite resultatet av egen innsats (Kaufmann & Kaufmann, 2009). Alle fysioterapeutene nevnte flere av disse, spesielt da ønsket om å hjelpe mennesker til å bli bedre, hjelpe de over tid og se at de fikk bedre livskvalitet. Under har jeg laget tabell 7-1, hvor jeg har sortert ved å analysere og trekke ut essensen av uttalelsene til informantene og knytte disse opp mot de tre psykologiske tilstandene til Kaufmann & Kaufmann.

	Ansvarsfølelse for eget arbeid	Individet som utfører arbeidet, opplever det som meningsfylt	Individet må få vite resultatet av egen innsats
Informant A	Ja.	Trives med å jobbe med mennesker, og å kunne hjelpe folk. Det er drivkraften.	Fysioterapeuten setter pris på tilbakemeldinger på

			behandlingene hun/han utfører.
Informant B	Ja.	Det har vært muligheten til å gjøre en endring i et annet menneskes liv til noe bedre.	Fysioterapeuten setter pris at pasientene blir bedre.
Informant C	Ja.	Har alltid likt å drive som fysioterapeut, og skulle jeg valgt yrke på nytt, ville jeg trolig valgt fysioteraterapi igjen.	Behandleren opplever glede av å se pasientenes fremgang.
Informant D	Ja.	Motivasjonen min er at jeg holder på med folk som stort sett blir bedre av å gå til oss. Hovedmotivasjonen er at man har masse ulike mennesker innom klinikken.	Fysioterapeuten opplever at pasientene stort sett blir bedre av behandlingen.
Informant E	Ja.	Personlig synes jeg det er veldig kjekt å hjelpe andre mennesker og gi hjelp til folk med det de har behov for. – Er det som driver meg mest.	Fysioterapeuten føler mestring og økt motivasjon etter pasientenes positive tilbakemeldinger.
Informant F	Ja.	Selv er jeg glad i å behandle mennesker. Er veldig stort spekter på hvem vi behandler. Det er variert og spennende.	Behandleren opplever jobben som meningsfylt når pasienter med ulike helseproblematikk gjør fremgang.

Informant G	Ja.	Det er å hjelpe andre mennesker. Jobben er både sosial og givende.	Tilbakemeldingene på at pasientene blir friskere gir økt arbeidslyst for fysioterapeuten.
Informant H	Ja.	Har alltid likt å ha med mennesker å gjøre og hjelpe andre mennesker.	Behandleren rapporterer at pasientenes forbedrede helse gir høyere arbeidsglede.
Informant I	Ja.	Det er muligheten til å hjelpe pasienter til å få et bedre liv. Det er drivkraften. For meg er det en stor verdi, om jeg klarer å få noen til å få et bedre liv.	Fysioterapeuten verdsetter høyt å få vite at pasientene får økt livskvalitet.
Informant J	Ja.	Ja. Jeg ønsker at pasientene skal føle seg bedre og oppleve fremgang.	Behandleren setter stor pris på tilbakemeldinger om pasientenes helsefremgang.
Informant K	Ja.	Er gøy å jobbe med. Og så er det jo kjekt å se at mine pasienter får det bedre, og det er jo også en driv.	Fysioterapeuten opplever det som en drivkraft at pasientene får bedre helse.

Tabell 8-1: De tre psykologiske tilstandene

Av tabellen ser jeg at det er bred enighet blant avtalefysioterapeutene om at de eier ansvarsfølelse for eget arbeid. De er opptatt av å gjøre en god jobb og sørge for at pasientene skal føle seg bedre og oppleve fremgang. Videre fremgår det av tabellen at informantene

bekrefter ønsket om å få vite resultatet av egen innsats. Dette får de gjennom at pasientene som går til behandleren blir bedre, eller gjennom direkte tilbakemeldinger. Flere av avtalefysioterapeutene rapporterer også om økt arbeidsglede og mestring ved pasientenes helsefremgang. Når det gjelder opplevelsen av arbeidet som meningsfylt, rapporterer informantene noe ulike begrunnelser, men flertallet poengterer viktigheten av økt livskvalitet for pasientene, og det å hjelpe andre.

Av tabell 8-1 fremkommer det tydelig at avtalefysioterapeutene er indre motiverte for det arbeidet de utfører. I tillegg har Galizzi et al (2015) funnet empirisk støtte for at helsearbeidere stort sett opptrer altruistisk. Altruisme kan defineres som:

«[i]n particular, altruism in economics is generally defined as an act that benefits another at one`s own expense» (Galazzi et al., 2015).

Et eksempel på at avtalefysioterapeutene er altruistiske, kommer frem ved at de opplever det etisk og moralsk vanskelig å ta ulik pris av pasientene. Dette scenarioet er gjeldende for avtalefysioterapeutene som vurderer å arbeide helprivat utover sin avtalehjemmel. Som informant E sier:

«(...) moralsk sett for min del føles det etisk riktig at alle skal få samme tilbud (...).»

Dette underbygger at avtalefysioterapeutene synes det er vanskelig å ta ulik pris av pasientene. Informantene utviser også empatiske trekk, som for eksempel at avtalefysioterapeut B sier:

«Det har vært den muligheten til å gjøre en endring i et annet menneskes liv til noe bedre. Det har vært det primære i alle disse årene».

Eller som avtalefysioterapeut E sier:

«(...) Gi folk hjelp til det de har behov for, er det som driver meg (...).»

Dette viser at avtalefysioterapeutene har empatiske trekk. Gjennom Burks et al. (2012) forskning på empati-altruisme hypotesen har man funnet en klar sammenheng mellom empatiske følelser og altruistiske handlinger, noe som også underbygger mine funn.

Alle fysioterapeutene trekker frem momenter som kan kobles mot indre motivasjon. De opplever at arbeidet er meningsfylt ved at de får hjelpe pasienter og se at de får økt livskvalitet. I tillegg finner jeg at de både har altruistiske og empatiske trekk, gjennom sine handlinger.

8.4 Hvorfor velge å arbeide utover avtalehjemmel?

Det fjerde forskningsspørsmålet handler om hvorfor avtalefysioterapeuter med reduserte hjemler velger å arbeide utover avtalehjemmel. Jeg vil se nærmere på dette ved bruk av de godt etablerte motivasjonsteoriene: Herzberg tofaktormodell og Likeverdsteorien. I tillegg vil jeg bruke de semistrukturerte intervjuene.

Jeg har gjennom intervjuene funnet at avtalefysioterapeuter med delte hjemler arbeider betraktelig mer enn det driftsavtalen deres tilsier. Merarbeidet de leverer varierer mellom 24 % til 108 %, noe som gir et gjennomsnittlig merarbeid på 76 %. Dette gir 3,4 fulle hjemler, som tilsvarer at 527 ekstra pasienter får tilbud om fysioterapi. Deltidshjemlene gjør at mange pasienter blir behandlet, noe som er positivt fordi ventelistene reduseres. Men hva skulle Bergen kommune gjort om alle avtalefysioterapeuter med delte hjemler hadde valgt å «boikotte», og kun arbeidet tilsvarende sin prosentstilling? Da ville ventelistene blitt lengre, som ikke er positivt for pasientene som står i kø.

Fra funnene mine har jeg funnet at det er tre hovedgrunner til hvorfor avtalefysioterapeutene med delte hjemler velger å arbeide utover avtalehjemmel. For det første trekker flere frem at det blir mye administrativt arbeid om de skulle arbeidet helprivat utover avtalehjemmel. Som fysioterapeut H sa «skal man arbeide utenom så må man egentlig ha nytt rom og ny frakk» og det blir vanskelig. For det andre, er det etiske aspektet viktig for mange. Flere fysioterapeuter opplever det som vanskelig å skulle ta forskjellige priser av pasientene. De synes det er uetisk å ta pasienter fra ventelistene til mye høyere pris, uten at de får mulighet til å opparbeide seg frikort. For det tredje, påpeker noen at ved at prisen er lavere så vil tilkomsten av pasienter være bedre.

Det overnevnte er grunner for hvorfor avtalefysioterapeutene velger å prioritere på måten de gjør. Det er videre interessant å se hva som *driver* avtalefysioterapeutene til å gjøre nettopp dette. Som nevnt i kapittel 6.2 drives avtalefysioterapeutene av at de er indre motiverte for det

arbeidet de gjør. I kapittel 6.4 viser mine intervju at det er stor misnøye rundt ordningen med delte driftstilskudd i Bergen kommune. Det er da et paradoks at så mange av avtalefysioterapeutene jobber utover sin avtalehjemmel. Da det er stor misnøye rundt ordningen, skulle en tro at flere «boikottet» ordningen og kun arbeidet tilsvarende sin prosentstilling. Som fysioterapeut F sier:

«Hadde jeg kun arbeidet 54 % som er min prosentstilling, så hadde det ikke vært så mye igjen når alle utgiftene er betalt.

Det indikerer at årsaken til hvorfor det ikke er aktuelt for avtalefysioterapeutene å kun arbeide sin prosentstilling, er at det medfører at de sitter igjen med lite lønn når alle regninger er betalt. Selv om de velger å arbeide utover sin avtalehjemmel er det ingen tvil blant avtalefysioterapeutene at det er misnøye rundt ordningen som sett i kapittel 6.4. Som fysioterapeut I sier:

«(...) Jeg tenker at det bør ryddes opp i og få det opp i dagens nivå som er 100 %. Mener alle bør kartlegges på nytt og høre hvor mye de ønsker å arbeide».

Dette er en mening som alle avtalefysioterapeuter deler. De ønsker at ordningen bør kartlegges på nytt, slik at alle som arbeider 100 % skal få tildelt 100 % driftstilskudd. Altså at mengden man arbeider, samsvarer med hvor stor driftsavtale en har. Det som *driver* avtalefysioterapeutene til å arbeide utover avtalehjemmel er de tre overnevnte grunnene, samt det økonomiske aspektet.

Ifølge likeverdsteorien er det normalt at en arbeidstaker sammenligner seg med hva andre i tilsvarende stillinger og arbeidssituasjoner får i lønn gitt hvor mye de arbeider. Lønnen blir sett på som arbeidsutbyttet og hvor mye enn arbeider definert som arbeidsinnsatsen. I arbeidssammenheng kan en arbeidstaker enten oppleve at situasjonen er urettferdig eller rettferdig. Dersom arbeidstakerne opplever situasjonen som urettferdig har vi likeverdsspenning. Slik spenning oppstår når noen arbeidstakere opplever at det ikke er likevekt mellom arbeidstakerne. Funnene mine i utredningen viser at flere avtalefysioterapeuter sammenligner seg med de som har fulle tilskudd. Et slikt referansepunkt omtales etter litteraturen som «andre-intern» referansesammenligning. Dette medfører at de med reduserte tilskudd opplever at det ikke er en likevekt mellom de som har reduserte og fulle tilskudd, som medfører til en likeverdsspenning. Hvorfor avtalefysioterapeutene med

reduerte driftstilskudd sammenligner seg med de som har fulle driftstilskudd, kan være fordi de opplever at de leverer omtrent samme jobb som de som har 100 %. Dette kommer frem av kapittel 6.4.

Hvor følsom den enkelte arbeidstaker er på at de har forskjellig utbetalt driftstilskudd kan forklares gjennom likeverdsfølsomhet. Likeverdsfølsomhet sier noe om hvor følsom en er for opplevelse av urettferdighet i henhold til innsats og det som kommer ut i forhold til de en sammenligner seg med (Kaufmann & Kaufmann, 2009). Noen vil være mer opptatt av sammenligning og rettferdighet enn andre, som kan medføre til lavere motivasjon og misnøye. Hva avtalefysioterapeutene gjør for å rette opp ubalansen er mer uklart, men det som fremkommer tydelig er deres ønske om å oppjustere deltidshjemplene. Noe avtalefysioterapeut F har gjort, er at personen flere ganger har prøvd å få kommunen i tale. Som avtalefysioterapeut F sier:

«Vi har flere ganger prøvd å få kommunen i tale, men de sier bare at vi ikke har de økonomiske midlene til å oppjustere deltidshjemplene».

Oppsummert vil det å oppjustere avtalehjemplene føre til at en på sikt får rettet opp i likeverdspanningen.

Funnene i denne utredningen viser at flere av de avtalefysioterapeutene med reduserte hjemler sammenligner seg med de som er helprivate fysioterapeuter. Et slikt referansepunkt omtales i litteraturen som «andre-intern» referansesammenligning. Denne sammenligningen medfører ikke til en likeverdspanning fra avtalefysioterapeutenes side, da de trolig ikke opplever situasjonen som urettferdig. Dette skyldes at man til en viss grad selv bestemmer om man skal være en helprivat fysioterapeut eller avtalefysioterapeut. Ser man det fra de helprivate fysioterapeutenes perspektiv kan en tenke at dette oppleves som urettferdig, fordi de leverer omtrent samme jobb som de som har en driftsavtale. Dersom dette er tilfellet, vil det oppstå en likeverdspanning. Hva som skal til for å rette opp i likeverdspanningen for de helprivate er vanskelig å ta stilling til, da jeg ikke har intervjuet helprivate fysioterapeuter.

Hovedtemaet for utredningen er hvordan driftsavtalen påvirker den enkelte avtalefysioterapeut. Ved hjelp av Herzbergs tofaktormodellen kan sammenhengen mellom motivasjon og utbetalingen av driftstilskuddet forklares nærmere. Denne modellen ble

beskrevet i kapittel 3.3.5 og viser til at jobbtrivsel påvirkes av hygienefaktorer og motivasjonsfaktorer.

En hygienefaktor er en faktor som kan skape mistrivsel ved å ikke være til stede, men ikke trivsel ved å være til stede (Kaufmann & Kaufmann, 2009). Eksempler på hygienefaktorer er arbeidsbetingelser og lønn. Driftstilskuddet må anses for å være en del av driftsavtalen og dermed en del av arbeidsbetingelsene til fysioterapeutene, noe som gjør tilskuddet til en hygienefaktor. Som avtalefysioterapeut fremkommer det av ASA 4313 at man skal få utbetalt driftstilskudd i samsvar med størrelsen på driftsavtalen.

En motivasjonsfaktor er en faktor som skaper trivsel ved å være til stede, men ikke mistrivsel ved å ikke være til stede (Kaufmann & Kaufmann, 2009). Eksempler på motivasjonsfaktorer er anerkjennelse, forfremmelse, selve arbeidet og ansvaret. Driftstilskuddet er ikke å anse som en motivasjonsfaktor fordi driftstilskuddet må anses for å være en del av driftsavtalen og ikke en gode som fysioterapeutene får i tillegg til den vanlige lønnen sin. Flere av motivasjonsfaktorene kan kobles mot arbeidet som de gjør, ved at det gir avtalefysioterapeutene muligheten til å arbeide selvstendig, ta ansvar for eget arbeid og hjelpe pasienter til å bli bedre. Dette medfører at flere faktorer ved arbeidshverdagen kan forklares gjennom motivasjonsfaktorene, selv om selve driftstilskuddet ikke kan forklares som dette.

Ved å anse driftsavtalen som en hygienefaktor vil Herzberg tofaktormodell kunne forklare hvorfor det oppstår misnøye blant de som har delte hjemler. Gitt at 100 % driftsavtale er normalsituasjonen for den enkelte avtalefysioterapeut, så vil det å ha under 100 % driftstilskudd skape misnøye. Dette er noe jeg har fått bekreftet gjennom intervjuer, at det eksisterer misnøye ved å ha reduserte driftsavtaler og at flere har et ønske om at hvor mye man arbeider skal samsvare med hvor mye man får utbetalt i driftstilskudd. Gitt at man har redusert driftstilskudd, vil dette oppleves som at arbeidsbetingelsene ikke eksisterer, noe som medfører at hygienefaktoren ikke er til stede. Dermed kan Herzberg tofaktormodell være med å forklare hvorfor det skaper misnøye ved å ha reduserte avtalehjemler. Det kan også argumenteres for at driftsavtalen ikke er en del av arbeidsbetingelsene og da faller resonnementet bort. Det viktigste å få frem ved bruk av Herzberg tofaktormodell er at gitt driftsavtalen er å anse som en del av driftsavtalen, så skaper det misnøye blant avtalefysioterapeutene.

Gjennom intervjuene kan det virke som at avtalefysioterapeutene med reduserte tilskudd, opplever at det er bedre å ha en driftsavtale fremfor å ikke ha en avtale. Årsakene til dette er blant annet at de har omtrent ubegrenset tilgang til pasienter ved å ha en driftsavtale, som igjen gir en økonomisk sikkerhet for avtalefysioterapeutene. Denne fordelene har man ikke som helprivat. Da må man markedsføre seg i større grad og levere høy kvalitet, for å få inn nok pasienter. Som avtalefysioterapeut F sier (50% driftsavtale):

«Det å ha et driftstilskudd gjør at man har stor pågang og alltid nok pasienter. Slipper å tenke på markedsføring, og det gir en forutsigbarhet og en trygghet å ha en driftsavtale (...)».

Selv om det er misnøye rundt ordningen, så virker det som at avtalefysioterapeutene setter pris på å ha en driftsavtale, fremfor å ikke ha en avtale.

8.4.1 Oppsummering

Oppsummert er det flere faktorer som er relevant å trekke inn for hvorfor avtalefysioterapeutene arbeider utover avtalehjemmel. For det første trekkes det frem at det gir mindre administrasjonsarbeid om man arbeider etter HELFO sine takster fremfor helprivat. Det føles mest etisk riktig å tilby samme pris til alle pasientene og at lavere pris gir bedre tilkomst av pasienter. Selv om de velger å arbeide utover sin avtalehjemmel er det ingen tvil blant avtalefysioterapeutene at det er misnøye rundt ordningen som sett i kapittel 6.4. En modell som kan være med å forklare hvorfor det skaper misnøye ved å ha reduserte avtalehjemler er Herzberg tofaktormodell. Ved å definere 100 % driftstilskudd som en hygienefaktor, vil dette oppleves som at arbeidsbetingelsene ikke eksisterer, noe som medfører at hygiene faktoren ikke er til stede. Likeverdsteorien viser til at en normal person vil sammenligne seg med andre i tilsvarende stillinger. Funnene mine i utredningen viser at flere fysioterapeuter sammenligner seg med de som har fulle tilskudd. Et slikt referansepunkt etter litteraturen omtales som «andre-intern» referansesammenligning. Dette medfører at de med reduserte tilskudd opplever at det ikke er en likevekt mellom de som har reduserte og fulle tilskudd, noe som medfører til en likeverdsspennning. For at likeverdsspenningen skal komme i likevekt igjen må deltidshjemlene oppjusteres. Av utredningen fremkommer det at en avtalefysioterapeut har prøvd å få kommunen i tale. Det er bred enighet blant avtalefysioterapeutene at de ønsker driftsavtalene oppjustert. Avtalefysioterapeutene virker å

sette pris på å ha en driftsavtale, fremfor å ikke ha en avtale. Dette skyldes at det bidrar til en omtrent umettelig etterspørsel, trygghet og sikret inntekt.

8.5 Bør Bergen kommune oppjustere deltidshjemlene?

I dette delkapittelet vil jeg diskutere hva Bergen kommune bør gjøre med deltidshjemlene. Bør de oppjustere alle deltidshjemlene, slik at de samsvarer med den mengde hver enkelt arbeider, eller er det forsvarlig å fortsette praksisen slik den er? Argumentet som kommunen bruker for å beholde deltidshjemlene er at avtalefysioterapeutene ikke må arbeide utover sin avtalehjemmel.

Avtalefysioterapeuter med delte hjemler får mindre utbetalt i driftstilskudd, noe som medfører at de stiller dårligere når det gjelder å investere i nytt utstyr, videreutdanning og kurs og annet som øker kvaliteten ved behandlingen av pasienten. Mine funn i kapittel 6.4 indikerer at avtalefysioterapeutene er flinke til å prioritere kurs, men at med redusert tilskudd, får en gjerne ikke deltatt på så mange kurs som man ønsker. En oppjustering av deltidshjemlene kan ha effekt med hensyn til at fysioterapeutene i større grad prioriterer å delta på flere kurs og kjøpe inn mer nytt utstyr. Dette er kun indikasjoner, og jeg har ingen klar støtte i mine funn om at dette er det som faktisk kommer til å skje.

Jeg vil se på effekten reduserte driftsavtaler har fra kommunens perspektiv. I dag er det 105 fulle driftsavtaler og 55 reduserte driftsavtaler i Bergen Kommune. Avtalefysioterapeuter med delte hjemler behandler flere pasienter enn størrelsen på hjemlene tilsier. Dette gir kommunen mer for pengene, og en kan da si at kommune får mer pasientbehandling ut av reduserte hjemler, enn av de med fullt driftstilskudd. En kan da si at de med reduserte driftstilskudd gir kommunen billigere fysioterapitjeneste, og er mer lønnsomme for kommunen når det gjelder effektivitet per krone.

Som det fremgår av rammeavtalen ASA 4313, skal kommunen «bare opprette deltidshjemler når dette samsvarer med det *reelle behovet*», jf. Punkt 1.3 siste setning (KS, 2018). Det fremgår videre av bestemmelsen at «*størrelsen på avtalehjemmelen skal være i samsvar med omfanget fysioterapeuten forutsettes å arbeide*». Dette medfører at kommunen kun skal opprette deltidshjemler når dette samsvarer med det reelle behovet. Hva som er det *reelle behovet*, vil jeg anta er dagens situasjon med 105 fulle driftsavtaler og 55 delte driftsavtaler.

Grunnen for denne antakelsen er at gjennom samtale med tidligere rådgiver for avtalefysioterapeutene i Bergen Kommune, så opprettes det sjeldent nye driftsavtaler. Ved at avtalefysioterapeutene med reduserte hjemler arbeider utover avtalehjemmel, gjør det at 527 ekstra pasienter får tilbud om behandling. Hvis en i tillegg tar hensyn til de som har 100 % avtalehjemler, så øker antallet ekstra pasienter som får tilbud om behandling til 589. Det er viktig å påpeke at det fremgår av ASA 4313 at størrelsen på avtalehjemmelen skal være i samsvar med det omfanget fysioterapeuten forutsettes å jobbe. Dette innebærer at dersom en avtalefysioterapeut kan vise til 100 % arbeid, så skal han/hun i utgangspunktet få 100 % driftstilskudd.

Ekstra pasienter som får tilbud om fysioterapi, reduserte hjemler	$3,4 * 155 = 527$
Ekstra pasienter som får tilbud om fysioterapi, både reduserte og 100% avtaler	$3,8 * 155 = 589$

Som nevnt er det flere momenter som kan påvirke hva kommunen kan gjøre. De kan ta hensyn til hvor mange ekstra pasienter som vil stå i kø om avtalefysioterapeutene med reduserte og fulle hjemler kun jobber etter sin hjemmelsbrøk. Jeg har funnet at 5921 ekstra pasienter får tilbud om fysioterapi hvert år, av de som har reduserte og fulle hjemler. Tallet bærer preg av usikkerhet, siden tallet kun baserer seg på 11 avtalefysioterapeuter, men det gir sannsynligvis en grei indikasjon på hvordan situasjonen er for hele populasjonen. Dette indikerer at ventelistene ville blitt lengre dersom avtalefysioterapeutene kun arbeider tilsvarende sin prosentstilling.

Det vil som vist i kapittel 4.3 koste kommunen rundt 9,8 millioner kroner å oppjustere alle deltidshjemlene. Gitt mine intervjuer er det ingenting som tyder på at de vil arbeide mindre i fremtiden. Det er dermed ingen insentiver for kommunen for å oppjustere deltidshjemlene til 100 %. I det videre vil jeg presentere grunner til hvorfor det kan være hensiktsmessig for kommunen å gjøre noe med deltidshjemlene.

Utredningen viser at kommunen får billig fysioterapi ved reduserte driftsavtaler ved at disse arbeider utover avtalehjemmel. Flere pasienter får hjelp. Det er de med delte driftsavtaler som ønsker å arbeide fullt som er taperne. Disse får mindre utbetalt i driftstilskudd som medfører at de blant annet har mindre rom for nye investeringer og kunne ta kurs/videreutdanning. I tillegg opplever noen seg forskjellsbehandlet av kommunen. Gjennom utredningen min har

jeg funnet at flere av avtalefysioterapeutene med delte hjemler ønsker å ta flere kurs om de får muligheten til det. Flere nevner at de synes kurs er lærerikt og gøy. Som fysioterapeut F sier:

«Hadde man oppjustert tilskuddene, hadde nok folk tatt seg råd til å reise på mer kurs, og kommunen kunne nok hatt eks antall kurs som et krav».

Dette sitatet indikerer at dersom man hadde hatt fulle tilskudd, så ville nok folk tatt seg mer råd til å reise på kurs, som igjen kan føre til økt kvalitet på tjenestene som leveres.

Avtalefysioterapeutene uttrykker hovedsakelig at det er attraktivt å ha en driftsavtale, fordi en får tilgang til en omtrent ubegrenset etterspørsel og en sikker inntekt. Så selv om noen opplever seg forskjellsbehandlet av kommunen, er de også takknemlig for å ha en driftsavtale. Dagens næringsliv har omtalt driftsavtalen som en gullgruve for avtalefysioterapeutene på grunn av fordelene driftsavtalen gir (Dagens næringsliv, 2008).

Av de avtalefysioterapeutene som har 100% avtalehjemmel er det en av de jeg har intervjuet som jobber 14 timer ekstra per uke. Denne personen jobbet utover 100% fordi vedkommende ville ta unna ventelistene, og opplevde også at det var lettere å si ja enn nei. Flere pasienter kommer innom i perioder, og de periodene pasientene ikke ville ha behandling, tok avtalefysioterapeuten inn andre pasienter. Når så disse pasientene igjen var motivert til behandling, hopet det seg opp, og avtalefysioterapeuten følte et ansvar for fortsatt å følge opp de pasientene som var tatt inn. Da ble løsningen å jobbe utover avtalehjemmel. Flere andre informanter sa også at de jobbet ekstra for å ta unna ventelister, men det var bare avtalefysioterapeut A som var så spesifikk.

Kommunen tjener ingenting på å oppjustere deltidshjemlene, da de får mindre fysioterapi per krone. Det eneste kommunen oppnår ved å oppjustere hjemlene er at de som har delte hjemler blir fornøyde, og at kommunen da har mindre penger å bruke andre steder. Det kommunen «tjener» på å oppjustere hjemlene er fornøyde ansatte, og en mer etisk riktig tjeneste.

For avtalefysioterapeutene vil en oppjustering av deltidshjemlene føre til at de blir mer fornøyde. Videre får avtalefysioterapeutene en mer romslig økonomi som kan medføre at de blir mindre stresset. I tillegg indikerer mine funn at avtalefysioterapeutene vil satse ytterligere på faglig oppdatering i form av kursing og videreutdanning. Disse momentene vil være positive for pasientene.

Et annet poeng som er relevant å trekke frem er at kommunen vil kunne stille flere krav til avtalefysioterapeutene dersom de oppjusterer driftsavtalene tilsvarende det hver enkelt ønsker å arbeide. Som fysioterapeut F sier:

«Et krav fra kommunen dersom tilskuddene oppjusteres, er at man i løpet av et år skal ha fullført 4, 3 eller 2 kurs og at dette må dokumenteres».

Dette vil være positivt, sett fra Bergen kommunes side, da kan det kan medføre til økt kvalitet på tjenestene som leveres.

I Larvik kommune fikk alle avtalefysioterapeuter som ønsket det i 2018, tilbud om å oppjustere driftsavtalene sine (Høstmark, 2019a). Mye av målet med oppjusteringen handlet om å få bedre tjenester til innbyggerne. Argumentasjonen for at de skulle få oppjustert deltidshjemlene var at avtalefysioterapeutene kunne spare kommunen for tusener av kroner for hver pasient som ikke blir liggende. Oppjusteringen medførte at møtene nå ble viet til fag og faglig diskusjon, mens tidligere gikk møtene med til å diskutere hjemlene. Larvik kommune viser at det ikke bare er en kostnad ved å oppjustere deltidshjemlene, men at det også kommer fordeler ut av det.

I Ålesund kommune er avtalefysioterapeutene lei av ha delte hjemler fordi de opplever at de leverer «gratis» fysioterapi for kommunene (Høstmark, 2019d). En av avtalefysioterapeutene i kommunen har jobbet for at kommunen skal oppjustere deltidshjemlene. Det han blir møtt med, er at kommunen ikke har friske midler til å oppjustere og at kommunen ikke forventer at avtalefysioterapeutene skal arbeide utover avtalehjemmel. De opplever at de leverer «gratis» fysioterapi, men dette stemmer ikke. Årsaken til dette er at man ikke er pliktig til å arbeide mer enn avtalehjemmelen tilsier, og vil dermed ikke kompenseres for mer driftstilskudd. Det er dermed frivillig at den enkelte arbeider utover avtalehjemmel.

Et annet moment som er viktig å merke seg er at Bergen kommune arbeider for en heltidskultur (Bergen kommune, 2017b). Dette innebærer at man arbeider for å ha fulle stillinger. Gjennom å ha delte driftstilskudd viser kommunen det motsatte. Så spørsmålet blir, dersom kommunen virkelig ønsker en heltidskultur, bør de revurdere deltidshjemlene og oppjustere de etter hvor mye den enkelte ønsker å arbeide?

Avslutningsvis er det opptil Bergen kommune hva de velger å gjøre, men flertallet av de avtalefysioterapeutene som jeg har intervjuet er klare på hva de mener om deltidshjemler.

Flere av disse mener at de bør oppjusteres til hvor den enkelte ønsker å arbeide. Dette fremgår av tabell 6-11.

8.5.1 Oppsummering

Når det gjelder hva Bergen kommune bør gjøre er det flere momenter som bør vektlegges. For det første bør de ta hensyn til hvor mange ekstra pasienter som vil stå i kø om avtalefysioterapeutene med reduserte og fulle hjemler kun arbeider sin hjemmelsbrøk. Utredningen min viser at 5921 ekstra pasienter får tilbud om fysioterapi hvert år, både hos de som har reduserte og fulle hjemler. Dette kan indikere at ventelistene ville blitt betraktelig lengre, dersom avtalefysioterapeutene kun arbeider sin prosentstilling. Om kommunen oppjusterer deltidshjemlene, får de mindre fysioterapitjenester per krone. Det kommunen «tjener» på å oppjustere deltidshjemlene er fornøyde ansatte, og en mer etisk riktig tjeneste. I tillegg vil Bergen kommune oppfylle sitt mål om heltidskultur. For avtalefysioterapeutene vil en oppjustering av deltidshjemlene føre til at de blir mer fornøyde, og får en mer romslig økonomi. Mine funn indikerer at avtalefysioterapeutene vil satse ytterligere på faglig oppdatering i form av kursing og videreutdanning. I vurderingen av om deltidshjemlene skal oppjusteres, er det viktig å nevne at avtalefysioterapeutene hovedsakelig uttrykker at det er attraktivt å ha en driftsavtale, fordi en får tilgang til en omtrent ubegrenset etterspørsel og en sikker inntekt. Dette viser at selv om avtalefysioterapeutene mener at avtalehjemlene bør kartlegges på nytt og vurderes oppjustert, så er majoriteten samtidig fornøyd med å ha en driftsavtale.

9. Konklusjon

I denne delen av utredningen vil jeg først si noe om den overordnede problemstillingen «Hva påvirker driftsavtalen, inntjeningen og motivasjonen til avtalefysioterapeutene i Bergen kommune». Deretter vil jeg kort oppsummere svarene på de fem forskningsspørsmålene. Videre vil jeg oppsummere svaret på problemstillingen, før jeg sier noe om veien videre, begrensninger og forslag til videre forskning. Utredningen er utarbeidet i forhold til følgende overordnet problemstilling:

Hva påvirker driftsavtalen, inntjeningen og motivasjonen til avtalefysioterapeutene i Bergen kommune?

Denne problemstillingen er utredet ved hjelp av fem forskningsspørsmål. Målsetningen med utredningen har vært å sette søkelys på en bransje som er kompleks og lite forsket på.

Forskningsspørsmålene er utarbeidet slik at jeg ser nærmere på hva som påvirker driftsavtalen, inntjeningen og motivasjonen til avtalefysioterapeutene i Bergen kommune. Hva som driver avtalefysioterapeutene til å arbeide utover avtalehjemmel er sentralt i denne utredningen. Det har vært viktig å belyse avtalehjemlene sett opp Bergen kommunen, og om kommunen bør oppjustere deltidshjemlene, samt hva kommunen eventuelt vil få ut av dette.

I utgangspunktet var tanken å se på lønnsomhetsvariasjoner mellom de som har reduserte og fulle tilskudd, men på grunn av at få ønsket å dele sine næringsoppgaver, ble dette vanskelig. Etter å ha lest enkelte næringsoppgaver, så jeg fort at disse er mangelfulle, da driftsinntektene ikke splittes i de tre komponentene: egenandel fra pasient, refusjon fra HELFO og driftstilskudd fra kommunen. Dette medførte at utredningen fikk en annen vri, og hovedfokuset ble endret til å se på driftsavtalen, etterspørselen, inntjeningen og motivasjonen til avtalefysioterapeutene. Ved å ha lest saker i media og gjennom samtaler med relevante fagpersoner, så kom det frem at mange avtalefysioterapeuter arbeider mye utover avtalehjemmel. Dette syntes jeg var interessant å undersøke videre. Driftstilskuddet er noe fysioterapeutene kan få tildelt av kommunene som støtte til driften, med hovedformål å gjøre helsetjenesten billigere for pasienten. Media setter søkelys på reduserte driftsavtaler ved å

belyse ulike forhold ved dette. En artikkel setter søkelys mot at avtalefysioterapeutene føler de arbeider «gratis» for kommunen (Høstmark, 2019d). En annen artikkel fra Larvik viser til at alle avtalefysioterapeutene fikk tilbud om å oppjustere sine deltidshjemler i 2018. (Høstmark, 2019a).

Gjennom de fem forskningsspørsmålene setter jeg søkelys på hvordan driftsavtalen, inntjeningen og motivasjonen påvirker avtalefysioterapeutene i Bergen kommune. I tillegg ser jeg på hva som driver den enkelte til å arbeide utover avtalehjemmel. Avslutningsvis ser jeg hva Bergen kommune bør gjøre med deltidshjemlene. Det er viktig å merke seg at dette kun er en liten casestudie med 11 intervjuer. Håpet er at utredningen kan bidra til økt forståelse rundt avtalefysioterapi, problematikken med reduserte deltidshjemler og kommunens håndtering av avtalene.

9.1 Konklusjon på forskningsspørsmålene

I dette delkapittelet vil jeg kort oppsummere funnene fra de fem forskningsspørsmålene. Til slutt vil jeg gi et samlet svar på problemstillingen.

Forskningsspørsmål 1: *Hva karakteriserer makroomgivelsene og bransjen til avtalefysioterapeutene i Bergen kommune?*

Analysen av makroomgivelsene og bransjen som avtalefysioterapeutene opererer i, har gitt et godt grunnlag for å forstå viktige forhold og trender som de må forholde seg til. Den norske fysioterapibransjen har vist seg å være kompleks og vanskelig å kartlegge. Mye tid har derfor blitt brukt på å samle inn informasjon. Jeg har viet tid til å forklare hva en fysioterapeut er, hva det kreves for å bli en autorisert fysioterapeut, redegjort for hvilke felt en fysioterapeut kan bli spesialisert innenfor, i kapittel fire. I tillegg kommer jeg inn på lover og forskrifter som fysioterapeutene må forholde seg til. Jeg har definert det relevante produktmarkedet til å gjelde alle avtalefysioterapeuter i Bergen Kommune. Det geografiske området har jeg begrenset til å gjelde Bergen Kommune.

Analysen av *makroforholdene* har vist at de politiske og juridiske forholdene er med på å styre mye av bransjen. Driftstilskuddet er et politisk forhold som har direkte innvirkning på

inntjeningen til fysioterapeuten, ettersom det styrer nær sagt alle kildene til inntekt. Lovene og forskriftene som fysioterapeutene må forholde seg til påvirker hvordan de skal utføre sitt arbeid som autorisert helsepersonell, samt hvordan de skal drive sin praksis. Sosiokulturelle forhold viser til en stadig økende grad av stillesittende arbeid og et mer helsebevisst fokus.

Analysen av *konkurranseomgivelsene* har vist at det er lav konkurranseintensitet mellom avtalefysioterapeutene. Dette er fordi etterspørselen er nærmest umettelig og de får driftstilskudd dekket fra kommunene. I tillegg er inngangsbarrierene høye. Dette medfører at det er en bransje som det er attraktivt å komme inn i, ettersom det opprettes få nye driftstilskudd og er det vanskelig å komme inn i bransjen.

Forskningsspørsmål 2: *Hva driver etterspørselen og inntjeningen til avtalefysioterapeutene i Bergen kommune?*

Verdiverkstedet er til hjelp for å forstå hvilke faktorer som påvirker etterspørselen til avtalefysioterapeutene. Driftsavtalen er vesentlig for etterspørselen til disse på grunn av prisen. Som nevnt i delkapittel 8.2 viser mine funn imidlertid, at andre faktorer også spiller inn på etterspørselen. Faktorer som omdømme, kompetanse, lokalisering, kvalitet og ventetid har også betydning. Hva som er viktigst, kommer an på pasienten.

Videre ser jeg på bakgrunn av funnene i delkapittel 8.2 i utredningen, at det er vanskelig å si eksakt hva som påvirker inntjeningen til avtalefysioterapeutene. Enigheten er stor blant avtalefysioterapeutene om at for å øke inntjeningen, så må man ta inn flere pasienter. Det som er interessant er at verken driftsinntekter, driftsresultat eller resultatmargin avhenger signifikant av avtalestørrelse. Dette indikerer at det er andre variabler som må tas i betraktning for å forklare de.

Det fremgår i samme delkapittel at driftsinntektene påvirkes i tillegg til avtalestørrelse, også av prisen en kan ta per behandling og om man kjører mye grupper, eller individuelle behandlinger. Driftsresultatet er høyere for høyere avtalebrøk, men sammenhengen mellom avtalestørrelse og driftsresultat er ikke signifikant. Dette indikerer at de med fulle hjemler bruker det til drift. Intervjuene som er gjort viser at de med fulle hjemler bruker mer penger på å holde seg faglig oppdatert, som øker driftskostnadene. Avslutningsvis viser resultatmarginen at det er en negativ sammenheng mellom avtalestørrelse og resultatmargin,

men at sammenhengen ikke er signifikant. At resultatmarginen ikke påvirkes av avtalestørrelse kommer blant annet av at driftsinntektene varierer mye uavhengig av avtalestørrelse.

Forskningsspørsmål 3: *Hva drives motivasjonen til avtalefysioterapeutene av?*

Oppsummert trekker alle fysioterapeutene frem momenter som kan kobles mot indre motivasjon. Motivasjonsteorien referer til tre ulike psykologiske tilstander som kan føre til indre motivasjon ved utførelse av arbeidsoppgaver: ansvarsfølelse for eget arbeid, individet som utfører arbeidet opplever det som meningsfylt og individet må få vite resultatet av sin innsats (Kaufmann & Kaufmann, 2009). Alle avtalefysioterapeutene nevnte flere av disse, spesielt da ønsket om å hjelpe mennesker til å bli bedre, hjelpe de over tid og se at de fikk bedre livskvalitet. Ut ifra funnene kan man dermed konkludere med at avtalefysioterapeutene er indre motivert for det arbeidet de gjør. I tillegg finner jeg at disse har empatiske trekk og utviser tendenser til altruistiske handlinger.

Forskningsspørsmål 4: *Jobber avtalefysioterapeutene utover sin avtalehjemmel?*

Funnene fra utredningen viser at det er *tre hovedgrunner* til hvorfor avtalefysioterapeutene med delte hjemler velger å arbeide utover avtalehjemmel, jf. drøftingen i kapittel 8.4. For det første trekker flere frem at det blir mye administrativt arbeid å jobbe helprivat utover avtalehjemmel. Som fysioterapeut H sa «skal man arbeide utenom så må man egentlig ha nytt rom og ny frakk» og det blir vanskelig. For det andre er det etiske aspektet viktig for mange. Flere fysioterapeuter opplever det som vanskelig å skulle ta forskjellige priser av pasientene. For det tredje, påpeker de fleste at tilkomsten av pasienter er bedre når man er avtalefysioterapeut.

Ved å koble inn Herzberg tofaktormodell og anta at driftstilskuddet er en hygienefaktor, så kan modellen forklare hvorfor det skaper misnøye blant avtalefysioterapeutene som har delte hjemler, som vist i delkapittel 8.4. Videre kan likeverdsteorien forklare hvorfor det oppstår likeverdspanning mellom de som har reduserte og fulle driftstilskudd og at en oppjustering av deltidhjemlene må til for å skape en likevekt. Avslutningsvis er det viktig å nevne at avtalefysioterapeutene med reduserte hjemler leverer mye merarbeid i forhold til

avtalehjemmel. Merarbeidet tilsvarer 3,4 fulle hjemler som igjen gjør at 527 ekstra pasienter får tilbud om behandling.

Forskningsspørsmål 5: Bør Bergen kommune oppjustere deltidshjemlene?

Når det gjelder hva Bergen kommune bør gjøre er det flere momenter som bør vektlegges. Som gjennomgått i delkapittel 8.5, bør de for det første ta hensyn til hvor mange ekstra pasienter som vil stå i kø om avtalefysioterapeutene med reduserte og fulle hjemler kun arbeider sin hjemmelsbrøk. Jeg har funnet i delkapittel 7.1 at 5921 ekstra pasienter får tilbud om fysioterapi hvert år, både hos de som har reduserte og fulle hjemler. Dette kan indikere at ventelistene ville blitt betraktelig lengre, dersom avtalefysioterapeutene kun arbeider sin prosentstilling.

Om kommunen oppjusterer deltidshjemlene, får de mindre fysioterapitjenester per krone. Det kommunen «tjener» på å oppjustere deltidshjemlene er fornøyde ansatte, og en mer etisk riktig tjeneste. For avtalefysioterapeutene vil en oppjustering av deltidshjemlene føre til at de blir mer fornøyde, og får en mer romslig økonomi. Mine funn i kapittel 8.5 indikerer at avtalefysioterapeutene vil satse ytterligere på faglig oppdatering i form av kursing og videreutdanning. I vurderingen av om deltidshjemlene skal oppjusteres, er det viktig å nevne at avtalefysioterapeutene hovedsakelig uttrykker at det er attraktivt å ha en driftsavtale, fordi en får tilgang til en omtrent ubegrenset etterspørsel og en sikker inntekt. Dette viser at selv om avtalefysioterapeutene mener at avtalehjemlene bør kartlegges på nytt og vurderes oppjustert, så er majoriteten samtidig fornøyd med å ha en driftsavtale.

9.3 Konklusjon på problemstillingen

Problemstillingen har jeg besvart gjennom mine fem forskningsspørsmål. Problemstillingen var som følgende:

Hva påvirker driftsavtalen, inntjeningen og motivasjonen avtalefysioterapeutene i Bergen kommune?

- Avtalefysioterapeutene har en omtrent ubegrenset tilgang på pasienter og de får dekket driftstilskuddet av kommunen. Dette skaper en økonomisk stabilitet for den enkelte og det gir de muligheten for å ta videreutdanning og kurs.
- Enigheten er stor blant avtalefysioterapeutene om at for å øke inntjeningen, så må man ta inn flere pasienter.
- Det som er interessant er at verken driftsinntekter, driftsresultat eller resultatmargin avhenger signifikant av avtalestørrelse. Dette indikerer at det er andre variabler som må tas i betraktning for å forklare de. Funnene mine indikerer at de med fulle hjemler bruker pengene som driftsavtalen gir til driften. Intervjuene som er gjort viser at de med fulle hjemler bruker mer penger på å holde seg faglig oppdatert, som øker driftskostnadene.
- Jeg har avdekket at avtalefysioterapeutene drives av indre motivasjon og altruisme, når det gjelder arbeidet de utfører, ved at de er genuint interessert i å hjelpe mennesker til å få det bedre.
- Avtalefysioterapeutene med reduserte hjemler jobber mye utover avtalehjemmel. Dette tilsvarer 3,4 fulle driftsavtaler. Tar man i tillegg hensyn til de som har 100 % avtalehjemmel, øker tallet til 3,8 fulle driftsavtaler. Ved å generalisere funnene fra denne utredningen (N=11) til hele populasjonen (N=160), og ved å legge til grunn at de 11 er representative for hele populasjonen, finner jeg at avtalefysioterapeutene i Bergen kommune, leverer et merarbeid som tilsvarer 38,2 fulle driftsavtaler. Dette gjør at 5921 ekstra pasienter får tilbud om behandling vært år.
- Avtalefysioterapeutene opplever at driftstilskuddsordningen bør kartlegges på nytt. Flere av avtalefysioterapeutene mener at man bør oppjustere deltidshjemlene tilsvarende det hver enkelt avtalefysioterapeut arbeider, slik at det er samsvar mellom størrelsen og forventet aktivitet i en driftsavtale som det fremgår av ASA 4313.

9.4 Veien videre

Gjennom min utredning har jeg funnet at avtalefysioterapeuter med delte hjemler leverer mye merarbeid, som har stor betydning for kommunen og er arbeid som ikke bør undervurderes. Funnene mine indikerer at avtalefysioterapeutene ikke vil arbeide mindre i fremtiden, som medfører at kommunen ikke har klare insentiver for å oppjustere deltidshjemlene. Som enkelte avtalefysioterapeuter nevner har de vært innom tanken å kun arbeide sin

avtalehjemmel for å «boikotte» ordningen, men de nevner det er vanskelig på grunn av den økonomiske nedsiden ved det.

Gjennom kapittel seks og syv har jeg visst flere funn som viser oppsiden ved å oppjustere deltidshjemlene. For det første kan det medføre til at avtalefysioterapeutene gjennomfører mer videreutdanning og kursing. For det andre gjør det at avtalefysioterapeutene får enn mer romslig økonomi som kan gjøre de mindre stresset. Disse faktorene kan medføre til økt kvalitet på behandlingene som leveres. Videre vil det kunne gjøre at kommunen får bedre kontroll over tjenesten og flere får tilbud om behandling. Ulempen ved å oppjustere deltidshjemlene er at det er kostnad for kommunen som de må vurdere.

På bakgrunn av funn i denne utredningen er det vanskelig å si eksakt hva som påvirker inntjeningen til avtalefysioterapeutene. Enigheten er stor blant avtalefysioterapeutene om at for å øke inntjeningen, så må man ta inn flere pasienter. I bransjen er etterspørselen umettelig, høye inngangsbarrierer og driftstilskuddene blir betalt for kommunen. Dette gjør det økonomisk sett til en ettertraktet bransje det er vanskelig å komme inn i.

Det at avtalefysioterapeutene arbeider mye utover sin avtalehjemmel tror jeg er blitt normalen for Bergen kommune. De er rett og slett blitt vant til at avtalefysioterapeutene leverer mye merarbeid. Som en avtalefysioterapeut med delt hjemmel nevnte, så er kommunen villig til å betale forsikringen vi betaler til pasientskadeerstatningen, tilsvarende en 100 % hjemmel, men de kan ikke oppjustere deltidshjemlene?

Det er opptil Bergen kommune å ta stilling til hva de skal gjøre. Det blir økte kostnader for kommunen å oppjustere avtalehjemlene, uten at kommunen får mer fysioterapitjenester ut av dette. Samtidig ønsker kommunen en heltidskultur, og bør derfor oppjustere avtalehjemlene. Her må kommunen selv ta stilling til hva som veier tyngst. Avtalefysioterapeutene er derimot klar på hva de mener. De mener at alle avtalefysioterapeutene bør kartlegges på nytt, og alle bør gis den samme muligheten til faglig oppdatering.

9.5 Begrensninger og forslag til videre forskning

Begrensninger ved utredningen er flere. Jeg har valgt en casestudie ved å gjennomføre intervju med utvalgte avtalefysioterapeuter. Disse ble ikke plukket ut på en tilfeldig måte. Utvalget kom til ved at jeg tok kontakt med de ulike fysioterapiklinikkene i kommunen. Jeg ringte til alle klinikkene i kommunen, det var likevel ikke alle som tok telefonen. Etter ringerunden endte jeg opp med et utvalg på 11 avtalefysioterapeuter, som sa seg villig til å delta. Casestudien består da av 11 avtalefysioterapeuter av 160 i Bergen kommune. Derav åtte med delte hjemler og tre med fulle hjemler. Av disse 11 var en spesialist, to manuellterapeuter åtte vanlige fysioterapeuter. Utvalget tilsvarer 7 % av populasjonen. Måten utvalget kom i stand på gjør at man ikke klart kan si at resultatene er representative for hele populasjonen. Hensikten med utredningen er å skaffe dybde informasjon og innsikt om et interessant aspekt ved bransjen. I utredningen har jeg både vanlige fysioterapeuter og spesialister. I videre forskningen kan det være en fordel å skille disse to gruppene, da inntjeningen kan variere mellom disse to gruppene, da de kan ta ulike takster. For å gjøre resultatene representative for avtalefysioterapeuter for hele landet vil en videre forskningen også kunne dra nytte av å se på dette på tvers av kommunene i Norge, og ikke bare innen en kommune, slik jeg har gjort. Da vil det være viktig å gjøre et utvalg som er tilfeldig og representativt.

Videre er utredningen gjennomført over 5 måneder som en masterutredning ved Norges Handelshøyskole. Det setter sine begrensninger ved innhenting av data. Dataene har hovedsakelig blitt innhentet gjennom fysiske intervjuer, samt at et par har blitt til gjennom telefon intervju pga. koronasituasjonen.

Det er mange flere aspekter innen denne bransjen som kan analyseres videre. For det første er det interessant å finne ut om avtalefysioterapeuter med delte hjemler faktisk tjener mindre enn de med fulle hjemler. Vi vet at de får utbetalt mindre i driftstilskudd, men medfører dette at de får utbetalt mindre i lønn? Det jeg har funnet indikerer at det er stor variasjon i sum driftsinntekter uavhengig av om de har fulle eller delte driftstilskudd.

I tillegg er det av interesse å gjøre en sammenligningsstudie mellom selvstendige næringsdrivende fysioterapeuter og helprivate fysioterapeuter, da spesielt rettet mot hvordan kvaliteten av tjenesten påvirkes driftsavtalen. Det jeg finner er at det er positivt for kvaliteten for avtalefysioterapeutene, at de helprivate fysioterapeutene eksisterer.

Kilder

- 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*.
- Berdud, M., Cabases, J. M., & Nieto, J. (2016). Incentives and intrinsic motivation in health care. Hentet fra: [Incentives and intrinsic motivation in healthcare - ScienceDirect](#)
- Bergen kommune, (2017a). Oppjustering av avtalehjemler. Hentet fra: <https://www.bergen.kommune.no/hvaskjer/tema/informasjon-til-avtalefysioterapeuter/oppjustering-av-avtalehjemler>
- Bergen kommune, (2017b). Lokal erklæring om heltid i Bergen kommune. Hentet fra: https://www.bergen.kommune.no/bk/multimedia/archive/00314/Lokal_erkl_ring_om_314678a.pdf
- Besanko, D. (2017). *Economics of strategy* (7th ed. ed.). Hoboken, N.J: Wiley.
- Bjørnenak, T., & Management control in public, s. (1999). *Understanding cost differences in the public sector : a cost drivers approach* (Vol. no. 64/99). Bergen: Foundation for research in economics and business administration.
- Brekke, K. R., Siciliani, L., & Straume, O. R. (2012). Quality competition with profit constraints. [Quality competition with profit constraints - ScienceDirect](#)
- Brochs-Haukedal, W., & Bjørvik, K. I. (2010). *Arbeids- og lederpsykologi* (8. utg. ed.). Oslo: Cappelen akademisk.
- Bryman, A., & Bell, E. (2011). *Business Research Methods* (3. utg. ed.). United States: Oxford University Press.
- Burks, D. J., Youll, L. K, Durtschi J. P (2012). Social Behavior and Personality (3. utg. ed, s.395-400). «The empathy-altruism association and its relevance to health care professions». Palmerston North. Hentet fra: [THE EMPATHY-ALTRUISM ASSOCIATION AND ITS RELEVANCE TO HEALTH CARE PROFESSIONS - ProQuest \(uib.no\)](#)
- Christensen, M. H. (2015). Finansiering av fysioterapitjenesten - en kvantitativ studie av fysioterapeuter med driftstilskudd. (Masteroppgave), Universitet i Oslo. Hentet fra:

<https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/48205/Finansiering-av-Fysioterapitjenesten-En-quantitativ-studie-av-fysioterapeuter-med-driftstilskudd.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Claus, G., & Hove, I. H. (2020). Fysioterapeuters inntekter og kostnader. Hentet fra: <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/attachment/416890?ts=17130706708>

Dagens næringsliv (2008). Grenser til korrupsjon. Hentet fra: <https://www.dn.no/samfunn/-grenser-til-korrupsjon/1-1-1223119>

Dalen, H. B. (2019, 30.10). Styrketrening stadig blitt 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 fremtidige utfordringer. (Masteroppgave). Universitetet i Bergen. Hentet fra: <http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/7557/82628759.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Delfgaayw, J. (2007). Dedicated Doctors: Public and Private Provision of Health Care with Altruistic Physicians (Tinbergen Institute Discussion Paper: TI 2007-010/1). Hentet fra: [Microsoft Word - 07010.doc \(tinbergen.nl\)](#)

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.

Galizzi, M. M., Tammi, T., Godager, G., Linnosmaa, I., & Wiesen, D (2015). Provider altruism in health economics. Hentet fra: [Microsoft Word - THL Discussion Paper Altruism 4-2015 2 \(julkari.fi\)](#)

Gaynor, M. (2006). What do we know about competition and quality in health care markets? Hentet fra: <http://www.nber.org/papers/w12301>

Helfo, (2020). Regelverk for fysioterapeut. Hentet fra: <https://www.helfo.no/regelverk-og-takster/overordnet-regelverk/regelverk-for-fysioterapeut>

Helsenorge, (2020). Egenandel hos fysioterapeut. Hentet fra: <https://helsenorge.no/betaling-for-helsetjenester/betaling-hos-fysioterapeut>

Hollensen, S. (2017). *Global marketing* (7th ed. ed.). Harlow: Pearson.

- Høstmark, C. B. (2019a). Larvik ga alle tilbud om fullt driftstilskudd. Hentet fra: https://fysioterapeuten.no/arbeidsliv-avtalefysioterapeuter-driftstilskudd/larvik-ga-alle-tilbud-om-fullt-driftstilskudd/118422?fbclid=IwAR2mNvX46WZgnSZEYKM8RqE4yV0uxoePE7Pa0ksPNGHPLeuNVGZ9V_6wJKg
- Høstmark, C. B. (2019d). Lei av å ikke få fullt driftstilskudd. Hentet fra: <https://fysioterapeuten.no/arbeidsliv-avtalefysioterapeuter-driftstilskudd/lei-av-a-ikke-fa-fullt-driftstilskudd/118409>
- Høstmark, C. B. (2020b). Helsedirektoratet stenger fysioterapiklinikkene. Hentet fra: <https://fysioterapeuten.no/arbeidsliv-helsedirektoratet-korona/helsedirektoratet-stenger-fysioterapiklinikkene/101053>
- Høstmark, C. B. (2020c). Fysioterapeuter får takst for videoppfølging. Hentet fra: <https://fysioterapeuten.no/korona-selvstendig-naeringsdrivende-takster/fysioterapeuter-far-takst-for-videooppfolging/101171>
- Johannessen A., Tufte P., Christoffersen L. (2016). Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode (5. utg. ed.) Oslo: Abstrakt forlag.
- 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.
- Kaufmann, G., & Kaufmann, A. (2009). *Psykologi i organisasjon og ledelse* (4. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Konkurransetilsynet. (2011), Konkurranseloven - det relevante marked. Hentet fra: https://konkurransetilsynet.no/wp-content/uploads/2018/08/RELEVANT_MARKED.pdf
- KS. (2018), ASA 4313. Rammeavtale mellom Ks og NFF, NMF og PFF om drift av selvstendig næringsdrivende fysioterapivirksomhet. Hentet fra: https://www.ks.no/contentassets/8774e0fc4861417682525a65fb660d47/arundskriv_4_2018.pdf
- KS. (2019a), 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/11-01029-25-ASA->

[4303-Avtale-om-driftstilskudd-og-takster-for-fysioterapeuter-med-avtale-om-d-1182668-12-0.pdf](#)

KS. (2019b). Tildelingen av driftstilskudd til fysioterapeuter. Hentet fra: <https://www.ks.no/fagomrader/lonn-og-tariff/fysioterapiavtaler/tildeling-av-driftstilskudd-til-fysioterapeuter/>

KS. (2020), Statsavtalen om fysioterapi er forlenget til 1.november 2020. Hentet fra: <https://www.ks.no/fagomrader/lonn-og-tariff/fysioterapiavtaler/statsavtalen-om-fysioterapi-er-forlenget-til-1.-november-2020/>

Legeforeningen (2017). Høringsnotat. Endring i vilkår i forskrift om fastlønnstilskudd til delvis dekning av kommunenes utgifter til fysioterapitjenesten. Hentet fra: <https://www.legeforeningen.no/contentassets/ec19052e6a3343b59922f002c9f50843/hoeringsnotat.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

Lovdata, (1999). Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Hentet fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Lovdata, (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Lovdata, (2017). Forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-09-01-1334>

Lovdata, (2019). Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-05-23-890>

Lovdata, (2020). Forskrift om endring i forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2020-04-21-849>

Lunde, J. (2015). Kvalitet i kommunefysioterapitjenesten. Masteroppgave, Universitet i 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, (2015). Samarbeidsformer mellom fysioterapeuter. Hentet fra: <https://fysio.no/Forbundsforbidden/Jus-arbeidsliv/Artikler-fra-Fysioterapeuten/Samarbeidsformer-mellom-fysioterapeuter>
- NFF, (2018). Kommunehelsetjenestereformen og fysioterapitjenesten. Hentet fra: <https://fysio.no/Historie/Kapittel-11/11.5-Kommunehelsetjenestereformen-og-fysioterapitjenesten>
- NFF, (2018). Nå har du direkte tilgang til fysioterapi. Hentet fra: <https://fysio.no/Hva-mener-NFF/Fag-helse-og-arbeidslivspolitik/Naa-har-du-direkte-tilgang-til-fysioterapi>
- NFF. (2019). Spesialistene i NFF. Hentet fra: <https://fysio.no/Forbundsforbidden/Kompetanseutvikling/Spesialitetene-i-NFF?page=1>
- NFF. (2020a). "Autorisasjon". Hentet fra: <https://fysio.no/Hva-er-fysioterapi/Autorisasjon>
- NFF. (2020b). "Hva er fysioterapi? - utdypet". Hentet fra: <https://fysio.no/Hva-er-fysioterapi/Hva-er-fysioterapi-utdypet>
- NFF. (2020c). Hva kreves for å bli spesialist. Hentet fra: <https://fysio.no/Forbundsforbidden/Kompetanseutvikling/Spesialistgodkjenning/Hva-kreves-for-aa-bli-spesialist>
- NFF. (2020d). Spesialistgodkjenning. Hentet fra: <https://fysio.no/Forbundsforbidden/Kompetanseutvikling/Spesialistgodkjenning>
- NFF, (2020e). Fysioterapeuter i tall 2019 - ny statistikk er klar. Hentet fra: <https://fysio.no/Forbundsforbidden/Aktuelt/Fag-helse-og-arbeidslivspolitik/Fysioterapeuter-i-tall-2019-ny-statistikk-er-klar>
- Orderud, K (2019). Slik fungerer trykkbølgebehandling. Hentet fra: <https://www.ullevalkiropraktor.no/trykkbolgebehandling/>
- Pedersen, J. H (2020). (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.

- Regjeringen, (2011). Samhandlingsreformen - informasjon om ikraftsetting av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/hod/anbud-konsesjoner-og-brev/brev/utvalgte_brev/2011/samhandlingsreformen---informasjon-om-ik/id667798/
- Riksrevisjonen, (2016). Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. Hentet fra: <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2015-2016/samhandlingsreformen.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.
- Stabell, C. B., & Fjeldstad, Ø. D. (1998). Configuring value for competitive advantage: on chains, shops, and networks. *Strategic Management Journal*, 19(5), 413-437.
- Statistisk sentralbyrå, (2020a). Bedring i sikte, men situasjonen er fremdeles alvorlig. Hentet fra: <https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/artikler-og-publikasjoner/bedring-i-sikte-men-situasjonen-er-fremdeles-alvorlig>
- Statistisk sentralbyrå, (2020b). Bråstopp for norsk økonomi. Hentet fra: <https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/artikler-og-publikasjoner/brastopp-for-norsk-okonomi>
- Statistisk sentralbyrå, (2020c). Kommune Bergen (Vestland). Hentet fra: <https://www.ssb.no/kommunefakta/bergen>
- Toode, K., Routasalo, P., & Suominen, T. (2011). Work motivation of nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 48(2), 246-257
- Utdanning.no, (2019). Fysioterapi. Hentet fra: <https://utdanning.no/studiebeskrivelse/fysioterapi>
- Utdanning.no. (2020). "Fysioterapeuter jobber med kropp og bevegelse for å fremme god helse.". Hentet fra: <https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/fysioterapeut>

Forskning, (2016). Beveger vi oss mindre enn før? Hentet fra: <https://forskning.no/trening-overvekt/beveger-vi-oss-mindre-enn-for/441062>

Yin, R. K. (2011). *Qualitative Research from Start to Finish*. New York: The Guildford Press

Øyehaug, G. A & Paulsen, A. K (2018). Vondt å vente – et prosjekt om ventelistene hos fysioterapeutene med driftsavtale. (Prosjektoppgave), Fysioprim, Oslo. Hentet fra: <https://www.med.uio.no/helsam/forskning/grupper/fysioprim/vondt-aa-vente-rapport.pdf>

Vedlegg 1

Intervjuguide – Avtalefysioterapeuter

Tidsramme: 30-60 minutter

Hvordan påvirker driftsavtalen, inntjeningen og motivasjonen til avtalefysioterapeutene i Bergen kommune?

Denne problemstillingen er spesifisert videre gjennom følgende forskningsspørsmål:

1. Hva karakteriserer makroomgivelsene og bransjen til avtaleterapeutene i Bergen kommune?
2. Hva driver etterspørselen og inntjeningen til avtalefysioterapeutene i Bergen kommune?
3. Hva drives motivasjonen til avtalefysioterapeutene av i Bergen kommune?
4. Jobber avtalefysioterapeutene utover sin avtalehjemmel i Bergen kommune?
5. Bør Bergen kommune oppjustere deltidshjemplene?

Tema	Spørsmål	Bakgrunn
Introduksjon:	<ul style="list-style-type: none"> - Introdusere meg selv - Bakgrunn for samtalen - Gjør kort rede for hvordan intervjuet vil foregå - i forhold til tidsramme, tema osv. - Samtykker du til at jeg tar opp samtalen? (<i>administrere NSD infoskriv i papirformat og samle inn underskrift og samtykke</i>) - Har du noen spørsmål før vi setter i gang? 	<i>Utgangspunkt i infoskrivet utarbeidet i forbindelse med NSD.</i>
Fakta avdekking:	<ul style="list-style-type: none"> - Hvor gammel er du? - Hvor stort driftstilskudd har du? - Er du allmenn fysioterapeut eller spesialist? - Hvor mange år har du arbeidet som fysioterapeut? - Hvor mange timer i uken jobber du i gjennomsnitt? 	

	Hvordan fikk du driftstilskuddet ditt (er det nyopprettet eller var det eksisterende driftstilskudd)?	
Driftstilskudd:	<ul style="list-style-type: none"> - Hva tenker du om kommunalt driftstilskudd? - Har du mindre enn 100 % driftstilskudd. I så fall hvordan endrer det måten du arbeider på? - Hva tenker du rundt situasjonen med delt driftstilskudd i Bergen kommune? - Hvilke nye prioriteringer har du måtte gjort på grunn av Covid19? 	
Pasienter: (etterspørsel)	<ul style="list-style-type: none"> - Hva tror du årsaken er til at pasientene velger deg? <i>(Renomme, driftstilskudd, erfaring osv.)</i> - Hva gjør du for å opprettholde pasientmassen din? <i>(markedsføring).</i> - Hvor viktig er driftstilskuddet for at pasientene velger deg? <p>Renommébygging:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hva gjør du for å bygge opp og ivareta et godt omdømme? <p>Lokalisering:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Opplever du at lokalisering av driften har noe å si for etterspørselen? <i>(eks: sentrum versus Arna. Tilgjengelighet)</i> <p>Læring/internt samspill:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Opplever du at erfaring har noe å si for etterspørselen? <i>(er det en fordel å ha arbeidet lenge i yrket, hvordan bidrar denne faktor til økt etterspørsel)</i> 	

	<ul style="list-style-type: none"> - Hvor viktig er videreutdanning og kursing for deg? <p>Journalføring:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dersom du ikke blir ferdig med å journalføre en pasient mens vedkommende er hos deg, når gjør du dette? - Hvor mye tid bruker du på dette i arbeidstiden/ettermiddagene? <p>Tilbud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hva tenker du rundt tilbudet av fysioterapitjenester i Bergen kommune? 	
<p>Arbeid utover avtalehjemmel: <i>aktuelt dersom enn har mindre enn 100 % tilskudd</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeider du etter HELFO sine takster utover din avtalehjemmel? - Hvor mange timer i uken utgjør dette cirka? - Arbeider du helprivat utover din avtalehjemmel? (<i>aktuelt om du ikke arbeider offentlig 100%</i>) - Hvor mange timer i uken utgjør dette cirka? - Hva vil du si er hovedårsaken til at du prioriterer på måten du gjør? (<i>offentlig utover avtalehjemmel, eller privat utover avtalehjemmel</i>) - Hvordan fastsetter du priser på tjenestene du tilbyr utover avtalehjemmelen? (<i>dersom du arbeider privat utover avtalehjemmel</i>) 	<p>Målsetning: Avdekke hvor mye dette utgjør av total arbeidstid utover avtalehjemmel (altså jobber "gratis" for kommunen).</p>
<p>Motivasjon:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hva er det som driver deg til å jobbe som fysioterapeut? - Hva motiverer deg til å arbeide utover en vanlig arbeidsuke, hvis du gjør det? (<i>iht .ASA 4313 er normal arbeidsuke i gjennomsnitt 36 timer i uken</i>) 	

	<ul style="list-style-type: none"> - Vil du si driftstilskuddet øker eller reduserer din motivasjon? <p><i>Knyttet til motivasjonsteori:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvordan påvirker det arbeidshverdagen din at du får driftstilskudd? - Vil du si det er en kilde til motivasjon? 	
Lønnsomhet:	<p>Inntekter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hva mener du er de viktigste årsakene til din lønnsomhet? - Har du tanker omkring hvordan du kan øke din inntjening? <p>Kostnader:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hva er dine største kostnader? (<i>antakelse: leiekostnader</i>). - Som selvstendig næringsdrivende, hvilke kostnader er du mest bekymret for å ikke klare å dekke? (<i>kartlegge om det eksisterer vesentlige kostnader som kan drive terapeuten til å øke arbeidsbelastningen for "å få endene til å møtes"</i>) 	
Avslutning:	<ul style="list-style-type: none"> - Eventuelle avklaringer - Har du noe å tilføye? - Håper jeg kan holde litt kontakt med deg fremover om det skulle bli nødvendig <p>Tusen takk for godt samarbeid! 😊</p> <p>Dersom du ønsker å lese masteroppgaven når jeg er ferdig, sender jeg den gjerne på mail til deg.</p>	

Vedlegg 2

Skjema for kvantitativ informasjon

Årlig sum driftsinntekt:

2018: _____

2017: _____

Årlig sum driftskostnad:

2018: _____

2017: _____

Kan du rangere kostnadsartene etter hvor mye de utgjør for deg? Tilføy gjerne flere kostnader, om det er noen som mangler. Ranger de fra 1 og oppover, hvor 1 er høyest.

- Pensjonsordning
- Avskrivninger
- Leiekostnader
- Kontorkostnader
- Inventar, verktøy o.l.

Om du har avskrivninger av vesentlig størrelse, hva kommer disse av?

- Investeringer (utstyr, eiendom osv.)
- Kjøp av driftstilskudd (goodwill)
- Annet: _____

Varierer antall timer per uke, eller holder det seg som regel stabilt? Svar på en skala fra 1 til 5 hvor 5 betyr at antall timer varierer veldig.

- Varierer mye
- Varierer noe
- Varierer nesten ikke

Vedlegg 3

Vil du delta i forskningsprosjektet

«En kvalitativ studie av avtalefysioterapeutene i Bergen kommune»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt som har som formål å utforske avtalefysioterapeuter i Bergen kommune for å avdekke hva som driver lønnsomheten til den enkelte fysioterapeut, hva som driver avtalefysioterapeutene med delte driftstilskudd til å arbeide utover avtalehjemmel og hva som driver motivasjonen til den enkelte.

Formål

Formålet med masterutredningen er å utforske bransjen til avtalefysioterapeuter i Bergen kommune. Jeg har fått inntrykk av at denne er kompleks og lite studert tidligere. Jeg er spesielt interessert i å utforske hva som driver avtalefysioterapeutene med delte hjemler til å arbeide utover avtalehjemmel og hvordan det påvirker Bergen kommune. Videre er jeg interessert i å se nærmere på hva som driver inntjeningen og etterspørselen i bransjen og hva som motiverer avtalefysioterapeutene til å arbeide som fysioterapeuter. For å få besvart det overnevnte vil jeg gjennomføre en kvalitativ studie av avtalefysioterapeutene i Bergen kommune, og i denne sammenheng har jeg utarbeidet følgende problemstilling:

Hvordan påvirker driftsavtalen, inntjeningen og motivasjonen avtalefysioterapeuter i Bergen kommune?

Denne problemstillingen er spesifisert videre gjennom følgende forskningsspørsmål:

1. Hva karakteriserer makroomgivelsene og bransjen til avtalefysioterapeutene i Bergen kommune?
2. Hvordan driver etterspørselen og inntjeningen til avtalefysioterapeuter i Bergen kommune?
3. Hva drives motivasjonen til avtalefysioterapeutene av i Bergen kommune?
4. Jobber avtalefysioterapeutene utover sin avtalehjemmel i Bergen kommune?
5. Bør Bergen Kommune oppjustere deltidshjemlene?

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 stilling som avtalefysioterapeut for Bergen kommune. Masterutredningen utarbeides med en utforskende kvalitativ metode, hvor utvalg er gjort basert på spesifisering av casene. Til sammen kommer jeg til å intervjuer rundt 10 avtalefysioterapeuter i Bergen kommune, hvor jeg ønsker fem med fullt driftstilskudd og fem med delt driftstilskudd.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet mitt, innebærer det at deltar på et semi-strukturert intervju som vil bli tatt opp som lydopptak. Dette estimerer jeg at kan ta cirka 60 minutter. Intervjuet vil inneholde spørsmål om yrket som avtalefysioterapeut og dine tanker rundt vesentlige momenter knyttet til lønnsomhet, arbeidsbelastning, motivasjon og kvalitet.

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 jeg 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 jeg avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 20.12.2020. 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 meg 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

Prosjektansvarlig

Iver Bragelien

Masterstudent

Stine Elisabeth Rajala Edvardsen

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «En kvalitativ studie av avtalefysioterapeutene i Bergen kommune», 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 jeg sikrer denne dataen under «Ditt personvern – hvordan jeg oppbevarer og bruker dine opplysninger»)

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 20.12.2020

(Signert av prosjektdeltaker, dato)