

Fysioterapeuters prioriteringer

– en fokusgruppeundersøkelse i finnmarkskommuner



Morten Nikolaisen, spesialist i nevrologisk fysioterapi (MNFF), MSc helsefag, spesialfysioterapeut, Avdeling Rehabilitering, Finnmarks-sykehuset HF, Klinikk Kirkenes. morten@nikolaisen.me

Cathrine Arntzen, førsteamanuensis, ph.d., Institutt for helse- og omsorgsfag, Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet.

Siri Moe, førsteamanuensis, dr. philos., Institutt for helse- og omsorgsfag, Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet.

Denne **vitenskapelige artikkelen** er fagfellevurdert etter Fysioterapeutens retningslinjer, og ble akseptert 3.12.2014. Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Ingen interessekonflikter oppgitt.

Sammendrag

- **Hensikt:** Artikkelen tar for seg hvordan fastlønte og privatpraktiserende fysioterapeuter i finnmarkskommuner beskriver og begrunner prioritering og fordeling av arbeidsoppgaver. Formålet med studien har vært å få mer kunnskap om innhold og avveininger i fysioterapitjenesten, og om faglig praksis og utvikling er i tråd med helsepolitiske føringer.
- **Metode:** Undersøkelsen er basert på fem fokusgruppeintervjuer med fysioterapeuter (n=21).
- **Funn:** Informantene oppfattet kommunenes kapasitet til fysioterapi som for liten, og de foretok krevende prioriteringer med begrenset støtte fra kommunen. Pasienter som måtte oppsøkes sto i fare for ikke å få motta fysioterapi hvis reiseavstandene var lange. Tradisjonelle forskjeller mellom privatpraktiserende og fastlønte fysioterapeuter preget prioritering og fordeling av pasientgrupper og arbeidsoppgaver. Forskjellene var mindre i kommunene med færrest fysioterapeuter, der oppgavespekteret var bredere. Fastlønte fysioterapeuter fikk nye oppgaver uten at kapasiteten til kommunens fysioterapitjeneste økte, og de fordelte ressursene på flere pasienter enn faglig ønskelig.
- **Konklusjon:** Begrenset tjenestekapasitet, variasjoner i fysioterapeutenes tilknytningsform og prioriteringer, samt lange avstander medfører ulike fysioterapitilbud basert på bosted. Dette understreker viktigheten av at kommunene ivaretar sitt overordnede ansvar for fysioterapitjenesten.
- **Nøkkelord:** fysioterapi, primærhelsetjeneste, distriktshelsetjeneste, helse- og omsorgsprioritering.

Innledning

I Norge er et omdømt politisk mål at alle skal ha likeverdig tilgang til helsetjenester, uansett bosted. Finnmark utgjør 15 prosent av landarealet, men har kun 1,5 prosent av befolkningen (1,2). I norsk sammenheng har kommunene i Finnmark ikke spesielt få innbyggere, men de lange avstandene og samferdselsutfordringene utmerker seg. Sju av landets ti største kommuner ligger i fylket (1), så selv om 75 prosent av finnmarkingene bor i tettsteder (3) bidrar avstander til utfordringer med å sikre alle et likeverdig fysioterapitilbud. I tillegg arbeider mange av

fysioterapeutene i små fagmiljøer (tabell 1) og må ta hånd om en bredde av problemstillinger.

Frem til kommunehelsereformen i 1984 var fysioterapi i kommunene hovedsakelig et behandlingstilbud som ble gitt av privatpraktiserende fysioterapeuter til personer i alderen 17-69 år (4-6). Med nytt lovverk ble fysioterapi en pålagt tjeneste. For å styre praksis i ønsket retning ble det innført driftstilskudd til privatpraktiserende og statlig tilskudd til fastlønnsstillinger. Målene var at flere skulle få tilgang til tjenestene og at den geografiske fordelingen av fysioterapeuter

skulle bli jevnere. Nye prioriterte grupper var barn, voksne med funksjonshemninger og/eller kronisk sykdom, samt psykisk utviklingshemmede. Tanken var at de fastlønte fysioterapeutene skulle arbeide spesielt med oppgaver som privatpraktiserende fant vanskelig å prioritere (4-6).

Med samhandlingsreformen (7) har kommunene fått et mer omfattende ansvar for helsetjenesten, men også større frihet til å organisere tilbudet som de selv ønsker. Lovgivningen er endret på måter som er av betydning for fysioterapeuter, blant annet er kommunene ikke lenger pålagt å tilby fysio-



Informantene oppfattet kommunenes kapasitet til fysioterapi som for liten, og fortalte at vanskelige prioriteringer i stor grad ble overlatt til dem alene.

TABELL 1 Statistikk for fysioterapeutårsverk, folketall og areal i kommuner i Finnmark.

	Fysioterapeut- årsverk*	Årsverk per 1.000 innbyggere	Folketall**	Areal (km ²)***
Nesseby	0,7	0,76	919	1.437
Berlevåg	1,0	0,95	1.057	1.122
Gamvik	1,0	0,91	1.098	1.416
Hasvik	1,0	0,96	1.037	555
Måsøy	1,0	0,81	1.241	1.136
Kvalsund	1,5	1,43	1.051	1.844
Karasjok	1,5	0,56	2.698	5.453
Loppa	2,0	1,95	1.027	689
Lebesby	2,0	1,49	1.341	3.459
Kautokeino	2,0	0,68	2.931	9.707
Båtsfjord	2,5	1,09	2.287	1.435
Vardø	3,0	1,42	2.119	601
Nordkapp	3,5	1,09	3.213	926
Tana	3,5	1,21	2.883	4.051
Porsanger	6,0	1,51	3.963	4.873
Vadsø	7,0	1,12	6.223	1.258
Sør-Varanger	10	0,99	10.090	3.972
Hammerfest	10,5	1,02	10.287	848
Alta	20,5	1,03	19.822	3.849
Finnmark	80,2	1,07	75.207	47.631
Norge	4535,4	0,89	5.109.056	323.771

* Tall for Finnmark er innhentet fra fysioterapeuter og administrativt personell i kommunene og reflekterer antall fysioterapiårsverk i februar/mars 2014. Tall for fysioterapiårsverk i Norge er hentet fra Statistisk sentralbyrås statistikk for 2013 (<http://ssb.no/helse/statistikker/helsetjko>). Tall for både Finnmark og Norge inkluderer eventuelle turnusfysioterapeuter.

** Tall fra 1. kvartal 2014 (Statistisk sentralbyrå, <http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkendrkv/kvartal>).

*** Areal av fastland og øyer (Statens kartverk, www.statkart.no).

terapi (8). Samtidig forventes det at kommunene skal øke sin faglige bredde, kapasitet og tjenestekvalitet (7,9,10). Sentrale mål er å begrense utvikling av sykdom og redusere behovet for kostbare spesialisthelsetjenester. Myndighetene ønsker derfor at kommunene skal satse på helsefremming, forebygging, rehabilitering og kronikeromsorg – felter hvor fysioterapeuter har relevant kompetanse og kan bidra til å oppfylle målene. Statistikk viser imidlertid at fysioterapiressursene ikke har økt de siste årene (11), og Norsk Fysioterapeutforbund melder om manglende satsning på viktige områder (12,13).

Kunnskapsstatus indikerer behov for forskning på hvilke utfordringer fysioterapeuter i Finnmark og liknende områder møter.¹ Kaales undersøkelse i Troms fra 1995 (4) er relevant, siden den tegner et bilde

av fysioterapeuters utfordringer knyttet til rolledefinisjon og prioriteringer. Studien er imidlertid 20 år gammel og omhandler kun fastlønte fysioterapeuter. For øvrig har vi kun funnet enkelte utenlandske studier med tilgrensende tematikk (14-16).

Vi har undersøkt hvilke synspunkter fysioterapeuter i kommuner i Finnmark har på forholdet mellom kommunenes ressurser til fysioterapi, innbyggernes behov og egne prioriteringer. Artikkelen tar utgangspunkt i følgende forskningsspørsmål: Hvordan beskriver og begrunner fysioterapeuter i finnmarkskommuner prioritering og fordeling av arbeidsoppgaver? Formålet har vært å få mer kunnskap om innhold og avveininger i

¹ Vi har utført litteratursøk i AMED, EMBASE, MEDLINE og PEDro, og har gått gjennom en rekke offentlige dokumenter og rapporter.

fysioterapitjenesten. Kunnskapen kan danne grunnlag for diskusjon av eksisterende fysioterapi praksis og til at den videreutvikles i tråd med samfunnets behov.

Prosjektet har et profesjonsteoretisk utgangspunkt (17,18). Et syn på fysioterapi som profesjonell virksomhet åpner for forståelse for hvordan faglige tradisjoner og normer preger informantenes vurderinger og valg. Skjønnsutøvelse og prioritering betraktes i et slikt perspektiv som en integrert del av profesjonelt arbeid. Det profesjonsteoretiske utgangspunktet inkluderer et blikk for betydningen av praksisens institusjonelle setting (organisatoriske og økonomiske betingelser). Analyseprosessen aktualiserer også sentrale etiske prinsipper om likebehandling og individualisering (19,20).

Metode

Fokusgruppeintervju ble valgt fordi det er en velegnet metode for å skaffe informasjon om menneskers erfaringer, meninger, forståelse og ønsker. Interaksjon mellom informantene stimulerer til diskusjon om hvordan de forholder seg til tema, veier hensyn mot hverandre og tar avgjørelser (21,22).

Vi gjennomførte fem fokusgruppeintervjuer med tre til fem informanter på hvert intervju (n=21) i januar-mars 2014. Etter å ha skaffet fullstendig oversikt over kommunalt tilknyttede fysioterapeuter i Finnmark (fastlønte og privatpraktiserende med driftstilskudd) foretok vi en strategisk rekruttering blant disse. Fastlønte ble rekruttert etter

Kort sagt

Implikasjoner for praksis:

- Fysioterapeuter opplever mangel på samsvar mellom innbyggernes behov og fysioterapitjenestens kapasitet.
- Prioriteringsdilemmaene som oppstår håndteres i stor grad av fysioterapeutene alene, uten støtte fra kommunen.
- Lange avstander, kapasitetsforskjeller og variasjoner i prioritering fører til at fysioterapitilbudet til innbyggerne er ulikt basert på bosted.

tillatelse fra nærmeste leder, mens privatpraktiserende ble kontaktet direkte. Informanter ble først kontaktet per telefon, deretter skriftlig. Inklusjonskriteriet var minst seks måneders arbeid i kommunen.

For å få frem kontraster ble fokusgruppene satt sammen med henblikk på variasjon i fartstid, kjønn og tilknytningsform (fastlønt/privatpraktiserende). Vi søkte også spredning i kommunestørrelse, innbyggertall og antall fysioterapeuter i kommunen (tabell 2). Overordnede tema i intervjuguiden var faglige ressurser og behov, kompetanseområder og samarbeid. Førsteforfatter (MN) fungerte alene som moderator på de tre første intervjuene, mens også tredjeforfatter (SM) deltok på de to siste. Intervjuene ble tatt opp med diktafon, og foregikk i lokalene til kommunefysioterapeuter.

Før hvert intervju presiserte vi forventningen om konfidensialitet når det gjaldt informasjon som kom fram, og at vi ønsket at deltakerne snakket så åpent som mulig. Intervjuene bar preg av tillit, åpenhet og saklighet. Informantene lot seg engasjere av forskningsprosjektets tema og bidro velvillig med sine erfaringer og synspunkter, noe som førte til at innholdet i intervjuene var relevant og mangefasettert.

Førsteforfatter lyttet til og transkriberte lydopptakene verbatim. Analysearbeidet ble påbegynt parallelt med datainnsamlingen. Intervjuguiden ble justert underveis ut fra nye innsikter, men overordnede tema ble beholdt gjennom hele innsamlingen. Vi gjennomførte en tematisk innholdsanalyse med vekslende mellom å undersøke hva hver informant sa om bestemte tema og å se på tema på tvers av informanter og intervjuer (22,23). Tematiseringen vokste frem i et samspill mellom forskningsspørsmål, data og teori. I analyseprosessen reviderte og spisset vi forskningsspørsmål. For å sikre gyldige fortolkninger har alle forfatterne gjennomgått intervju materialet og diskutert datainnsamling, analyse, tolkninger og skriftlig fremstilling.

Alle informanter ga frivillige, skriftlige samtykker før intervjuene. Funn er presentert på en måte som ivaretar informantens anonymitet.

Funn

Informantene mente at kommunenes ressurser til fysioterapi ikke sto i stil med deres oppgaver og innbyggernes behov. På den bakgrunn ble utfordringer knyttet til prioritering

TABELL 2 Oversikt over fokusgruppeintervjuer, attributter ved informantene og deres plassering i fokusgrupper.

Fokusgruppe (Intervjuvarighet)	Informant nr.	Kjønn	Fartstid som fysioterapeut	Tilknytningsform	Innbyggere i kommunen	Fysioterapi-årsverk i kommunen
1 (1t:38m)	1	K	> 20	Ansatt	> 6.000	≥ 10
	2	K	< 5	Ansatt	> 6.000	≥ 10
	3	K	> 20	Privat	> 6.000	≥ 10
	4	K	< 5	Privat	< 6.000	≤ 3
	5	M	5-20	Privat	> 6.000	≥ 10
2 (1t:30m)	6	M	5-20	Privat	< 6.000	≤ 3
	7	M	5-20	Ansatt	> 6.000	3-10
	8	M	> 20	Privat	< 6.000	≤ 3
3 (1t:34m)	9	K	> 20	Privat	> 6.000	3-10
	10	K	> 20	Privat	< 6.000	≤ 3
	11	K	< 5	Ansatt	< 6.000	≤ 3
4 (1t:52m)	12	M	< 5	Ansatt	< 6.000	≤ 3
	13	K	> 20	Ansatt	< 6.000	3-10
	14	M	5-20	Privat	< 6.000	≤ 3
	15	M	5-20	Privat	> 6.000	≥ 10
	16	K	< 5	Ansatt	> 6.000	≥ 10
5 (2t:06m)	17	M	5-20	Ansatt	< 6.000	≤ 3
	18	K	5-20	Ansatt	> 6.000	≥ 10
	19	K	< 5	Ansatt	< 6.000	≤ 3
	20	M	> 20	Privat	> 6.000	≥ 10
	21	K	5-20	Ansatt	< 6.000	≤ 3

og fordeling av pasienter og arbeidsoppgaver sentrale tema i fokusgruppeintervjuene.

Prioriteringer overlates til fysioterapeutene

Alle fysioterapeutene, både fastlønte og privatpraktiserende, ga klart uttrykk for at vanskelige valg med bakgrunn i begrensede ressurser i stor grad ble overlatt til dem. Kun to av 13 kommuner som var representert i undersøkelsen hadde formaliserte retningslinjer for prioritering.

På spørsmål om avveininger mellom pasientgrupper svarte informantene ofte i generelle ordelag, men det kom fram at høyeste prioritet var barn, nyopererte og pasienter med nyoppståtte neurologiske tilstander. Alle vektla vurdering av behov og nytte som grunnlag for rangering: Forhold som var akutte, eller ville forverres raskt uten oppfølging, ble prioritert høyt, mens «kronikere» og «ting som kan vente» ble prioritert lavere. Mange så seg stadig nødt til å la pasienter som trengte oppfølging vente, noe de opplevde som belastende.

De fleste fysioterapeutene deltok ikke i arbeid som primært var forebyggende og helsefremmende, men unntak fantes: I et

par kommuner deltok fastlønte på rutinekontroller av barn, og noen få fastlønte drev forebyggende gruppetilbud for voksne. Ingen privatpraktiserende oppga at de deltok i forebyggende arbeid. Også fysioterapeutene som ikke deltok i helsefremmende eller forebyggende arbeid syntes at slikt arbeid var viktig og ville gjerne bidra mer. Imidlertid var det med dagens ressursituasjon og inntektsmodell i privat praksis uaktuelt å prioritere folk som kunne bli syke en gang i fremtida foran pasienter med behov for oppfølging der og da.

Pasienter som bodde usentralt og måtte oppsøkes sto i fare for ikke å få fysioterapi. Fysioterapeutenes dilemma lå i å velge mellom å bruke mye tid på å reise til enkelt pasienter eller å gi flere oppfølging. En informant sa: «Det er klart at vi har også pasienter som trenger hjemmebesøk. Og... Der ser man at noen rett og slett blir bortprioritert fordi de bor [usentralt].»

Prioritering og fordeling

Både størrelsen på fysioterapimiljøene i kommunene og fysioterapeutenes tilknytningsform preger prioritering og fordeling av pasienter og andre arbeidsoppgaver.

Den faglige spesialiseringen var sterkest i kommunene med flest fysioterapeuter.² Pasientene der ble i stor grad fordelt ut fra kompetanse, noe som bidro til å avgrense rammene for prioriteringer som hver enkelt måtte foreta. Informanter fra kommunene med de minste fysioterapimiljøene tok hånd om mange forskjellige pasientgrupper og gjøremål, og måtte dermed gjøre mer komplekse avveininger. De skildret et sterkt personlig ansvar for fysioterapitjenesten, erfarte kompetansekravene som omfattende og savnet et større fysioterapimiljø. Både privatpraktiserende og fastlønne i kommuner med få fysioterapeuter var tydelige på at de så mangler ved fysioterapitilbudet, men kunne ikke ivareta alt så godt som ønskelig. En fastlønnt som var eneste fysioterapeut i kommunen sa: «Det jeg sliter med er å få et godt nok tilbud til kronikere og barn. For det finnes jo uendelig mye man kan gjøre. Men hvordan avgrenser man? Det er den delen jeg sliter mest med å... At samvittigheten ikke skal ta kål på meg.»

Alle fysioterapeutene i undersøkelsen fremsto som ansvarsbevisste, men privatpraktiserende var gjennomgående klarere på grensene for eget ansvarsområde. Privatpraktiserende i kommunene med små fagmiljøer fremsto imidlertid som mer fleksible enn de i kommunene med større fagmiljøer.

Privatpraktiserende i kommunene med flest fysioterapeuter var de av informantene som skilte skarpest mellom ansvarsområdene til «kommunale» og «private». De var tydelige på at undersøkelse og behandling av pasienter på instituttene var det viktigste oppdraget, og andre gjøremål ble betraktet i lys av om de gikk på bekostning av det. Tidsbruken på ikke-kliniske arbeidsoppgaver som å innhente pasientopplysninger eller delta på møter ble derfor minimert. Begrunnelsen var at slik prioritering ga god inntjening, samtidig som mange henviste pasienter fikk oppfølging. De som hadde anledning til det, lot fastlønne fysioterapeuter ivareta oppgaver som de syntes ikke passet inn i privat praksis. Følgende utsagn var betegnende:

«Man må jo vurdere ventelister. Hvor mange er det som faktisk *ønsker* behandling? Hvordan skal jeg *bruke* den tiden, når

kommunen kan ta seg av det? Og så spiller økonomien *inn*, som en del av det. Hadde det vært *vanvittig* godt *betalt*, da hadde jeg vært med på flere møter. Men når du tjener verken mer eller mindre, så kan du faktisk si at: 'Okei, da kan jeg faktisk *behandle* i stedet for, så kan [fastlønne] *ta* den delen.'»

I kommunene med flest fysioterapeuter og mest uttalt oppgavedeling hadde fastlønne særskilt ansvar for barn, eldre og institusjoner. Alle informantene som arbeidet i kommuner med både privatpraktiserende og fastlønne var samstemte i at pasienter som var «tunge» eller «sammensatte» var «et kommunalt ansvar», siden fastlønne kunne bruke arbeidstiden mer fleksibelt og uten hensyn til inntjening.

Ulike rammer og ulike fokus

Informantenes tilknytningsform som privatpraktiserende eller ansatt så ut til å være av betydning for hvilke arbeidsoppgaver de oppfattet som viktigst. En informant som drev privat praksis i en kommune med få innbyggere karakteriserte seg selv som «en potet» fordi arbeidshverdagen krevde allsidighet, men så likevel: «Jeg er jo *kurativ*. Det er jo det som er hovedjobben min.» Slike utsagn gikk igjen hos informanter fra privat praksis, også hos dem som hadde en bred praksis og deltok på mange ulike arenaer.

Noen kommuner hadde styrket tjenesten med en fastlønnet fysioterapeut i løpet av de siste årene. Privatpraktiserende i slike kommuner tilkjennega lettelse over å slippe å ivareta visse pasientgrupper:

«Nå slipper jeg unna sykehjemmet, slagpasientene, demensavdelinga og de tingene der. Og det kan jo kanskje være sånn at [den fastlønne] har tre-fire-fem pasienter hver dag, og får tid til å ta seg *av* de slagpasientene på en helt annen måte enn det *jeg* gjør. For når du har timelista så går det veldig raskt unna, ikke sant?»

I kontrast til dette sto fastlønne som merket pågang av «polikliniske» og «kurative» pasienter, men ønsket å prioritere andre, eksempelvis pasienter på sykehjem og pasienter med behov for tverrfaglig rehabilitering.

Kjøp av tjenester

Flere kommuner med kun privatpraktiserende hadde laget avtaler om kjøp av tjenester som ikke dekkes av folketrygden. En kommune betalte for tre timer i uka til bruk på sykehjem. Fysioterapeuten sa:

«Det er ingenting. Så *der* blir det litt sånn

brannslukking. Og så blir det sånn at når man får inn noen fra sykehuset, hoftesopererte og sånn, så brukes mye av den tiden på dem akkurat den uka. Og så neste uke kan man ta de fastboende, fordi det ikke er noen akutte. Så kommer det kanskje inn en slagpasient, og så må man bruke fire uker bare på *den* pasienten.»

En annen kommune med kun privat praksis kjøpte inntil sju timer hver uke, men heller ikke der kunne fysioterapeuten se at det var mulig å ivareta alle oppgaver tilfredsstillende. I motsetning til de fleste andre informantene (både privatpraktiserende og fastlønne) fra kommuner med små fysioterapimiljøer, avgrenset fysioterapeuten sitt personlige ansvar ved å gjøre kommuneadministrasjonen medansvarlig for prioriteringene:

«Det er visse grupper som ikke får noe, som det har kommet forespørsel om. Blant annet det å komme inn på skolen, å kunne følge opp *der*. (...) Men det er *igjen*, i samarbeid med ledelsen, altså helse- og omsorgssjefen, hva de *ønsker*. For som jeg sier: Jeg gjør det de har lyst til at jeg skal gjøre.»

Fastlønnes arbeidsoppgaver i endring

Fastlønne fysioterapeuter ble pålagt ikke-kliniske oppgaver, for eksempel arbeid med individuelle planer, tjenestekoordinering og hjelpemiddeladministrasjon. For enkelte la dette beslag på mye tid, og mange var frustrerte over at det gikk på bekostning av det de oppfattet som kjerneoppgavene: undersøkelse og behandling, helsefremmende og forebyggende arbeid.

Til forskjell fra privatpraktiserende beskrev fastlønne at arbeidsoppgavene var i endring: Stadig nye funksjoner skulle ivaretas, særlig innen satsningsområder som rehabilitering og forebygging. Flere så mørkt på å få ytterligere oppgaver uten kapasitetsøkning, siden mengden av annet arbeid ikke ble redusert. Mange fastlønne syntes at de som et resultat av dette fordelte ressursene på for mange pasienter, og uttrykket «å smøre for tynt utover» dukket opp i flere intervjuer. Privatpraktiserende sa derimot at de ikke «smurte tynt», men ga hver enkelt pasient tilstrekkelig oppfølging og lot andre vente. Mens fastlønne uttrykte frustrasjon over utilstrekkelig tid til hver enkelt pasient, var privatpraktiserende oppgitt over lange ventelister.

I én kommune hadde de fastlønne fysioterapeutene innført et avvikssystem for

² Skillet mellom kommuner med «få»/«færre» og «flere» fysioterapeuter/innbyggere går mellom kommuner med 1-3 fysioterapeuter (gjennomsnittlig omtrent 1.500 innbyggere) og kommuner med flere enn 3 (gjennomsnittlig omtrent 11.500 innbyggere).

å unngå å «smøre tynt». Systemet innebar registrering av pasienter som ikke fikk oppfølging innen en tidsfrist. Det bidro til å gjøre fysioterapeutene mer oppmerksomme på avveiningene og synliggjøre hva de ikke rakk over: «Vi følte at vi gjorde en dårlig jobb overfor pasientene. Vi bestemte oss for at vi heller må *fullføre* og gjøre *ferdig*, og gi pasientene det de faktisk *trenger*. Og så får vi heller belyse at vi ikke *klarer* å rekke over [alt].»

Diskusjon

Forskjeller i prioriteringer mellom privatpraktiserende og fastlønte må sees i sammenheng med både fagtradisjoner, fysioterapitjenestens historiske utvikling i kommunene og eksisterende praksisrammer. Fokusgruppeintervjuene viser at det er nær sammenheng mellom informantenes prioriteringer og deres faglige identitet som enten privatpraktiserende eller ansatt. Imidlertid gjenspeiles de tradisjonelle forskjellene sterkest i kommunene med flest fysioterapeuter (mer enn tre), i form av markert oppgavefordeling, mens de er mindre tydelige i kommunene hvor hver enkelt fysioterapeut må ta seg av flere problemstillinger.

Fikserte praksisrammer

Problemer med å dekke spekteret i ulike arbeidsoppgaver vises tydeligst i kommuner med kun privatpraktiserende fysioterapeuter, siden inntektssystemet for privat praksis både legger føringer på valg og legitimerer tydelig grensesetting for ansvar. Dagens takstforskrift belønner riktig nok også andre oppgaver enn undersøkelse og behandling: Reiser, hjemmebehandling og møtedeltakelse gir uttelling, mens andre arbeidsoppgaver ikke dekkes. Det gjelder for eksempel oppfølging av pasienter i institusjoner, administrative gjøremål, forebyggende/helsefremmende arbeid, og deltakelse på helsestasjon og i skolehelsetjeneste (24,25).

Kommunene kan stille krav om at inntil 20 prosent av avtaletiden rettes mot «udekkede behov», men det gjelder kun aktiviteter som nevnes i takstforskriften (26). Derfor må kommunene inngå spesielle avtaler om kjøp av tjenester hvis privatpraktiserende skal ivareta andre oppgaver. Intervjuene viste at slike avtaler med streng tidsavgrensning kan gi utilstrekkelig oppfølging, for eksempel på sykehjem. I slike tilfeller kan altså rammebetingelsene føre til at faktiske prioriteringer går på tvers av fysioterapeute-

nes profesjonelle vurderinger av hva som er riktig å bruke tilgjengelig tid på.

Ansvar individualiseres

At fysioterapeuter oppfatter kommunens ressurser som utilstrekkelige er ikke nytt (4,27). Avsatte ressurser til helsevesenet vil alltid være begrensede, og prioritering på grunnlag av skjønn inngår i arbeidet til profesjonelle helsearbeidere (17). Informantenes beskrivelser av underkapasitet gjør det likevel nærliggende å stille spørsmål ved om dagens ressurs står i et rimelig forhold til arbeidsoppgaver og ambisjoner.

Hva som er tilstrekkelige fysioterapieresurser i en kommune avhenger av hva som skal være fysioterapeutenes oppgaver og ansvar. Intervjuene viser at det ikke alltid er like klart definert. Noe av det som gjør fysioterapeutenes arbeid i kommunene krevende, er at samme fagutøver potensielt kan ha mange forskjellige oppgaver. Fysioterapi i kommunene omfatter i dag ikke bare kurativ behandling, men også kronikeromsorg, re-/habilitering, forebygging og helsefremming. Kaales (4) forslag om å betrakte fysioterapeuters prioriteringsdilemmaer ikke bare på bakgrunn av tidsmangel, men også i lys av konflikt om fagets innhold, synes fortsatt relevant: Tilgjengelig tid må sees i relasjon til arbeidsoppgavene som både myndighetene og fysioterapeutene selv forventer at de skal ta seg av.

Et viktig spørsmål er hvor grensen går mellom fysioterapeutens og kommunens ansvar. Fysioterapeuter har som profesjonelle tjenesteytere i velferdsstaten faglig autonomi, ansvar for forsvarlig fagutøvelse og mandat til å foreta skjønnsmessige prioriteringer (18). Men å følge opp sentralt vedtatte helsepolitiske prioriteringer kan ikke den enkelte fysioterapeut bære på sine skuldre alene. Kommunene har ansvar for å organisere tjenesten slik at fysioterapeutene kan foreta prioriteringer uten å gå på akkord med sin faglige integritet eller holdes personlig ansvarlige for at tjenestene er mangelfulle på grunn av kapasitetsforhold. At vanskelige valg som har bakgrunn i begrensede ressurser overlates til fysioterapeutene alene, med lite involvering fra kommunene, innebærer at ansvaret individualiseres.

Lønning-utvalget II (28) klaggjorde i 1997 skillet mellom to prioriteringsnivåer: Førsteordens prioriteringsbeslutninger tas på overordnet systemnivå, og gjelder hvilke tilbud man skal ha og hvor omfattende de

skal være. Annenordens prioriteringsbeslutninger angår konkrete avgjørelser om enkeltmennesker, for eksempel hvem som skal få tilgang til eksisterende tilbud. Fysioterapeutenes ansvar er først og fremst det sistnevnte, men nivåene henger også sammen: Prioriteringene som kommunene foretar ved å dimensjonere tjenesten, bestemme arbeidsoppgaver og avgjøre tilknytningsform, setter rammene for fysioterapeutenes praksis og faglige autonomi. Dette har dermed konsekvenser for tilbudet til innbyggerne.

Kommunal ansvarliggjøring

I dag forventes det at helsepersonell skal bidra i helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid, og ikke bare ha blikk for behovene til den enkelte pasient. Samtidig er ansvaret for svake og sårbare personer et grunnleggende, allmenmoralisk prinsipp som preger arbeidet til helsepersonell (20). Fysioterapeutene i undersøkelsen hadde vanskelig for å prioritere de «nye» oppgavene som myndighetene ønsker at kommunene skal satse på, og uttrykte betydelig frustrasjon over misforholdet mellom politiske og faglige ambisjoner og realitetene. For eksempel syntes fysioterapeutene at forebyggende arbeid var viktig og fysioterapirelevant, og var klar over de helsepolitiske føringene, men fagtradisjon, etikk og økonomiske hensyn tilsa at andre oppgaver kom først.

Fordeling av knappe ressurser kan føre til at prinsippene *individualisering* og *likebehandling* havner i konflikt med hverandre. Hva som veier tyngst av enkeltpasienters behov og likebehandling av pasienter i forhold til hverandre finnes det ikke noe entydig og moralsk korrekt svar på; god balansegang forutsetter skjønnsutøvelse. Nalette (19) skriver med utgangspunkt i dydsetikk at fysioterapeuters primære moralske ansvar og ideal er å hjelpe den enkelte pasient. Argumentet er at ulempene ved at noen pasienter må vente eller utelates, veies opp av fordelene ved at andre får tilstrekkelig oppfølging, samtidig som fysioterapeuter kan leve opp til faglige standarder og bevare sin profesjonelle integritet. Knappe rammer kan føre til at det over tid oppstår uheldige endringer av praksis, for eksempel at det utvikles en kulturell aksept for å gi pasienter utilstrekkelig oppfølging. At fysioterapeuter i stedet fører en velbegrunnet og synlig prioriteringspraksis som ikke tildekker ressursmangel, kan føre til synliggjøring av dilemmaer og valg. Det kan også bidra til å gi nødvendige

tilbakemeldinger om konsekvensene av underdekning, og til at det overordnede ansvaret for tjenestene plasseres hos ledelsen for organisasjonen (19).

Funnenes gyldighet

I kvalitativ forskning allmenngjøres funn gjennom analytisk generalisering (29). Strategisk utvelgelse av informanter gjør det sannsynlig at mønstre i datamaterialet representerer kategorier som er gyldige også i liknende kontekster. Vi mener at våre funn og fortolkninger har overføringsverdi til andre små og mellomstore kommuner i Norge og utfordringer som fysioterapeuter der møter.

Avslutning

Studien viser at fysioterapeuter i kommuner i Finnmark oppfatter at avsatte ressurser til fysioterapi ikke samsvarer med innbyggernes behov og politikernes ambisjoner for helsetjenesten. Fysioterapeutene uttrykte at de selv må ta stilling til prioriteringsdilemmaene som oppstår, uten særlig støtte fra kommunene. Analysen tyder på at variasjoner i kapasitet, tilknytningsform og prioriteringer, samt lange avstander fører til ulikt fysioterapitilbud basert på bosted. Dette er ikke i tråd med helsepolitiske mål om likeverdige helsetjenester for alle.

Funnene understreker viktigheten av at kommunene dimensjonerer fysioterapitjenesten tilstrekkelig, samarbeider med fysioterapeutene om prioriteringer og legger til rette for at alle prioriterte arbeidsoppgaver skal kunne ivaretas. Kommunenes ansvar inkluderer også å ta veloverveide avgjørelser om hvilken tilknytningsform som er hensiktsmessig; om de skal ansette eller knytte til seg privatpraktiserende. Balansegangen mellom kommunal styring og faglig autonomi er et dilemma det kan være viktig å forske videre på.

Takk

Forskningsprosjektet er finansiert av Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter og Helse Nord RHF.

Referanser

1. Kartverket. Arealstatistikk for Norge: <http://www.statkart.no/Kunnskap/Fakta-om-Norge/Arealstatistikk/ Oversikt/>.
2. Statistisk sentralbyrå. Folkemengde og befolkningsendringar: <http://ssb.no/befolkning/statistikker/folkendrkv>.
3. Statistisk sentralbyrå. Befolkning og areal i tettsteder: <http://ssb.no/befolkning/statistikker/befsett>.
4. Kaale HK. Kommunefysioterapeutrolla - korleis den er og korleis den blir forma. Hovedfagsoppgave. Tromsø:

Title: Physiotherapists prioritization - a focus group study in municipalities in Finnmark, Norway

Abstract

- **Purpose:** This article discusses how employed and private physiotherapists describe and reason about prioritization and division of responsibilities. The objective of the study has been to obtain knowledge about content and ponderations in physiotherapy services, and whether professional practice and development is in line with current political regulations.
- **Method:** The study is based on five focus group interviews with physiotherapists (n=21).
- **Findings:** Participants perceived the municipalities' resources for physiotherapy as too small, and expressed that they had to carry out demanding prioritizations with limited support from the local authorities. Patients that needed home consultations were in danger of not getting physiotherapy due to long travelling distances. Traditional differences between private physiotherapists and physiotherapists employed by the municipality, characterized prioritization and division of patient groups and work tasks. The differences were less apparent in municipalities with fewer physiotherapists, where the range of tasks was broader. Employed physiotherapists were given new tasks without an increase of capacity in the municipalities' physiotherapy services, and spread their resources on more patients than professionally desirable.
- **Conclusion:** Limited service capacity, variations in physiotherapists' kind of attachment (private or employed) and prioritizations, plus long distances, brings differences in physiotherapy services dependent on place of residence. This stresses the importance of local authorities attending to their managerial responsibilities for physiotherapy services.
- **Key words:** physiotherapy, primary health care, rural health services, health priorities.

Universitetet i Tromsø, 1995.

5. Kaale HK, Hauksdottir N. Fysioterapi under kommunehelsereformene - 20 år etter. *Fysioterapeuten* 2002; 69(14): 20-4.
6. Sosial- og helsedirektoratet. Kartlegging av fysioterapitjenesten i kommunene. For perioden 1984-2005. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2007.
7. Helse- og omsorgsdepartementet. Stortingsmelding 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2009.
8. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), 24.6 nr. 6 2011.
9. Helse- og omsorgsdepartementet. Innovasjon i omsorg. NOU 2011: 11. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning, 2011.
10. Stortingsmelding 16 (2010-2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015).
11. Statistisk sentralbyrå. Kommunehelsetenesta, årleg: <http://ssb.no/helse/statistikker/helsetjko>.
12. Lindvåg D. Kommunene satser ikke på fysioterapi. *Fysioterapeuten* 2013; 80(8): 15.
13. Engseth E. Tallenes tale. *Fysioterapeuten* 2012; 79(7): 43.
14. Gunn H, Goding L. Continuing Professional Development of physiotherapists based in community primary care trusts. *Physiotherapy* 2009; 95: 210-5.
15. Jin C, Ishikawa A, Sengoku Y, et al. A telehealth project for supporting an isolated physiotherapist in a rural community of Hokkaido. *Journal of telemedicine and telecare* 2000; 2: 35-7.
16. Sheppard L. Work practices of rural and remote physiotherapists. *The Australian journal of rural health* 2001; 9: 84-90.
17. Grimen H, Molander A. Profesjon og skjønn. I: Molander A, Terum LI, red. Profesjonsstudier. Oslo: Universitetsforlaget, 2008: 179-96.

18. Molander A, Terum LI. Profesjonsstudier - en introduksjon. I: Molander A, Terum LI, red. Profesjonsstudier. Oslo: Universitetsforlaget, 2008: 13-27.
19. Nalette E. Constrained physical therapist practice: an ethical case analysis of recommending discharge placement from the acute care setting. *Physical therapy* 2010; 90: 939-52.
20. Wifstad Å. Helsefagernes etikk: en innføring. Oslo: Universitetsforlaget, 2013.
21. Barbour R. Doing focus groups. London: SAGE, 2007.
22. Wibeck V. Med fokus på interaksjon. I: Fangen K, Sællerberg A-M, red. Mange ulike metoder. Oslo: Gyldendal, 2011: 15-36.
23. Thagaard T. Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode. Bergen: Fagbokforlaget, 2009.
24. NAV. Fastlønnskutt til fysioterapitjenesten i kommunene, rundskriv: <https://www.nav.no/rettskildene/Rundskriv/147835.cms>
25. Forskrift om stønad til fysioterapi m.m., 25.6 nr. 8 2014.
26. KS' kommunetarutgave til ASA 4313 for perioden 2013-2014: <http://ks.no/tema/Arbeidsgiver/Lov-og-avtaleverk/Fysioterapiavtaler/Kommentarutgave-til-rammeavtalen-ASA-4313/>
27. Agenda utredning & utvikling AS/Helse- og omsorgsdepartementet. Spørreundersøkelse om fysioterapi i kommunehelsetjenesten. Høvik: Agenda utredning & utvikling AS, 2009. <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20KTA/R6302%20HOD%20Fysioterapeuter%20250209.pdf>
28. Sosial- og helsedepartementet. Prioritering på ny: gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. NOU 1997: 18. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, 1997.
29. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsinter-vju. Oslo: Gyldendal akademisk, 2009.