

# Kvalitet i kommunefysioterapitjenesten

Et studie av ulike betingelser for en enhetlig tjeneste

Jorunn Lunde



MASTEROPPGAVE

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for  
helse og samfunn, Det medisinske fakultet  
Universitetet i Oslo

November 2015



## **Kvalitet i kommunefysioterapitjenesten**

-Et studie av ulike betingelser for en enhetlig tjeneste, sett i lys av en historisk utvikling og kvalitetsbegrepet.

Om kvalitet og pasientsikkerhet:

**“Systems awareness and systems design are important for health professionals, but are not enough. They are enabling mechanisms only. It is the ethical dimension of individuals that is essential to a system’s success. Ultimately, the secret of quality is love.”<sup>1</sup>**

Donabedian

© Forfatter

År 2015

Tittel: Kvalitet i kommunefysioterapitjenesten

Forfatter: Jorunn Lunde

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

## Sammendrag

Kommunefysioterapitjenesten består av både ansatte og selvstendig næringsdrivende (heretter avtalefysioterapeuter). Fysioterapi ble etablert som en offentlig helsetjeneste i kommunene ved innføringen av kommunehelsetjenesteloven i 1984. Før den tid var fysioterapi en helprivat tjeneste, med rett til å utløse refusjon fra folketrygden.

Hensikten med opprettelsen av en kommunal fysioterapitjeneste var ønske om en mer helhetlig og integrert tjeneste. Det er i dag opp til den enkelte kommune å beslutte hvordan de ønsker å organisere tjenesten. Det kan være gjennom ansatte fysioterapeuter, avtalefysioterapeuter eller en kombinasjon av de to. De fleste kommunene har en kombinasjon av de to organisasjonsformene.

De siste 20 årene har det imidlertid vært et stadig større fokus på kvalitet i helsetjenesten, og da ikke bare i forhold til den enkeltes kompetanse. Det har vært et stadig økende fokus på de ulike faktorene som virker inn på kvaliteten. Det å utvikle faget og egen kunnskap har vært naturlig for helsearbeidere. Engasjerte fysioterapeuter, og fagmiljø har innhentet ny kunnskap og stadig utviklet nye behandlingsmetoder. Utviklingen har ikke vært styrt av myndighetene, men i stor grad av faglig engasjement og ønske om det beste for pasienten.

For å kunne diskutere kvalitet i tjenesten må vi imidlertid vite hva vi mener med både kommunefysioterapi og kvalitet. For å kunne besvare dette har jeg sett hva som menes med kommunefysioterapi, og hvordan tjenesten er organisert. Deretter har jeg sett på hva som menes med kvalitet i fysioterapitjenesten.

De to tjenestene henvender seg til ulike deler av befolkningen, og har lite felles møtepunkt. Kvalitet på tjenesten vurderes ulikt etter som hva som er målet med tjenesten. Avtalefysioterapi anses i litt ulik grad som en kommunal fysioterapitjeneste, og operer som en privat helsetjeneste på siden av de kommunale helsetjenestene. Kommunefysioterapiens to ulike organisatoriske innretninger har resultert i to ulike tjenester. De to tjenestene styres på ulike måter, gjennom ulike hierarkiske strukturer ovenfra, og i ulik grad fra kommunens side.. Normer, verdier og historiske føringer ser ut til å ha formet en kultur som fortsatt preger dagen avtalefysioterapitjeneste.





## Forord

Min første jobb som fysioterapeut var i spesialisthelsetjenesten. Der møtte jeg et engasjerende fagmiljø, og en ledelse som var opptatt av kvalitet. Det var et stort engasjement i forhold til å utøve en god tjeneste, tilegne seg og implementere ny kunnskap.

Etter noen år i spesialisthelsetjenesten gikk min vei til kommunehelsetjenestens privat praksis (avtalefysioterapi). Dette bød på mange overraskelser. Jeg opplevde at tjenesten var preget av mange fastlåste mønster, det var lite faglige diskusjoner og samhandling, og det var mer fokus på forretningsdrift enn faglig kvalitet. Ny kunnskap var ofte kjent selv om den ikke ble implementert. Jeg arbeidet som avtalefysioterapeut på et institutt, men hadde ingen opplevelse av at jeg var en del av kommunehelsetjenesten. Vi så på egen virksomhet uavhengig av kommunens helsetjeneste, og definerte kommunefysioterapitjenesten til å være de fastlønnede fysioterapeutene. Vi avtalefysioterapeuter var selvstendige og ordnet oss selv på alle måter. På den ene siden likte jeg friheten ved denne delen av fysioterapitjenesten, men jeg savnet fokus på kvalitet, fag- og tjenesteutvikling. Jeg undret meg over hvorfor det ikke var mulig å kombinere flere perspektiv.

Kvalitet i fagutøvelsen har engasjert meg uten at jeg har hatt en klar formening av hva som menes med kvalitet. Jeg har vært opptatt av å stille spørsmål ved det vi gjør, og om ressursene utnyttes riktig. Er det vi holder på med fysioterapi, og gjør tiltakene en forskjell for pasienten? Jeg har alltid hatt et samfunnsengasjement, og ment at jeg som terapeut i offentlig helsetjeneste også har et ansvar for hvordan ressursene brukes.

Med stort engasjement for faget og tjenesten gikk veien fra avtalefysioterapi til fagseksjonen i Norsk fysioterapeutforbund (NFF), en seksjon som primært holder på med etterutdanning for fysioterapeuter. Gjennom mitt arbeid i fagseksjonen har jeg hele tiden hatt et ønske om å bidra til kvalitetsutvikling av fysioterapitjenesten. Jeg ønsket å bidra til en bedre fysioterapitjeneste, og da særlig kommunefysioterapitjenesten.

Som ansatt i NFF sekretariat erfarte jeg raskt at kommunefysioterapitjenesten ikke ble omtalt som en tjeneste, de to ulike organisatoriske ordningene ble ansett som to ulike tjenester. De ansatte utgjorde kommunefysioterapitjenesten. Avtalefysioterapeutene ble ansett som en



viktig gruppe i kommunene, men ingen skulle blande seg inn i det faglige arbeidet som ble utført i denne delen av tjenesten. NFFs oppgave i forhold til denne gruppen har vært å kjempe for deres økonomiske og organisatoriske rettigheter.

Viten om at diskusjoner om avtalefysioterapi hadde ført til en splittelse av NFF, har alltid lagt en demper på nye diskusjoner i organisasjonen. Jeg undret meg over at det var så mye emosjoner knyttet til diskusjoner omkring denne tjenesten, og hvorfor uenigheter i diskusjonene følges av frykt for at medlemmer melder seg ut av Norsk fysioterapeutforbund? Hvordan er det mulig at et forbund kunne bli splittet som følge av at myndighetene innfører en kommunehelsetjenestelov, og hvorfor er det fortsatt en aktiv konflikt rundt dette tema? Hvorfor kan ikke fagmiljøet enes om at tjenesten har noen utfordringer, og selv ta initiativ til å videreutvikle tjenesten?

Til nå har jeg opplevd at fokuset på kvalitet i fysioterapi i hovedsak har handlet om den enkelte terapeuts faglige kompetanse. Jeg opplever at ansvaret for faglig kvalitet i alt for stor grad hviler på den enkelte fagutøver, og at myndighetene ikke har villet tydeliggjøre kvalitetsmål, eller styre og lede tjenesten.

Etter mange år i fagseksjonen, fant jeg ut at det var på tide å forstå litt mer av hva som har betydning for kvalitet i tjenesten. Det var på tide å sette seg på skolebenken igjen. Jeg har vært så heldig å få være en av studentene på det erfaringsbaserte masterstudiet i helseadministrasjon (HELED). Studiet har virkelig bidratt til at jeg har fått en større forståelse for kompleksiteten i helsetjenesten, og alle faktorer som har betydning for kvalitet.

En stor takk til alle som har hjulpet og oppmuntret meg på veien. Min arbeidsgiver, Norsk fysioterapeutforbund som har vært fleksibel i prosessen. Takk til veileder Frode Veggeland som har gitt av sin kunnskap, utfordret og ledet i riktig retning.

En stor takk til dere på hjemmebane, mann og to jenter på 9 og 12 år som har vært tålmodige og oppmuntrende, når mamma har måttet bruke fritiden på dette prosjektet. Takk til min pensjonerte mor Astrid som hjalp til med transkribering av intervju.

Sist men ikke minst, en stor takk til de 7 representantene for kommunefysioterapitjenesten som lot meg få av deres tid.





# Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning.....	1
1.1	Kommunal fysioterapitjeneste .....	2
1.2	Kvalitet i tjenesten.....	2
1.3	Formålet med undersøkelsen og forskningsspørsmålene .....	3
1.4	Oppbygging av oppgaven og avgrensning.....	4
1.5	Analyseramme.....	5
2.0	Metode – valg og avklaring .....	8
2.1	Litteratur.....	8
2.2	Kvalitative intervju.....	9
2.2.1	Strategisk utvalg og forberedelser .....	9
2.2.2	Semistrukturert intervju.....	11
2.2.3	Framstilling og behandling av data .....	12
2.3	Egen forståelse - bias.....	13
2.4	Metodediskusjon, oppsummert.....	14
3.0	Fra helprivat yrke til kommunal helsetjeneste.....	16
3.1	Fysioterapi som eget fag .....	16
3.2	Kommunehelsetjeneste – kommunefysioterapi .....	17
3.2.1	1960 - 1984, fra privat til offentlig kommunehelsetjeneste.....	17
3.2.2	1984 – 2000, virkning av kommunehelsetjenesteloven.....	20
3.2.3	2000 – 2014 kommunal helse- og omsorgslov – fra tilgjengelighet til kvalitet .....	21
3.2.4	2014 – 2015 Ny kommunehelsetjeneste melding – melding om primærhelsetjenesten ..	23
3.3	Styring av tjenesten .....	24
3.4	Oppsummering.....	26
4.0	Kvalitet i helsetjenesten, herunder fysioterapitjenesten.....	29
4.1	Bakgrunn .....	29
4.2	Definisjoner .....	30
4.2.1	Norsk definisjon.....	31
4.3	Føringer for kvalitetsarbeidet i Norge .....	33
4.3	Norge og kvalitet i fysioterapi .....	35
4.4	Andre fysioterapiorganisasjoner .....	37
4.5	Kartlegge og påvirke kvalitet .....	38
4.7	Oppsummering.....	39

5.0 Funn fra informantene sett i lys av de to organisasjonsteoretiske modellene .....	41
5.1 Funn fra informantene .....	41
5.2 To tjenester i kommunen .....	42
5.3 Kvalitet.....	46
5.3.3 Ventelister og prioritering .....	53
5.3.6 Oppsummering kvalitet .....	58
6.0 Kvalitet i kommunefysioterapitjenesten i lys av det hierarkiske perspektivet og kultur perspektivet – veien videre .....	61
6.1 Fysioterapitjenesten og kvalitet .....	61
6.2 Kvalitet.....	65
6.4 Veien videre.....	67
8. Referanseliste .....	69



## 1.0 Innledning

Hovedtyngden av offentlig fysioterapitjeneste skjer i kommunene, og i kjølevannet av samhandlingsreformen er det et mål at enda mer av tjenesten skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Kommunefysioterapitjenesten er en fragmentert tjeneste, med både ansatte og selvstendig næringsdrivende (heretter omtalt som avtalefysioterapeuter), og store variasjoner rundt i kommune-Norge (Meld. St. 26 2014-2015). Lite har vært gjort fra myndighetenes side for å se på denne tjenesten, mens den i fagforeningssammenheng er og har vært gjenstand for mye fagpolitisk uenighet.

Kvaliteten på tjenesten har vært avhengig av den enkelte fysioterapeuts kompetanse. Det å utvikle faget og egen kunnskap har vært naturlig for helsearbeidere. Engasjerte fysioterapeuter, og faggrupper har innhentet ny kunnskap og utviklet nye behandlingsmetoder. Utviklingen har ikke vært styrt av myndighetene, men i stor grad av faglig engasjement og ønske om det beste for pasienten (Meld. St. 10 2012-2013).

De siste 20 årene har det imidlertid vært et økende fokus på kvalitet i helsetjenesten, og da ikke bare i forhold til den enkeltes kompetanse. Det har vært et økende fokus på de ulike faktorene som virker inn på kvaliteten. Kvalitet i helsetjenesten er omtalt i stadig flere offentlige styringsdokument, men det er noe mer uklart hvordan dette har nådd ut til de ytterste leddene, der hvor fysioterapitjenesten utøves.

Før vi kan diskutere kvalitet i tjenesten, må vi imidlertid vite hva vi mener om spørsmålet: *Hva menes med kvalitet i kommunefysioterapi?* For å kunne besvare dette vil jeg først på hva kommunefysioterapi er, og hvordan tjenesten er organisert. Jeg ser på tjenesten i et historisk perspektiv gjennom utviklingen av fysioterapifaget, hva tjenesten består av og hvordan den organisatorisk og lovmessig er forankret. Deretter ser jeg på hva som menes med kvalitet i fysioterapitjenesten. Jeg belyser kvalitetsbegrepet i helsetjenesten generelt og relatert til fysioterapitjenesten spesielt. De to begrepene belyses med kvalitative intervju av representanter for tjenesten. Innledningsvis presenteres en analyseramme basert på to modeller for offentlig styring, et hierarkisk perspektiv og et kulturelt perspektiv. Det hierkiske perspektivet brukes til å se på hvordan fysioterapitjenesten er styrt vertikalt, fra sentralforvaltningen til kommunen og ut i den konkrete tjeneste. Kulturperspektivet brukes til

å analysere hvordan normer og verdier vokser fram over tid, og hvordan medarbeidere senere sosialiseres inn i de etablerte rammene. Til slutt i oppgaven følger noen refleksjoner om veien videre.

## **1.1 Kommunal fysioterapitjeneste**

Kommunefysioterapitjenesten består av både offentlig ansatte og avtalefysioterapeuter. Kommunefysioterapitjenesten er i dag ikke en lovpålagt tjeneste (var lovpålagt 1984 – 2012), men kommunen er ansvarlig for å tilby tjenester som innbyggerne har behov for (Helse- og omsorgstjenesteloven 2012). Fysioterapeuter i kommunene arbeider både kurativt og helsefremmende og forebyggende.

Det er opp til den enkelte kommune hvordan de ønsker å tilby tjenesten. Det kan være gjennom ansatte fysioterapeuter, avtalefysioterapeuter eller en kombinasjon av de to. De fleste kommunene har en kombinasjon av de to organisasjonsformene. Det er om lag 4500 fysioterapeuter i kommunal helsetjeneste, 60 % av tjenesten er dekket av avtalefysioterapeuter og 40 % av ansatte fysioterapeuter. (De øvrige fysioterapeutene fordeler seg slik, 3000 ansatt i spesialisthelsetjenesten og ca 1500 er privat ansatt, og fordeler seg på opptreningsinstitusjoner eller helprivate virksomheter) (Finansiering av fysioterapitjenesten i kommunene 2007).

Fysioterapi ble etablert som offentlig helsetjeneste i kommunene ved innføringen av kommunehelsetjenesteloven i 1984. Det var stor uenighet blant medlemmene i Norsk fysioterapeutforbund (NFF) vedrørende fysioterapiens plassering i henhold til kommunehelsetjenesten, noe som medførte en splittelse av forbundet. Konflikten holder fortsatt liv i to forbund, og er stadig et argument for at det ikke må skapes uro i organisasjonen.

## **1.2 Kvalitet i tjenesten**

De siste 20 årene har det vært et økende fokus på kvalitet i norsk helsetjeneste både fra helsepersonell, beslutningstagere og pasienter. Den første nasjonale kvalitetsstrategien ble etablert i 1995. Vi ser en stadig økning av kvalitetsprosjekt og kvalitetsmålinger. Til nå har dette i hovedsak dreid seg om spesialisthelsetjenesten, men nå er det kommunehelsetjenesten som står for tur. Det har vært prøveprosjekter for å måle kvaliteten i allmennelegetjenesten, og det er etablert noen målinger i pleie- og omsorgstjenesten (Meld. St. 10 2012-2013).



Fysioterapi er foreløpig et uberørt område i denne sammenhengen selv om kvalitet er noe fagmiljøet mener de er opptatt av.

Kvalitet i avtalefysioterapi har vært, og er et omdiskutert tema i organisasjonen Norsk fysioterapeutforbund. Avtaleverket som regulerer tjenesten er uoversiktlig og utfordrende, det har vært mye støy rundt oppsplitting av avtalehjemler, overdragelser av hjemler og tolkninger av takstforskrift. Det reises stadig problemstillinger som vitner om store variasjoner i faglig innhold og kvalitet, som da NFF nylig ble konfrontert med manglende journalføring blant avtalefysioterapeuter (Fysioterapeuten 2015). Det er stadig diskusjoner om at det er for stor variasjon med henhold til bruk av ulike metoder, og sammenblanding av fysioterapi og ulike alternative metoder. På tross av alt dette drives faget framover fordi fysioterapi er en profesjon med stort faglig engasjement (Meld. St. 26 2014-2015)

Diskusjoner om kommunefysioterapitjenesten har vært en gjenganger hos myndighetene i mange år. NFF opplever at både Kommunes sentralforbund (KS) og sentrale myndigheter stiller spørsmål ved om de får den tjenesten de ønsker, både i forhold til ressursbruk og kvalitet (IS-1422 rapport 2007). Diskusjonene har gått fram og tilbake om takstsystem, finansieringsordninger og utøverens kvalifikasjoner og dels organisering av tjenesten uten at noe er endret. I flere kommuner ser vi at avtalehjemler trekkes inn til fordel for ansatte fysioterapeuter. Norsk fysioterapeutforbund er kjent med at flere kommuner ønsker ansatte de kan styre i stedet for avtalefysioterapeuter (Meld. St. 26 2014-2015).

### **1.3 Formålet med undersøkelsen og forskningsspørsmålene**

Kommunefysioterapi har to organisatoriske tilknytningsformer, som ser ut til å gi to ulike måter å styre tjenesten på. Det kan synes som om fysioterapeutene som arbeider som selvstendig næringsdrivende i kommunene, avtalefysioterapeutene, ikke anser seg som en del av kommunehelsetjenesten. I motsetning til de offentlig ansatte som ser seg som er en integrert del av kommunehelsetjenesten. Hvorfor er det i så fall slik, og har dette medført at tjenesten har fått utvikle seg i ulike retninger?

Innretningen av lege og fysioterapitjenesten i kommunene har mange likhetstrekk, men har de siste årene tatt litt ulik organisatorisk retning. Hvordan kan dette forstås? Hvordan påvirkes

kvaliteten og hvem kan / har ansvar for å påvirke den? Skal vi kun snakke om kvalitet i forhold til den enkelte fysioterapeuts tiltak, eller bør vi snakke om kvalitet på tjenesten?

For å besvare disse spørsmålene må noen grunnleggende forutsetninger besvares: *Hva er egentlig kommunefysioterapitjeneste, og hva mener vi med kvalitet i denne tjenesten?*

Jeg ønsker å forstå mer av kommunefysioterapitjenesten og da spesielt i lys av kvalitetsbegrepet. Min undersøkelse har dermed to hoveddeler, kommunefysioterapitjeneste og kvalitet i tjenesten, og er bygget opp på følgende måte:

1. Deskriptiv framstilling av kommunefysioterapitjenestens historie.
2. Kartlegge hva som menes med kvalitet i helsetjenesten, herunder kommunefysioterapitjenesten.
3. Kartlegge hvordan representanter for tjenesten definerer kommunefysioterapitjeneste og hvordan de ser på kvalitetsbegrepet relatert til tjenesten.
4. Diskutere kvalitet og organisering av tjenesten opp mot to ulike organisasjons perspektiv, det hierarkiske og kulturelle. Det vil si i hvilken grad kan oppfatninger av kvalitet i tjenesten ses i lys av utviklingen, med hierarkisk styring, historiske føringer og lokal organisasjonskultur.

#### **1.4 Oppbygging av oppgaven og avgrensning**

I bakgrunnskapitlene gjør jeg rede for hva som defineres som kommunefysioterapitjeneste, og hva som menes med kvalitet i helsetjenesten.

For å forstå hva denne tjenesten består av har, det vært viktig å se på hvordan tjenesten har utviklet seg, fra en fri helprivat tjeneste til å bli i en del av en offentlig helsetjeneste. Viktige diskusjoner og politiske føringer for tjenesten er omtalt for å gi et bilde av utviklingen, og hvor vi står i dag. Lege- og fysioterapitjenesten ble etablert som kommunal helsetjeneste på samme tid og har mange likheter. Det trekkes derfor opp noen sammenligninger mellom de to tjenestene.

Videre ser jeg på kvalitetsbegrepet i helsetjenesten, jeg gjør kort rede for historien til utviklingen av kvalitetsarbeidet, og beskriver hvordan kvalitet i tjenesten defineres. Jeg ser på definisjon av kvalitet i fysioterapi, til slutt ser jeg på hvordan kvalitet kan påvirkes.

For å belyse hvordan tjenesten oppfattes av de som er en del av kommunefysioterapitjenesten, har jeg benyttet meg av kvalitative intervju. Jeg har intervjuet ledere for tjenesten og klinikere, både ansatte og avtalefysioterapeuter.

## 1.5 Analyseramme

Kommunefysioterapi anses som en offentlig organisasjon langt ned i det offentlige hierarkiet. Ut fra dette perspektivet skulle vi forvente at tjenesten styres gjennom ulike offentlige virkemiddel i henhold til målene for tjenesten. Som en ramme for å analysere tjenesten har jeg valgt å ta utgangspunkt i to ulike organisasjonsteoretiske modeller for offentlig sektor. Modellene som benyttes kan deles i to hovedkategorier, et hierarkisk perspektiv og et kulturelt perspektiv. Modellene er to ulike teoretiske tilnærminger som brukes til å forstå hvordan offentlige organisasjoner fungerer (Christensen et al. 2015).

Den **hierarkiske** modellen ser organisasjonen som et redskap eller verktøy som står til disposisjon for lederen / utøvende myndighet. Den formelle organisasjonsstrukturen legger begrensninger på den enkelte medarbeiders handlingsvalg og skaper kapasitet til å realisere bestemte mål og verdier (Christensen et al. 2015 s. 14).

I det hierarkiske perspektivet blir målene formulert på et overordnet nivå, og handlingene ute i organisasjonen går stort sett ut på finne virkemiddel for å nå målene. Det er en toppstyrt modell der målene besluttet på toppen, og tiltakene for å nå målene skal utføres nedover i organisasjonen. Organisasjonslitteraturen benevner det derfor som vertikal styring. Kommunen blir organisasjonen eller verktøyet som skal utføre det som er besluttet på et overordnet nivå. Koordinering i kommune som følge av vertikal styring kan også medføre horisontal koordinering. Det kan bety at tjenesten koordineres på tvers, de ulike delene av fysioterapitjenesten i kommune koordineres.

Øverst i hierarkiet ser vi styringsverktøy som lover og avtaler, politiske meldinger, anbefalinger og veiledninger. Kommunene kan følge opp styringssignalene som kommer ovenfra gjennom måldokumenter, ressursbruk, avtaler og ledelse.

Et eksempel på politiske signaler som kan ha innvirkning på tjenesten er den nye Stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten, hvor det er formulert at pasienter med store og sammensatte behov må få mer fysioterapitjeneste (Meld. St. 26 2014-2015). Regjeringen

Solberg har med dette, forventinger om at det skal føre til at den enkelte kommune, og den enkelte fysioterapeut prioriterer i henhold til politiske mål. Dette er uttrykk for en overordnet politisk føring øverst i hierarkiet. For å forsterke styringen ovenfra kan det benyttes ulike styringsvirkemiddel som lover, økonomi eller for eksempel en veileder som klargjør prioriteringer i tjenesten.

Et **kulturperspektiv** indikerer at man handler ut fra erfaring om hva som har fungert godt i fortiden. Organisasjonskultur forbindes med de uformelle normene og verdiene som vokser fram, og har betydning for livet i virksomheten til formelle organisasjoner. Det kan for eksempel være snakk om kulturen i en kommunal etat eller i et departement, og i denne sammenhengen kommunefysioterapitjenesten. Det kulturelle perspektivet åpner for at organisasjonene har egne regler, verdier, og normer som har en selvstendig innflytelse på beslutningsadferden, og som ikke enkelt og uproblematisk kan endres av lederen. Organisasjonskulturen sitter i veggene, og de som jobber der sosialiseres inn kulturen (Christensen, et al. 2015).

Ut fra et kulturelt perspektiv kan man hevde at kommunefysioterapitjenesten har utviklet en egen kultur som har betydning for tjenestetilbudet. Fysioterapitjenesten innad i en kommune kan bestå av flere institutter med avtalefysioterapeuter, og en eller flere enheter for ansatte fysioterapeuter. Dersom alle disse har sin egen kultur kan det oppstå ulik faglig forståelse, og oppfatninger om tjenestetilbudet innad i en kommune.

Kultur er noe som vokser fram over tid, og utvikler seg i samhandling og samarbeid mellom kollegaer i tjenesten. Kulturen langt nede i hierarkiet påvirkes av den vertikale styringsstrukturen som kommer ovenfra. Gjennom eksempelvis bestemmelser om organisering av tjenesten, kan det lages rammer eller arenaer for samhandling og samarbeid i tjenesten. Noe som igjen kan bidra til at fysioterapeutene sosialiseres inn i de samme normer og verdier. På denne måten kan kulturen på arbeidsplassen bidra til en mer enhetlig tjeneste. I tillegg til den vertikale styringen av tjenesten, kan kulturen påvirkes av horisontal koordinering i tjenesten. Det kan eksempelvis skje gjennom at avtalefysioterapeuter og kommunalt ansatte har ulike samhandlingsarenaer som bidrar til utvikling av en felles kultur. Dersom det er svake koordineringsmekanismer både vertikalt og horisontalt vil det være et svekket grunnlag for en felles kultur, som igjen kan bidra til å styre mot en enhetlig tjeneste.

Som det beskrives av Christensen m. fl, i boken Organisasjonsteori for offentlig sektor, er offentlige organisasjoner karakterisert av målkonflikter og heterogenitet. Organisasjonene fungerer ikke som en enhetlig aktør, men må leve med spenninger og uenighet i et komplekst politiske og samfunnsmessige nettverk av organiserte interesser, borgere, brukergrupper og klienter (ibid s. 22). I realiteten ser vi ikke at tjenesten styres av enten det hierarkiske eller det kulturelle perspektivet, det er en blanding av de to. Dersom tjenesten kun styres nedenfra kan det være at tjenesten ikke er i tråd med offentlige føringer, dersom tjenesten kun styres ovenfra kan viktig faglige hensyn gå tapt (Kuvaas november, 2015).

## 2.0 Metode – valg og avklaring

Hensikten med oppgaven er å bidra til en bedre forståelse av hva som menes med kommunefysioterapitjeneste, og hva som menes med kvalitet i tjenesten. Det er et mål at prosjektet skal bidra til økt kunnskap om organisering av tjenesten, hva som menes med kvalitet på tjenesten, fra myndighetenes ståsted og hva representanter fra tjenesten mener om spørsmålene. I dette kapitlet gjøres det rede for hvilke metodiske valg og avklaringer som er gjort for å kunne besvare studiets problemstilling. Det gjøres rede for gjennomføring av litteraturstudiet og de kvalitative intervjuene. Studiet er gjennomført innen en kvalitativ forskningsmodell slik den er beskrevet av Malterud i boken «Kvalitative metoder i medisinsk forskning (Malterud 2011).

### 2.1 Litteratur

For å kunne definere kommunehelsetjenesten og forankring til helsetjenesten har jeg hovedsakelig benyttet offentlige dokumenter. Jeg har brukt lovverket, forarbeid til loven og en rekke offentlige utredninger. Jeg har funnet frem til dokumentene ved å lese referanser i nyere offentlige utredninger, og ulike artikler og dokumenter som har tatt for seg utviklingen av kommunehelsetjenesten. Noe har jeg også funnet fram til gjennom tilgjengelig dokumenter i Norsk fysioterapeutforbund.

Jeg gjør rede for utvikling av kvalitetsbegrepet i helse, og har spesielt sett på hvordan dette har foregått i Norge. Jeg har hovedsakelig benyttet norske offentlige dokumenter for å belyse hvordan myndighetene definerer kvalitet i norske offentlig helsetjeneste. I tillegg har jeg benyttet noe generell litteratur om kvalitetsbegrepet relatert til helse.

Fysioterapitjenesten i Norge er lite beskrevet i forhold til kvalitetsarbeid, men jeg har funnet noe i andre land. Jeg har ikke gjort et systematisk søk i forhold til denne tjenesten, men gjennom mitt daglige arbeid er jeg kjent med at noen organisasjoner og land har vært opptatt av tema. Jeg har søkt på NFFs nettsider og sett på Landsmøtesaker gjennom de siste ti årene, samt sett på et forskningsprogram om fysioterapi i primærhelsetjenesten, Fysioprime.

## 2.2 Kvalitative intervju

For å forstå hvordan representanter for kommunefysioterapi forstår tjenesten og definerer kvalitet, har jeg benyttet meg av kvalitative intervju. Jeg ønsket å vite hvordan representanter for tjenesten reflekterer over spørsmålene, og å ha mulighet til å stille utdypende spørsmål. Gjennom intervjuene håper jeg å få innsikt i litt av kulturen i tjenesten, det som ikke er tilgjengelig i litteraturen.

Kvalitative forskningsmetoder bygger på teorier om menneskelig erfaring og fortolkning; fenomenologi og hermeneutikk. Målet er utforskning av meningsinnhold slik de involverte oppfatter det i sin naturlige sammenheng. Malterud påpeker, i boken Kvalitative metoder i medisinsk forskning, at kvalitativ tilnærming velges når en ønsker å få økt kunnskap om menneskers erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Hensikten er å få beskrivelser og økt forståelse for problemstillingen som undersøkes (Malterud, 2011).

En generalisering er ikke målet med kvalitative studier. Kvalitativ metode velges når vi arbeider for å utvikle beskrivelser og analyser av karaktertrekk og egenskaper fra det feltet der disse forekommer (Malterud 2011 s. 55). Metoden passer godt for å utforske dynamiske prosesser som samhandling, utvikling og helhet. Som Malterud videre beskriver, sikter jeg ikke på at resultatene fra mine syv intervjuer skal mekanisk overføres til et annet populasjonsnivå. Funnene skal kunne gi en innsikt som sammen med litteraturgjennomgangen, kan gi meg en større forståelse for hva kommunefysioterapitjeneste er, og hva som menes med kvalitet i denne tjenesten. Hensikten er videre å få et bilde på hvordan de som representerer tjenesten opplever den, og hvordan de ser på kvalitet. Jeg håper og tror informantene kan tilføre perspektiver som ikke finnes i litteraturen.

### 2.2.1 Strategisk utvalg og forberedelser

Jeg har intervjuet syv representanter for ulike deler av den kommunale fysioterapitjenesten i to utvalgte kommuner. En av respondentene var både ansatt i kommunen, og jobbet som helprivat i en annen kommune. Dette har selvfølgelig påvirket hennes standpunkt i en del av spørsmålene. Jeg valgte en mellomstor kommune i nærhet til Oslo, og representanter fra to ulike bydeler i Oslo kommune. Valgene er både ut fra en geografisk nærhet, og egen kunnskap om fokus på fysioterapitjenesten i kommune og bydel. Informantene representerer en kommune eller en bydel som har hatt en rask befolkningsvekst og en økt satsing på

kommunefysioterapitjenesten. Jeg tenker at økt volum og fokus på tjenesten kan ha betydning for informantenes engasjement og kunnskap om tjenesten.

Jeg ønsket å få belyst tjenesten fra litt ulike perspektiv og har derfor intervjuet representanter fra ulike deler av tjenesten. Tre informanter er fra ledelsen og fire er klinikere, to fra avtalefysioterapi og en for ansatte. I kommunen utenfor Oslo har jeg intervjuet leder for helse og omsorgstjenesten samt leder for fysioterapitjenesten. I Oslo har jeg kun intervjuet en leder for helse og omsorgstjenesten i en bydel. Oslo kommune har ikke enhetlig ledelse for fysioterapitjenesten på kommunalt nivå, og noe ulike løsninger i bydelene, jeg valgte derfor lederen som har ansvar for hjemmebehandlingen i en av de to bydelene.

Valg av kommunalt ansatte fysioterapeuter ble gjort ut fra en direkte henvendelse til enheten der de jobbet. Enheten plukket ut en som sa seg villig til å la seg intervju, jeg hadde ingen forhåndskjennskap til informantene.

Informantene fra avtalefysioterapi ble gjort ut fra at de jobbet ved fysikalsk institutt der det er flere terapeuter som har kommunalt driftstilskudd og flere med utvidet kompetanse / spesialisert kompetanse. Jeg valgte institutt med flere terapeuter ut fra tanken om at det gir et faglig fellesskap med faglige diskusjoner i hverdagen, og at det vil sikre meg engasjerte informanter. Jeg sendte mail til flere aktuelle terapeuter ved instituttene, dessverre så viste det seg at det var mange som ikke ville, eller hadde anledning til å sette av tid til et intervju i en hektisk hverdag. Jeg henvendte meg derfor direkte til to personer som jeg hadde kjennskap til fra før, og som jobbet på to av de utvalgte instituttene. Jeg kjenner ikke informantene personlig, kun gjennom fagpolitisk arbeid i organisasjonen. Jeg visste imidlertid at de var engasjerte fagpersoner, og kjente de godt nok til at de følte seg forpliktet til å bidra.

Utvalget er strategisk ut fra at kommunen og bydelen er valgt ut fra kunnskapen om tjenesten de to stedene. Like så er avtalefysioterapeuten valgt ut fra at de arbeider ved institutter med en viss størrelse, og begge er terapeuter med utvidet kompetanse.

For å sikre at utvalget ikke blir for homogent, slik Malterud påpeker (Malterud 2011), har jeg altså valgt ut representanter fra ulike deler av tjenesten (ledere, ansatt og avtalefysioterapi). Ulempen med eget utvalg er at det kan bli svært ulike svar fordi de representerer forskjellige deler av tjenesten. Det er imidlertid ikke meningen at de skal være et representativt bilde for tjenesten, men kunne bidra med synspunkter fra et annet ståsted.



### 2.2.2 Semistrukturert intervju

Før kandidaten takket ja til å bli intervjuet, fikk de tilsendt informasjon om prosjektet. De fikk informasjon om at jeg ønsket å vite hvordan de definerte kommunefysioterapi, hva som kjennetegner kvalitet i tjenesten og hvordan den påvirkes. Jeg presiserte at det ikke var nødvendig med forberedelse, jeg ønsket bare å høre hva de umiddelbart tenkte om spørsmålene jeg skulle stille. De fikk også informasjon om at intervjuobjektene ikke skulle presenteres med navn eller arbeidssted. De ble også informert om at jeg til daglig arbeider i Norsk fysioterapeutforbund. Selv om prosjektet ikke er en del av mitt arbeid, kan det være informanter som ikke ønsker å la seg intervjuet på grunn av denne koblingen.

I forkant av intervjuene hadde jeg utarbeidet en intervjuguide med 14 spørsmål. Spørsmålene er delt i to hovedkategorier, kommunalfysioterapitjeneste og kvalitet. Informanten ble bedt om å definere tjenesten og hva som regulerer den. Videre ble de bedt om å definere kvalitet og hva som påvirker kvalitet. Intervjuguiden kan leses i sin helhet i vedlegg 1.

Ved gjennomføring av intervjuene forsøkte jeg til en viss grad å følge systematikken som lå til grunn i intervjuguiden, men intervjuene ble litt ulike avhengig av informantens ståsted og svar. Kvalitative intervju skal ikke være uten mål eller mening skriver Malterud, men det kan også diskuteres hvor dypt det går an eller det er ønskelig å komme (Malterud 2011). Jeg hadde som mål å få til en åpen samtale, for å få dette til forsøkte jeg å lage åpne spørsmål uten for mange detaljer. Noe som igjen kan føre til at svarene blir generelle, favner bredt mer enn å gå i dybden. Jeg gjennomførte et testintervju som viste at spørsmålene var for omfattende. Dette medførte at jeg laget færre spørsmål samtidig som jeg lot de være mer åpne. Etter første intervju gjorde jeg ytterligere endringer, primært for å sikre at avtalefysioterapi ble inkludert i samtalen.

Det er en rekke utfordringer ved denne intervjuformen. Som Malterud (2011) skriver er det en kunst å være tilstrekkelig åpen og samtidig fokusert. Hun skriver at det kan lønne seg å ha is magen, og avvente nysgjerrig når informantene begynner å fortelle om noe som kan virke som en avsporing. Det er ofte langs slike sidespor at den nye kunnskapen befinner seg, men det er en forutsetning at vi ikke snakker forbi hverandre og bruker opp tiden på noe helt annet enn det vi spør om (Malterud 2011). Selv erfarte jeg at dette var en vanskelig balanse. Det var avsatt begrenset tid til intervjuene, så samtidig som jeg skulle la informantene forfølge sine sidespor måtte jeg hele tiden passe på at det var tid til de spørsmålene jeg måtte ha svar på.

Hensikten med undersøkelsen er å få et bilde på hva representanter for tjenesten mener er kommunefysioterapi, og hva som er kvalitet på denne tjenesten. Jeg forsøkte innledningsvis og få respondentene til å svare overordnet på hva de mener om spørsmålene, dette viste seg imidlertid å være vanskelig. Jeg gikk derfor over til å vise helsedirektoratets definisjon, for å få dem til å reflektere i forhold til punktene i definisjon. Det gjorde de dels, men det var noen tema som opptok de mer enn andre.

Jeg erfarte som Malterud skriver at balansen mellom fleksibilitet og struktur ikke alltid var like lett. Ved transkribering av intervjuene ser jeg at det hadde vært interessant og forfulgt noen av de spørsmål som jeg valgte vekk, av hensyn til å holde tiden. Jeg opplevde at informantene virket trygge, engasjerte og villig delte sin kunnskap om temaene.

Intervjuene ble gjennomført på den enkeltes arbeidssted, slik at informantene skulle slippe å bruke mer tid enn nødvendig. Vi satte av 60 min til seansen, kun et intervju gikk litt over tiden. For å holde tiden måtte jeg imidlertid lede samtalen. Dette kan selvfølgelig ha medført at jeg gikk glipp av noe informasjon, men jeg forsøkte så langt som mulig å la informantene fortelle det de ønsket.

Intervjuene ble tatt opp i samtykke med informanten og senere transkribert.

### **2.2.3 Framstilling og behandling av data**

Opptakene ble transkribert etter at intervjuene var gjennomført, dels av meg og dels av min mor som er pensjonist og har langt mer fritid til rådighet. Typiske enstavelsesord, gjentakelser og liknende ble delvis utelatt for å gjøre det til et enklere lesbart språk, og fordi de ikke hadde betydning for det meningsbærende innhold. Sitatene som brukes i kapittel fem er noe redigert for å gi dem en mer skriftlig form. Individuelle intervjuer representerer en tidkrevende strategi for datainnsamling, og ledet til et omfattende arbeid med transkripsjon og analyse.

Systematisk tekstkondensering slik den presenteres av Malterud med utgangspunkt i Giorgi er benyttet i analyse av datamaterialet (Malterud, 2011). Analysen er forsøkt gjennomført i henhold til de fire trinnene: først et helhetsinntrykk, så identifisering av meningsbærende enheter, abstraksjon av disse enhetene for så å sammenfatte dette. Selv om jeg har forsøkt å holde meg til trinnene, har jeg i realiteten måtte gå litt fram og tilbake da jeg stadig ble klar over nye ting som enten var meningsbærende, eller fordi jeg valgte å kategorisere på en ny måte.

Anonymitet er forsøkt ivaretatt ved at ingen av informantene kjente til hvem de andre informantene var. Det ble tatt direkte kontakt med den enkelte informant for å avtale tidspunkt for intervju. I fremstillingen av resultatene er hverken kommune/bydel eller arbeidssted gjort kjent. I tillegg er sitatene justert noen for å anonymisere mulige gjenkjennelige uttalelser.

### 2.3 Egen forståelse - bias

I følge Malterud vil forskerens person alltid påvirke forskningsprosessen og resultatene av denne. Den samme virkelighet kan beskrives ut fra ulike perspektiver, selv om ikke alle perspektiver er like relevante for den problemstillingen som ønskes belyst. Forskerens perspektiv og posisjon har derfor stor betydning for hvilken kunnskap som kommer frem (Malterud, 2011).

Kommunefysioterapi og kvalitet i fagutøvelsen har lenge engasjert meg, og jeg har hatt ulike oppfatninger av hvordan og hvorfor tjenesten er som den er. Jeg har stor nærhet til stoffet selv om jeg ikke arbeider med problemstillingene til daglig. Forskernes forforståelse er derfor en viktig faktor; den består av de erfaringer, de hypoteser, det faglige perspektiv og den teoretiske referanseramme forskeren har ved prosjektets innledning (Malterud, 2011). Dette kan selvfølgelig påvirke både spørsmålstilling, utvalg av litteratur og tolkning av det informantene sier.

I kvalitative metoder er målet at materialet skal reflektere informantenes erfaringer og meninger, og forskeren skal ikke overdøve informantenes ”stemme”. Det er nødvendig å holde seg i bakgrunn, samtidig som man må være klar over den påvirkningen man faktisk har på materialet. Malterud understreker hvordan forskeren i kvalitative studier er å betrakte som en aktiv deltaker i kunnskapsutviklingen, og hvordan dennes kunnskap og posisjon får avgjørende betydning for hva slags kunnskap som kommer fram (Malterud, 2002).

I forbindelse med transkribering av intervjuene ser jeg at spørsmålene, og forklaring rundt spørsmålene kan ha påvirket informantens forståelse. Samtalen kan ha fungert som en kunnskapsutvikling, og i den forstand at informantene har gjort nye koblinger og erkjennelser. Noen av spørsmålene var så åpne at de har krevd oppfølgende spørsmål, dermed var det vanskelig å unngå at informanten ble ledet i en bestemt retning.

Malterud beskriver videre at en god analyse forutsetter at forskeren er seg dette bevisst, og åpent formidler sitt utgangspunkt og posisjon. Det er også vesentlig at det reflekteres rundt de følger dette kan ha for resultater og konklusjoner av forskningen (Malterud 2011).

Før intervjuene startet hadde jeg en formening om hva informantene ville svare. Jeg hadde en formening om at alle involverte i kommunefysioterapitjenesten hovedsakelig ville se kvalitet som et direkte resultat av den enkelte terapeuts kompetanse, og ha fokus på kunnskapsbasert praksis. Jeg hadde også forventinger til at informantene i svært liten grad hadde kjennskap til hvordan tjenesten var organisert og forankret i lovverket. Mine oppfatninger kan selvfølgelig ha bidratt til at spørsmålene ble ladet, noe jeg dels erfarte under transkribering. Jeg mener imidlertid min bakgrunnskunnskap om tema har vært helt nødvendig for å komme fram til relevant informasjon. Ved hjelp av bakgrunnskunnskapen kunne jeg reformulere spørsmål underveis dersom jeg opplevde at informantene ikke forstod problemstillingen. Jeg presiserte i starten av intervjuet at det ikke var noen svar som var riktig eller galt, og jeg opplevde at informantene var frie i sin besvarelse.

## **2.4 Metodediskusjon, oppsummert**

Oppgaven bygger på en kvalitativ metode, hvor forskningsspørsmålet belyses ved hjelp av litteraturstudier og syv semistrukturerte intervju. Litteraturstudiet er ment som et bakteppe for intervjuene og er med til å gi et bedre grunnlag for å besvare spørsmålene. Litteraturutvalget er ikke basert på et systematisk søk, jeg kan derfor ikke utelukke at det er momenter som ikke er med, men jeg mener det er tilstrekkelig til å kunne belyse problemstillingen.

Intervjuene er basert på et strategisk utvalg noe som selvfølgelig kan ha betydning for svarene jeg har fått. Informantene er plukket ut på bakgrunn av en antagelse om at de er ressurspersoner i forhold til tema. De arbeider et sted hvor det har vært fokus på tjenesten eller faglig engasjement. Det kan dermed være at jeg hadde fått noen andre svar hvis jeg hadde hatt andre informanter. Informantenes alder kan også ha betydning men dette har jeg ikke tatt hensyn til i undersøkelsen.

Selv om jeg har basert intervjuene på en intervjuguide, semistrukturerte intervju er det jo alltid en mulighet for at måten jeg formulerer meg på påvirker svarene og kommunikasjonen. Tema for oppgaven ligger tett opp til mitt arbeidsfelt og har lenge engasjert meg. Dette kan

bidra til at jeg i større grad finner det jeg leter etter, og ikke er tilstrekkelig åpen. Jeg har forsøkt å ha dette i bakhodet hele veien, men som Malterud påpeker, kan dette være en bias (Malterud, 2011).

Nærheten til stoffet har for meg vært både en fordel og en ulempe. Min nysgjerrighet etter å forstå mer av tjenesten i lys av hva vi mener med kvalitet, har gjort at jeg har favnet bredt. Dette har lært meg en masse som jeg daglig erfarer er nyttig kunnskap i mitt arbeid, men sett i forhold til dette prosjektet har det imidlertid vært utfordrende og avgrense materialet.

### 3.0 Fra helprivat yrke til kommunal helsetjeneste

For å kunne svare på hva kommunefysioterapi består av, og forstå hvorfor denne tjenesten er som den er i dag, har jeg tatt et historisk tilbakeblikk der jeg har trukket fram de overordnede politiske beslutninger og føringer for tjenesten. I dette kapittelet vil jeg belyse opprinnelsen til faget, og den historiske utviklingen i forhold til etableringen og utviklingen av kommunehelsetjenesten.

Fysioterapi er et relativt ungt fag sammenlignet med medisin. Det har sitt utspring fra medisin, og har derfor alltid vært tett knyttet til medisinen både faglig og organisatorisk. Det er derfor vært naturlig å trekke fram noen sammenligninger mellom de to tjenestene.

#### 3.1 Fysioterapi som eget fag

Fysioterapi i Norge har sitt utspring fra sykegymnastikken som oppstod i Sverige på begynnelsen av 1800-tallet. Faget var i starten et selvstendig og autonomt yrke, men sykegymnastene ble etter hvert til legenes medhjelpere, og ble underordnet legene utover på 1900-tallet (Thornquist 2012).

Den første norske utdanningen ble etablert i privat regi i 1897, Christiania Orthopædiske Institutt. Utdanningen var startet og drevet av leger, primært ortopeder, noe som også preget utdanningen. Sykegymnastene skulle læres opp som legenes medhjelpere innen ortopedi. Sykegymnastene var imidlertid ikke tilfredse med å være legenes medhjelpere, de var opptatt av egen autonomi. De opplevde det derfor som viktig da de i 1936 fikk egen autorisasjon som offentlig godkjent helsepersonell. I 1969 ble yrkesbetegnelsen endret til fysioterapeut. Selv om fysioterapeutene ble stadig mer selvstendige i sin yrkesutøvelse, opplevde de å være underlagt legenes styring i den forstand at fysioterapeutene ikke hadde lov til å behandle uten at behandlingen var rekvirert av lege (Thornquist 2014).

Med innføring av ny helsepersonellov i 2001 ble fysioterapeuters selvstendighet forsterket. Den nye loven åpnet for at alle nå kan gå til fysioterapi uten henvisning fra lege (Lov om helsepersonell m.v. 2001). Det kreves imidlertid fortsatt henvisning fra lege dersom pasienten skal ha refusjon fra trygden (med et unntak for spesialister i manuell terapi).

I 1979 var det ca 2400 fysioterapeuter i Norge, i dag har dette tallet vokst til ca 15.000. Norge har fire utdanningsinstitusjoner for fysioterapeuter hvor det utdannes omkring 250 fysioterapeuter årlig. I tillegg utdannes det årlig ca 100 norske fysioterapeuter i utlandet.

I 2013 utgjorde fysioterapiårsverk i kommunene om lag 4500, hvorav ca 60 % er avtalefysioterapeuter med kommunalt driftstilskudd (Meld. St. 26 2014-2015).

### **3.2 Kommunehelsetjeneste – kommunefysioterapi**

Fysioterapi i kommunene, distriktene, var fra starten en helprivat tjeneste og hadde ingen tilknytning til kommunen. Fysioterapeutene var selvstendig næringsdrivende og etablerte seg der de ønsket. Ved den første loven om sygeforsikring i 1909, ble det innført en refusjonsordning for sykegymnastisk behandling for pasienter med svært lav inntekt eller ingen inntekt (behovsprøvd). Pengene fulgte pasienten i den forstand at trygden (sykekassen) refunderte deler av utgiftene til fysioterapi. Med ny syketrygdlov i 1930 ble det innført godtgjøring for fysikalsk behandling til alle, men nå forutsatt at behandlingen var forordnet av lege etter regler fastsatt av Rikstrygdeverket (IS-1422 rapport 2007). Distriktene eller kommunene hadde ingen styring med den private helsetjenesten. Det var fri etableringsrett for både leger og fysioterapeuter (Skaset 2006).

#### **3.2.1 1960 - 1984, fra privat til offentlig kommunehelsetjeneste**

På 1960- og 70 - tallet ble helse av stadig mer politisk interesse. Dette var en trend som kunne ses både internasjonalt og i Norge. På 60- tallet var mangelen på leger og fysioterapeuter i distriktene som vekket interesse. På 70- tallet var det en særlig økende diskusjon om helsetjenesten utenfor institusjonene, det som ble betegnet som distriktshelsetjenesten og senere primærhelsetjeneste. Det var politisk enighet om det var nødvendig med vekst av helsetjenester fordi behovet var større enn tilbudet (Skaset 2006).

Utover på 70-tallet førte de helsepolitiske diskusjonene til mange utredninger på kort tid. Tidligere helseminister Helløe skriver at annen halvdel av 70-årene markerte et paradigmeskifte i styringen og forvaltningen av norsk helsepolitikk. Samtidig som det ble lagt vekt på den lokale handlefriheten, ble det tatt til orde for at flere oppgaver måtte ut i kommunene (Helløe and Ånstad 2007). Da som nå, ble det påpekt at tjenesten i kommunene,

utenom institusjon, var brokete og manglet koordinering. Både organisasjonsformer og finansiering var svært ulikt fra sted til sted (St. melding nr. 85 1970-71).

Mot slutten av 70-tallet var tilgangen til helsepersonell i kommunene vesentlig bedret, men den var fortsatt skjevt fordelt rundt i landet (NOU 1979:28 1979). Myndighetene mente fri etablering av helsetjeneste i kommunene medførte skjevfordeling, og myndighetene tok til orde for en sterkere regulering av tjenesten (Skaset 2006). Det ble videre påpekt at en fortsatt økning av utgifter til helsetjenesten i kommunene, uten kontroll med utgiftene, ikke ville være bærekraftig i framtiden. Offentlig økonomi krevde tilpasning til lavere vekst, dermed var det nødvendig å stimulere til best mulig ressursutnyttelse (Ot. prp. nr. 66 1981 - 82). I løpet av ti år var altså fokuset flyttet fra ønske om vekst til behov for innstramning.

Som argument for innføringen av en kommunal helsetjeneste, ble det påpekt at kommunene måtte styre tjenestene, og tjenestene måtte bli bedre koordinert og mer helhetlig. Midlene til helsetjenesten skulle fordeles etter behovskriterier, og ikke på grunnlag av tilbud av tjenester i den enkelte kommune. Til nå hadde fysioterapitjenesten i distriktet i hovedsak vært knyttet til behandling av sykdom og skade. Myndighetene mente nå at det var behov for å prioritere oppgaver knyttet til barn, unge, funksjonshemmede og eldre (Ot. pr. nr. 36 1980 - 1981).

For å få en mest mulig helhetlig helsetjeneste mente regjeringen (Brundtland) at privat lege- og fysioterapivirksomhet måtte innpasses i det kommunale ansvaret (Heløe and Ånstad 2007). Kommunene skulle selv bestemme om de ville gjøre dette gjennom å ansette leger og fysioterapeuter, eller inngå avtale med de som var selvstendig næringsdrivende. Forslaget innebar at kommunene skulle ha hele det økonomiske ansvaret (ikke delvis gjennom folketrygden som i dag) og arbeidsgiveransvaret for de ansatte (Ot. pr. nr. 36 1980 - 1981). Forslagene som ble lagt fram førte imidlertid til kraftige debatter både innad i fysioterapiforbundet, legeforeningen og i det offentlige rom. Både legeforeningen og fysioterapeutforbundet var enig i deler av forslaget, men ikke når det kom til ivaretagelsen av privat praktiserendes rettigheter (Skaset 2006).

Fysioterapeutene som allerede var etablert i kommunene og fikk refusjon fra trygden, skulle i følge forslaget få fortsette med det, men kommunene skulle nå refundere de faktiske utgiftene til trygden. På den måten skulle forbruket bli et kommunalt ansvar. Kommunene skulle ikke betale for de selvstendig næringsdrivende som de ikke inngikk avtale med (Ot. pr. nr. 36 1980 - 1981). De som allerede var privatpraktiserende skulle få fortsette med det, men når det gjaldt nye leger eller fysioterapeuter mente regjeringen det var best med ansatte (Skaset 2006).



Samtidig som lovforslaget la opp til at det var kommunene som skulle beslutte hvordan de skulle organisere fysioterapivirksomheten, presiserte departementet at tjenestene som skal ligge til ansatte fysioterapeuter er av en annen karakter enn de kurative tjenestene som utføres på instituttene (Ot. pr. nr. 36 1980 - 1981).

Kommunene skulle ha hånd om både pengene og planleggingsansvaret. Dette var et annerledes betalingssystem der det ikke lenger var en automatikk knyttet til forbruk av tjenester og utløsning av statlige midler. Dette måtte det selvfølgelig bli bråk av skriver Heløe (Heløe and Ånstad 2007 s. 574). Hverken legene eller fysioterapeutene godtok det første lovforslaget. Det var store protester fra organisasjonene som førte til at ny regjering (Willoch) la fram et nytt lovforsalg i 1982. Det ble gjort radikale endringer som følge av motstanden (Skaset 2006).

Nytt forslag la vekt på at privat praksis fortsatt skulle være en viktig del av fremtidens kommunale lege- og fysioterapivirksomhet. For de som allerede var etablerte i kommunene, ble det etablert en tredelt finansieringsordning som bestod av driftstilskudd fra kommune, refusjon fra trygden i form av takster og pasientenes egenandel (tilsvarende den vi har i dag). For de som ikke fikk avtale med kommunene, skulle det være en to-delt finansieringsordning bestående av pasientens egenandel og refusjon fra trygden (Ot. prp. nr. 66 1981 - 82). På denne måten kunne kommunene få kontroll over sine utgifter, mens det var ingen begrensninger mht til trygdens utgifter. Pengene fulgte fortsatt pasienten. For fastlønnsstillingene fulgte det med et tilskudd fra trygden, fastlønnsstilskudd. På denne måten skulle det sikres at det var kostnadsnøytralt for kommunen å velge ansatte eller avtalefysioterapeut.

Selv med det nye lovforslaget, var det stor uenighet blant fysioterapeuter og leger. En del av de privat praktiserende fysioterapeutene mente at ordningen med refusjonsrett fra trygden forfordelte de som fikk avtale med kommunene, og kom til å skape et A og et B lag. Uenigheten ble så stor at det førte til en splittelse av Norske fysioterapeuters forbund (IS-1422 rapport 2007). Halvparten av de privatpraktiserende meldte seg ut og etablerte et nytt forbund for privatpraktiserende fysioterapeuter, et forbund som fortsatt eksisterer på samme politiske grunnlag. Regjeringens forslag ble på tross av protesters likevel vedtatt (Heløe and Ånstad 2007).

### 3.2.2 1984 – 2000, virkning av kommunehelsetjenesteloven

Både fysioterapi- og legedekningen ble vesentlig bedre i hele landet etter innføringen av kommunehelsetjenesteloven i 1984. Særlig hjalp fastlønnsstillingen i forhold til å få fysioterapeuter ut i alle kommunene. Fastlønnsstillingen imøtekom behovene knyttet til barn, unge funksjonshemmede og eldre. En rapport viser at fysioterapitjeneste er tilgjengelig for flere, og det har vært en økning i det forebyggende og rehabiliterende arbeidet som følge av ansatte fysioterapeuter. Økningen av avtalefysioterapeuter har imidlertid vært størst i perioden. I perioden 1985 – 2005 steg antall årsverk for fastlønte fysioterapeuter fra 188 til 1326, mens antall årsverk for avtalefysioterapi steg fra 2096 til 2531 (IS-1422 rapport 2007).

Kartleggingen viste at de to organiseringsformene for fysioterapitjenesten i kommunene fortsatt hadde svært ulike oppgaver. Fysioterapitjenesten var ikke en helhetlig tjeneste. Det ble stilt spørsmål ved om lege og fysioterapitjenesten i kommunene fungerte i forhold til de nåværende helsepolitiske mål, og det ble påpekt at dette burde utredes videre (St. melding nr. 36 1989-90).

Tilgjengelighetsmålet for fysioterapitjenesten var nådd, men det ble påpekt at det ikke var foretatt nasjonale utredninger for å analysere om målsetningene for tjenesten var nådd. Det ble presisert at det ikke var utredet om definerte oppgaver og innholdet i tjenesten ble ivarettatt på en hensiktsmessig måte, eller om organisering av tjenesten fungerte tilfredsstillende (Finansiering av fysioterapitjenesten i kommunene 2007).

Helsedirektoratets kartlegging av tjenesten i 2007, viste nok en gang at det fortsatt var store forskjeller med henhold til hvilke arbeidsoppgaver som ble utført av fastlønnede og privatpraktiserende. Fastlønnede tok seg av forebygging og rehabilitering, mens dette skjedde i mindre grad blant de privat praktiserende (Finansiering av fysioterapitjenesten i kommunene 2007).

Ordningen med rett til trygderefusjon for alle fysioterapeuter som etablerte seg i en kommune ble utviklet i 1998. Fra nå var det kun to kategorier fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten, privatpraktiserende med avtale og kommunalt ansatte (Ot. prp nr 47).

### 3.2.3 2000 – 2014 kommunal helse- og omsorgslov – fra tilgjengelighet til kvalitet

Politikerne er ikke fornøyde, og tjenesten utredes igjen. Fordelingen av leger og fysioterapeuter i kommune-Norge er vesentlig bedret, men kommunehelsetjenesten bærer fortsatt preg av å være fragmentert og mangler koordinering. Regjeringen foreslo en felles kommunal helse og omsorgstjenestelov som et viktig bidrag for å harmonisere tjenestene i kommunen (NOU 2004:18 2004). Loven skulle være et hierarkisk styringsmiddel som skulle bidra til at de to tjenestene, avtalefysioterapi og ansatte, i større grad skulle bli en samlet tjeneste. Gjennom lovgivningen hadde regjeringen en forventning om at kommunen skulle sørge for at målene utføres i tjenesten.

Tilgjengeligheten til legetjeneste i kommunene var også vesentlig bedret, selv om noe kommuner i utkanten fortsatt slet med rekrutteringen og høy utskiftning. Stadige utskiftninger bidrar til redusert kvalitet, og fokuset skiftet fra tilgjengelighet til kvalitet. For å imøtegå problemene ble avtalene med kommune erstattet av en sentral forskrift for fastleger. Fastlegeordningen ble innført i 2002, med den kom listeansvaret, og en mer detaljert regulering av tjenesten (Skaset 2006). Tjenesten ble ytterligere regulert ovenfra, noe som kanskje satte kommunen no mer på siden.

Fysioterapitjenesten har vært delvis kartlagt noen ganger siden innføringen av kommunehelsetjenesten. Tjenesten har imidlertid ikke gjennomgått organisatoriske endringer slik som allmennlegetjenesten. Direktoratet påpekte i sin kartlegging, 2007, at befolkningens etterspørsel etter fysioterapitjeneste i kommunene er økende, etterspørselen etter kommunale fysioterapitjeneste er større enn tilbudet. Lange ventelister har ført til at det har utviklet seg en helprivat fysioterapivirksomhet i mellomstore og store kommuner. Dette skaper i dag et sosialt ulikt helsetilbud, hvor de som har midler kan kjøpe seg fri fra ventelistene. På grunn av den demografiske og helsemessige utviklingen, særlig med en økende andel eldre befolkning og flere funksjonshemmede som bosettes i kommunen utfordres også fysioterapitjenesten med henhold til samhandling og prioriteringer (IS-1422 rapport 2007). Det påpekes at tjenesten må daglig prioritere uten at det er klare kriterier for dette. En økende del av pasientgruppene krever også mer samhandling med andre deler av helse- og omsorgstjenesten (ibid).

Samhandlingsreformen (2009) har satt fokus på samhandling mellom tjenestenivå, og behovet for at flere tjenester overføres til kommunene. Samhandlingsreformen foreslår grep og overordnede prinsipper som skal sikre at en fremtidig helse- og omsorgstjeneste både svarer

til pasienten behov for koordinerte tjenester, og på de store samfunnsøkonomiske utfordringene, og den demografiske endringen og sykdomsutviklingen (St. meld. nr. 47 Samhandlingsreformen 2008 - 2009).

For å understøtte samhandlingsreformen det innført en felles kommunal helse- og omsorgslov. I lovforarbeidet påpekes det at behovet for helsetjeneste vil øke i årene framover og at forebygging blir enda viktigere. Her trekkes det fram at fysioterapeutene er den gruppen som har lykkes best i dette arbeidet, og at det kan synes som om dette i særlig grad skyldes fastlønnstillingene (Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenster 2010).

Ny felles lov for kommunale helse- og omsorgstjenester m.m, ble innført i 2012. Loven er profesjonsnøytral, og er ment å gi kommunene et tydeligere og mer helhetlig ansvar, samt større frihet for kommunene til å organisere og tilpasse tilbudet i samsvar med lokale behov. Loven var ment å sikre bedre samhandling innad i kommunene, men også mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Prop. 91 L 2010 - 2011 s. 26). I motsetning til den foregående loven er ikke fysioterapi lenger en lovpålagt tjeneste i kommunene, det er nå kun legetjenesten som er lovpålagt. Det vil si at det er opp til den enkelte kommune å beslutte hvordan og hvem som skal yte tjenestene. Det påpekes imidlertid at tjenesten skal være faglig forsvarlig, og at kommunen har ansvar for å tilrettelegge slik at det er mulig (ibid).

I 2013 utgjorde fysioterapiårsverk i kommunene om lag 4500, hvorav ca 60 % er avtalefysioterapeuter med kommunalt driftstilskudd (ca 1800 ansatte og 2700 årsverk avtalefysioterapi, fordelt på 3400 personer). Mange av avtalefysioterapeutene har deltidshjemler, men arbeider 100%, antall personer er derfor høyere enn antall driftstilskudd. Antall årsverk har hatt liten vekst siden 2005, men uttaket fra trygden har økt betydelig. Til sammenligning vokste omsorgssektoren i kommunene fra 20 000 til 130 000 fra 1974- 2014 (Meld. St. 26 2014-2015).

I motsetning til tidligere lovforarbeid settes det i forarbeidet til ny kommunal helse- og omsorgslov fokus på kvalitet i eget kapittel. Det settes fokus på at tjenesten ikke bare skal være faglig forsvarlig, men være av god kvalitet. Ansvaret for kvaliteten på tjenestetilbudet påhviler kommunen, og i siste instans kommunes folkevalgte ledelse. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) påpeker at kvalitet i liten grad er berørt i lovverket. De

nasjonale kvalitetsstrategiene er rettslig sett kun veiledere, HOD påpekte at det er få bestemmelser i helse- og sosiallovgivningen som benytter kvalitetsbegrepet, og foreslår i høringen at kvalitet burde lovfestes. Departementet foreslo at det skulle gis en forskriftshjemmel knyttet til lovkravet om kontinuerlig kvalitetsforbedring (Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenster 2010 s. 251). Høringsinnspillene problematiserte imidlertid at det var vanskelig å definere kvalitet, og at forståelsen av hva som ligger i begrepet endrer seg over tid. Kvalitet ble derfor ikke foreslått tatt inn i lovteksten i det endelige lovforslaget (Helse- og omsorgstjenesteloven 2012).

### **3.2.4 2014 - 2015 Ny kommunehelsetjeneste melding - melding om primærhelsetjenesten**

Solbergregjeringen med Helseminister Bent Høie i spissen la våren 2015 fram en egen melding om fremtidens primærhelsetjeneste (Meld. St. 26 2014-2015). Regjeringen mener at kvaliteten i kommunehelsetjenesten ikke er tilfredsstillende. Akkurat som i de forutgående utredninger mener regjeringen det er for lite samhandling, koordinering og for stor ulikhet i helsetjenesten. Det påpekes at noen pasientgrupper bør får mer og noen bør få mindre. Regjeringen har tydelig signalisert at det ikke vil følge mer midler til tjenestene, heller ikke til fysioterapitjenesten, men at midlene kanskje må omfordeles og det må prioriteres slik at det blir en rettferdig fordeling (Meld. St. 26 2014-2015).

Det påpekes i meldingen at kommunehelsetjenesten må ha mindre søyletenkning og mer samhandling, pasienten skal være i sentrum. Flere oppgaver skal overføres til kommune, og stortingsmeldingen om kommunereformen foreslås mer av rehabiliteringen overført til kommune (Meld. St. 26 2014-2015). Regjeringen er tydelig på at avtalefysioterapeutene må ta et større ansvar i kommunefysioterapitjenesten og at myndighetene i større grad ønsker å styre deres praksisprofil. Regjeringen varsler videre at de vil reversere den profesjonsnøytrale loven, da de mener den ikke bidrar til kvalitet i tjenesten. De vil også se på styring og ledelse av tjenesten i kommunene, og påpeker at dette må ses i sammenheng med kommunestrukturene som de også ønsker og gjøre noe med.

### 3.3 Styring av tjenesten

Med kommunehelseloven som ble innført i 1984, ble det lovfestet at kommunene har ansvar for primærhelsetjenesten. Selv om dagens helse- og omsorgstjenestelov er en profesjonsnøytral lov, hvor det ikke nevnes hvem som skal utføre tjenestene, reguleres kommunens plikt til å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester for alle beboerne i kommunene. Kommunene skal drive både forebyggende arbeid og gi et effektivt og forsvarlig helsetilbud, herunder fysioterapi. Kommunen skal sikre kvalitet og likeverdig tjenestetilbud, og ressursene skal utnyttes best mulig (Helse- og omsorgstjenesteloven 2012). Kommunenes plikt til å tilby eller yte tjenester må ses i sammenheng med den enkeltes rett til å motta nødvendig helsehjelp, nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven, §2-1 (Lov om pasient- og brukerrettigheter 2001).

Staten har gjennom lovgivning delegert ansvaret for tjenestetilbudet til kommunene. Kommunene har ansvaret for gjennomføringen. Det er opp til kommunen å bestemme om de vil organisere tjenesten gjennom å ansette fysioterapeuter eller gjennom driftsavtale, avtalefysioterapi (Helse- og omsorgstjenesteloven 2012). De fleste kommunene har en kombinasjon av de to, men det er finnes noen få eksempler på kommuner som kun har ansatte og noe som kun har avtalefysioterapeuter (Kilde: Norsk fysioterapeutforbund).

I følge kommunal helse- og omsorgslov skal alle kommuner ha en medisinskfaglig rådgiver. Legen må imidlertid ikke være ansatt i hver enkelt kommune slik det var før eksisterende lov trådte i kraft 2012. Det vil si at flere kommuner kan samarbeide om ansettelse av en kommunelege. Eksisterende lov viderefører friheten den enkelte kommune har til å styre tjenesten, og legger ingen føringer på hvordan tjenestene skal organiseres.

I noen kommuner ser vi to-nivå modeller hvor fysioterapitjenesten kan være en del av helse- og/eller sosialtjenesten, eller være en egen resultatenhet. Leder kan være en felles leder for en stor tjeneste, eller kun leder for en fysioterapitjeneste. Lederne ligger her direkte under Rådmanns-nivå. Andre kommuner har en tre-nivå modell, med egen enhet for helse og sosial, og under der kan det være egen leder for fysioterapitjenesten. Uavhengig av hvordan kommunestrukturen er innrettet, styres tjenesten ulikt for ansatte og avtalefysioterapeuter.

De kommunalt ansatte fysioterapeutene inngår i en kommunal enhet, og er underlagt en leder. Selv om de arbeider selvstendig har de en rekke samhandlingsarenaer med den øvrige helse-

og omsorgstjeneste. I tillegg må de ansatte forholde seg til kommunens ressurser og prioritere i forhold til dette.

Avtalefysioterapi er i følge lovverket også en del av kommunal helsetjeneste, men anses i litt ulik grad som en del av tjenesten. Rammene rundt avtalefysioterapi er først og fremst regulert gjennom bestemmelsene i folketrygdloven og avtaler med kommunen. Bestemmelsene i folketrygdloven regulerer pasientenes rett til økonomisk støtte. Det er detaljregulert hvilken behandlings form, innen fysioterapi, det gis støtte til, i hvilket omfang og til hvilke diagnoser (Forskrift om dekning av utgifter til fysioterapi 2015).

Drift av praksis er i tillegg regulert gjennom en avtale, ASA4313, med kommunen og den enkelte terapeut, på bakgrunn av en sentral avtale mellom KS og Norsk fysioterapeutforbund (ASA- 4313 2013-2014 ). Avtalen sier både noe om tjenestens innhold og innretning. Avtalens punkt tre handler om tjenestens innhold, her presiseres det at tjenesten skal være i tråd med kunnskapsbasert praksis og at utøveren skal drive sin praksis i tråd lovverk og kommunes plan for helsetjenesten. Videre er det eget punkt om at fordeling av oppgaver for å ivareta kommunes samlede behov og et punkt som omhandler kommunens orienteringsplikt og ansvar for at det er et samarbeidsutvalg i kommunen. Videre er det en del punkter som omhandler selve driften og forvaltning av avtalen slik som åpningstider, lokalisering ansettelse og overdragelse av hjemler (driftstilskuddet).

Kommunens oppfølging og organisering av innholdet i avtalefysioterapitjenesten skjer i hovedsak gjennom forvaltning av individuelle driftsavtaler hevder departementet (Helse- og omsorgstjenesteloven 2012). Noe som kan være et uttrykk for at loven har langt sterkere føring enn bestemmelsene i ASA-avtalen.

### Finansiering

Kommunal fysioterapitjeneste finansieres dels av kommunen og dels via folketrygden. Ved etablering av kommunefysioterapitjenesten var hensikten at det skulle være kostnadsnøytralt for kommunen å ansette fysioterapeuter eller inngå driftsavtale med fysioterapeuten. Trygden finansierer et fastlønnstilskudd for de ansatte som et rammetilskudd, og refunderer utgifter i avtalefysioterapi gjennom takstsystemet (per capita system).

Kommunalt ansatte fysioterapeuter er et spleiselag der kommunen betaler en del, og trygden en annen del. Det er så opp til den enkelte kommune om de vil kreve egenandel fra pasientene eller ikke.

For avtalefysioterapeutene er det etablert et tredelt finansieringssystem hvor kommune skal betale 40% gjennom driftstilskudd, folketrygden 40% og pasienten 20% gjennom egenandeler. Driftstilskuddet, finansiert av kommunen, og det skulle tilsvare kostnaden kommune har ved og ansatte en fysioterapeut. Statens andel av finansiering til avtalefysioterapi har imidlertid vært økende de senere årene, i 2007 utgjorde folketrygdens finansiering 75%. Dette skyldes et økende antall deltidshjemler og flere skjermingsordninger, slik som honorartakst og egenandelstak (Finansiering av fysioterapitjenesten i kommunene 2007). For kommunen kostet det i 2007 64 000 mer per år for en ansatt fysioterapeut enn for en avtalefysioterapeut (IS-1422 rapport 2007).

### **3.4 Oppsummering**

Det er opp til kommunene å bestemme hvordan de ønsker å organisere tjenesten, likevel har sentrale myndigheter flere ganger påpekt at avtalefysioterapeutene ikke kan løse de samme oppgavene som de ansatte. Allerede ved innføringen av loven ble det påpekt at tjenesten var fragmentert og manglet koordinering, dette har blitt gjentatt i en rekke styringsdokument fram til i dag. Det er påpekt at avtalefysioterapitjenesten i større grad bør inngå i kommunehelsetjenesten, og at de to organisasjonsformene må utgjøre en mer helhetlig tjeneste.

Myndighetene har vært tydelige på at økningen i fysioterapitjenesten bør komme blant de ansatte. Fysioterapi må fordeles etter behov, og ikke etter hva tjenesten ønsker å tilby. Andelen av kommunalt ansatte har vokste jevnt fram til 2005. Antall avtalefysioterapeuter har ikke vokste tilsvarende, men fordelingen mellom de to tilknytningsformene har vært stabil siden 2005.

Kommunene uttrykker at de har for lite styring med avtalefysioterapitjenesten, og mener de har for svake virkemidler til å styre tjenesten (Meld. St. 26 2014-2015). Det kan se ut til at myndighetene nå har kontroll med veksten i tjenesten, men utfordringene med en fragmentert



tjeneste og prioritering er det samme som lå til grunn for innføringen av en kommunal fysioterapitjeneste i 1984.

Fysioterapitjenesten som utøves av ansatte fysioterapeuter kan styres gjennom både overordnede statlige føringer og kommunale føringer. Selv om det er stor kommunal frihet til å utforme tjenesten kan overordnede styringssignaler føres ned i organisasjonen ved hjelp av kommunal styring og ledelse. På denne måten kan tjenesten styres ovenfra, hierarkisk, kommunen blir et redskap for myndighetene.

Fysioterapeuter som autorisert helsepersonell vil i tillegg styres av bestemmelsene i helsepersonelloven, en overordnet føring som i noen tilfeller kan tenkes å gå på tvers av for eksempel kommunale bestemmelser om prioriteringer.

Gjennom stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten har regjeringen igjen satt organisering av avtalefysioterapitjenesten på dagsorden. Denne gangen har de satt fokus på at kommunene i større grad må kunne styre den enkelte terapeuts praksisprofil. Det er imidlertid mer uklart hvordan kommunene kan styre avtalefysioterapeutenes praksisprofil. Virkemidlene per i dag er avtaler som ASA-4313 hvor eventuelle tilplikningstimer er regulert. Myndighetene ønsker å bistå dette arbeide med blant annet å utarbeide en egen forskrift for tjenesten tilsvarende de som ble gjort for legene ved innføring av fastlegeordningen (Meld. St. 26 2014-2015). Den kommunale avtalen ønskes løftet inn i en sentral forskrift. Det vil i så fall være et hierarkisk styringsvirkemiddel som ikke integrerer kommunal ledelse.

Folketrygdens bestemmelser kommer i direkte linje ovenfra, og har stor betydning for utformingen av tjenesten helt ut i det utøvende ledd. Det er lite rom for kommunal ledelse mellom de statlige føringene og fysioterapeutens selvledelse. Dette kan igjen åpne for at den etablerte kulturen ute på det enkelte institutt får stor betydning innholdet i tjenesten. En kultur basert på historiske røtter der normer og verdier ble etablert da det var en helprivat helsetjeneste. En kultur preget som var preget av verdier om næringsdrift, den enkelte pasient og profesjonens ønske om autonomi. Avtalefysioterapi har gjennom en lang historie skapt en «sti» som bidrar til å holde tjenesten på det samme sporet.

Det kan se ut til at staten har bidratt til å fragmentere tjenesten gjennom at de to tjenestene har ulik organisatorisk forankring i kommunen. Styringen av avtalefysioterapi gjennom

trygdelovgivning er sterke enn kommunenes avtalestyring, dette er med på understøtte avstanden mellom de to tjenestene.

## 4.0 Kvalitet i helsetjenesten, herunder fysioterapitjenesten

Kvalitet er et ord vi strør omkring oss med i dagligtale. Vi har alle en subjektiv formening av hva det er, det kan imidlertid være svært ulikt hva vi legger i det. Kvalitet defineres ofte som en beskaffenhet eller en egenskap (Mainz et al. 2013). Norsk standard definisjon sier: «Kvalitet er i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav» (ISO 9000:2000 2005). Kvalitet kan betraktes som et uttrykk for graden av måloppnåelse.

Kvalitet i helsevesenet sier noe om de samlede egenskapene ved en tjeneste, og i hvilken grad de har oppfylt spesifiserte behov og forventninger. Avhengig av hva som er målet med tjenesten kan kvaliteten vurderes ulikt (Mainz et al. 2013). Pasientene kan ha en formening om god kvalitet, myndighetene en og fysioterapeuter kan ha en helt annen formening. Dersom målet i helsetjenesten er at en pasient skal ha mindre smerte og behandlingen medfører at pasienten får mindre smerte kan, en si at kvaliteten er tilfredsstillende.

Hva mener vi så med kvalitet i fysioterapitjenesten, og hvem skal definere den?

Fysioterapitjenesten i kommunene er en del av offentlig helsetjenesten. For å si noe om kvalitet i fysioterapitjenesten, vil jeg i dette kapittelet først se kort på utviklingen av kvalitetsbegrepet i helsetjenesten, myndighetenes definisjon og fysioterapeutorganisasjoners definisjon av kvalitet på tjenesten. Til slutt vil jeg se på hvordan kvalitet påvirkes og hvordan den kan endres.

### 4.1 Bakgrunn

Gjennom helsevesenets historie er det er en lang rekke eksempler på at kvalitet på helsevesenets ytelser har vært viktig. Kvalitetsutvikling som systematisk aktivitet har sitt utspring i England og USA. Den amerikanske kirurgen Ernet Amory Codman tok initiativ til et registreringssystem i 1910, og han regnes som kvalitetsutviklingens far. Arbeidet har sitt utspring fra tjenestene i sykehus, noe som selvsagt har preget fokuset. I 1951 etablerte amerikanerne et standardiseringsprogram for sykehus, og som senere ble det første offentlige standardiseringsprogrammet (1980). Utover på 1900 tallet fulgte en rekke nye metoder og virkemiddel med henblikk på kvalitetsforbedring og kvalitetsmålinger og kvalitetsdefinisjoner (Mainz et al. 2013).

Donabedian satte kvalitet i tjenesten på dagsorden. Han beskrev kvalitet i helsetjenesten ved tre dimensjoner, struktur, prosess, resultat. Dette innebærer at en god struktur og en god prosess øker sannsynligheten for et godt resultat. Donabedian laget oppdelingen for å vise ulike deler av tjenesten som må påvirkes dersom vi ønsker en bedre tjeneste (Mainz et al. 2013).

**Struktur** omfatter helsevesenets organisering, økonomiske vilkår, ressurser i form av personale, kompetansenivå, fysiske rammer, medisinsk utstyr og kliniske retningslinjer. Det vil si hvilke organisatoriske forutsetninger som er tilstede for behandlingen (hva man har), som omhandler strukturkvalitet ved systemet.

**Prosess** er de aktivitetene som utføres i forbindelse med den helsefaglige tjenesten. Det vil si hvilke kliniske prosesser som utføres, hva man gjør, i forbindelse med undersøkelse, behandling, pleie, rehabilitering og forebygging. Prosesskvaliteten beskriver selve pasientforløpet.

**Resultat** refererer til pasientens oppnådde helseresultat, slik som helbredelse, overlevelse, grad av sykdom, forbedret funksjonsnivå, smertelindring, symptomfrihet og unngåtte komplikasjoner. Kvalitet i relasjon til resultat omhandler egenskaper hos pasient (hva oppnås). Resultatkvalitet beskriver altså pasientens helsegevinst.

I Norden ble kvalitetsutvikling som en systematisk aktivitet på myndighetsnivå, først etablert i Danmark i 1988. Det systematiske kvalitetsarbeidet i Norge fulgte litt etter Danmark (Mainz et al. 2013). Arbeidet i Norge ble satt på dagsorden med «Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten» 1995 – 2000. Prosjektet ble ledet av Statens Helsetilsyn på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Fokuset i denne meldingen var på at alle deler av tjenesten skulle innføre kvalitetssystemer, og innføring av internkontroll (2002) innen år 2000.

## 4.2 Definisjoner

Det amerikanske Institute of Medicine (IOM) var først ute med å definerte kvalitet i helsetjenesten (1990), og definerte det som « The degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge» (Mainz et al. 2013). Dette innebærer at

kvaliteten på helsetjenesten defineres ut fra i hvilken grad de øker sannsynligheten for å oppnå de ønskede behandlingsresultatene for befolkningen, og den enkelte pasient i overenstemmelse med kunnskap og evidens.

Definisjonen fra 1990 definerer kvalitet i forhold til om tiltaket kurer en sykdom, eller hvis kur ikke er mulig, om symptomer lindres. Dette er en definisjon som alle helsearbeidere kjenner seg igjen i og virker helt selvfølgelig. Det viktigste med det vi gjør er å hjelpe pasienten (Mainz et al. 2013).

I 2001 kom IOM med ny definisjon i publikasjonen «Crossing the Quality Chasm» som representerte et betydelig skifte i forståelsen av kvalitet i helsetjenesten. Den nye definisjon er formulert i seks kulepunkter, og favner langt bredere enn den første definisjonen. Det er fire nye elementer til definisjonen, «patient centered, timeliness, efficiency and equity» (Gordon Mosser 2014 s. 57-58).

IOM (2001) definerer at høy kvalitet i helsevesenet er karakterisert ved at den er:

- Safe- unngå og påføre pasienten skade i helsevesenet
- Effective - evidensbaserte ytelser (tjenester som virker basert på beste mulig evidens)
- Patient-centered – helsetjenesten er rettet mot den enkelte pasients preferanser, behov og ønsker og sikre at det tas hensyn til pasientens verdier.
- Timely – redusere ventetid og skadelig forsinkelser
- Efficient – Ikke bruke unødig tid og ressurser
- Ecutieble – lik kvalitet av tjenesten uavhengig av kjønn, etnisitet, sosioøkonomisk status og bosted

Definisjonen illustrerer at kvalitet ikke lenger bare kan vurderes ut fra en enkelt behandling, men at det henger sammen med kvaliteten på en hel tjeneste. Vi går fra fokus på en enkelt situasjon til en større helhet.

#### **4.2.1 Norsk definisjon**

På bakgrunn av IOMs definisjon følger WHO opp med en lignende definisjon, og EU med egen definisjon i 1998. Første norske tilsvarende definisjon fulgte i rapporten «..og bedre skal det bli» fra Sosial- og helsedirektoratet (Veileder Sosial- og helsedirektoratet 2005). God kvalitet i helsetjenesten ble her definert som tjenester som er:

- Virkningsfulle
- Trygge og sikre
- Involverer brukere og gir dem innflytelse
- Er samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelig og rettferdig fordelt

Den norske definisjonen er på linje med IOM, WCPT og EU. Det legges vekt på at det er mange elementer som må være på plass for at det skal bli god kvalitet på tjenesten. Det er ikke tilstrekkelig at tjenesten er virkningsfull etter pasienten eller terapeutens vurdering. Tjenestene skal selvfølgelig være trygge og sikre. Det skal ikke sløses med ressursene, det vil eksempelvis si at overbehandling på lik linje med for lite behandling bidrar til dårlig kvalitet i tjenesten. Tjenesten skal være rettferdig fordelt, hvilke tjenester du får skal ikke være avhengig av bosted, sosial bakgrunn, økonomi eller kjennskap til tjenesten. Pasienten skal medvirke, det vil si at terapeuten skal utnytte pasientens ressurser og ikke overkjøre pasienten. IOM er opptatt av at ventetiden skal reduseres og ikke være skadelig, Norge ser dette i litt videre forstand og er opptatt av samordning og kontinuitet rundt pasientforløpene.

Det er presisert at tjenesten skal være virkningsfulle. Det legges vekt på at valg av tiltak må bygge på pålitelig kunnskap, oppdatert kunnskap og erfaring. Med dette menes det at tiltakene i størst mulig grad skal bygge på kunnskapsbasert praksis, og at tiltakene skal gi den tilsiktede virkning. Hva som menes med virkningsfull har imidlertid vært en diskusjon, og i 2007 ble det foreslått i Nasjonal helseplan at virkningsfulle kunne erstattes med «fører til helsegevinst». Dette fordi helsegevinst er langt mer enn helbredelse, og HOD mente derfor dette var mer dekkende. Nasjonal helseplan fra 2007 definerte kvalitet slik:

Med kvalitet forstås i hvilken grad helsetjenestens aktiviteter og tiltak i helsetjenestens regi øker sannsynligheten for at individ og grupper i befolkningen får en ønsket helsegevinst, gitt dagens kunnskap og ressursrammer. Med helsegevinst menes både å forbli frisk, å bli frisk, å mestre livet med sykdom og å mestre slutten av livet (St.prp. nr. 1 kapittel 6 2007 - 2010).

Definisjon foreslått i nasjonal helseplan legger til grunn at kvalitet ikke er en statisk størrelse og at kunnskapen om hva som er god praksis endrer seg kontinuerlig i takt med kunnskapsutviklingen og tjenesteutviklingen. Definisjonen har et brukerperspektiv ved ønsket

helsegevinst, men ivaretar også avveiningen mellom individet og grupper i befolkningen. Det er ikke nok at en person vurderer kvaliteten som god dersom det viser seg at grupper i befolkningen ikke får noen helsegevinst (Prop. 91 L 2010 - 2011 s. 246). Nasjonal helseplan 2007, omtaler kvalitet og prioritering i samme strategi, og presiserer at dette er et uttrykk for at departementet mener at de prioriteringer som må gjøres har betydning for kvaliteten (St.prp. nr. 1 kapittel 6 2007 - 2010).

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester videreutviklet denne definisjon og foreslår ny definisjon i 2010. Forslaget er i tråd med definisjonen fra Nasjonal helseplan, men nå erstattes helsegevinst med helserelatert adferd. Med dette settes det fokus på verdier som livskvalitet, respektfull behandling, ivaretagelse av individets integritet og andre ikke medisinske utfall som vektlegges av brukere av helsetjenesten. Ved å vektlegge helserelatert velferd i stedet for helsegevinst tas det større hensyn til brukerperspektivet (Prop. 91 L 2010 - 2011 s. 246).

Kunnskapssenterets definisjon er slik:

Med kvalitet forstås i hvilken grad helsetjenestens aktiviteter og tiltak øker sannsynlighetene for at enkeltpersoner og grupper i befolkningen får en økt helserelatert velferd og at tjenestene utøves i samsvar med dagens profesjonelle kunnskap.

Ingen av disse definisjonene er midlertid videreført, og i nye dokumenter er det definisjon fra 2005 som benyttes.

### **4.3 Føringer for kvalitetsarbeidet i Norge**

Kvalitet er satt på dagsorden gjennom ulike offentlige dokument. 1995 – 2000, *Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helse og omsorgssektoren*. Her var hovedmålet at alle som yter helsetjenester skulle innføre kvalitetssystemer innen år 2000. Prosjektet ble ledet av Statens Helsetilsyn på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Ulike tiltak for å stimulere til innføring av system for internkontroll ble gjennomført i alle deler av helsetjenesten (Helsetilsynet 5/2002 2002).

Sosial- og helsedirektoratet laget i 2005 en strategi for en bedre helsetjeneste. Strategien viser til hvilke politiske føringer som ligger til grunn for definisjonene, og hvilke myndighetskrav, lover og avtaleverk som ligger til grunn for arbeidet med kvalitet. Strategien representerer ikke i seg selv et myndighetskrav, selv om direktoratet uttrykker at de har en klar forventning om

at tjenesten bør følge opp den nasjonale kvalitetsstrategien (Veileder Sosial- og helsedirektoratet 2005).

Direktoratet følger opp egen strategi fra 2005 med en ny strategi med samme navn i 2007. Hensikten med dette dokumentet er å gi flere konkrete anbefalinger som vil resultere i bedre tjenester til brukerne. Dokumentet legger vekt på tiltak som kan understøtte kontinuerlig forbedring av tjenesten (Veileder Sosial- og helsedirektoratet 2007).

Nasjonale helseplan fra 2007 – 2010 setter også kvalitet på dagsorden, og beskriver utviklingstiltak både på politisk nivå og tjenestenivå. Direktoratets definisjon av kvalitet fra 2005 legges til grunn. Nasjonal helseplan fra 2007 omtaler kvalitet og prioritering i samme strategi, og sier at dette er et uttrykk for at departementet mener at de prioriteringer som gjøres har betydning for kvalitet.

For å tydeliggjøre ulike aktørers roller og ansvar i kvalitets- og prioriteringsarbeidet etablerte departementet et råd for kvalitet og prioritering i 2007. Rådet skulle bidra til samordnet innsats på tema av overordnet karakter, initiere faglig analyser og diskusjoner (St.prp. nr. 1 kapittel 6 2007 - 2010). Rådet har flere ganger endret navn, fra 2015 heter det Nasjonalt råd for prioritering.

Som beskrevet i nasjonal helseplan fra 2007 opprettet også helse- og omsorgsdepartementet en egen enhet for pasientsikkerhet som ble lagt til Nasjonal kunnskapssenter for helsetjenester (St.prp. nr. 1 kapittel 6 2007 - 2010).

Med ny helse og omsorgsplan i 2011 utvides kvalitetsfokuset til også og gjelde omsorgstjenesten. Definisjon for kvalitet fra 2005 legges fortsatt til grunn. Målet er et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, og med høy pasientsikkerhet. Det pekes på en rekke faktorer som er viktige for kvalitet i tjenesten uten at det kommer med konkrete tiltak. Regjeringen varsler imidlertid at de vil legge fram en egen stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet som skal danne grunnlaget for arbeidet i årene framover (Meld. St. 16 2010-2011).

I 2012 følger så en egen melding, God kvalitet – trygge tjenester. Meldingen legger nå vekt på at det er pasienten som skal stå i sentrum. Regjeringens mål for kvalitetsarbeidet er et mer brukerorientert helse- og omsorgstilbud, økt satsing på kvalitetsforbedring, bedre pasientsikkerhet og færre uønskede hendelser.



Meldingen legger fram en samlet strategi for å styrke det systematiske kvalitets- og sikkerhetsarbeidet i tjenesten. Kvalitetstenkningen og de 6 dimensjonene som definerer kvalitet fra Helsedirektoratets veileder legges til grunn for utformingen av tiltak i meldingen. Tiltakene som beskrives er ført og fremst utvikling av system og kartlegging på et overordnet nivå, det er lite beskrivelser av det som skal skje ute i tjenesten. Det kan se ut til at Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten er organisasjonen som skal stå for utføringen av mange av tiltakene. Kunnskapssenteret skal lage kampanjer, etablere meldeordning og lage retningslinjer og kunnskapsoppsummeringer. Hvordan dette arbeidet skal overføres til tjenesten diskuteres i mindre grad, ut over at det skal skje ved kompetent ledelse (Meld. St. 10 2012-2013).

Den første av varslede årlige statusmelding om kvalitet i helsetjenesten, Kvalitet og pasientsikkerhet 2013, setter igjen fokus på nødvendigheten av å forbedre systemer og ledelse og kultur for å gi gode tjenester (Meld. St 11 (2014-2015)).

### 4.3 Norge og kvalitet i fysioterapi

Fysioterapitjenesten er en del av helsetjenesten, offentlig definisjon av kvalitet gjelder for denne tjenesten også. For å belyse hvordan fagmiljøet i fysioterapi omtaler kvalitet har jeg søkt på offentlige uttalelser der Norsk fysioterapeutforbund (NFF) har uttalt seg om kvalitet.

NFFs Landsmøtet 2004 diskuterte en sak om kvalitetssystem for fysioterapeuter som ble kalt «System for faglig ajourføring». Landsmøtet besluttet at NFF skulle utarbeide et system for registrering av den enkeltes faglige aktivitet, slik som kurs og seminarer. Det skulle kreves et minimum antall timer eller poeng i løpet av en 5 års periode, og medlemmene måtte resertifiseres hvert 5- år. NFF ønsket med dette å stille krav til at fysioterapeuter måtte holde seg faglig oppdatert. Målgruppen for systemet skulle primært være avtalefysioterapeuter. Gjennom å synliggjøre hvem som holdt seg faglig ajour ønsket NFF å bidra til at pasienter, kollega eller annet helsepersonell kunne finne fram til de som hadde ajourført sin kompetanse (NFFs Landsmøte SAK 6.1 2007).

NFF ønsket at systemet skulle være obligatorisk, men dette viste seg umulig å gjennomføre. Systemet ble utviklet og basert på frivillighet, men ble aldri tatt i bruk av medlemmene. Systemet er ikke lenger i funksjon, og noe år senere fulgte en definisjon av kvalitet i fysioterapi som ser slik ut (Norsk fysioterapeutforbunds faglige standpunkt 2014):

## **Standpunkter vedrørende hva som kjennetegner kvalitet i fysioterapi:**

### **1. Hva fysioterapi er**

Fysioterapeutens kunnskapsområde kjennetegnes av en forståelse av mennesket som et biologisk og sosialt vesen som preges av livshistorie og livssituasjon, og av at bevegelse og funksjon er grunnleggende for helse. Dette er utgangspunkt for å se pasientens plager i lys av bevegelsesmønster, belastningsforhold og patologi.

Fysioterapeuter tar utgangspunkt i at mennesket selv har ressurser til forandring, læring og utvikling

### **2. Hva kunnskapsbasert fysioterapiutøvelse er**

Kunnskapsbasert fysioterapi er å foreta veloverveide beslutninger som gjelder all fagutøvelse og alle elementer i en terapeutisk prosess, og på en måte som bidrar til å styrke mottakernes egne ressurser. Valg av fysioterapeutiske virkemidler skal være basert på en kritisk vurdering av forskningskunnskap, systematisert erfaringskunnskap og brukerkunnskap.

### **3. Hvilke kriterier som bør ligge til grunn for å vurdere om en undersøkelsesmetode, en behandlingsmetode eller et tiltak kan inngå i fysioterapi**

Felles for undersøkelsesmetode, behandlingsmetode og tiltak:

- Er begrunnet i naturvitenskapelig, samfunnsvitenskapelig og humanistisk kunnskap
- Er dokumentert i henhold til allment aksepterte kriterier innenfor forskning

I tillegg for behandlingsmetode/tiltak:

- Det foreligger beskrivelser av hvilke funksjonsfunn behandlingsmetoden/tiltaket er tenkt å påvirke og på hvilken måte det skal stimulere til funksjonsforbedring (Norsk fysioterapeutforbunds faglige standpunkt 2014).

NFFs definisjon sier noe om kunnskapsgrunnlaget i fysioterapi, og hva som skal være tilstede for å komme fram til virkningsfulle tiltak. Det sier imidlertid ikke noe om organisering av tjenesten slik som samordning og kontinuitet, utnyttelse av ressurser, tilgjengelighet og rettferdig fordeling eller pasientens vurdering.

Et søk på NFFs nettsider med søkeordene kvalitet i fysioterapitjenesten gir 25 treff. Det meste her handler det om den enkelte utøvers kompetanse. Det blir i stor grad satt likhetstegn mellom den enkelte utøvers kompetanse og tjenestens kvalitet. Dette understøtter oppfatningen av at organisasjonen er opptatt av fagutøvelsen, men at dette i all hovedsak er i forhold til den enkelte fysioterapeuts fagkompetanse og ikke utøvelsen av tjenesten. NFF definerer hva som er fysioterapi og hva pasienten kan forvente av fagutøver. Prosjekt faglig ajourføring hadde avtalefysioterapi som sin målgruppe. Dette kan være uttrykk for at denne tjenesten hadde behov for mer krav og struktur enn andre deler av tjenesten.

NFF definerer fysioterapiutøvelsen som en kunnskapsbasert tjeneste hvor det foretas veloverveide beslutninger som også bidrar til å styre mottakerens egne ressurser. Det kan se ut til at NFF er opptatt av kunnskapsformidling, mens kvalitet til tjenesten hører myndighetene til.

Et forskningsmiljø ved Universitetet i Oslo, Fysioprim, som er finansiert av Fond for etter- og videreutdanning av fysioterapeuter har satt fokus på flere sider ved kommunefysioterapitjenestens avtalefysioterapi. Det forskes ikke kun på effekt av tiltakene, men på pasientopplevd nytte av behandlingen og på hvordan viktige data om tjenesten kan registreres. Det utvikles systematisk registrering av data, slik at det kan lages oversikter over både pasientene, behandlingen og endringer gjennom behandlingsperioden. Hensikten er at den nye og strukturerte formen for datainnsamling skal åpne for en bedre utveksling av kliniske data mellom nivåer og aktører i helsetjenesten. I tillegg er det et mål at myndighetene skal kunne få en langt bedre oversikt over fysioterapitjenestens aktivitet og resultater (Fysioprim 2015). Først når man vet mer om tjenesten er det mulig å styre kvaliteten i riktig retning.

#### **4.4 Andre fysioterapiorganisasjoner**

Verdens fysioterapiorganisasjon (WCPT) og fysioterapiorganisasjon i England, CSP, har i motsetning til Norge sett videre på kvalitet i fysioterapi, og utarbeidet definisjoner om kvalitet i fysioterapitjenesten.

WCPT har en definisjon som bygger på definisjonene for helsetjenesten for øvrig. WCPT anerkjenner at både pasienter og myndigheter / finansierende instans har rett til å forvente at fysioterapitjenesten samsvarer med nasjonale kvalitetsstandarder (World Confederation for Physical Therapy 2011, World Confederation for Physical Therapy 2011).

Det engelske fysioterapiforbundet (Chartered Society of Physiotherapy, CSP) har utarbeidet den første kvalitetsstandard for tjenesten allerede i år 2000. Standarden sier noe om forventet nivå på tjenesten ut fra det organisasjonens medlemmer mener er fornuftig og mulig å gjennomføre i England. CPS har utviklet standarden fordi organisasjonen ønsker å bidra til å fremme kvalitet i tjenesten, støtte sine medlemmer i forhold til å levere god kvalitet, synliggjøre for de som leverer eller kjøper tjenesten hva som er og kvalitet, og støtte

medlemmene i forhold til myndighetens forventinger om kvalitet (Chartered Society of Physiotherapy 2012).

Kvalitetsstandarden skal avspeile kompleksiteten av tjenestetilbudet og fysioterapitjenesten. Standarden er delt i 10 seksjoner som tar for seg de tre aspektene, organisasjon, pasientfokus og intervensjon eller klinisk virksomhet (ibid). Standarden bygger på de engelske nasjonale definisjonene for kvalitet, og er tilpasset fysioterapitjenesten.

#### **4.5 Kartlegge og påvirke kvalitet**

For å kunne vurdere om kvaliteten er god eller dårlig må den kunne måles. Vi må vite hvordan tjenesten egentlig fungerer før vi vet hva som eventuelt skal endres. Som det påpekes i boken til Mainz må områder som ikke har tilfredsstillende kvalitet identifiseres. Når områder er identifisert, må det settes mål for tjenesten, og tjenesten må måles ved hjelp av kvalitetsindikatorer (Mainz et al. 2013). Mål for tjenesten kan eksempelvis være nedfelt i retningslinjer eller standarder. Retningslinjer fastsettes på bakgrunn av tilgjengelige evidens / kunnskap og konsensus i fagmiljøet. En retningslinje / standard skal i tillegg til evidens også ha anbefalinger i forhold til struktur, prosess og resultat samt verdier og prioriteringer i helsevesenet (ibid).

Dersom vi ønsker å påvirke kvaliteten må vi påvirke alle deler av tjenesten. For å forbedre og sikre kvalitet på tjenesten, er det nødvendig å jobbe med flere tilnærminger og tiltak på ulike nivå. Heldirektoratet skriver i sin anbefaling at det må arbeides på følgende nivå for å forbedre kvaliteten; samfunns- og systemnivå, organisasjons- og institusjonsnivå, på mikrosystemnivå (bruker og hjelpeteam), i forhold til den enkelte utøver og bruker (Veileder Sosial- og helsedirektoratet 2007).

Lenge tenkte vi at evidensbasert medisin eller kunnskapsbasert praksis skulle være nøkkelen til bedre kvalitet. Det har vært størst oppmerksomhet rundt tiltak rettet mot den enkelte helsearbeider, slik som etter- og videreutdanning (Veileder Sosial- og helsedirektoratet 2007). Nå viser det seg imidlertid at det er for stor avstand mellom forskning og praksis.

God kvalitet på tjenesten forutsetter selvfølgelig fortsatt satsing på fagutvikling innen alle aktuelle områder. Men viktig å være klar over at kvalitet er så mye mer. For å nå målet om god kvalitet i helsetjenesten har Hdir satt fokus på følgende områder:

- Styrke brukerne
- Styrke utøverne
- Forbedre ledelse og organisasjon
- Styrke forbedringskunnskapens plass i utdanningene
- Følge med og evaluere tjenestene

Det er utviklet en rekke verktøy for å påvirke kvalitet i helsetjenesten, avhengig av hva som er utfordringen. De siste årene er det gjennomført en rekke studier med henhold til kvalitetsutvikling, men ingen har kommet fram til noen magisk metode. Det viser seg imidlertid at passive metoder som å sende ut informasjon og retningslinjer i liten grad fører til endring. Mer aktive metoder har moderat effekt. Det viser seg at endringsarbeid er prosesser som må gå over lang tid. Vi ser derfor at fokuset i kvalitetsutviklingsarbeid flyttes fra endring av individuell profesjonell adferd til endring av tjenestesystemene gjennom endring av både struktur, arbeidsprosesser og kulturelle mønstre. Dette er komplekse prosesser som må gå over mange år. For at en organisasjon skal lykkes med slike prosesser over tid kreves det økt samhandling og ledelse (Veileder Sosial- og helsedirektoratet 2007). De senere årene har det derfor vært økt fokus på ledelse av tjenestene, noe som også regjeringen er opptatt av i forhold til kommunehelsetjenesten (Meld. St. 26 2014-2015).

#### 4.7 Oppsummering

Kvalitet i helsetjenesten har engasjert helsearbeidere, og da særlig legene i lang tid. Systematisk kvalitetsarbeid begynte allerede tidlig på 1900-tallet. I begynnelsen handlet det om kvalitet i forhold til enkelttiltak, slik som kirurgiske inngrep. Etter hvert har det utviklet seg til og omfatte hele helsetjenesten. Først ute med en definisjon av kvalitet i helsetjenesten var den amerikanske legeföreningen. Deretter har organisasjoner og andre vestlige land fulgt opp med lignende definisjoner.

De siste 10 årene har kvalitet fått stadig større fokus i norsk helsepolitikken også. Helsedirektoratet laget i 2005 en veileder «...og bedre skal det bli» hvor de formulerte definisjon på kvalitet i norsk offentlig helsetjeneste. Denne definisjon har senere blitt til den

norske offentlige definisjon selv om det tilsynelatende aldri har vært politisk diskusjon om definisjonen.

Tidligere var det hovedsakelig fokus på den enkelte helsearbeiders kompetanse. Dette har imidlertid endret seg til fokus på tjenesten, og alle faktorer som påvirker kvaliteten.

Definisjon av kvalitet i helsetjenesten er også et mål for helsetjenesten, og legger på den måten mange føringer for tjenesten uten at det er diskutert hva dette innebærer.

Det er uklart hvordan definisjonen er kjent ute i tjeneste, og hvilken betydning den har for den utøvende tjenesten ute i for eksempel kommunen. Det kan se ut til at definisjon av tjenesten ikke har nådd fysioterapimiljøet på samme måter som vi ser i verdens fysioterapiorganisasjon (WCPT) og det engelske fysioterapiforbundet. Det kan se ut som Norsk fysioterapeutforbund fortsatt har fokus på den enkeltes kompetanses, og ikke på andre faktorer som påvirker kvaliteten i tjenesten.

Som direktoratet skriver i sin strategi, kvalitetsutvikling er komplekse prosesser som må gå over mange år. For at en organisasjon som eksempelvis kommunefysioterapitjenesten skal lykkes med forbedringer, kreves det økt samhandling og ledelse. For fysioterapitjenestens del betyr det at det kreves både horisontal og vertikal koordinering. Gjennom overordnede styringsmiddel som lover, forskrifter, måldokument og retningslinjer kan myndighetene legge sterke føringer for tjenesten. Samtidig må kommunen legge til rette for horisontal koordinering gjennom samhandlingsarenaer og samarbeid innad i tjenesten. Kvalitetsutvikling i kommunefysioterapitjenesten krever altså koordinering i forhold til både avtalefysioterapi og de ansatte.

Kvalitetsdefinisjonen er etablert på et øvre politisk nivå, og det kan se ut til at implementeringen forventes gjennomført som et resultat av dette. Dette er i så fall et uttrykk for en forventning om en hierarkisk styring der beslutninger på øverste nivå skal føre til endring nedover i organisasjonen. Når dette ikke er tilfelle kan det være et uttrykk for at det er andre faktorer som styrer kvaliteten i tjenesten slik som kulturen som allerede er etablert i tjenesten.

## 5.0 Funn fra informantene sett i lys av de to organisasjonsteoretiske modellene

Kommunehelsetjenesten ble innført i 1984 som følge av et ønske om mer styring av tjenesten. Utgangspunktet var styring av tilgjengelighet. Det var et mål at helsetjenestene skulle bli tilgjengelig for alle i hele landet. Dette målet ble raskt supplert med et mål om økonomisk kontroll. De siste årene er fokuset flyttet til spørsmål om kommunene får den tjenesten de har behov for, samt det at myndighetene ønsker mer styring med kvaliteten på tjenesten.

Lege og fysioterapitjeneste var etablert i mange kommuner før det ble en offentlig helsetjeneste. Det var således etablerte kulturer før det ble en offentlig tjeneste. Kulturene ble selvfølgelig med videre, og har vært med på å prege tjenesten slik den er i dag. På den ene siden ser vi at myndighetene ut fra et hierarkisk perspektiv ønsker å styre tjeneste. På den annen side kan vi anta at tjenesten har etablert en egen kultur som også bidrar til å styre tjenesten.

I dette kapitlet diskuteres funn fra informantene mot definisjon av tjenesten og kvalitetsbegrepet. Innunder kvalitetsbegrepet gjøres en inndeling ut fra det informantene var opptatt av uavhengig av den offentlige definisjonen. Funnene analyseres videre i forhold til organisasjonsteori for offentlig sektor, med de to kategoriene hierarkisk og kulturell tilnærming.

### 5.1 Funn fra informantene

Informantene representerer tre ulike deler av tjenesten: ledelse, ansatt og avtalefysioterapeut. To av informantene arbeider som avtalefysioterapeuter, og to er ansatt i kommune. De to som er ansatt i kommune har tidligere arbeidet som avtalefysioterapeuter, og var dermed godt kjent med ulike sider av kommunefysioterapitjenesten. Begge hadde spesialistutdanning i manuell terapi, og kunne fungere som primærkontakt, noe som medfører at de har en utvidet funksjon i forhold til å kunne sykmelde og henvise til spesialisthelsetjenesten. I forhold til en del av svarene ses et skille mellom ledere og de som arbeider som klinisk utøvende fysioterapeuter. Dette skillet trekkes frem ved å benevne en gruppe som ledere og en som klinikere.

Som et grunnlag for å snakke om kvalitet på tjenesten var det viktig å ha en forståelse for hva informantene mente tjenesten inneholdt. Jeg startet derfor med å spørre alle informantene om hva de mente var kommunefysioterapitjeneste.

## 5.2 To tjenester i kommunen

På spørsmål om hva kommunefysioterapitjenesten bestod av svarte fire av syv (tre klinikere og en leder for helsetjenesten) at tjenesten bestod av både ansatte, og avtalefysioterapeuter. Flere var inne på at fysioterapitjenesten i kommunen er svært omfattende, at tjenesten skal nå mange og ulike grupper, alt fra de pleietrengende til de som bare trenger litt fysioterapi på et institutt. En av respondentene mente i tillegg at de helprivate som behandler pasienter i kommunen også er å anse som en del av det kommunale helsetilbudet.

*Kommunefysioterapi er all fysioterapibehandling som foregår i førstelinjetjenesten.*

*Kommunefysioterapi er mye, alt fra avtalehjemlene vi forvalter med instituttene til ansatte som arbeider med voksne og barn. Det er forskjellige faginnretninger, fysioterapeuter jobber innen et bredt spekter.*

Tre (to tjenesteledere og en kliniker) svarte i første omgang at tjenesten bestod av kun de ansatte kommunefysioterapeutene. De justerte imidlertid svaret når jeg spurte om avtalefysioterapeutene var en del av tjenesten. Innledningsvis definerte de kommunefysioterapitjenesten slik:

*Ofte jobber kommunefysioterapeuter med innbyggerne i en kommune, ofte de innbyggerne som ikke har mulighet til å gå på institutt. Ofte hjemmebehandling og oppfølging av brukerne, Så det er jo en veldig sammensatt og tverrfaglig tjeneste.*

På spørsmål om avtalefysioterapi var en del av kommunal fysioterapi svarte en av informantene:

*Takk for at du minte meg på det, for jeg er vel den som har sagt veldig tydelig i alle år at de private avtalefysioterapeutene er en del av den kommunale helsetjenesten. Det har jo vært litt slik opp gjennom årene at de privat praktiserende driver med sitt, og så driver de kommunale med sitt. Denne holdningen deler jeg ikke, for uten de privat praktiserende så hadde det vært en fattig tjeneste.*



Lederne og de ansatte fysioterapeutene påpekte at fysioterapeutene har et samfunnsansvar i forhold til å gi et tilbud til alle de innbyggerne i kommunen som har behov for det. De er opptatt av prioriteringer og rettferdig fordeling i tjenesten, og en sa følgende:

*Fysioterapitjenesten skal dekke hele befolkningens behov. Vi må se på hvordan vi styrer tjenesten i forhold til folks behov på den ene siden, sentrale føringer på den andre siden og en mest mulig rettferdig fordeling av ressursene.*

I kommunen utenfor Oslo er ansvaret for hele fysioterapitjenesten, både avtalefysioterapitjenesten og de ansatte, lagt til en og samme leder. I Oslo kommune har leder kun ansvar for tjenesten som utføres av de ansatte, samt de timene som er avtalefestet som tilpliktings timer. De ansatte fysioterapeutene i Oslo er underlagt hjemmetjenesten, mens avtalefysioterapeutene hovedsakelig forholder seg til en saksbehandler i bydelsadministrasjon. Den enkelte terapeut har i sin individuelle avtale med Oslo kommune forpliktet seg til å utføre et visst antall timer per uke til kommunale oppgaver. Bydelsadministrasjonens oppgave er å ansette og forvalte avtalene, mens lederen for hjemmetjeneste har ansvar for tilplikningstimene fra avtalefysioterapeutene. Disse timene anses som kommunal helsetjeneste, resten av avtalefysioterapeutenes virke har kommunen ikke noe med, leder sier det slik:

*Jeg har på en måte noe med avtalefysioterapeutene å gjøre fordi jeg har ansvar for de kommunale timene. Ikke ansvar da, for det har de i høyeste grad selv, men vi har da definert timene kommunal tjeneste til at det stort sett er hjemmebehandling.*

For å konkretisere hva det ville si å være en del av kommunehelsetjenesten ble informantene spurt hvordan det påvirker arbeidsdagen. De ansatte påpekte at dette vare et stort ansvar som betydde at de måtte sikre et tilbud tilpasset innbyggernes behov. Dette innebærer rehabilitering, habilitering og forebygging. Videre ble det kommentert at det krever mye samhandling med mange ulike instanser i kommunen.

Flere påpekte at det er et kommunalt ansvar å tilby tjenesten, men at den enkelte terapeut har ansvar for innholdet i tilbudet. En ansatt formulerer det slik:

*Vi er veldig årvåkne i forhold til hva som skjer i bydelen, vi former tilbudene og informerer leder. Jeg bestemmer egentlig veldig mye selv.*

Avtalefysioterapeutene påpekte også at de måtte samhandle med andre i tjenesten, men nevnte her bare leger, andre fysioterapi kollegaer og leder av tjenesten.

*Vi samhandler med ansatte kommunefysioterapeuter om enkelt pasienter, og så litt i forholdt til et årlig møte mellom avtalefysioterapeutene og leder for tjenesten.*

### Diskusjon / oppsummering

Kommunefysioterapitjenesten er en delt tjeneste som består av ansatte og avtalefysioterapi, det påpekes både av informantene og framkommer gjennom litteraturgjennomgangen.

Kommunene organiserer tjenestene ulikt, det er eksempel på at tjenesten er organisert under en felles leder for fysioterapitjenesten, og at leder kun leder de ansatte og andre grupper i hjemmetjenesten

De ansatte fysioterapeutene tar seg av de pasientene som også har et omsorgsbehov, og som enten må ha hjemmebehandling eller rehabilitering på senter / institusjon. I tillegg driver de ansatte fysioterapeutene med forebyggende tjenester, fallforebygging og ulike treningsgrupper. Avtalefysioterapeutene tar seg av de øvrige innbyggerne, de som selv kan komme seg på instituttene. Det forventes at avtalefysioterapien skal ta seg av alt det som ikke de ansatte kan ta seg av. De skal ha en form for populasjonsansvar i kommunen, uten at det er tydeliggjort hvordan dette skal foregå.

Argumentene for å etablere en offentlig fysioterapitjeneste har vært ut fra et ønske om å kunne styre tjenesten i forhold til kommunens behov. Det kan imidlertid se ut til at dette har fungert ulikt for de to ulike organisatoriske innretningene.

Fysioterapi gikk fra å være en helprivat tjeneste med sine tilhørende kulturer til å bli en offentlig organisasjon. Samtidig ble det etablert en ny tjeneste gjennom ansatte fysioterapeuter. Intensjon fra myndighetenes side har hele tiden vært at de to tjenestene skal utgjøre en tjeneste. Tjenesten kan styres ovenfra gjennom lovverk og politiske føringer supplert med kommunal styring. Kommunen kan fungere som et redskap for staten, men også tilføre egne mål for tjenesten. Det kan se ut til at de kommunalt ansatte i større grad enn avtalefysioterapeutene er styrt gjennom en hierarkisk struktur ovenfra. De kommunalt ansatte uttrykker i større grad at de ser seg som en del av kommunal helsetjeneste, og at de må prioritere sin aktivitet innenfor de kommunale rammene.

For avtalefysioterapiens foregår den hierarkiske styringen gjennom folketrygdlovens bestemmelser og kommunalt gjennom ulike avtaler (kontraktstyring). Leder for tjenesten uttrykker at de ikke har mulighet til å lede denne tjenesten. Folketrygden bestemmelser virker som et formelt hierarkisk styringsvirkemiddel som virker helt ut i det utøvende ledd. Flere av informanten uttrykker at de eksempelvis ikke kan foreta egne prioriteringer i tjenesten så lenge pasienten har rett til å få et gitt antall behandlinger.

I tillegg til de formelle styringsvirkemidlene vil enhver offentlig organisasjon preges av uformelle normer og verdier, en organisasjonskultur. Beslutninger om hva som eksempelvis er riktig antall behandling kan være preget av en oppfatning på det enkelte institutt. Alle offentlige organisasjoner har elementer av både hierarkisk og kulturelle påvirkning, men fordelingen av de to kan være ulik.

Organisasjonskulturen er noe som sitter i veggene, noe som medarbeiderne sosialiseres til. Profesjonen kan utvikle en egen holdning til hvordan tjenesten skal utøves. Informanten pekte på avtalefysioterapien i liten grad ville ha innblanding utenfra, de ville gjøre som de alltid hadde gjort. Dette kan være et uttrykk for at tjenesten styres innenfra eller nedenfra.

Et sentralt resonnement i en del av faglitteraturen om organisasjonskultur er det som omhandler *stivhengighet*. Det går ut på at de kulturelle normene, og verdien som preger en organisasjon i dens begynnende og formative år, vil ha stor betydning for utviklingsveiene de følger siden (Christensen et al. 2015 s. 61). For avtalefysioterapi kan det bety at kulturen som var etablert før det ble en offentlig helsetjeneste, i stor grad preger tjenesten fortsatt. Det kan i så fall være med å forklare hvorfor noen mener at avtalefysioterapeuter ikke ønsker mer styring fra kommunens side, og hvorfor tjenestene i ulik grad anses som offentlig kommunal helsetjeneste.

De to ulike organisatoriske systemer er selvfølgelig med på å forsterke forskjellene. De to organisatoriske ulikhetene kan også anses som et uttrykk for at tjenestene skal være forskjellig. De ansatte snakker i større grad om et kommunalt ansvar for innbyggerne enn det avtalefysioterapeutene gjør.

Sett ut fra et hierarkisk perspektiv skal organisasjoner fungere som et instrument for myndighetene. I følge Christensen m.fl., 2015, poengteres det imidlertid at desto lenger ned i hierarkiet en organisasjon er desto mer styres organisasjonen av kulturen innad i

organisasjonen. Fysioterapitjenesten er en organisasjon langt ned i det offentlige hierarkiet, og aller lengst nede, eller utenfor, finner vi avtalefysioterapi. Dette kan være en forklaring på hvorfor avtalefysioterapi ikke anses som kommunal helsetjeneste i samme grad, og hvorfor de to tjenestene er ulike.

De ulike organisatoriske innretningene er med på å gjøre de to tjenestene ulike. Lederne påpeker at de hverken har mulighet til eller tror avtalefysioterapi vil la seg styre av kommunen. Tjenesten har ulike vertikale styringsmiddel, og det ser ut til å føre til at det også medfører lite horisontal koordinering. De to tjenestene har få felles møtepunkt og samarbeidsarenaer. Det gir igjen grunnlag for at det blir en uformell styring av tjenesten. De etablerte normene og verdiene i tjenesten, kulturen, styrer i stor grad tjenesten. Som en av lederne sier; Historien har liksom gjort det til at de private driver med sitt.

### 5.3 Kvalitet

Fokuset på kvalitet i helsetjenesten har vært økende de siste ti årene, noe som har avspeilet seg i en rekke sentrale styringsdokumenter. Det er imidlertid uklart hvordan definisjonene er implementert lenger ned i de offentlige organisasjonene. Informantene bekrefter dels at definisjonene ikke er implementert ut i de ytterste leddene, selv om de tenker på kvalitet som mer enn fysioterapeutens kunnskap og evidensbasert praksis

Informantene ble først spurt om de kunne si hva som mentes med kvalitet i fysioterapitjenesten. Noen kom med lange utledninger relatert til spørsmålet, mens andre svarte kort slik at jeg umiddelbart måtte komme med utfyllende spørsmål. Ingen var kjent med offentlig definisjon av kvalitet i tjenesten.

Svarene lar seg ikke gruppere i forhold til spørsmålene om kvalitet, og er i stedet gruppert i forhold til tema som gikk igjen hos de fleste informantene.

Halvparten svarte umiddelbart at kvalitet var avhengig av den enkelte fagutøvers kunnskap, og den andre halvparten hadde fokus på at kvalitet var avhengig av resultat, om pasienten hadde noen gevinst av behandlingen. Lederne og de ansatte fysioterapeutene hadde et bredere fokus, de var på litt ulike måter opptatt av om tjenesten svarte til kommunens behov og mål.

Mest overordnet og nærmest den offentlige definisjon var uttalelsen fra tjenesteleder.

*For å ha god kvalitet, er opplevd effekt hos bruker er viktig. Noen ganger blir vi så opptatt av innsatsfaktorene at vi glemmer effekten. Hva som er kvalitet er et stort spørsmål. Det krever at tjenesteapparatet henger sammen, vi må jobbe tverrfaglig, vi må ha god kunnskap, vi må involvere brukerne og resultat må stå i forhold til innsatsfaktorer /ressursbruk.*

En annen leder svarte:

*Vi ser på kompetanse som noe særegent, men vi er nødt til å bruke det videre, det må være et videre begrep. Selv om det heter fysioterapitjeneste må det ikke kun være klassisk fysioterapi slik vi kjenner det, vi behandler hele mennesker.*

Klinikerne er i større grad opptatt av at god kvalitet er det samme som god fagkunnskap, de er opptatt av at det er nødvendig med god fagkunnskap for å kunne utføre fysioterapi av god kvalitet og at tjenesten har effekt.

*Kvalitet vil først og fremst si at det er effekt hos brukeren.*

*Det som kjennetegner kvalitet er først og fremst at man får resultater, og at man må ha en kunnskap om det man driver med, holder seg faglig oppdatert, deltar på kurs, møter samarbeidsparter og reflekterer sammen med kollegaer.*

*Jeg mener vi har god kvalitet.....vi prøver virkelig å følge med. Det kommer hele tiden ny kunnskap som gjør at hverdagen endrer seg.*

På spørsmål om hva de tenker om påstanden om at den største utfordringen for tjenesten ikke er kunnskap, men anvendelsen av kunnskap svarer en:

*Tja, men synes nå det er mangel på kunnskap og. Mye skyldes at vi mangler kunnskap om det vi gjør, men mye er ikke dokumentert heller.*

En annen svarer.

*Det første jeg tenker på når du sier kvalitet er at utøveren av helsetjenesten må ha kunnskap, må ha den riktige fagkunnskapen.*

Alle terapeutene påpekte at de var svært opptatt av at kvalitet, og fremhevet at det var viktig for dem. Terapeuten i avtalepraksis påpekte at kvalitet var en forpliktelse de hadde overfor pasienten.

*Jeg mener vi plikter overfor pasienten å ha god kvalitet på behandlingen, mer enn overfor kommunen.*

*Kvalitet må ses i forhold til det mandatet vi har som klinkere, i forhold til å sikre innbyggernes behov for de tjenester vi har. Og i forhold til min rolle som primærkontakt er det viktig at vi sender dem i riktig retning.*

De ansatte påpekte at de også har et ansvar overfor kommunen.

*Dette med kvalitet henger også sammen rullering, vi trenger en rullering for å avslutte bruker og kunne si at nå har vi nådd det målet vi satte i starten av behandlingsperioden.*

*Kompetanse må inn i en ramme. Det hjelper ikke at fysioterapeuten driver intensiv trening noen ganger i uken, på dagtid, hvis ikke andre deler av tjenesten kan fange opp og understøtte resten av døgnet / uken.*

Ingen av informantene var kjent med at det eksisterte en offentlig definisjon av kvalitet i helsetjenesten. De hadde likevel en formening om at kvalitet var noe mer en fagkunnskap, og var innom flere av elementene som ligger i kvalitetsdefinisjon. Klinikeren hadde imidlertid et klart bilde av at den viktigste forutsetningen for kvalitet var fagkunnskap, noe som også litteraturgjennomgangen viste. Profesjonen har etablert en egen fagkultur på bakgrunn av en etablert forståelse og holdning til hva som menes med kvalitet.

Myndigheten har en forventning om at de ved å omtale kvalitet i sine overordnede dokumenter så skal dette få konsekvenser ut i det utøvende ledd. Likevel kan det synes som om tjenesten ikke er kjent med definisjonen, selv om kvalitet er et begrep de er opptatt av. Lederne for tjenesten har ikke brukt kvalitetsdefinisjon som et mål for tjenesten, og ikke benyttet den i forhold til utøvelsen av tjenesten. Selv om definisjon kan framstå som et styringsmiddel fra toppen er det ikke dette kjent nedover i organisasjonen. De ansatte påpeker at de har et ansvar for kvalitet overfor kommunen, mens avtalefysioterapi opplever ansvaret overfor den enkelte pasient. Det kan se ut til at de to tjenestene har sine egne definisjoner av hva som er kvalitet. Definisjonen er bestemt av en intern fagkultur, men også gjennom tjenestens individualiserte og fragmenterte organisering.

### 5.3.1 Samarbeid og fagutvikling på arbeidsplassen - kultur

På spørsmål om hvilken betydning kollegaer hadde i forhold til kvalitet, svarte alle at mye læring kan foregå på arbeidsplassen. Læring og fagutvikling kan foregå både gjennom tradisjonelle kurs, men også gjennom faglige diskusjoner om tema eller rundt enkelt pasienter.

Lederne var opptatt av at det var viktig å tilrettelegge for fagutvikling både gjennom eksterne kurs og fagutveksling internt. Det ble også framhevet at sammensetning av kompetanse har betydning i forhold til faglig utvikling og engasjement. Alle klinikerne var opptatt av at det var viktig med kurs, møter og faglige diskusjoner. De ansatte var også opptatt av at fagutvikling skulle foregå sammen med andre yrkesgruppe. Avtalefysioterapeutene mener ansatte fysioterapeuter og fastleger er de gruppene det er viktig å samhandle med, både i forhold til behandling av enkeltpasienter og for egen fagutviklings skyld.

En leder sa følgende:

*Den kompetanse den enkelte opparbeider seg er gull verdt for avdelingen. Den bringes inn fagmøter, og det er gjensidighet og åpenhet rundt det å kommunisere fag, vi tar opp mange temaer på fagmøter. Jeg opplever at til mer kompetanse folk får desto mer inspirert blir de til å utøve faget bedre, dette smitter over på kollega og gir en god sirkel.*

En kliniker svarte:

*Det skjer utrolig mye innen faget og hverdagen forandrer seg hele tiden. Vi prøver derfor å følge med ha interne fagmøter, delta på kurs og dele kunnskap. Og vi har en aktiv tilnærming til tverrfaglighet.*

Flere av klinikerne snakket om at fagmøter og faglige diskusjoner i kollegiet kan være komplisert. Avtalefysioterapeutene er ansvarlig for egen fagutvikling, og har ikke alltid interesse for faglig samarbeid, og diskusjoner i miljøet kan lett føre til konflikter. Dette illustrer at det er vanskelig å få til den horisontale koordineringen i tjenesten.

*I privat praksis er man litt sin egen herre. Man er ansvarlig for egen fagutvikling. Det er avhengig av engasjerte fagpersoner tar initiativet for at det skal etableres faglige samlinger. Man ville kanskje ha mye nytte av å dele fagkunnskap, men skal det gjøres i arbeidstiden er det faktisk et tap for selvstendig næringsdrivende.*

Flere av informantene trakk fram utfordringer ved at fysioterapeuter har en tendens til å forelske seg i metoder som skal løse alt. De kaster seg over nye metoder som om det plutselig

er løsningen på alt. Utfordringen er at nye metoder foreløpig ikke har dokumentasjon på om det virker eller ikke. Fire av informantene trakk fram at det er en utfordring at faget trekkes mot alternative behandlingsmetoder.

*Det er så mye halleluja i fysioterapi. Mange kaster seg over nye trender, som går som en farsott over landet. Da skal alle ha den behandlingen, så dabber det av igjen. Et eksempel på dette er kinesiotape som kom som en farsott over landet, for ikke å si Redcord som har vært den største farsotten. Alle skulle plutselig på kineseotapekurs, så går det to år så dabber det av igjen, så kommer det nye ting. Jeg er ikke typen som kaster meg på bølgen jeg, er liksom litt gammeldags jeg.*

På spørsmål om hvordan slike farsotter ble møtt i kollegiet kom det fram at det ikke var så lett å diskutere fag og fagutvikling. Dette kunne lett føre til at noen følte seg tråkket på og til konflikter blant kollegaer. Det var ikke rom for å diskutere kritisk hverken i forhold til farsotter som bredde seg utover, eller det faktum at alt var som før og ny kunnskap ikke ble tatt i bruk. Flere pekte på at pasienten gikk og gikk og fikk samme behandling som de hadde fått i årevis uten at det ble reist kritiske spørsmål til tjenesten.

*Det føler jeg er størst problem blant de private. Man gjør seg også noen tanker om hvorfor de har så lange ventelister.....Det er mitt inntrykk at mange, særlig kronikere, går år etter år. Mange er ikke interessert i å trene, de får varme, massasje og akupunktur år etter år.*

*Interne fagdiskusjoner er ikke uproblematisk da. Det er fort gjort å støte noen, man må ha kjøreregler for kommunikasjon, for jeg vet jo ikke alltid så mye bedre selv heller da.*

Alle informantene er enig om at fagutvikling gjennom kurs, og faglige diskusjoner er en viktig arena for fagutvikling /læring. Det kan se ut som dette er enklere å få til for ansatte, enn for avtalefysioterapeutene som arbeider mer for seg selv og er avhengig av stykkprisfinansiering. De som er selvstendig næringsdrivende er sin egen herre både faglig og økonomisk. I forhold til avtalefysioterapi ble det også påpekt at fagmøter og faglige diskusjoner i kollegiet er komplisert, og at diskusjoner i miljøet lett kan føre til konflikter.

Det kan se ut til at styring ovenfra, slik som for ansatte, bidrar til at det er lettere å skape samhandlingsarenaer for fagutvikling. Vertikals styring fremmer også den horisontale koordineringen gjennom at kommunen legger til rette for samhandlingsarenaer og samarbeid innad i tjenesten. Avtalefysioterapi har en svakere vertikal styring, dermed blir det også vanskeligere å tilrettelegge for møtepunktene.



Avtalefysioterapi har sin opprinnelse fra en tjeneste som omhandlet pasienten og terapeuten. Når tjenesten så ble en del av offentlig helsetjeneste kom det en tredjepart inn i tjenesten som vil være med å bestemme over både innhold og organisering av tjenesten. Det kan imidlertid se ut som om denne organiseringen ikke har påvirket tjeneste utøvelsen. Fysioterapeutene ønsker å drive sin praksis som de alltid har gjort, selvstendig og uten påvirkning ovenfra. Normene og verdiene som ligger til grunn for kulturen i tjenesten legger mer vekt på den enkelte terapeuts frihet enn hensynet til behovene i kommunehelsetjenesten.

Det er verdt å merke seg at de uformelle reglene primært er rett mot fortiden mens de instrumentelle reglene er fremtidsrettet (Christensen et al. 2015 s. 55). Dette kan kanskje forklare en av informantenes påstand om avtalefysioterapi gjør bare det de alltid har gjort.

### 5.3.2 Lokaler og fasiliteter

Flere av informantene peker på at lokaliteter må være tilrettelagt slik at fysioterapeuten har mulighet til å utføre de beste tiltakene. Det må være både tid, rom og ressurser. Dersom for eksempel ikke treningsfasiliteten er gode blir, ikke kvaliteten god. Dette gjelder for både ansatte og avtalefysioterapeuter.

*Kvalitet vil selvfølgelig henge sammen med mulighet og type utstyr som er tilgjengelig. Det kan være at fysioterapeuten har både kunnskapen og tiden, men ikke utstyr, kvaliteter til å trene de spesifikke funksjonene. Lokaliteten er ikke tilrettelagt noe som kan være svært forskjellig fra kommune til kommune.*

En annen sier:

*Lokalene i kommunene er ikke alltid så gode, og det er ikke til å legge skjul på at mange institutter har en drøss av kontorer og en bitte liten treningsal. Så det legges opp til behandling på benk, selv om de egentlig burde vært i treningsal. Men utgiftene til lokaler er store, så tror dette er vanskelig i store byer. En samlokalisering for hele tjenesten ville kanskje gitt alle bedre fasiliteter.*

En av informantene påpeker at det ikke ligger noen føringer eller insitamenter for å tilby gode lokaler for pasientene.

*Det er absurd å tenke på at vi ikke har noen innflytelse på utformingen av tjenesten. Vi har ti års leiekontrakt på lokale, plutselig kan kommunen inndra et tilskudd. Jeg forstår ikke slikt.*

*Det er jo dramatisk for institutt som har store og gode fasiliteter, slik som stor treningsal. Føler ikke at det å ha gode fasiliteter blir verdsatt av kommunen, -kommunen kunne godt hatt differensierte tilskudd for å få den tjenesten de vil ha.*

Sekretærfunksjon i kontorfellesskap kan også være et bidrag til en bedre tjeneste, en funksjon som må kostes av fysioterapeuten og som ikke generer ekstra tilskudd.

*Kvalitet er jo mer enn kompetanse. Jeg blir ikke mer kompetent av en sekretær, men produktet mitt blir jo bedre av at jeg har fullt fokus.*

Flere er inne på at lokalitetene har betydning for kvalitet, og at kommunen likevel har brydd seg for lite om dette. Både for ansatte og avtalefysioterapeuter har utfordringer mht til gode lokaler. En av de ansatte foreslår at de to tjenestene burde samarbeide i forhold til dyre arealer slik som treningsal.

Avtalefysioterapeutene påpeker at store fine lokaler, god plass til trening og bruke av sekreter medfører store kostnader for fysioterapeutene. Stor utgifter til drift reduserer inntjeningen til fysioterapeuten. En av informantene påpeker derfor at de instituttene / terapeutene, som på tross av kostnaden, investerer i utsyr, store lokaler og sekretærfunksjon bør få større driftstilskudd fra kommunen. Det bør være et differensiert tilskudd som premierer de som har høyst kostander. Videre påpekes det at det bør være forutsigbarhet i henhold til antall avtalehjemler på instituttet. Dette for at det skal være forutsigbarhet i henhold til hvor mange som skal dele på husleien. Kommunen kan ikke inndra avtalehjemler uten videre, inndragning av hjemler må stå i forhold til husleieavtalene ved det enkelte institutt.

Selv om kommunene i følge ASA-4313 har ansvar for å godkjenne lokalene, er det avtalefysioterapeutene som har ansvar for lokalenes utforming og leiekontrakter. Dersom avtalefysioterapeutene ønsker at kommunen i større grad skal tilrettelegger for at tjenesten utøves i gode lokaler og med en tilhørende sekretærfunksjon, kan dette ses som et uttrykk for at fysioterapeutene etterlyser mer styring av tjenesten, både for ansatte og avtalefysioterapeuter. Kanskje er det et uttrykk for at avtalefysioterapeuter etterspør mer styring på noen områder, og at friheten de er opptatt av omhandler fagligheten. Kommunenes ser det imidlertid en motsetning mellom selvstendig næringsdrift og kommunal styring.

### 5.3.3 Ventelister og prioritering

Alle informantene var opptatt av ventelister i alle deler av tjenesten. De mente at ventelister ikke var bra, men det var litt ulike meninger om hva en venteliste egentlig representerer, og hvorfor det var ventelister i deler av tjenesten. De ansatte hadde tilnærmet ingen venteliste. Dette fordi de hadde et aktivt forhold til listene, de sørget for at pasienter ble avsluttet slik at det hele tiden var plass til å ta inn nye. Ventelister i avtalefysioterapi var imidlertid et større problem. Listene var lange, særlig tilgang til fysioterapeuter med spesialistutdanning i psykomotorisk fysioterapi ble fremhevet som problematisk. Her ble det nevnt at ventelistene var opp til ett år. Fra ledelsenes side ble det påpekt at lange ventelister var ugreit, men at ventelister ikke var et fullstendig bilde på behovet i tjenesten. Prioritering ble nevnt som et tilbakevendende tema i møter mellom avtalefysioterapi og kommunal ledelse, uten at det helt har ført til noen endring. Begge kommunene har en prioriteringsveileder, men informanten mente den i hovedsak gjaldt for de ansatte fysioterapeutene.

Avtalefysioterapeuter ga uttrykk for at det er vanskelig å prioritere. Det er vanskelig å avslutte pasienter som mener de har nytte av behandlingen. Samtidig blir det nevnt som et problem at mange pasienter har gratis behandling, og at de dermed går år etter år. For mange blir gratis behandling forbundet med en pasientrettighet til all den behandling de selv måtte ønske. En av informantene mener pasientene ofte tenker slik:

*Det er jo ikke så farlig om jeg ikke blir bedre i skulderen etter 20 behandlinger, har jo tross alt drosje og frikort også er det så hyggelig å gå her. Tror både pasient og terapeut kan bli litt sløve.*

En av avtalefysioterapeutene kommenterer utfordringene rundt ventelister og prioriteringer slik:

*Vi er litt på vår egen tue ja. Vi har i noen år hatt ukentlige møter hvor vi har tatt opp ventelisten fordi kommunen sier vi må ta inn fler. Alle sier da at de ikke kan jobb mer, men det jeg forsøker å stille spørsmål ved er hva vi kan gjøre annerledes. Hvem kan vi avslutte, hvem bør sette inn støtet hos for oppnå resultat. Noen kollegaer er mottakelige, men for noen høres dette bare ut som en formaning. Jeg opplever at vi fysioterapeuter skyver dette litt unna for det er vanskelig, det er vanskelig å stoppe behandling.*

En ansatt kommenterer det slik:

*Jeg tenker at instituttene må ha litt mer av den tankegangen vi har i kommunen, det må være et mål og så må det være rulling. Men det er vanskelig å si til en pasient som mener han har god nytte av behandlingen at nå må du slutte for jeg skal ta inn en ny. Og så vet du kanskje at når pasienten må klare seg på egenhånd så blir det et forfall. For å få til noe må man tenke en stor prosess. Instituttene i kommunen må komme sammen for å diskutere en felles strategi.*

Som noen av respondentene er inne på er det underlig at den ene delen av tjenesten må ha ventelister mens den andre delen av tjenesten ikke har ventelister. De ulike rammene rundt tjenesten kommer til uttrykk igjen. Er det ulik praksis i de to tjenestene fordi de er forskjellige organisert og henvender seg til ulike pasienter, eller er det slik fordi det er ulikt hvem som bestemmer hvor mye behandling som gis. Blant de ansatte er det tydelig at det er ressursene og fysioterapeutene, som etter føringer fra kommunen, som bestemmer omfanget av tjenester. For pasienten som går til avtalefysioterapi ser vi imidlertid andre mekanismer. Her kan det se ut til at omfanget av behandling i all hovedsak avgjøres av hva pasienten ønsker seg.

Ulik prioritering og dermed ulik tilgjengelighet til tjenesten påvirker også tjenestens kvalitet. Slik tjenesten fungerer nå kan det se ut til at tjenesten ikke er rettferdig fordelt, noen får mye og noen får ikke tilgang i det hele tatt.

Ventelister i avtalefysioterapi kan ses som et uttrykk for en pasientrettet kultur, der det er pasienten som bestemmer når og hvor lenge de ønsker å motta behandling. Disse normene og verdien er forankret dypt i tjenesten fra den gang tjenesten var helprivat og ikke en kommunal helsetjeneste.

#### **5.3.4 Kommunens ansvar - styring og ledelse av tjenesten**

Alle respondentene er på ulike måter opptatt av hva som er kommunes ansvar i forhold til fysioterapitilbudet i kommunen. De kommunalt ansatte fysioterapeuter inngår som en selvfølgelighet i kommunens ansvarsområde. Lederne anser imidlertid, i litt ulik grad, avtalefysioterapi som del av kommunehelsetjenesten. På spørsmål om kommunen har ansvar for avtalefysioterapeutene svarer lederne litt ulikt, en sier at kommunen kun har ansvar for de tilpliktete timene, en sier at de har et visst ansvar for og en sier at de har et forvaltningsansvar i forhold til å ansette den kompetansen kommunen har behov for.

*Avtalefysioterapeutene er en kommunal ressurs og en kommunal utgift, men vi har ikke styringsrett over dem på samme måte. De er driver jo sin private business.*

*Vi har valgt å ansette fysioterapeuter for å få den tjenesten vi vil ha. Jeg vet at noen kommuner bare benytter seg av tilpliktete timer, men jeg tror vi sparer i den andre enden på å ha kommunalt ansatte fysioterapeuter. Jeg tror man må ut av boksen for at det skal bli bra, må jobbe ut av den tradisjonelle fysioterapiboksen.*

På spørsmål om kommunen har noe faglig ansvar for avtalefysioterapeutene svarer lederne nei. Det ansvar mener de ligger til den enkelte terapeut.

*Det ansvaret har vi ikke, jeg betviler at instituttene ville la seg styre av en kommunal virksomhetsleder.*

*Vi kan styre i forhold til ansettelser, etterspørre kompetanse, men kan ikke sette meg ned på instituttene og se hva de jobber med etter det.*

De utøvende fysioterapeutene påpeker at kommune bør bry seg mer med tjenesten, de mener kommunen i større grad må styre tjenesten. Det er imidlertid litt ulike meninger om hva som bør styres. Alle mener kommunen bør bry seg med prioriteringer for å støtte klinikerne i den vanskelige oppgaven og sikre at de har riktig kompetanse i kommunen. Styling må imidlertid være i samhandling med tjenesten, ikke overstyring påpekes det.

ASA-avtalen går imidlertid langt i forhold til å si noe om innholdet i tjenesten. Den påpeker at kommunen skal ha oversikt over behovet i tjenesten og sikre at det er samhandlingsarenaer mellom de ulike delene av tjenesten, for på den måten bidra til riktige prioriteringer og ressursbruk. Avtalefysioterapeutene skal på sin side drive praksis i henhold til kommunens målsetninger, sørge for rettferdig fordeling og kunnskapsbasert praksis. Begge parter har ut fra ASA-avtalen et stort ansvar for at avtalefysioterapitjenesten tar ansvar for kommunens behov.

Når lederne likevel påpeker at de ikke kan blande seg inn i tjenestens innhold betyr det at leder mener de ikke har rett til å blande seg inn i om KS-avtalen overholdes eller ikke. I så fall er det et uttrykk for at det ikke er noen som har kontroll med avtalefysioterapitjenestens innhold.

En av avtalefysioterapeutene formulerer det slik:

*Jeg tenker at kommunen bør få bedre oversikt over de samlede fysioterapiressursene man har i kommunen, få bedre kunne utnytte ressursene. Kommunen gjør ikke dette. Kommunen tør ikke å mase på de private for de er fristilte og skal bestemme selv. Men jeg tror det ville vært en styrke om man kunne stått samlet og sett ressursene under ett. Det ville gitt en større bredde, og en kø som var lik for alle.*

En annen avtalefysioterapeut sier:

*Jeg er litt skeptisk når jeg hører styring, men kommunene bør stille krav til kompetanse.*

Flere av informantene påpeker at så lenge kommunen ikke bryr seg om tjenestene som tilbys i kommunen så får den utvikle seg i ulike retninger.

*Sammenblanding av fysioterapi, akupunktur og osteopati er et uttrykk for en tjeneste som er fullstendig ute av kontroll. Hva skal egentlig den kommunale fysioterapitjenesten bestå av, det er de private som blander og har andre behandlere ved siden av seg for å få hjulene til å gå rundt, fylle opp lokalene, få inn lei og kunne tilby et bredere og flerfaglig tilbud.*

En annen utfordring rundt tjenesten, som en av virksomhetslederne påpekte, er at noen institutter behandler hovedsakelig pasienter fra andre kommuner. Det er dermed vanskelig å dimensjonere og sikre et tilbud til egne innbyggere.

*En opptelling ved ett institutt i kommunen viste at vi har institutter hvor bare 27% prosent av pasientene var fra egen kommune. Så kan man jo spørre seg om hvorfor det er slik. Vi vet veldig lite om det, men vet jo at noe markedsfører seg slik at de tiltrekker seg helt spesielle grupper fra et større område.*

Lederne påpeker på den ene siden at tjenesten må kunne styres, samtidig sier de at de ikke har virkemiddel til å styre avtalefysioterapitjeneste. Lederne mener imidlertid at kommunen ikke har ansvar for kvaliteten i tjenesten. De mener kvalitet er den enkelte avtalefysioterapeutenes ansvar. Dette kan igjen være et uttrykk for at

Disse uttalelsene kan være et uttrykk for at ASA-avtalen ikke oppfattes som et egnet styringsvirkemiddel. I følge kommunal helse- og omsorgslov har kommunen ansvar for kvalitet på sine tjenester. Nå lederne likevel ikke mener de har dette ansvaret, kan det skyldes at de ikke er klar over ansvaret i følge loven, at de ikke anser avtalefysioterapi som kommunal tjeneste eller at det er ulik forståelse for begrepet kvalitet.

Det kan virke som om den organisatoriske innretningen med avtalefysioterapeuter som selvstendig næringsdrivende bidrar til at kommunen ikke mener de har noe med tjenesten og gjøre. Så lenge kommunen ikke er arbeidsgiver, har de ikke mulighet til å styre tjeneste. Lederne mener de ikke kan styre avtalefysioterapeuter, men det er også nærliggende å spørre i hvilken grad kommunen faktisk har ønsket å styre denne tjenesten.

Oslo kommune benytter seg i motsetning til annen kommune av tilpliktede timer. Leder har egentlig styring over disse timene, men dette oppfattes som en vanskelig oppgave og uttrykker at det er en uønsket oppgave. For å kunne styre tjenesten har bydelen i stedet valgt å ansette fysioterapeuter.

Både leder og kliniker påpeker at særlig avtalefysioterapitjenesten er en tjeneste uten styring, og etterlyser mer styring av denne tjenesten. Avtalefysioterapeutene uttrykker samtidig at de er skeptiske til at styring av tjenesten skal gå på bekostning med friheten til å bestemme selv. Styringen som det her snakkes om, er styringen ovenfra og ned, en hierarkisk styring.

Som en konsekvens av manglende styring påpeker flere at tjenestens innhold kan bli for varierende for eksempel innebære sammenblanding med alternative metoder. Videre påpekes at tjenesten ikke er tilgjengelig for kommunens innbygger for fordi tjenesten i stor grad gis til pasienter fra andre kommuner. Dette illustrer igjen at det mangler en koordinering i tjenesten både ut fra faglige og organisatoriske hensyn. Det mangler både vertikal og horisontal koordinering. Handlingene ute på de enkelte arbeidssted påvirkes derfor i alt for stor grad av kulturene i miljøet. Dette skaper store variasjoner mellom institutter og mellom de to ulike tjenestene i kommunen.

### **5.3.5 Skjermingsordninger, diagnoselister og egenandelstak**

Flere av respondentene trekker frem finansieringsordningen ved avtalefysioterapi som en årsak til at tjenesten fungerer slik den gjør. En stor del av pasienten i avtalefysioterapi har gratis behandling enten ved at de faller inn under diagnoselisten, eller ved at de har oppnådd egenandelstak <sup>1</sup>. Mange påpeker at disse skjermingsordningene påvirker etterspørselen etter tjenesten, og terapeutens mulighet til å styre tilbudet.

---

<sup>1</sup> Egenandelstak 2, jmf Folketrygdloven § 5-3, omtaler utgiftstaket som gir rett på frikort og hvilke egenandeler som hører inn under frikortordningen. Egenandelstaket for frikort tak 2 er 2670 kroner i 2015. Egenandeler til fysioterapi teller som grunnlag for egenandelstak 2.

*De som behandles i friskliv må ta mer ansvar selv, de må betale mer selv dersom de vil ha tjenesten. Når behandling blir gratis vil de ha, men ikke hvis de må betale.*

*Jeg synes det er litt for snilt i Norge, vi kan gå til fysioterapi i det uendelige. Det har blitt noe galt med egenandelstaket, det er alt for lavt og mange utnytter det. Det burde vært behovsprøvd eller mye høyere og så burde det vært tak på antall behandlinger. Du kan tenke at dersom du går til fysioterapi tre ganger i uka er det ikke lenge før du har nådd egenandelstaket.*

*Det er ikke så lett å foreta prioriteringer i avtalefysioterapitjenesten, for når det kommer noen med en lapp fra legen om at de skal ha så og så mange behandlinger så betyr det vel at terapeuten må behandle.*

*Som kommunalt ansatt forholder jeg meg til en leder, som avtalefysioterapeut forholder jeg meg direkte til pasienten.*

Respondentene peker på at trygdens bestemmelser har større styring over tjenesten enn det som er tilfelle med andre bestemmelser. Reguleringen av avtalefysioterapi gjennom folketrygdens bestemmelser fungerer som et hierarkisk styringssystem som virker helt ut i det ytterste ledd, der tjenesten utføres.

Folketrygdens bestemmelser er fastsatt i lov på lik linje med annen kommunal lovgivning. Likevel kan det se ut til at folketrygdloven virker sterkere enn annen regulering. Dette kan tenkes å henge sammen med at folketrygdens bestemmelser er konkrete og er direkte knyttet til retten til å utløse midler fra trygden. Loven griper direkte inn i den enkelte terapeuts virksomhet. Bidrag fra folketrygden er den enkelte borgers rettighet, men blir også ansett som den enkelte borgers rett til å få behandling. Systemet sikrer også den enkelte fysioterapeutens inntektsgrunnlag, ved at utgiftene til behandling ikke blir en begrensende faktor for behandling. Systemet kan dermed fungere som et økonomisk insentiv for å gjennomføre en behandling.

### **5.3.6 Oppsummering kvalitet**

Svarene fra informantene viser at kvalitetsbegrepet rommer mye, og at det er ulike meninger om hva det skal inneholde. Lederne definerer kvalitet i forhold til en hel tjeneste, mens klinikerne i større grad ser kvalitet mer som et uttrykk for fysioterapeutens fagkunnskap.

Kvalitetsbegrepet, slik som myndighetene definerer det, er ikke implementert i tjenesten. Det ser ikke ut til å ha funnet veien ned i hierarkiet. Begrepet fungerer som en definisjon i en



rekke offentlige dokument, men ikke som et styringsmiddel. Det er opp til den enkelte kommune eller fysioterapeut å vurdere om de ønsker å styre sin virksomhet i forhold til definisjon.

Alle informantene er opptatt av kvalitet. Klinikerne er opptatt fysioterapeutens kompetanse og effekt av behandlingen. De ansatte har i tillegg fokus på at kvalitet må ses i forhold til kommunens behov. Dette kan ses om et uttrykk for at de ansatte er mer integrert i kommunehelsetjenesten, og dermed ser tjenesten i forhold til en helhet.

Fagutvikling og samarbeid på arbeidsplassen anses som viktig for å oppnå god kvalitet både blant ansatte og i avtalefysioterapi. Det påpekes imidlertid at slikt arbeid kan være utfordrende i avtalefysioterapi. Ingen har ansvar for å tilrettelegge for faglige møtearenaer. Faglige diskusjoner kan oppfattes som kritikk, og medfører konflikter i stedet for å bidra til fagutvikling. Det er også ulik motivasjon for å delta i slikt arbeid da fravær fra pasienter betyr tapt inntekt for de som er i selvstendig næringsdrivende.

Dette illustrer at det kreves tilrettelegging eller styring for å få til intern fagutvikling for en samlet tjenesten. Dette kreves en horisontal koordinering innad i tjenesten, mellom ansatte og avtalefysioterapeuter og mellom de ulike instituttene for avtalefysioterapeuter. For å sikre et horisontalt samarbeid kreves det imidlertid en vertikal styring. Dette kan gjøres gjennom overordnede bestemmelser som lov og forskrift, og gjennom at kommunen legger til rette for møtearenaer og samarbeid. Dersom denne styringen ikke er til stede, vil den faglige aktiviteten i større grad være preget av oppfatningene av kvalitet på den enkelte arbeidsplass. Ulike fagkultur kan føre til ulike oppfatninger mellom de ulike deler av tjenesten, men også mellom de ulike instituttene.

Lokalenes utforming anses også som viktig i forhold til kvalitet på tjenesten. Fasilitetene må være utformet slik at best mulig behandling kan skje, treningsal og sekretærfunksjon trekkes som viktig i instituttene. Avtalefysioterapeutene ønsker at kommunen skal ta mer ansvar for lokalene og har sikre økonomisk stabil drift. Dette er et uttrykk for at fysioterapeutene etterspør mer kommunal styring, men innen et begrenset område som handler om virksomhetens økonomi.

Prioritering og ventelister trekkes også fram som viktige momenter som påvirker kvalitet. De kommunalt ansatte mener prioritering er viktig, og mener det må prioriteres slik at ingen står på venteliste. Alle må få tilgang til tjenesten, det anses som et kommunalt ansvar.

Avtalefysioterapeutene er også opptatt av prioritering, men ser dette i relasjon til folketrygdens bestemmelser og den rettigheten pasientene har i henhold til lovverket. Prioriteringene overlates i større grad til den enkelte terapeut, og det kan se ut til at trygdens bestemmelser motvirker terapeutens mulighet for å gjøre prioriteringer. Igjen ser vi ulike faktorer som påvirker tjenesten i ulike retninger, og lite horisontal koordinering. De vertikale styringsvirkemidlene virker ulikt for de to tjenestene.

## **6.0 Kvalitet i kommunefysioterapitjenesten i lys av det hierarkiske perspektivet og kultur perspektivet – veien videre**

I dette kapittelet vil jeg sammenfatte noen av funnene, og se dem i lys av hvordan tjenesten er organisert. Som en ramme for å analysere tjenesten tar jeg utgangspunkt i to ulike organisasjonsteoretiske modeller for offentlig sektor. Modellene som benyttes deles i to hovedkategorier, et hierarkisk perspektiv og et kulturelt perspektiv. Det hierarkiske perspektivet representerer den formelle styringen av tjenesten, eksempelvis gjennom politiske styringsdokument, lover, avtaler og ledelse. Den kulturelle styringen er uformell og skjer på bakgrunn av etablerte normer og verdier på arbeidsplassen og i fagmiljøet. Modellene teoretiske tilnærminger som brukes til å forstå hvordan fysioterapitjenesten i kommunen fungerer. Til sist sier jeg litt om veien videre for kommunefysioterapitjenesten.

### **6.1 Fysioterapitjenesten og kvalitet**

Informantenes oppfatning av en todelt tjeneste står i motsetning til det som ble formulert om tjenesten da den ble innført. Da ble det presisert at det var opp til den enkelte kommune å bestemme hvordan de ville organisere tjenesten, via ansatte, avtalefysioterapeuter eller en kombinasjon av de to. Det har hele tiden vært et mål at fysioterapitjenesten skal være integrert i kommunehelsetjenesten, for på den måten å sikre at innbyggerne får den tjenesten de har behov for. Målene har vært gjentatt i en rekke sentrale styringsdokumenter siden slutten av 70-tallet.

De to tjenestene er organisert ulikt og har ulike styringssystemer, selv om de er underlagt samme helse- og omsorgslovgivning. De to tjenestene har også ulike faglig innretning ved at de ansatte tar seg av de som har behov for omsorgstjenester, mens avtalefysioterapi hovedsakelig behandler pasienter som selv kan komme til instituttet for å motta behandling.

De to tjenestene har ulike forankringer til den hierarkiske styringsstrukturen. Begge tjenestene er underlagt styring ovenfra gjennom lover, politiske meldinger, retningslinjer m.m, men har ulik tilknytning til kommunen. De kommunalt ansatte fysioterapeutene knyttes tett til kommunen ved at de er underlagt kommunal organisering, rammer og ledelse. De forholder seg til kommunen som arbeidsgiver, og inngår i flerfaglig arbeid rundt pasientene.

Avtalefysioterapeutene forholder seg i hovedsak til folketrygdens bestemmelser og forhold rundt enkelt pasienter. Avtalefysioterapi har en løsere kobling til kommunen, ved forholdet til

kommunen styres gjennom avtale, ikke etatsstyring og har dermed ingen leder slik de ansatte har. Den hierarkiske styringen følger av lovbestemmelser ovenfra som virker direkte ned til tjenestens utøvende ledd. Dette gir imidlertid mer rom for utvikling av ulike kulturer på den enkelte arbeidsplass.

Avtalefysioterapitjenestens organisering har stort sett vært lik siden den ble innført i 1984. Tjenesten har mer eller mindre utviklet seg på egenhånd, uavhengig av sentrale politiske føringer. Som en av informantene påpekte; mye er som det alltid har vært i avtalefysioterapi fordi kulturen på arbeidsplassen er så sterk.

Informantene mener kommunene i liten grad bryr seg med kvaliteten på tjenesten, særlig gjelder dette avtalefysioterapeutene. Lederne anser ikke avtalefysioterapi som en kommunal helsetjeneste på samme måte som de ansatte. Både avtalefysioterapeuter og ansatte påpeker at de i stor grad utformer tjenesten selv. De ansatte har imidlertid et tydeligere fokus på kommunens ressursbruk og behov, enn det vi ser blant avtalefysioterapeutene.

Kulturen i avtalefysioterapitjenesten ble etablert lenge før tjenesten ble offentlig, og det kan synes som om den samme kulturen fortsatt preger tjenesten. I organisasjonslitteraturen kan dette forklares med begrepet stivhengighet. Ut fra en slik forståelse styres tjenesten i stor grad av en indre kultur der historiske røtter har stor betydning. Det vil si at de kulturelle normene og verdiene som har preget tjenesten tidlig i historien også har betydning for hvordan tjenesten er i dag (Christensen et al. 2015).

Da staten på begynnelsen av 80-tallet ønsket at privat fysioterapitjeneste skulle være en del av offentlig kommunehelsetjenesten, ble det voldsomme protester i deler av fagmiljøet. Fysioterapeutene ville fortsatt utløse pasientens trygderettigheter, men ville ikke ha kommunal styring over tjenesten. Mye kan tyde på at denne kulturen fortsatt preger tjenesten. Det kan se ut til at avtalefysioterapitjenesten er preget av en kultur basert på individualisme, autonomi og næringsvirksomhet.

Betydningen av en organisasjonskultur kan ofte vise seg i reformprosesser eller omorganiseringer i offentlige organisasjoner hevder Christensen m.fl. (Christensen et al. 2015). De påpeker at trusler mot de dominerende uformelle normene og verdiene gir stor motstand. Kanskje kan dette være med å forklare hvorfor motstanden mot innføringen av kommunehelsetjenesteloven var så stor i fysioterapimiljøet, og hvorfor det fortsatt er et konfliktfylt område, -så konfliktfylt at det fortsatt holder liv i to fysioterapiorganisasjoner.

Fysioterapeuter har tradisjonelt vært opptatt av egen autonomi, og kjempet mot at de skal være underordnet legene. Fysioterapeuter mener at de i kraft av sin kompetanse ikke skal være underordnet andre (Thornquist 2014). Autonomikampen for fysioterapeuter kan ses som en parallell til legenes kamp om «medikratiet». Dette er et uttrykk for at man som profesjonell fagutøver mener at man i kraft av sin kompetanse må styre sin egen virksomhet. En eventuell styring må være basert på medisinsk kunnskap. «Medikratiet» eller den autonome yrkesutøvelsen må ses som en styring som springer ut nedenfra (Berg 2013).

En slik forståelse vil i så fall prege en tjeneste. Det vil prege kulturen på arbeidsplassen dersom alle skal være selvledet, og ikke ønsker at andre skal bestemme noe. En slik forståelse kan medføre at kulturen har stor påvirkning og undergraver en hierarkisk styring.

Hvordan den offentlige politikken virker nedover i system henger også sammen med hvordan tjenesten i kommunen er organisert. Sett ut fra et hierarkisk perspektiv kan kommunen være et redskap for iverksetting av overordnet politikk. Som arbeidsgiver for de ansatte fysioterapeutene har kommunen en rekke styringsvirkemiddel for å bidra til at tjenesten svarer til målsetningen. Avtalefysioterapitjenesten som er knyttet til kommune gjennom avtaler, må imidlertid styres gjennom avtaler, kontraktstyring. Det kan se ut til at denne formen for styring skaper mer avstand til kommunen og dermed reduserer kommunens mulighet til å samordne de to tjenestene. Folketrygdens bestemmelser ser ut til å ha mer styring over tjenestene enn det kontraktstyringen. Noe som igjen bidrar til at det er vanskeligere for kommunen på styre tjenesten. Det utvikles ulike kulturelle normer og verdier i de to tjenestene som igjen kan være med på å gjøre de to tjenestene mer ulike.

Begge fysioterapitjenestene i kommunen er delvis finansiert av folketrygden. Tjenesten som utøves av de ansatte finansieres med et rammetilskudd fra folketrygden (188.000 kr i 2015). Avtalefysioterapi utløser refusjon fra folketrygden, per capita. Dette er nedfelt i egen forskrift til Folketrygdloven, hvor ulike behandlingstiltak og skjermingsordninger er detaljert regulert. Disse bestemmelsene oppfattes i stor grad som en pasientrettighet, og kan i en del tilfeller virke motsatt av kommunes føringer. I følge Christensen m.fl gir en slik inkonsistens et problem for offentlig lederskap. Når bestemmelser virker i motsatt retning undergraver det troverdighet og muligheten for å styre (Christensen et al. 2015). Dette samsvarer med uttalelsene fra lederne. De påpeker at de ikke har virkemidler, eller mulighet til å styre avtalefysioterapitjenesten. Avtalefysioterapeutene er selvstendig næringsdrivende og har sine rettigheter gjennom trygden, dette kan ikke kommunene overstyre.

Det opprinnelige forslag som låg til grunn for innføring av kommunefysioterapitjeneste innebar at kommunen skulle ha hele finansieringsansvaret for tjenesten. Kommunene skulle refundere utgiftene til trygden i kommunen. På denne måten mente man å sikre et kommunalt ansvar for tjenesten, og dermed en større integrering mellom de to tjenestene.

Avtalefysioterapi fungerer på mange måter som en helprivat helsetjeneste under paraplyen offentlig helsetjeneste. Dette er i seg selv en motsetning som gjør at man kanskje ikke kan forvente at tjenestene anses som en kommunal helsetjeneste i samme grad. I en privat helsetjeneste blir insentiver for inntjening og brukertilfredshet viktige for at terapeutene skal sikre eget næringsgrunnlag. For en del avtalefysioterapeuter innebærer dette at de fordyper seg i en faglig retning og tiltrekker seg pasienter fra andre kommuner. På denne måten får de et stort pasientgrunnlag og interessante oppgaver.

En av informantene påpekte at kommunen hvor hun arbeidet hadde kartlagt at noen av instituttene hadde omkring 70 % gjestepasienter. Kommunen har i henhold til lovverket et populasjonsansvar, det vil si at kommunen har et ansvar for å gi sine innbyggere den tjenestene de har behov for. Når en stor andel av pasienten ikke tilhører kommunen, sier det seg selv at det er vanskelig for en kommune å ha oversikt over tjenestetilbudet og ressursfordelingen.

Allmennlegene har i motsetning til fysioterapeuter gått lenger i forhold til å påta seg et kommunalt ansvar gjennom avtalene om fastlegeordningen. Fastlegeordningen sikrer at alle kommunens innbyggere er tilknyttet en lege. Dette er forskriftsfestet, og gjennom forskriften er det regulert at alle innbyggerne i kommunen skal fordeles på legenes lister.

Fysioterapitjenesten kan ikke fungere helt likt som følge av spesialisert kompetanse, men det kunne likevel vært mulig med et større ansvar for kommunens egne innbyggere, et populasjonsansvar. Dette er ikke regulert i dagens avtale med kommunene. Regjeringen har gjennom primærhelsemeldingen varslet at de ønsker å regulere avtalefysioterapi gjennom en egen forskrift. Det framgår imidlertid ikke regjeringen ønsker at en form for populasjonsansvar skal reguleres.

En forskriftsregulering av avtalefysioterapi vil erstatte kommunens styring gjennom avtale. Forskrift anses som et «hardere» styringsvirkemiddel enn en avtale, og vil dermed flytte styringen lenger opp i hierarkiet. En enda større del av avtalefysioterapitjenesten vil være underlagt overordnet statlig føring.

## 6.2 Kvalitet

Kvalitet er viktig for fysioterapeuter, men det er ulike meninger om hva som ligger i begrepet. Alle informantene sa de var opptatt av kvalitet, men ingen hadde kjennskap til en offentlig definisjon.

Fagkunnskap hos den enkelte terapeut er nødvendig for å oppnå god kvalitet. Tradisjonelt har helsepersonell vært opptatt av kvalitet, men da rundt den enkelte pasient mer enn tjenesten. For myndighetene har fokuset vært på definisjoner i offentlige meldinger, veiledere og retningslinjer hevdes det (Nordby og Botten, 2007).

Kvalitet i tjenesten har til nå i hovedsak dreid seg om den enkeltes kompetanse. Dette har kommet til uttrykk gjennom systemet kunnskapsbasert praksis / evidensbasert medisin. Kunnskapsbasert praksis, skyldte innover landet på 90-tallet, og etablerte seg som en «myte» som skulle gi svaret på alle utfordringene i helsetjenesten, og dermed sikre god kvalitet på tjenestene (Christensen et al. 2015).

Kunnskapsbasert praksis springer ut fra medisinfaget, og er slik sett et uttrykk for en fagkultur. I Norge har systemet vært initiert og styrt av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret). Selv om Kunnskapssenteret er underlagt Helsedirektoratet er det et uavhengig organ som har kommet tett på de kliniske profesjonene.

Systemet for kunnskapsbasert praksis har ikke løst alle utfordringer med kvalitet i tjenesten, fokuset på kvalitet har fått et bredere fokus. Dette arbeidet er initiert i Norge av Helsedirektoratet som utformet en strategi for kvalitet i 2005. Definisjon er implementert i en rekke offentlige dokumenter, men ser ikke ut til å være implementert lenger ned i tjenesten.

Når kvalitetsdefinisjon ikke er implementert kommunefysioterapitjenesten, kan det være et eksempel på et for «myk» styring ovenfra. De ansatte definerte kvalitet mer i tråd med myndighetenes definisjon enn det avtalefysioterapeutene gjør. Dette kan være et uttrykk for at definisjon krever at kommunen fører de overordnede bestemmelsene ut i tjenesten. Ledelsen må selv legge definisjonen til grunn for styring. Avtalefysioterapeutene styres imidlertid gjennom avtaler som ikke berører definisjonen, og som kanskje ikke er det meste egnede virkemiddelet for kvalitetsstyring.

Kvalitetsarbeid er komplekse prosesser som tar tid. Fokuset er flyttet fra individuell adferd til endring av tjenestesystemene. For å lykkes med dette kreves det økt samhandling og ledelse (Veileder Sosial- og helsedirektoratet 2007). Det betyr eksempelvis at kommunen må ta et

større ansvar for hele tjeneste. Kommunen må i større grad styre hele tjeneste, inklusiv avtalefysioterapeutene for å sikre faglige møteplasser, riktig ressursbruk og rettferdig fordeling. Det kreves både vertikal og horisontal koordinering av tjenesten for å sikre at hele tjenesten har samme forståelse for kvalitetsbegrepet og at tjenesten styres i henhold til felles målsetning.

De ansatte fysioterapeutene har en bredere forståelse av kvalitetsbegrepet enn avtalefysioterapeutene. Mye kan likevel tyde på at avtalefysioterapeutene har en økende bevissthet omkring både virkningen av tjenesten, ressursbruk og pasientopplevd kvalitet. Klinikerne uttrykte eksempelvis at de ønsker mer styring av tjenesten, da de mente det er viktig for å sikre at alle får lik tilgang til tjenesten og sikre god ressursbruk.

Avtalefysioterapeutene er opptatt av at skjermingsordningene, som følger av folketrygdloven, gjør det vanskelig å prioritere pasienter bort fra tjenesten. De ser på ventelistene som en prioriteringsutfordring, men også som et resultat av skjermingsordningen, egenandelstak og diagnoselister. Tilgang til fysioterapi oppfattes som en pasientrettighet, og har du kommet deg inn i tjenesten får du bli så lenge du vil.

Forskningsprogrammet Fysioprim er et eksempel på at fagmiljøet har flyttet seg fra rene effektstudier til fokus på tjenesteforskning.

Flere av informantene trekker fram at læring på arbeidsplassen er viktig for å få engasjerte kollegaer, noe som igjen kan tilført kunnskap til flere på arbeidsplassen. Ledere påpeker videre at de har ansvar for å tilrettelegge for læring. Både ledere og ansatte påpekte at avtalefysioterapi har en kultur som står i veien for gode faglige diskusjoner, og at fagutviklingen lykkes der ledere for tjenesten tar ansvar for det faglige. Tilrettelegging for læring krever både vertikal og horisontal koordinering. Myndighetene og kommunen kan legge føringer for samhandling og samarbeid skal forekomme, men kommunen må legge til rette for at dette faktisk kan skje.

Uten samhandling og koordinering innad i tjenesten kan oppfatningen av kvalitet bli ulik, og variasjon i tjenesten stor. Det kan vise seg ved at ny kunnskap ikke implementeres, eller at terapeutene søker over mot alternative profesjoner. For å sikre en enhetlig tjeneste kreves det horisontal koordinering. Dette kan initieres ved hjelp av vertikal styring.



Kultur i tjenesten har til nå vært omtalt som kultur innad fysioterapitjenesten i kommune. I et utvidet perspektiv, kan vi si at kultur i fagmiljøet også handler om profesjonsorganisasjoner for fysioterapeuter. Dette er organisasjoner som står på siden av det offentlige hierarkiet, men som kan ha stor innvirkning på fagmiljøet. Så lenge fysioterapiorganisasjonene har sitt hovedfokus på at kunnskapsbasert praksis skal løse kvalitetsutfordringene i fysioterapitjenesten, vil de ikke være pådrivere i forhold til at kvalitet i en tjeneste inneholder så mye mer. Dersom myndighetene har mål om å påvirke kvaliteten i tjenesten bør de kjenne kulturen og involvere fagmiljøet i arbeidet.

#### **6.4 Veien videre**

Dersom det fortsatt skal være et mål at kommunal fysioterapitjeneste skal være en enhetlig helsetjeneste, må tjenesten i større grad integreres i kommunal helsetjeneste. Alle styringsvirkemiddel må virke i samme retning mot felles mål, og kommunen må ville og kunne styre tjenesten. Dersom det skal være et mål at tjenesten skal være av god kvalitet, må dette defineres likt i hele tjenesten.

For å kunne organisere tjenesten i henhold til kommunens mål, må kommunen kartlegge innbyggernes behov for tjenester. Prioriteringer og ventelister må være et kommunalt ansvar, og gjelde for hele tjenesten. I dag er det eksempelvis ulik praksis mht ventelister i de to tjenestene. I avtalefysioterapi kan en pasient stå på flere ventelister i en eller flere /kommuner. Dette gir ikke et reelt bilde av behovet for fysioterapitjeneste.

Skjermingsordningene som er hjemlet i Folketrygdloven, overstyrer i dag kommunale bestemmelser mht til prioritering, og gjør det vanskelig for kommunen å kunne se tjenesten som en helhet. Kommunal helselovgivning og folketrygdens bestemmelser må derfor i større grad understøtte hverandre.

For å kunne styre fysioterapitjenesten, er det ikke tilstrekkelig med hierarkisk styring, det er også viktig å se på hvordan organisasjonskulturen påvirker tjenesten. Kulturelt lederskap kjennetegnes ved at det forvalter historiske nødvendigheter. På den ene siden kan det bidra til å konservere tjenesten, på den annen side kan ledelse ved hjelp av organisasjonskulturen bidra til endring. Gjennom kulturelt lederskap er det mulig å bygge en ny kultur, og lede fram til en ny kultur som styrer videre (Christensen et al. 2015).

Et fagmiljø kan være både en pådriver og en brems for bedre kvalitet i tjenesten. En forutsetning for å dra i samme retning er en felles forståelse av hva som menes med kvalitet. Fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten må se seg som en del av offentlig helsetjeneste. Samtidig må fagmiljøet med fagorganisasjonene i spissen, være villige til å diskutere kvalitet i tjenesten, og ikke bare kreve autonomi og mere ressurser. Fagmiljøet må være villig til å diskutere tjenestens organisering, og ikke kun ha fokus på den enkeltes kompetanse.

For å videreutvikle tjenesten, og sikre en mer enhetlig tjeneste, må kommune ta mer styring over tjenesten. Kommune må tilrettelegg for faglige møteplasser og samarbeid innad i tjenesten gjennom en horisontal koordinering. Konsekvensen av manglende koordinering / styring er at vi ser en avtalefysioterapitjeneste som til tider er «ute av kontroll».

Organisatoriske innretninger har stor innvirkning på tjenestetilbudet, og dermed kvaliteten i tjenesten. Mye av det vi finner i tjenesten i dag henger sammen med den fragmenterte og todelte organiseringen. Dersom målet fortsatt skal være en mer enhetlig tjeneste som er tetter integrert i kommunehelsetjenesten, må de organisatoriske strukturene understøtte dette.

Kommunene må være «tetter på» både som personalleder og som avtalepart.

Kvalitetsutvikling krever samhandling og ledelse, og det betyr at kommune må styre tjenesten dersom de skal få den kvaliteten de ønsker.

Gitt at kommunen tar et større ansvar for styring av tjenesten kan det likevel se ut til at de to tjenestene fortsatt vil være ulike, henvende seg til ulike pasientgrupper og ha ulike mål for tjenesten. Kommunalt ansatte forholder seg til kommunen som arbeidsgiver, mens avtalefysioterapeutene i stor grad styres av folketrygdens bestemmelser. Så lenge det er slik er det vanskelig å se for seg en mer enhetlig og integrert fysioterapitjeneste. Utfordringen som skulle løses ved innføringen av kommunehelsetjenesten i 1984, er fortsatt noen av de samme utfordringene vi ser i tjenesten i dag. Etter så mange år er det verdt å spørre seg om målet for tjenesten eller organisering er feil. Målet om en enhetlig og koordinert tjeneste er ikke forenlig med den organiseringen vi har i dag.

## 8. Referanseliste

ASA- 4313 (2013-2014 ). Avtale mellom KS og NFF om drift av privat praksis for fysioterapeuter.

Berg, O. T. (2013). Helsepolitisk styring - helsepolitikken som grunnlag for den kliniske ledelse. U. i. Oslo.

Chartered Society of Physiotherapy (2012). "Quality Assurance Standards for physiotherapy service delivery." from <http://www.csp.org.uk/publications/quality-assurance-standards>.

Christensen, T., et al. (2015). Organisasjonsteori for offentlig sektor. Universitetsforlaget.

Finansiering av fysioterapitjenesten i kommunene (2007). Finansiering av fysioterapitjenesten i kommunene. H.-o. omsorgsdepartementet.

Forskrift om dekning av utgifter til fysioterapi (2015). Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m. FOR-2015-06-16-684, Helse- og omsorgsdepartementet.

Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2010). Forslag til ny lov om kommunale helse- og sosialtjenester, Samhandlingsreformen. Høringsnotat, Helse og omsorgsdepartementet.

Fysioprim (2015). "Et forskningsprogram om muskel- skjelettlidelser og fysioterapi i primærhelsetjenesten."

Fysioterapeuten (2015). Journal: Ikke skrevet = ikke utført, Norsk fysioterapeutforbund. **7.15 årgang 82.**

Gordon Mosser, J. W. B. (2014). Understanding Teamwork in Health Care, Lange.

Helse- og omsorgstjenesteloven (2012). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. .

Helse- og omsorgstjenesteloven (2012). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).

Helsetilsynet 5/2002 (2002). Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten - rapport til Helsedepartementet, Statens helsetilsyn.

Heløe, L. A. and H. Ånstad (2007). "Striden om kommunehelsetjeneste(loven): Hvor ble det av forebyggingen." Michael(4): 567-590.

IS-1422 rapport (2007). Kartlegging av fysioterapitjenesten i kommunene, for perioden 1984 . 2005. IS-1422 rapport, Sosial- og helsedirektoratet.

ISO 9000:2000 (2005). Systemer for kvalitetsstyring - Grunntrekk og terminologi (ISO 9000:2000) Norsk standard,.

Kuvaas, B. (november, 2015). "Lojal mot organisasjonen eller profesjonen? Hva er mest produktivt?" Ledernytt.no.

Lov om helsepersonell m.v. (2001). Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). LOV-2015-06-19-65, LOVDATA.

Lov om pasient- og brukerrettigheter (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-2015-05-22-32 LOVDATA.

Mainz, J., et al. (2013). Kvalitetsudvikling i praksis, Munkesgaard.

Malterud, K. (2011). Kvalitative metoder i medisinsk forskning, Universitetsforlaget.

Meld. St. 10 (2012-2013). God kvalitet - trygge tjenester, Helse- og omsorgsdepartementet.

Meld. St. 16 (2010-2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015), Helse- og omsorgsdepartementet.

Meld. St. 26 (2014-2015). Fremtidens primærhelstjeneste -nærhet og helhet, Helse- og omsorgsdepartementet.

NFFs Landsmøte SAK 6.1 (2007). Faglig ajourføring for fysioterapeuter. Norsk fysioterapeutforbund.

Norsk fysioterapeutforbunds faglige standpunkt (2014). "NFFs standpunkter vedrørende kvalitet i fysioterapi."

NOU 1979:28 (1979). Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet, Sosialdepartementet.

NOU 2004:18 (2004). Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene -Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester Helse- og omsorgsdepartementet.

Ot. pr. nr. 36 (1980 - 1981). Helsetjenesten og sosialtjensten i kommunene. Sosialdepartementet.

Ot. prp. nr. 66 (1981 - 82). Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene, Sosialdepartementet.

Prop. 91 L (2010 - 2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. Helse-og omsorgsdepartementet.

Skaset, M. (2006). I gode og onde dager... De norske legene og staten 1945 - 2000. Det medisinske fakultetet, Univeritet i Oslo. **Doktoravhandling**.

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

St. melding nr. 36 (1989-90). Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane.

St. melding nr. 85 (1970-71). Om helsetjenesten utenfor sykehus, Sosialdepartementet.

St.prp. nr. 1 kapittel 6 (2007 - 2010). Nasjonal helseplan St.prp. nr. 1 (2007–2010) kapittel 6. Helse-og omsorgsdepartementet.

Thornquist, E. (2012). "Fysioterapeutenes historie." from [http://www.hioa.no/Om-HiOA/SPS/node\\_1356/Nyhetsbrev/SPS-Nyhetsbrev-nr.-4-2012/Fysioterapeutenes-historie](http://www.hioa.no/Om-HiOA/SPS/node_1356/Nyhetsbrev/SPS-Nyhetsbrev-nr.-4-2012/Fysioterapeutenes-historie).

Thornquist, E. (2014). Fysioterapeutene, fra kosmologi til fagpolitikk. Profesjonshistorier. R. S. o. J. Messel, Pax: 138-176.

Veileder Sosial- og helsedirektoratet (2005). ...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten: til deg som leder og utøver. Sosisal- og helsedirektoratet.

Veileder Sosial- og helsedirektoratet (2007). Praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenstene i sosial- og helsetjenesten, Sosial- og helsedirektoratet.

World Confederation for Physical Therapy (2011). "Policy statement Quality services."

World Confederation for Physical Therapy (2011). "WCPT guideline for standards of physical therapy practise."

Kommunehelsetjeneste:

1. Hva består kommunefysioterapitjenesten av?
2. Anser du deg selv som en del av kommunefysioterapitjenesten?
3. Påvirker dette ditt virke / din tjeneste /utøverens tjeneste, i så fall hvordan?

Kvalitet:

4. Hvordan vil du definere kvalitet i kommunefysioterapitjenesten? Og / eller kommunehelsetjenesten?
5. Er kvalitet et begrep du tenker på i hverdagen? I så fall på hvilken måte?
6. Hva har betydning for kvalitet i fysioterapitjenesten som du er en del av?
7. Kvalitet på Mikronivå, hva påvirker selve behandlingen?  
Fysioterapeutens kompetanse, kollegaer, samarbeidsparter, kommunikasjon, pasienten  
Hvilken betydning har etter- og videreutdanning?
8. Hva / hvordan påvirkes kvalitet av organisatoriske / institusjons forhold:  
(lønn / takster, det å ha kollega versus solopraksis, lokaler, lokalisering, tilgjengelighet, service. Hva med kommunal ledelse?)
9. Presentere offentlig definisjon – hva tenker du om denne? Tjenester av god kvalitet er:
  - Virkningsfulle
  - Trygge og sikre
  - Involverer brukere og gir dem innflytelse
  - Er samordnet og preget av kontinuitet
  - Utnytter ressursene på en god måte
  - Er tilgjengelig og rettferdig fordelt
10. Hvordan påvirker Styringssystem /politikk kvalitet – er du kjent med noe som legger føringer for tjenesten?  
Hvilken betydning har lovverket? (kommunal helse og omsorgs lov, pasient og brukerrettighetslov, helsepersonell og internkontroll)  
Avtaleverk (ASA)?  
Offentlige meldinger og utredninger (samhandlingsreform, og bedre skal det bli, etc  
Finansieringsordninger (for eksempel kommunal medfinansiering)

**Generelt**

11. Resultat - Hvem definerer egentlig kvalitet? (terapeut, pasient, leder?)
12. Hva tenker du om påstanden: Helsevesenets utfordring er ikke mangelen på kunnskap, men at kunnskapen ikke tas i bruk? Gjelder dette for din hverdag?
13. Hva skal til for at klinisk praksis endres?
14. Vet du noe om kvaliteten på tjenesten du er en del av? Blir kvaliteten målt, hvordan kan den måles?