

Behandlingsforsikringens inntog i kiropraktorer og fysioterapeuters praksis.

En analyse av fysioterapeuter og kiropraktorerers erfaringer med økt andel pasienter med behandlingsforsikring.

PHILIP IVERSEN WILKENS

VEILEDER

Dag Olaf Torjesen

Universitetet i Agder, 2022

Fakultet for Samfunnsvitenskap

Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag

Forord

Denne masteroppgaven markerer slutten på en lærerik og krevende tid på UIA. Det har vært en spennende og utfordrende oppgave å skrive en kvalitativ masteroppgave. Utfordringen har gitt meg ny kunnskap og økt innsikt innenfor institusjonell teori og mitt eget fagfelt. I løpet av denne tiden har jeg opparbeidet meg personlige og faglige erfaringer jeg setter pris på og som jeg vil ta med meg videre.

Jeg takker veileder, Dag Olaf Torjesen, for god og tålmodig veiledning, innholdsrike samtale, motiverende innspill og interessant anbefalt litteratur. Videre vil jeg takke alle rundt meg for god støtte gjennom en lang og krevende prosess. Til slutt vil jeg takke alle medstudenter for et bra studiemiljø og en minnerik studietid.

Sammendrag

Private behandlingsforsikringer har siden starten av 2000-tallet hatt en sterk økning. Nå har rundt 700.000 nordmenn en privat helseforsikring. Dette gir dermed en sterk vekst av antall pasienter med behandlingsforsikring som oppsøker hjelp hos fysioterapeuter og kiropraktorer i private helseklinikker. Formålet med denne studien er å undersøke hvordan fysioterapeuter og kiropraktorer erfarer denne økningen av pasienter med behandlingsforsikring i sine kliniske praksiser. Denne endringen for fysioterapeuter og kiropraktorer gjør dette til en interessant problemstilling å studere. Datamaterialet for analysen er kvalitative intervjuer av fysioterapeuter og kiropraktorer med lederroller i private helseklinikker. Datamaterialet vil analyseres opp mot institusjonell teori.

Erfaringene til informantene tyder på at behandlingsforsikring påvirker den kliniske og administrative hverdagen til de fleste privatpraktiserende fysioterapeuter og kiropraktorer. Det skaper en endring i klinikk-administrasjon og håndteringen av pasienter. Generelt var informantene negativt innstilt til hvordan behandlingsforsikring påvirket den daglige aktiviteten i klinikken, pasientoppfølgingen og utviklingen i helsemarkedet. Alle var også tydelige på at behandlingsforsikring mest sannsynlig var kommet for å bli og at man måtte tilpasse seg denne utviklingen.

Funnene indikerer et spenningsforhold mellom det etablerte organisasjonsfeltet som primært er fundert på faglogikken til fysioterapeuter og kiropraktorer og det fremvoksende organisasjonsfeltet som er sterkt farget av forsikringsselskapene sin markedslogikk. Den økende pasientmassen med behandlingsforsikring skaper også økt administrasjon og byråkratilogikk.

Studiens funn gir en pekepinn på hvordan fysioterapeuter og kiropraktorer forholder seg til dagens nivå av behandlingsforsikring og gi verdifull informasjon til helsepersonell som vurderer å inngå samarbeid med et eller flere forsikringsselskap. Den kan også gi innsikt til forsikringsselskapene som sannsynligvis ønsker fortsatt vekst i dette markedet. Studien kan også fungerer som et utgangspunkt for videre forskning innen feltet.

Innholdsfortegnelse

Forside.....	1
Forord	2
Sammendrag.....	3
Innholdsfortegnelse.....	4
KAPITTEL 1 INNLEDNING.....	6
1.1 Problemstilling.....	6
1.2 Nærmere om privat helseforsikring og markedet for kiropraktikk og fysioterapi i Norge.....	7
1.3 Statistikk.....	10
-Tabell 1: Antall personer med behandlingsforsikring i perioden 2003 – 2021.....	10
-Tabell 2: Antall behandlinger i perioden 2013 – 2021.....	11
-Tabell 3: Samlet erstatningsutbetalinger i perioden 2013 – 2021.....	11
1.4 Nærmere systematisk beskrivelse av profesjonene i denne studien.....	13
-Tabell 4: Beskrivelse og sammenlikning av fysioterapeuten, kiropraktoren.....	13
1.5 Om den statlige finansieringen av terapeutene	14
-Helfo.....	14
-Helfo´s regelverk for kiropraktorer.....	14
-Helfo´s regelverk for fysioterapeuter.....	14
-Pasienten sin egenandel.....	15
KAPITTEL 2 METODE.....	15
2.1 Forskningsdesign.....	15
2.2 Utvalget – informantene.....	16
2.3 Informert samtykke.....	16
2.4 Gjennomføring av selve intervjuet.....	17
2.5 Bearbeidelse av materialet.....	18
-Transkribering.....	18
-Habilitet.....	18
KAPITTEL 3 TEORI.....	19
3.1 Institusjonell teori.....	19
3.2 Definisjon på institusjonell teori.....	19
3.3 Organisasjonsfelt.....	21
3.4 Institusjonelle logikker.....	23
3.5 Definisjon institusjonelle logikker.....	24
3.6 Legitimitet og dominans.....	25

3.7 Isomorfisme.....	27
3.8 Ulike logikker.....	28
-Markedslogikk.....	28
-Den byråkratiske logikken.....	28
-Faglig-/profesjonslogikk.....	29
KAPITTEL 4 PRESENTASJON AV FUNN.....	30
4.1 Transkribering og presentasjon.....	30
4.2 Kvalitativ analyseteknikk.....	31
4.3 Validitet og reliabilitet.....	31
4.4 Forske i bransje.....	32
4.5 Informasjon om informantene.....	32
4.6 Mål og visjon.....	33
4.7 Praksiser og logikker.....	35
4.8 Fremtiden.....	42
-Tabell 5: Inndeling av informantene sine oppfatninger i henhold til institusjonell logikk.....	45
KAPITTEL 5 DISKUSJON.....	46
5.1 Mål og visjoner.....	47
5.2 Praksis og logikker.....	48
5.3 Fremtiden.....	51
5.4 Idealtyper av institusjonelle logikker.....	53
-Tabell 6: Idealtyper av institusjonelle logikker.....	54
KAPITTEL 6 KONKLUSJON.....	55
6.1 Videre forskning.....	56
Referanser.....	57
Appendix : Studieinformasjon til informantene.....	62
Appendix 2: samtykkeerklæring.....	66
Appendix 3: Intervjuguide.....	67
Appendix 4: Vurdering av personopplysninger.....	68

Behandlingsforsikringens inntog i kiropraktors og fysioterapeuters praksis.

Kapitel 1 Innledning

Forsikringsaktørene med sine helse- og behandlingsforsikringer er på full vei inn i det norske helsesystemet. Andelen pasienter i helsesystemet med privat behandlingsforsikring øker, og dette påvirker og endrer helsevesenet. Dette til tross for at det offentlige anvender store andeler av samfunnets ressurser for å sørge for helsetjenester til befolkningen. Likefullt er befolkningens ønske og vilje til sikre sin egen helse gjennom private helseforsikringer i endring. Private helseforsikringer har stort sett vært fraværende i Norge frem til midten av 1990-tallet. Men etter tusenårsskiftet har fenomenet økt betydelig i omfang. Tall fra Finans Norge viser at det nå er rundt 700.000 nordmenn som har behandlingsforsikring. Behandlingsforsikringen benyttes mest (90%) til fysioterapeut/kiiropraktor og legespesialist/diagnostikk. Operasjoner utgjør 3% av behandlingene, men står for over 30% av erstatningsbeløpet. Behandlingsforsikring gir opphav til flere problemstillinger som skaper debatt og uenighet. Et privat helsemarked finansiert av forsikringselskapene kan skape et to-delt helsevesen, effekten på sykefraværet er ikke klart og omdiskutert og det er ikke sikkert at det alltid er en fordel med raskere helsehjelp gjennom en behandlingsforsikring. I tillegg kan det skape overforbruk av diagnostikk og behandling, samt utfordre totalkapasiteten av enkelte ressurser innenfor helsevesenet (Grønseth, 2019).

1.1 Problemstilling

Denne masteroppgaven vil eksplorere fysioterapeuter og kiropraktorer sine erfaringer med den økende andelen pasienter som får oppfølging hos disse helseprofesjonene via behandlingsforsikring. Institusjonell teori med fokus på ulike logikker vil være fundamentet for analysene. Målet er å gi en beskrivelse og analyse av hvordan det oppleves for fysioterapeuter og kiropraktorer når store nasjonale forsikringselskap vinner mer og mer innflytelse i det private helsemarkedet. Oppgavens problemstilling er som følgende:

Behandlingsforsikringens inntog i kiropraktors og fysioterapeuters praksis:

“Hvordan erfarer fysioterapeuter og kiropraktorer at forsikringsbransjen påvirker deres virke?”

1.2 Nærmere om privat helseforsikring og markedet for kiropraktikk og fysioterapi

Det norske helsesystemet uten vanntette skott mellom privat og offentlig helsevesen har lange tradisjoner og har vært utøvet i lang tid. Når det fungerer, så sikrer den kapasitet, behandlingsalternativer, kvalitetsløft og -sikring gjennom konkurranse. I tillegg til å utføre et offentlig oppdrag i privat regi, så tilbyr mange av de private institusjonene det samme tilbudet uten offentlig finansiering. Pasientene betaler selv i disse tilfellene for helsetjenesten eller har en behandlingsforsikring som dekker kostnadene. Dette blir dermed et tilbud for de som er villig til å betale for dette eller som har behandlingsforsikring enten på eget initiativ eller gjennom arbeidsgiveren. Grunnen til at pasienter velger denne løsningen er ofte begrunnet med lang offentlig ventetid og ingen ventetid ved en privat tjeneste. Bredden i tilbudet til den private helsesektoren er stort og dette gir en rekke bransjefaglige, næringspolitiske og strategiske utfordringer og muligheter. Konkurransvilkårene når staten og kommunene skal privatisere eller opprettholde privat formidling av helsetjenesten kan være på like vilkår, men kan også skje på ulike vilkår. De private foretakene kan ha ulike eierskapsforhold og det kan påvirke organisasjonsstruktur, drift, styring og mål og til slutt kvalitet og kvantitet på helsetjenestene. Uavhengig av eierskapsforhold kan innhold og kvalitet variere med de ulike private klinikkene.

Privat helsevesen utgjør derfor en viktig del av den norske helsesektoren. Private helseaktører er en del av både offentlig og privat helsevesen, samt næringslivet. Private helseklinikker har en lang tradisjon som en del av helsetilbudet i Norge. Det kommunale ansvaret for en stor del av det kommunale fysioterapi-tilbudet er overført til privat-praktiserende fysioterapeuter i private klinikker. Den private helsesektoren strekker seg fra små fysioterapiklinikker til store rehabiliteringsinstitusjoner som driver med tverrfaglig spesialisert rehabilitering. En stor del den av private helsesektoren leverer tjenester gjennom statlig eller kommunal finansiering. Finansieringen skjer for å dekke opp behovet for ulike lovpålagte helsetjenester hvor målet er å gi lik tilgang alle personer i befolkningen uavhengig av sosio-økonomisk status. Det private helsevesenet har et samfunnsoppdrag ved å tilby helsetjenester som er essensielt både for å tilby egne tjenester, men også for å supplere og utfylle det offentlige helse- og velferdstilbudet.

Privat praktiserende fysioterapeuter og kiropraktorer (*heretter benyttes terapeut for å inkludere begge profesjoner samtidig*) inngår i dag som en del av primærhelsetjenesten. Denne delen av primærhelsetjenesten er, som fastlegeordningen, under press. For helprivate terapeuter og

fysioterapeuter med kommunal driftsavtale vil problemer med å møte pasientenes forventninger og økt arbeidsbelastning være eksempler på enkelte av utfordringene. Fysioterapeuter med driftsavtale vil i større grad enn helprivate terapeuter møte økt pågang av pasienter på grunn av befolkningsvekst og aldrende befolkning med lange ventelister som resultat. Økt arbeidsbelastning kan også stamme fra den økende graden av pasienter med behandlingsforsikring. Dette gir mer administrativt arbeid, problemer med å innfri både forsikringsselskapet og pasientene sine forventninger og redusert autonomi over pasientforløpet. Dette kan skape friksjon mellom terapeutene sine ønskede arbeidsoppgaver og reelle arbeidsoppgaver, terapeutene og forsikringsselskapet og terapeutene og pasienten.

En helseforsikring skal gi rask tilgang til medisinsk behandling og dekke egenandel ved fysikalsk behandling av for eksempel fysioterapeut eller kiropraktor, operasjoner og annen behandling henvist av lege. Forsikringen skal ikke være en erstatning til det offentlige helsevesen. Behandlingsforsikring sorterer under personforsikringene og tegnes enten privat eller gjennom arbeidsgiver. I begge tilfeller inngås det avtaler mellom forsikringsselskapet og den forsikrede eller bedriften. Det vanligste er å tegne forsikring gjennom kollektivavtale.

Eksempel på forsikringsvilkår fra en tilfeldig helseforsikring.

Fysikalsk behandling

Når det fremgår av forsikringsbeviset, dekker forsikringen nødvendig behandling av sykdom eller skade/plage hos offentlig godkjent:

- fysioterapeut
- manuellterapeut
- kiropraktor
- naprapat, medlem av Norges Naprapatforbund

Behandlingen skal være individuell og målrettet for å forbedre funksjonsevnen og/eller sykdom/plage. Antall behandlinger som dekkes innenfor en 12 måneders periode er angitt i forsikringsbeviset. Behandlingen må være forhåndsgodkjent av Selskapet, og henvisning må foreligge der dette kreves. Forebyggende behandling dekkes ikke (DNB, 2018).

Frem til nå og i historisk sammenheng har det norske helsevesenet utelukkende vært organisert som et offentlig helsetilbud betalt av skattesystemet. I hovedsak har helsevesenet vært finansiert gjennom statsbudsjettet og trygdesystemet via ulike refusjonsordninger. Andre halvdel av 90-tallet oppstod det et prinsipielt brudd med det tradisjonelle grunnlaget for organisering av helsetilbudet og finansieringen av helsetjenester. Da oppstod private helseforsikringer på det norske helsemarkedet.

Frem til år 2000 var etterspørselen marginal, men nå er salget og bruken av private helse- og behandlingsforsikringer i betydelig vekst. Det kan være flere grunner til dette. Fremtidens behov for helsetjenester for den enkelte person og det samlede kollektive skaper betydelig usikkerhet. Usikkerheten ligger på flere plan. Den gjelder både etterspørsel- og tilbud, og er relatert til både tidspunktet behovet for helsetjenester oppstår og omfanget av dette behovet. Denne usikkerheten åpner opp et rom for forsikringsordninger. Slike ordninger organiseres og finansieres på ulike måter. Det offentlige tilbud innenfor helsetjenester er på et historisk høyt nivå, også sammenlignet med internasjonal standard. Likefullt er veksten av personer med private helseforsikringer i sterk vekst. Anskaffelse en privat helseforsikring virker paradoksalt ved at den bryter fundamentalt med den veletablerte helsepolitiske tradisjonen. Gjerne kjennetegnet ved et sterkt offentlig engasjement og en generell kollektiv motstand mot private organiserte og finansierte helsetjenester.

Forklaringene på denne utviklingen skal sannsynligvis flere. Det kan være en respons på økt usikkerhet knyttet til det offentlige fremtidige helsetilbud. En supplerende ordning som gir ekstra trygghet. For bedrifter kan det være å redusere sykefraværet. Et velferdsgode for ansatte for bedrifter som ønsker å beholde og rekruttere den mest kompetente arbeidskraften. Forsikringsselskapene på sin side markedsfører gjerne at private helseforsikringer avlastet det offentlige behandlerapparatet, reduserer sykefraværskostnadene til bedrifter og samfunnet og reduserer ventetiden inn til det offentlige helsetilbudet.

Disse årsakene kan stamme fra tre sett av momenter:

- Den forvaltningspolitiske utvikling, organisatoriske reformer i helsevesenet, endringer i finansieringsordningene og lov- og regelverksutviklingen kan være forhold som kan ha bidratt til å åpne for, samt å stimulere fremveksten av private helseforsikringer.
- Videre kan utviklingen sannsynligvis knyttes til egenskaper ved forsikringsproduktet som økt annerkjennelse og legitimitet.
- Egenskaper hos forsikringskundene som økende risikoaversjon, svekket tillitt til de offentlige velferdsordningene, lav kunnskap om det offentlige tilbudet, valg tatt på grunn av informasjonsasymmetri, dvs feil premisser eller endrede ønsker og behov hos pasientene.

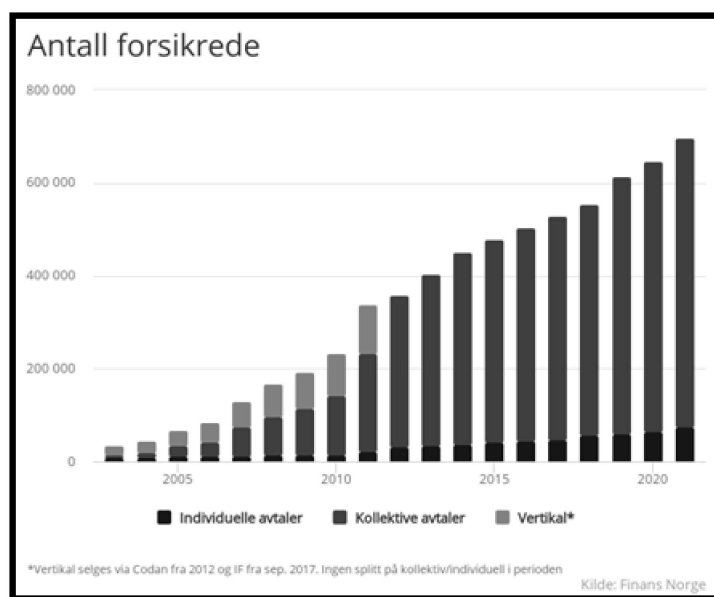
Mesteparten (90%) av private helseforsikringer er kjøpt av bedrifter for sine ansatte. Og utgjør dermed som oftest et gode i et arbeidsforhold, men flere og flere tegner en privat helseforsikring på eget initiativ. Konkurransen om denne delen av helsemarkedet er stigende mellom forsikringselskapene. I tillegg ønsker kunden, dvs en mulig fremtidig pasient, best mulig produkt og hjelp når behovet for helsehjelp melder seg. Fysioterapeuter og kiropraktorer i privat praksis er en del av denne konkurransekjeden i sitt daglige virke. Konkurransen er tøff i alle ledd; mellom forsikringselskapene, mellomhandlerne, andre helsetjenestetilbydere og tilbydere innen samme faggruppe.

1.3 Statistikk

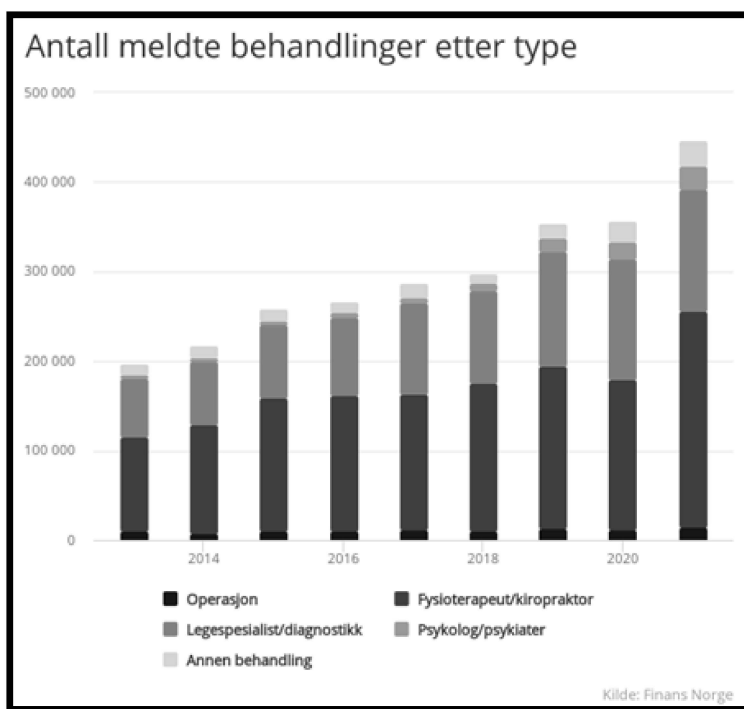
I en undersøkelse utført av Norsk kiropraktorforening i 2016 oppga 97% av medlemsmassen å ha erfaring med forsikringspasienter. For flertallet av kiropraktorene (68%) utgjorde pasienter med forsikringsavtale under 15% av alle pasienter. De fleste av respondentene (89%) rapporterte at de hadde under 15 pasienter pr uke med forsikringsavtale.

Tabellene under viser antall personer med behandlingsforsikring per år (tabell 1), antall meldte behandlinger per år (tabell 2) og anslått erstatning etter behandling (tabell 3). Behandlingsforsikringen benyttes mest til behandlinger fysioterapeut/kiropraktor og legespesialist/diagnostikk. Tall fra Finans Norge viser en markant økning i bruken av behandlingsforsikringer de siste 15 årene. Over en halv million nordmenn hadde behandlingsforsikring i 2018. Dette er over 16 ganger så mange som i 2003.

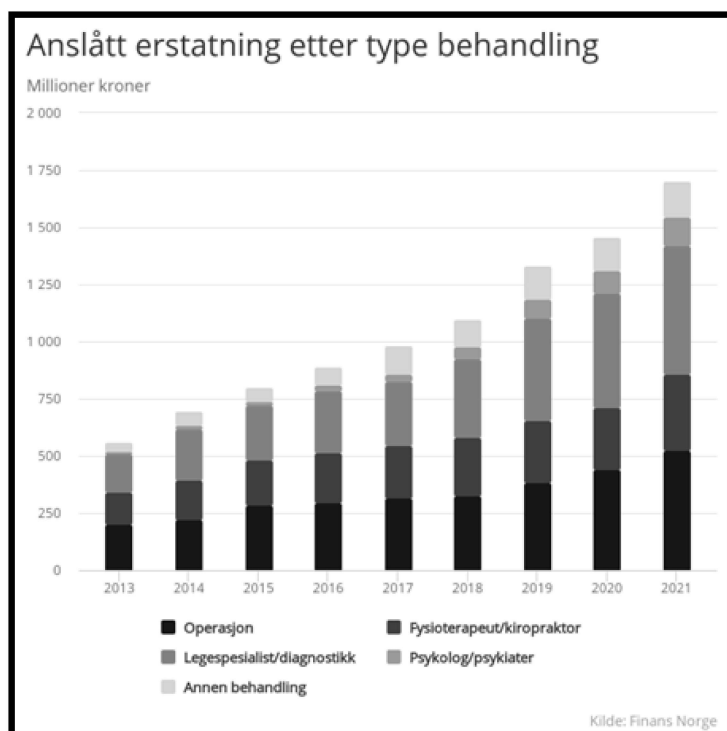
Tabell 1: Antall personer med behandlingsforsikring i perioden 2003 - 2021



Tabell 2: Antall behandlinger i perioden 2013 - 2021



Tabell 3: Samlet erstatningsutbetalinger i perioden 2013 - 2021



I 2018 ble det samlet meldt inn 165 152 behandlinger til fysioterapi og kiropraktikk. Dette tilsvarte 55,3% av den totale mengden innmeldte saker. Anslått erstatningssum for fysioterapeut og kiropraktor var i 2018 256 millioner kroner. Dette tilsvarte 23.3% av det totale erstatningsbeløpet ved behandlingforsikring. Det finnes flere ulike tilbydere av behandlingforsikring på det norske markedet. De forskjellige forsikringsselskapene dekker i forskjellig grad behandling hos ulike typer helsepersonell. Eksempler på selskaper som tilbyr behandlingforsikring er If Skadeforsikring, Gjensidige og Storebrand.

I Norge er involvering av forsikringsselskap som en tredjepart i behandlingsforløpet en relativt ny situasjon. Men i andre land, som for eksempel USA, har forsikringsselskapene i lang tid vært involvert i helsevesenet. Dette har lange historiske røtter. Mens Norge i 1907 fikk Lov om syketrygd, samtidig med at de offentlige sykekassene dekket mye av utgiftene til medisinsk behandling. Fire år senere i 1911 fikk vi obligatorisk syketrygd for deler av befolkningen med en påfølgende utvikling til lov om folketrygd vedtatt i juni 1966, startet sykehus i USA på 1920-tallet å ta forhåndsbetalt for sine tjenester (Claussen, 2007; Ross, 2002). Dette ble starten på, godt hjulpet av depresjonen på 1930-tallet, det amerikanske systemet med et helsevesen sterkt påvirket av forsikringsselskapene og ansvar for egen helse med å tegne egen privat helseforsikring (Ross, 2002). Studier fra amerikansk helsevesenet som belyser temaet forsikringsselskaperens påvirkning på terapeuter sitt virke egner seg dermed godt som bakgrunnsinformasjon for denne studien. Hawkins (2016) undersøkte hvordan det amerikanske forsikringsbaserte helsevesenet virket inn på terapeuter og sammenlignet dette med hvordan det norske offentlige systemet påvirket norske terapeuter. De amerikanske terapeutene problematiserte behovet for å kontinuerlig være godkjent og kvalifisert av forsikringsselskapene til å yte sine tjenester ovenfor pasienter, samtidig som de også skulle være pasienten sin ambassadør. Dette førte til at de tilpasset sine praksiser etter forsikringsselskaperens behov på bekostning av egen autonomi (Hawkins, 2016). De norske terapeutene var ikke et system styrt av forsikringsselskaper, men deres forhold til statlig kontroll ble problematisert, samtidig som det ble klart at de norske hadde en sterk stemme i forhold til eget virke (Hawkins, 2016). Det er ikke funnet litteratur fra norsk helsesektor som gjør en kvalitativ analyse av hvordan behandlingforsikring påvirker fysioterapeuter og kiropraktorer sin hverdag. De fleste studier på området er innenfor økonomi og hvordan behandlingforsikring skaper økonomiske utslag.

1.4 Nærmere systematisk beskrivelse av profesjonene i denne studien

Helsepersonellet ved casene består primært av fysioterapeuter, kiropraktorer. Begge yrkesgruppene er autorisert helsepersonell, men utdanning, turnustjeneste og arbeidsområdet varierer. Se tabell 4 som viser en sammenlikning av yrkesgruppene.

Tabell 4: Beskrivelse og sammenlikning av fysioterapeuten, kiropraktoren		
	Fysioterapi/ fysioterapeuter	Kiropraktikk/ kiropraktorer
Offentlig autorisert utdanning	Ja	Ja
Turnus	Ja, ettårig	Ja, ettårig
Utdanning:	3 år på høyskole/universitet	5 år på høyskole/universitet
Utdanning i Norge	Ja	Nei
Beskrivelse	Fokus på muskel- og skjelettlidelser. Behandling av smerter, opptrening, rehabilitering etter kirurgi med mer	Undersøker og diagnostiserer, samt behandler pasienter med smerter og skader fra nerve-, muskel- og skjelettsystemet.
Arbeidsområde	Tilknyttet helseinstitusjoner eller private institutter Rehabilitering etter akutt skade eller sykdom Opptrening etter operasjoner En del av kommunehelsetjenesten Forebyggende oppgaver innen skole- og bedriftshelsetjeneste	Tilknyttet private klinikker Rehabilitering etter akutt skade eller sykdom
Primærkontakt	Ja	Ja
Lovverk	Helsepersonelloven Folketrygdloven	Helsepersonelloven Folketrygdloven
Hovedarbeidssteder	Private klinikker, kommunalt og statlig helsevesen	Private klinikker
Andre arbeidssteder	Forskningsenheter Konsulent for medisinsk og teknisk utstyr. Ulike helserelaterte organisasjoner og bedrifter	Forskningsenheter Konsulent for medisinsk og teknisk utstyr. Ulike helserelaterte organisasjoner og bedrifter

1.5 Om den statlige finansieringen av terapeutene

Helfo

Helfo er en etat under Helsedirektoratet. Samfunnsoppdraget er å ivareta rettigheter til pasienter og helseaktører og håndterer det økonomiske aspektene rundt refusjoner knyttet til pasientkonsultasjoner som skal dekkes av staten. Helfo skal også gi informasjon og veiledning om helsetjenester. Helfo sitt forvaltningsområde inkluderer folketrygden til behandlere, leverandører, tjenesteytere og individuell refusjon til pasienter for blant annet legemidler, tannhelse og helsetjenester i utlandet. Målsetningen til Helfo er å skape tilgjengelige, likeverdige og effektive helsetjenester via involverte helseaktører til pasienter.

Helfo´s regelverk for kiropraktorer

Helfo forvalter refusjonsordningen på vegne av staten. Kiropraktorene kan selv fastsette prisene på sine tjenester utover takstene fastsatt av Helfo. Refusjonen fra folketrygden dekker normalt sett kun en liten del av den totale kostnaden for pasientene. Behandling hos kiropraktor omfattes ikke av noen av frikortordningene. Kiropraktorene er en primær helsekontakt og det kreves ikke henvisning fra annet helsepersonell for å få behandling.

Helfo´s regelverk for fysioterapeuter

Helfo forvalter refusjonsordningen til fysioterapeuter på vegne av staten på tilsvarende måte som for kiropraktorene. En fysioterapeut med kommunal avtale om driftstilskudd og tilhørende refusjonsavtale med Helfo får inntekten sin fra følgende kilder: Egenandeler fra pasienten, refusjon fra Helfo og driftstilskudd fra kommunen. Fysioterapeuter med avtale om oppgjør med Helfo kan kreve takster etter forskrift om stønad til dekning av utgifter for undersøkelse og behandling hos fysioterapeut. Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi beskriver aktuelle takster som kan benyttes ved de ulike behandlingsformene. I motsetning til kiropraktorene kan ikke fysioterapeutene kreve høyere egenandel fra pasienten enn det forskriften sier. De står heller ikke fritt til å kreve tilleggsbetaling fra pasienten for å gjøre prosedyrer/arbeid som er omfattet av forskriften. Pasienter trenger ikke henvisning fra lege, manuellterapeut eller kiropraktor for å få stønad til fysioterapi i Norge eller innenfor EU/EØS. Dette betyr at pasienter kan oppsøke en fysioterapeut direkte uten å gå via annet helsepersonell. Pasienten sin behandlingsbehovet har den enkelte fysioterapeut et selvstendig ansvar for å vurdere om vilkårene for stønad er oppfylt og for å dokumentere i journalen hvilke vurderinger som er gjort. En fysioterapeut med driftsavtale må vurdere alle henvendelser og gjøre konkrete prioriteringer ut fra en konkret

vurdering av haste- og alvorlighetsgrad. Fysioterapeutforbundet har laget en prioriteringsnøkkel som avtale fysioterapeutene må følge. Fysioterapeuter med kommunal avtale må også ta hensyn til nasjonale og kommunale prioriteringer jmf ny forskrift om kvalitets- og funksjonskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale som tråde i kraft 1. januar 2018.

Pasienten sin egenandel

Frikortordningen inkluderer ikke kiropraktorer selv om de har avtale med Helfo. Noen pasientgrupper (for eksempel pasienter med avklart yrkesskade og barn under 16 år) har ingen egenandel hos fysioterapeuter med driftsavtale. Andre pasienter må betale egenandel opp til 2176 kroner.

Per dags dato finnes det to typer frikort. Frikort 1 gjelder blant annet lege, psykolog og poliklinikk sykehus. Frikort 2 inkluderer for eksempel fysioterapi. Det er fysioterapeutene som skal vurdere om pasientene har rettigheter etter frikortordningen. Hos helprivate fysioterapeuter uten kommunal avtale om driftstilskudd står pasienten selv for hele egenandelen.

KAPITELL 2 METODE

2. 1 Forskningsdesign

Samhandlingen mellom privatpraktiserende terapeuter og forsikringsselskapene berører i større eller mindre grad de fleste terapeuter i det private helsemarkedet. Det er derfor interessant å se hvordan denne samhandlingen mellom forsikringsselskapene og de respektive helseprofesjonene. Oppgaven skal basere seg på metoden kvalitativt forskningsintervju (Friis og Vaglum, 2002). Denne formen for intervju egner seg til å frembringe ny kunnskap på bakgrunn av meninger, holdninger og erfaringer (Tjora, 2012). Kvalitativ metode er aktuelt når studien inneholder et redusert antall forskningsobjekter som i denne studien. En slik analyse ønsker å oppnå en forståelse av spesifikke forhold eller å utvikle teorier og hypoteser om spesifikke sammenhenger i samfunnet (Grønmo, 2016). Intervjuene skal være semistrukturerte i henhold til en forhåndsbestemt intervjuguide. Kvalitativ metode er ulik kvantitativ metode ettersom den vektlegger forståelse heller enn forklaring og nærhet til forskningsobjektene. Den vektlegger forståelse av temaet, og interaksjon mellom forsker og informant gjennom nærhet og åpenhet (Tjora, 2012). Intervjuformen har et fenomenologisk perspektiv der man ønsker informantens erfaring med temaet som skal studeres (Tjora, 2012) Målet er en åpen interaksjon mellom forsker og informant istedenfor en avstand til sine respondenter (Tjora, 2012). Ved å etterspørre menneskelige erfaringer vil nærhet til problemstillingen gi innsikt og dyperegående forståelse gjennom tolkning av datamateriale (Thagaard, 2009). Det innebærer et ønske om å forstå informantens opplevelser og refleksjoner. Det er informantens virkelighetsforståelse (meninger, holdninger og erfaringer) som er interessant. Derfor blir intervju-spørsmålene knyttet til informantens subjektivitet (Tjora, 2012).

Intervjuobjektene skal bli forelagt en intervjuguide for å gi sine vurderinger av sine respektive subjektive synspunkter rundt temaet behandlingsforsikring. Intervjuene skal bli gjennomført av daglige ledere/klinikkleder ved private helseklinikker. Klinikkene er enten en klinikk med fysioterapeuter og/eller kiropraktorer og annet helsepersonell. Intervjupersonene er valgt ut fordi de har en av de øverste posisjonene i klinikkene og befinner seg en type lederrolle. Annen relevant informasjon og dokumentasjon om klinikkene vil bli inkludert i oppgaven. Datapresentasjonen skjer ved tekst og ikke med tall. Fremgangsmåten er eksplorerende og empiridrevet (induktiv) og ikke teori- og hypotesedrevet (deduktiv) (Tjora, 2012).

2.2 Utvalget – informantene

Det er fysioterapeuter og kiropraktor med lederroller ved private helseklinikker som er ønsket intervjuet. Informantene i studien vil bli strategisk valgt. Denne typen rekruttering gjøres ofte i kvalitative studier for å inkludere informanter med egenskaper, erfaringer eller kvalifikasjoner som kan belyse problemstillingen (Thagaard, 2009). Jeg ønsker derfor å plukke ut informanter som har erfaring med samhandling med forsikringsselskaper. Klinikkene er enten en klinikk med fysioterapeuter og/eller kiropraktorer og annet helsepersonell. Intervjupersonene er valgt ut basert på at de har en lederrolle i klinikkene. For å finne frem til aktuelle informanter brukte jeg min kunnskap og nettverk om helseklinikker. Omfanget av en masteroppgave setter grensene for hvor lang tid man har for å gjennomføre intervjuer og transkribering, etterfulgt av tolkning og forståelse av materialet. Kvalitative utvalg bør ikke inneholde flere informanter enn at man får gjort dyptpløyende analyser (Thagaard, 2009). Dette la premissene for at tre informanter fra hver profesjon ble inkludert til å delta i studiet. Respondentene vil bli valgt ut av hensyn til geografisk nærhet og ut fra et strategisk hensyn basert på at jeg vurderer dem som relevante respondenter i forhold til problemstillingen.

2.3 Informert samtykke

Respondentene vil bli kontaktet per telefon der jeg undersøker om det er interessant å delta i prosjektet etter at jeg har gitt informasjon om studien. De vil bli informert om at intervjuet og informasjonen vil bli anonymisert. Formålet er å få respondentene til å snakke så fritt som mulig. Deretter vil jeg sende epost med informasjon om studiet og samtykkeerklæringen. Når samtykkeerklæringen er signert og returnert vil jeg kontakte informantene på nytt via telefon og avtale tidspunkt og sted for gjennomføringen av intervjuet. Som en del av forberedelsene har jeg utarbeidet en temabasert intervjuguide som baserer seg på åpne spørsmål. Gjennom åpne spørsmål søker jeg å få frem informantenes fortellinger. Forhåpentligvis vil dette gi informasjon om aspekter ved samhandlingen mellom helsepersonell og forsikringsselskapene som jeg allerede ikke har reflektert

over. Intervjuguiden vil være godt kjent for undertegnede slik at jeg ikke trenger å lene meg for mye på den under intervjuene. Intervjuguiden sikrer at intervjustrukturen ivaretas samtidig som de åpne spørsmålene etablerer et utgangspunkt for at informantene kan fortelle om sine erfaringer (Tjora, 2012). Arbeidet med intervjuguiden fremmer også min egen kunnskap, bevissthet og forståelse rundt tematikken i oppgaven. Dette forbereder meg også på egen rolle som intervjuer og at jeg må være åpen for fortellingene til informantene. Temaene i spørsmålene kretser rundt bakgrunn, arbeidssituasjon, samhandling med forsikringsselskapene og hvordan alt dette oppleves. Ved hvert tema er det også tilleggsspørsmål for å sikre mest mulig utfyllende svar, samt å dekke temaene fra ulike kanter. Før intervjuet vil respondentene bli informert om sine rettigheter ved studiedeltakelsen. Nemlig at all deltakelse er frivillig og at de kan trekke seg når de måtte ønske. Deretter vil samtykkeerklæringen bli undertegnet. Prosjektet vil bli innmeldt til Norsk Senter for forskningsdata.

2.4 Gjennomføring av selve intervjuet

Intervjuguiden vil inneholde faste spørsmål med muligheten til å stille oppfølgingsspørsmål underveis. Målet er å få innblikk i terapeutenes virkelighetsbilde. Intervjuene er forventet å vare mellom 30 og 60 minutter, men vil ikke bli avsluttet etter 60 minutter hvis informanten har mulighet til å fortsette. Intervjuene vil bli gjennomført i mars-april 2022. Intervjuene vil bli gjennomført ansikt til ansikt eller via videomøter etter respondentens ønske. Ved å gi valget til informanten er målet å legge til rette for en mest mulig avslappet stemning i et trygt miljø for informanten (Tjora, 2012). Planen er å starte intervju-sesjonen med en uformell tone hvor jeg introduserer meg selv og oppgaven, kort info om intervjuet i form av tidsbruk og innhold, samt avstemme med informanten om de har noen spørsmål angående prosjektet og deres deltakelse. Alle intervjuene vil starte med de samme innledende spørsmål fra intervjuguiden.

Men når spørsmål vinkles mer mot informanten sine egne meninger og erfaringer, vil intervjuet forsøke å følge flyten til informantens vei gjennom sin fortelling. Resultatet kan bli at strukturen i intervjuguiden ikke følges helt kronologisk ved hvert intervju. I situasjoner hvor intervjuet kan bevege seg utenfor de oppsatte tiltenkte temaene kan fokuset hentes tilbake gjennom bruk av intervjuguiden. Under selve intervjuet vil jeg veksle mellom "lyttende" og "pågående" holdning (Thagaard, 2009). Dette er et av dilemmaene i intervjurollen. Den "lyttende" innstillingen beskrives som å bidra til meningsinnholdet ved å være fullt og helt fokusert mot informanten der man viser interesse og respons som stimulerer informantens historie. Derimot er den "pågående" innstillingen når man aktivt benytter spørsmål og kommentarer for å utdype informantens svar (Thagaard, 2009). Underveis i intervjuet for å avstemme, kontrollere og validere min forståelse av intervjuet vil jeg sette av tid til å gjenta og

parafrasere hvor jeg tenker det er relevant å bekrefte min forståelse av informantens historie (Kvale, 2009). Gjennomgående vil jeg så ofte som mulig bruke spørreord som hva og hvordan og minst mulig lukkede spørsmål med mulighet for et ja eller nei svar (Kvale, 2009). Avslutningsvis vil jeg gi respondenten mulighet til å legge til informasjon hvis vedkommende ønsker det. Deretter vil jeg gå gjennom intervjuguiden for å sikre at alle temaer har blitt besvart. Og eventuelt følge opp med spørsmål hvis det er mangler eller jeg ønsker mer utfyllende informasjon.

Intervjuene vil bli tatt opp med lydopptaker for å sikre at alt som blir sagt vil komme med. Informantene vil bli gjort oppmerksom dette i informasjonsskrivet som de mottar før intervjuet. Lydopptaker kan ta oppmerksomhet eller begrense frihetsfølelsen til informantene slik at de uttrykker seg mer varsomt eller forsterker et ønsket budskap. En annen begrensning av lydopptak er kroppsspråk ikke fanges opp (Kvale, 2009). Men mest sannsynlig vil fokuset og oppmerksomheten knyttet til lydopptakeren og det faktum at samtalen blir tatt opp ikke være til hinder for et godt intervju med god informasjonsflyt. Lydmediet muliggjør transkribering og muligheten til å høre intervjuene flere ganger. Dette reduserer muligheten for å gå glipp av informasjon. Med intervjuguide og lydmedium kan jeg primært sette søkelys på intervjusituasjonen og praktisere aktiv lytting. Jeg trenger kun også å notere ned stikkord og sette søkelys på eventuelle oppfølgingsspørsmål. Når selve intervjuet er ferdig, kommer jeg til å avslutte seansen med en kort debrief om hvordan informanten opplevde intervjuet.

2.5 Bearbeidelse av materialet

Transkribering

Datamaterialet, lydfilene av intervjuene, vil transkribert til tekst ord for ord. Dette vil gjøre datamateriale mer tilgjengelig for analyse (Tjora, 2012). Transkriberingen vil også bidra til å strukturere datamaterialet og gjøre det mer oversiktlig og mer egnet for analysearbeid (Kvale, 2009). Målet er å transkribere hvert intervju før neste intervju. Datamateriale med transkriberingen vil bli kodet slik at navn på personer, stedsnavn og arbeidsplasser ikke er del av informasjonen i teksten.

Habilitet

Undertegnede forfatter er initiativtaker, medeier, daglig leder og praktiserende kiropraktor ved Lundklinikken Fysioterapi & Kiropraktikk. Min bakgrunn er Master i Kiropraktikk og de siste årene med fokus på ledelsesutdannelse. Denne bakgrunnen gir god innsikt i bransjen som faller inn under Lundklinikken Fysioterapi & Kiropraktikk og selve Lundklinikken Fysioterapi & Kiropraktikk som organisasjon. Innsideposisjonen gir fordeler og ulemper. Som medeier av og leietaker hos Lundklinikken Fysioterapi & Kiropraktikk har jeg både faglige og økonomiske interesser knyttet til

Lundklinikkens nåværende og fremtidige situasjon. Men målet er mest mulig nøytral, åpen og ærlig analyse.

KAPITTEL 3 TEORI

3.1 Institusjonell teori

Institusjonell teori med fokus på institusjonelle logikker og organisasjonsfelt vil etablere rammeverket for analysen i denne studien. Erfaringene til terapeutene vil sannsynligvis være farget av de aktuelle organisasjonsfelt og de ulike logikkene som finnes på dette feltet. Dette teorigrunnlaget kan være forklarende for de forhold som påvirker terapeutenes handlinger og beslutninger som utgjør deres erfaringsgrunnlag. Hvilket organisasjonsfelt som terapeutene sine praksiser og klinikker tilhører og hvilke felt som de selv identifiserer seg med vil påvirke hvilke elementer som vurderes som essensielle for å sikre legitimitet og overlevelse.

3.2 Definisjon på institusjonell teori

"Every organization is a subsystem of a wider social system which is the source of the "meaning", legitimation, or higher-level support which makes the implementation of the organization's goal possible".

(Talcott Parsons, in Scott, 2014, s. 28).

Institusjonell teori er et analyseverktøy som kan brukes når helsevesenet skal studeres.

Helsevesenet har vokst frem over lang tid. Mange av praksisene er ikke bare akseptert og respektert, men ofte tatt for gitt. Ifølge institusjonell teori, påvirkes organisasjoner av eksterne faktorer, historisk plassering og mennesker som har vært med på å forme dem (Scott, 2014). Beslutninger baseres på normer, verdier og tradisjoner. Organisasjoner tilpasser seg press fra inn- og utsiden fra lokalsamfunnet over lengre tid (Selznick, 1957). Denne innvirkningen implementerer normer og verdier i organisasjonen som leder til unik og felles organisasjonskultur eller identitet. Det skapes en verdi som gir aktiviteter, normer og praksiser i organisasjonen mer betydning enn selve utførelsen. Denne prosessen kalles institusjonalisering.

Og har blitt definert som følgende:

“To institutionalize is to infuse with value beyond the technical requirements of the task at hand”.

(Selznick, 1957, s.17).

Å velger det mest effektive middelet for å realisere mål er ikke nødvendigvis det styrende for beslutninger i institusjonell teori. Over tid skapes det i organisasjonene felles uskrevne handlingsmønstre som er fundert i verdier, normer og holdninger. Det er dette som gir grunnlag for beslutningene, og ikke formålsrasjonaliteten (DiMaggio & Powell, 1991; Schein, 2010). Slike organisasjoner omtales gjerne som institusjoner. En institusjon har blitt definert som:

“The shared-taken-for-granted assumptions which identify categories of human actors and their appropriate activities and relationship”.

(Burns & Scapens, 2000, s. 8).

Dette angir hva som er forventet oppførsel. Etter hvert tas det for gitt at dette er måten å gjøre det på uten å stille spørsmål om hvorfor. Innen institusjonell teori er det en sentral tanke at legitimitet er et grunnleggende vilkår for overlevelse og eksistens (Hillestad, 2004; Meindl, 1990; Meyer & Rowan, 1977; Pfeffer, 1981; Pfeffer & Salancik, 1978). Dette gjelder spesielt organisasjoner som ikke kan vise til tydelige måloppnåelser som profitt som for eksempel organisasjoner i offentlig sektor. Følgelig har organisasjoner behov for å ta avgjørelser som enten vedlikeholder eller øker institusjonens legitimitet. Det poengteres at legitimitet er sosialt konstruert og ikke basert på objektive kriterier:

“A generalized perception or assumption that the action of an entity are desirable, proper, or appropriate within some socially constructed systems of norms, values, beliefs and definitions”.

(Suchman, 1995, s. 574)

En nyere tilnærming til institusjonell teori omfatter anerkjennelsen av koordinering og kontroll i organisasjon. Koordinering og kontroll innbefatter de kulturelle reglene og normene som manifesterer seg i organisasjonens formelle strukturer og prosedyrer (Meyer og Rowan, 1977). Det hevdes at organisasjoner inkluderer strukturer og prosedyrer som er anerkjent og akseptert i organisasjonens institusjonelle miljø. Formelle strukturer og prosedyrer kan også kobles fra de faktiske praksiser i organisasjoner (Meyer og Rowan, 1977). Årsaken er at strukturene og prosedyrene bestemmes på

grunn av målsetningen om legitimering av omgivelsene. Pluss å beskytte nødvendige ressurser som trykker organisasjonens overlevelse i markedet. Man kan derfor ende opp med en praksis hvor man sier ting utad, men gjøre noe annet innad (Meyer og Rowan, 1997).

Det brukes ofte tre ulike begrepsdefinisjoner på organisasjoner:

- Organisasjoner som rasjonelle systemer
- Organisasjoner som naturlige systemer
- Organisasjoner som åpne systemer.

Disse begrepsdefinisjonene illustrer ulike aspekter og forståelser av hva som er en organisasjon og hvordan de fungerer på en organisasjon. I denne studien vektlegges organisasjoner som åpne systemer for å forstå hvordan de responderer på strukturelle, normative og kognitive betingelser i det aktuelle organisasjonsfeltet. Et åpent system indikerer at organisasjonen finnes innenfor en større kontekst hvor det er behov for eksterne ressurser for å overleve. En konsekvens av dette er at organisasjonen sine omgivelser påvirker, støtter og infiltrerer organisasjonen. Det foregår derfor en flyt av personer og ressurser gjennom organisasjonen som påvirker handlingsvalgene (Scott, 1992, s. 25)

Institusjonell teori kan forklare hva som skjer i organisasjoner, men det ligger begrensninger i teorien som gjør at den alene ikke besvarer oppgavens problemstilling. Det er derfor ønskelig å implementere nyinstitusjonell teori til teorigrunnet. Nyinstitusjonell teori er en reaksjon på den institusjonelle teorien og innbefatter blant annet det analytiske rammeverket institusjonelle logikker (Thornton & Ocasio, 2008). Forskning rundt institusjonell og nyinstitusjonell teori er stadig i utvikling og fokuser nå mer på forholdet mellom institusjonelle logikker, organisasjonsfelt og selve organisasjonene (Greenwood et al, 2011). Og i de siste 20 årene har det vært økende oppmerksomhet på institusjonelle logikker (Thornton og Ocasio, 2002).

3.3 Organisasjonsfelt

Et organisasjonsfelt blir gjerne sett på som et fellesskap av organisasjoner med et felles meningsystem. Organisasjonsfeltet vil påvirke de inkluderte organisasjonene og vice versa.

En definisjon på organisasjonsfelt er som følgende av DiMaggio og Powell:

"those organizations that, in the aggregate, constitute a recognized area of institutional life: key suppliers, resource and product consumers,

regulatory agencies, and other organizations that produce similar services and products”

(Scott, 2014, s. 222).

Et organisasjonsfelt består derfor av alle aktører en organisasjon må forholde seg til. Den gjennomgående teoretiske tilnærmingen til organisasjonsfelt er at handlinger og adferd til organisasjonene primært er påvirket av eksterne faktorer i organisasjonens fysiske og sosiale omgivelser (Scott, 2014, s.220). Påvirkningsgraden til ytre variabler til organisasjonene bestemmes av plassering i feltet, relasjon til andre aktører innenfor samme felt og feltet sitt overordnede struktur. Man tenker gjerne at et organisasjonsfelt består av grupper med aktører med en felles forståelse av aktiviteter, ressurser og ideologier som relevant for å nå målene sine (Scott, 2014 s.221). Kollektive handlinger kan dermed forstås i henhold til hva aktørene selv oppfatter som meningsfylt (Scott, 2014. S221). Innfallsvinkelen kan benyttes til å forstå organisasjonenes egne rasjonaliseringer og strategier. Denne tilnærmingen vil jeg ta i bruk for å etablere det private helsemarkedet for fysioterapeuter og kiropraktorer som et viktig rammeverk i analysen. Og med en innføring av organisasjonsfelt legges det et fundament for å benytte institusjonelle logikker i analysen.

En annen definisjon av organisasjonsfelt er:

”both the totality of actors and organizations involved in an arena of social or cultural production and the dynamic relationships among them”

(Scott, 2014, s. 221)

Denne definisjonen vektlegger at å tenke innenfor et felt er å tenke rasjonelt hvordan feltet kan oppfattes som et spill med strategiske spillere, regler og konkurranser. Et organisasjonsfelt kan også forstås som en konflikt mellom aktørene som alle forsøker å bli den dominante aktøren på feltet (Sapiro, 2015). Ytre vilkår implementeres inn i egen feltlogikk som er formet av feltets struktur og historie. Kapitalfordelingen definerer feltstrukturen. Besittelse av mest relevant kapital blir den dominerende aktøren på feltet (Sapiro, 2015, s. 140). Kapital kan være sosiale, økonomiske og kulturelle ressurser. Det er type felt som bestemmer hva som defineres som kapital. Feltet struktureres av forholdet mellom dominerende og dominerte i kampen om feltpital med påfølgende mulighet til å sette standarden for aktivitetene innenfor feltet (Sapiro, 2015). De dominerende aktører ønsker å preservere normene og standardene som finnes innenfor feltet, mens de dominerte aktørene ønsker å endre dem (Sapiro, 2015, s.141). Innenfor det private helsemarkedet vil terapeuter/klinikker og

forsikringselskap bli ført sammen over tid og vil påvirke og respondere på hverandre i forsøk på kontroll og innflytelse. Organisasjonsfelt er som alle andre sosiale systemer åpne i sin natur. Eksistensen til et organisasjonsfelt kan kun etableres på empirisk grunnlag (Scott, 2014). En analytisk studie krever derfor at organisasjonene innenfor et organisasjonsfelt posisjonerer seg i relasjon til andre aktører enten via interpersonelle relasjoner eller felles mål (Scott, 2014, s.224).

Aktørene innenfor et organisasjonsfelt har mer felles interaksjon med hverandre enn med aktører utenfor feltet (Zietsma og Lawrence, 2010, s. 191). Teorien deler mellom modne, etablerte felt og nye, fremvoksende felt (Dimaggio, 1988). Innenfor det etablerte feltet er adferden formet seg over tid og strukturene er følgelig identifiserbare og forutsigbare. Aktørene har kunnskap om de andre aktørene er og hvem man skal samhandle med, samt vet hvorfor, når og om hva man bør samhandle om. Dette er ikke tilfelle for nye, fremvoksende felt. Det er repetitiv interaksjon som gjør at aktørene skaper seg en felles praksis og forståelse. På nye felt besittes ikke denne kunnskapen selv om aktørene har felles interesser (Maguire et al, 2004). Aktørene må gjerne derfor tenke og handle nytt. Men fremvoksende felt kan ha flere fordeler. Det gir mulighet til omstilling og tilpasning til sin egen fordel, pluss strategiske muligheter. Nye felt kan også gi økonomisk aktiva til aktørene som lykkes med omstillingen (Maguire et al, 2004). I denne masteroppgaven opereres det med to felt; det etablerte og det fremvoksende organisasjonsfeltet. Det etablerte organisasjonsfeltet er all aktivitet terapeutene i det private helsemarkedet gjør som ikke involverer pasienter med behandlingsforsikring. Det fremvoksende feltet består av alle oppgaver som følger med pasienter med behandlingsforsikring.

3.4 Institusjonelle logikker

Denne studien skal som nevnt tidligere eksplorere hvordan terapeuter erfarer en kommersiell tredjepart i behandlingsforløpet i sine praksiser. Institusjonelle logikker er et teoretisk perspektiv som går på tvers av alle nivå i samfunnet og brukes blant annet i helsetjenesteforskning. Den ser på forståelsen til mennesker innenfor en organisasjon. Det er derfor en aktuell metode for å analysere datamaterialet i lys av ulike institusjonelle logikker i det private helsemarkedet.

Nyinstitutionell teori er kritisk til tanken om at organisasjoner og individer opptrer rasjonelt i betydningen av at organisert praksis er uavhengig av formell struktur (Eriksson – Zetterquist et al, 2014:253-257). Organisasjoner inkluderer derfor både formell og uformell struktur. Organisasjoner påvirkes av krav fra omgivelsene (organisasjonsfelt). Alle organisasjoner er inkludert i konstruerte felt med lignende organisasjoner som setter krav og påvirker hverandre. Organisasjoner innenfor et felt må kunne endre og tilpasse seg ulike krav (for eksempel lik organisasjonsstruktur) for å oppnå legitimitet.

Organisasjonene identifiseres med hverandre gjennom å imitere hverandre for å oppnå legitimitet. Dette vil gi aksept fra omgivelsene og muligheter for frynsegoder og ressurser. Organisasjoner kan delta innenfor flere organisasjonsfelt simultant. Følgelig kan organisasjoner være eksponert for flere ulike institusjonelle logikker. En logikk kan skape et felles meningsdannende paradigme. Men kan også inneholde flere under-logikker som kan stå i konflikt med hverandre (Scott, 2014, s. 225).

Institusjonelle logikker skaper felles rammeverk med retningslinjer for aktører innen et gitt felt. Rammeverket inneholder normative, kulturelle og kognitive elementer (Scott 2014, s.225). Med organisasjonsfelt som grunnlag for å forstå organisasjonenes handlinger, vil institusjonelle logikker bli sentrale for å forstå forventningene som organisasjonene må forholde seg til. En institusjonell logikk inneholder antagelser, verdier og oppfatninger er meningsbærende for aktivitet og handling på individ- og organisasjonsnivå (Thornton et al, 2012). Dette er en relevant inngang i det private helsemarkedet hvor terapeutene møter forsikringselskapene sine økonomer. Helsesektoren formes i stor grad av markedslogikk og medisilogikk (Scott et al. 2000). Studie av institusjonelle logikker er viktig for å forstå organisasjoner ettersom logikkene styrer atferd slik at logikker blir til praksis. Dette presiseres også ved at institusjonelle logikker bestemmer hvilke problemstillinger som er viktige, hvilke mål man skal, hvordan man skal nå målene og hvordan man måler suksess (Canning og O'Dwyer, 2016).

3.5 Definisjon institusjonelle logikker

Tidlig nyinstitusjonell teori hadde fokus på en felles institusjonalisert logikk gjennom en hel organisasjon og på tvers av organisasjoner innenfor samme felt (Eriksson-Zetterquist, et al., 2014). Senere nyinstitusjonell teori modifiserer denne tanken og løfter ideen om at forskjellige institusjonelle logikker kan eksistere sammen innenfor en og samme organisasjon (Friedland & Alford, 1991), som da gjerne blir kalt en hybridorganisasjon (Besharov og Smith (2014) og Olsen, Solstad og Torsteinsen (2017). Institusjonelle logikker er ikke fundert på isoformisme (DiMaggio og Powell 1983), men heller på innvirkningene som institusjonelle logikker har på individer og organisasjoner (Thornton & Ocasio, 2008).

Institusjonelle logikker er definert av Friedland og Alford (1991) som:

«a set of material practices and symbolic constructions that constitute organizing principles for `supraorganizational patterns of human activity`»

(Friedland og Alford 1991 i Berg Johansen og Bock Waldorff 2017:55).

En annen definisjon av Thornton og Ocasio (2008) peker på det som forener dem:

[...] the various definitions of institutional logics all presuppose a core meta-theory: to understand individual and organizational behavior, it must be located in a social and institutional context, and this institutional context both regularizes behavior and provides opportunity for agency and change”.

(Thornton og Ocasio, 2008, s. 101-102)

3.6 Legitimitet og dominans

Ulike institusjonelle logikker sine disposisjoner og legitimitet springer ut ifra forskjellige typer institusjonelle kontekster (Aarseth, 2015). Eksempelvis, en familiebedrift vil ha en andre referanserammer og verdier enn en investor-eid bedrift. Institusjonell logikk kan dermed defineres som et sosialt og historisk mønster med kulturelle symboler og praksis. Dette innebærer blant annet antakelser, verdier og oppfatninger som gir individer og organisasjoner mening i sine gjøremål (Thornton et al, 2012). Logikk som et teoretisk verktøy er viktig ettersom det illustrerer hva som skaper fellesskapsfølelse og samhold i et organisasjonsfelt. Tradisjonelt sett argumenter forskere at et felt domineres av en enkelt institusjonell logikk, hvor dominansen skyver vekk andre institusjonelle logikker på feltet. Nyere tanker argumenterer for at flere konkurrerende logikker kan leve parallelt på samme felt. Ulike logikker på samme felt skaper ofte maktkamper og konflikter mellom organisasjoner og feltet. Men kan man få de ulike logikkene til å samarbeide kan konfliktene minimeres og dette kan skape et rom for institusjonell endring innenfor organisasjonsfeltet (Reay og Hinings, 2009). Institusjonelle logikker er interessant for denne studien ettersom det kan bidra til å forklare hvorfor og hvordan ulike forskjellige organisasjonsfeltene ser og oppfatter virkeligheten og hvordan de spiller inn på hverandre i både positiv og negativ forstand.

Det skilles ofte mellom 3 søyler innenfor organisasjonsfeltet. Disse søylene peker ut kursen for hvilke typer tilpasninger organisasjoner må foreta for å oppfattes som legitime av sine omgivelser. De 3 søylene er den regulative, den normative og den kognitive (Scott, 1995). Den regulative søylen viser til formelle regler som må følges. Det er gjennom den regulative søylen at staten autoriserer helsepersonell og regulerer finansiering og refusjon, for eksempel via Helfo, til pasienter og helsepersonell. Staten regulerer også muligheten for private aktører, for eksempel forsikringsselskaper, som deltakere i helsevesenet. Den normative søylen vektlegger nødvendige sosiale normer og verdier. Og den indikerer at handlinger blir gjennomført basert på normer for hva som er akseptert, moralsk og

etisk forsvarlig. Den kognitive søyler fokuserer på hvordan det skapes kollektive forståelser, meninger og handlingsregler som følges i organisasjonene (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 214). Den kognitive søylen symboliserer hvordan aktørenes adferd blir påvirket av referanserammer, kunnskap og tolkning av verden. Med andre, hvordan profesjonsutdanningen har sosialisert og internalisert hva som tas for gitt som passende både normativt og kognitivt innen profesjonsutøvelsen (Battilana et al, 2009; Garud et al, 2007). Disse søylene blir gjerne reproduisert og en forståelse av disse elementene av institusjonelle prosesser kan dermed være nødvendig for forståelsen av organisasjoner. Disse elementene av institusjonelle prosesser er nødvendig for forståelsen av organisasjoner (Garud et al, 2007).

Et viktig element kan også være kulturelle paradigmer. Kulturelle paradigmer kan brukes aktivt av aktørene for å produsere og tilpasse ytre elementer, meninger, identiteter og prosesser for å passe inn i eksisterende meningsforståelse. Slike paradigmer kan formes til å skape legitimitet og sosialt akseptert grunnlag for aktørers handlinger. Følgelig skaper institusjonelle omgivelser et avgrenset repertoar for handlingsmulighetene til en organisasjon basert på organisasjonsfeltet struktur og normer (Scott, 2014). Institusjonelle logikker er derfor sentrale i analyser som gjøres for å forstå paradigmen som påvirker organisasjoner sine handlingsrammer og interne forståelser. Institusjonelt perspektiv på organisasjoners omgivelser poengterer legitimitet som et vilkår for overlevelse (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 214). DiMaggio og Power hevder at organisasjoner søker mot likhet med andre organisasjoner innenfor samme organisasjonsfelt for å anskaffe legitimitet. Mange organisasjonsteoretikere vektlegger legitimitet som et essensielt teoretisk holdepunkt når man skal vurdere organisasjoner sine normative og kognitive forhold som setter grenser, samt skaper og myndiggjør organisasjonelle aktører (Suchman, 1995, s. 571). Følgelig blir legitimitet et viktig poeng for å forstå organisasjoner sine rasjonalitetsgrunnlag. Institusjonell tilnærming vektlegger også at organisasjoner ofte blir likere hverandre på grunn av en rasjonalitetsstandard som finnes innenfor feltet. Det skjer en imitering mellom organisasjonene som kan føre til homogenitet i et organisasjonsfelt, gjerne kalt institusjonell isomorfisme (DiMaggio & Powell, 1991:150- 152). Innenfor et bestemt organisasjonsfelt utvikler ofte organisasjoner tilsvarende standarder og handlingsmønstre ettersom det eksisterer en unison bevissthet for hva som er den rasjonelle og den optimale måten å organisere seg innenfor feltet. Denne rasjonalitetsstandard kan erfares som et eksternt trykk på en organisasjon til å tilpasse seg eksisterende standarder for å oppnå legitimitet som en del av meningsfelleskapet (Jacobsen og Thorsvik, 2013). Interne legitimeringsprosesser har også blitt trukket frem som et viktig element. I institusjonaliseringsprosesser kan personer internalisere organisasjoners verdier, normer og adferd slik at den samsvarer med deres egne verdsett. Den type internalisering vil få organisasjonen sine individer til å handle i tråd med organisasjonens overordnede verdier (Scott, 2014, s. 28). En

organisasjon som følger samfunnets verdier, samt innehar verdier som samfunnet verdsetter som primære eller viktige, vil ha forrang og tilgang til samfunnets ressurser (Scott, 2014, s. 28).

3.7 Isomorfisme

Isomorfisme skapes idet organisasjoner i samme bransje eller profesjon hermer etter hverandre og på den måten blir mer og mer lik hverandre (DiMaggio og Powell, 1983). Overlevelse og legitimitet er motivasjonen for adferden (Eriksson-Zetterquist et al, 2014; Meyer og Rowan, 1977). DiMaggio og Powell (1983) skiller isomorfisme i 3 former: tvingende, imiterende og normativ. Tvingende isomorfisme skjer når sterke organisasjoner forlanger at svake organisasjoner føyer seg til uformelle og formelle krav (DiMaggio og Powell, 1983; Eriksson-Zetterquist et al, 2014). Dette kan forklare hvorfor private helseklinikker etterlever pålagte vilkår fra forsikringsselskap som ikke er gunstig for verken pasienten, terapeuten, faget eller klinikken. Imiterende isomorfisme er situasjonen hvor usikre organisasjoner hermer etter organisasjoner som oppfattes som legitime og suksessfulle innenfor bransjen eller profesjonen (DiMaggio og Powell, 1983). Denne typen isomorfisme oppstår pga usikkerhet rundt organisasjonens mål eller fremgangsmåte for å nå målene (DiMaggio og Powell, 1983). Det blir også nevnt at en velskolert arbeidsstyrke kan skape isomorfisme. En klinikk som erfarer at pasienter velger andre klinikker på grunn av behandlingsforsikringen kan velge å gå inn i samarbeid med forsikringsselskapene for å fremstå som legitime klinikker ovenfor pasientene. Normativ isomorfisme stammer fra profesjonalisering. Dette skjer når normene knyttet til profesjoner blir spredd og skaper et press om hvordan organisasjonen skal drives (Boxenbaum og Jonsson, 2008). Det fremheves at profesjonelle nettverk på tvers av organisasjoner trigger normativ isomorfisme. I den private helsesektoren kan dette skje når fysioterapeuter og kiropraktorer møtes på kurs og andre profesjonelle møteplasser. Omgivelsene kan også skape normativ isomorfisme. Et eksempel er en ekstern organisasjon eller faktor (pasienter med behandlingsforsikring) fremhever en praksis (bruke behandlingsforsikring) som den korrekte praksis. Dette kan gi den samme praksis ved flere organisasjoner. DiMaggio og Powell (1983) argumenterer for at organisasjonsfelt med høyt utdannede medlemmer baserer konkurransen seg imellom på prestisje mer enn for eksempel kostnadseffektivitet. Praksiser spres mellom organisasjoner fordi medlemmene ikke ønsker å føle seg underlegne kollegaer i andre organisasjoner. Isomorfisme har blitt kritisert for å mangle støtte fra empiriske studier (Boxenbaum og Jonsson, 2008). Andre påstår at hermende isomorfisme fokuserer på tankelås adferd som en reaksjon på kulturell rasjonalisering uten å ta høyde for rasjonalitet (Thornton og Ocasio, 2008). Men isomorfisme kan danne et helhetlig bilde innen nyinstitusjonell teori og uten dette oppløses sammenhengene i teorien (Thornton og Ocasio, 2008).

3.8 Ulike logikker

Freidsons (2001) teori om idealtypiske logikker vurderes som relevant. Den kan belyse ulike logikker som terapeutene må balansere i sin yrkesutøvelse når praksisen er i et konkurranseforhold med andre klinikker. Freidson (2001) beskriver tre idealtypiske logikker for organisering av virksomheter: markedslogikk, byråkratilogikk og fag/profesjonslogikk. Logikkene er knyttet til virksomhetenes formål og bidrar til å forme ansattes forståelse av mål og midler i arbeidet. De bestemmes ikke hvordan arbeidstakerne skal handle, men peker retningen tenkning og handling. Alle disse tre logikkene finnes i norsk helsevesen.

Markedslogikk

En markedslogikk sier at arbeidet i organisasjonen er styrt av et marked med kunder som skal tilfredsstilles. Kundene anses som kompetente til å velge hvilke typer oppgaver de ønsker utført, hvem som skal utføre oppgavene og til å vurdere resultatene. De har også mulighet til å forstå hva som er tilstrekkelig for å kunne ta de beste valgene. De profesjonelle skal ikke velge på deres vegne, men yte service til kundene. Kunden har alltid rett (Freidson, 2001, s.116). Markedslogikkens antakelse er at ansatte motiveres av lønn. Det reelle arbeidet er sekundært og ansett som ubehagelig. Det er forbruk og fritid som skal gi tilfredsstillelse (Freidson, 2001, s. 108-109). Ut fra markedslogikken er det en forventning om at klinikkene orienterer seg eksternt mot kundene av helsetjenester.

Den byråkratiske logikken

Denne logikken er knyttet til forvaltning. Det vektlegges systemer, rutiner og strukturer. Arbeidet vurderes som regel- og ledelsesstyrt. Det er hierarkisk styring gjerne med flere nivåer av ledelse og med effektiv organisering som kontrolleres av lederne gjennom formel ledelse og formelle regler. Ledelsesformen er gjerne kritisk og styrt gjennom skriftlige regler (Strand, 2007). De kan ofte være spesialisert på et felt (Strand, 2007). Gjennom 2000-tallet har kravene til ledelse og klinisk arbeid økt (Kjekshus et al, 2013). Dette har gitt økt styringsbehov av leder og ansatte (Torjesen et al, 2011). Historisk sett har byråkratiske organisasjoner endret seg fra politiske styrte organisasjoner (politisk logikk) til organisasjoner som er styrt gjennom økonomiske vurderinger (økonomisk logikk). Et tidsendret byråkrati, gjerne kalt neo-byråkrati, har utviklet seg på bakgrunn av disse økte kravene og behovene. Formålet er standardisert utførelse av oppgavene og likebehandling av kundene. Arbeidsmotivasjonen er å beholde jobben og muligheter innenfor den aktuelle organisasjonen (Freidson, 2001, s. 108-117). Profesjonell autoritet er ikke anerkjent innenfor denne logikken. Ledelsen sin makt brukes til å gi ordre, organisere og veilede kundenes valg og de ansattes arbeid (Freidson,

2001, s.116). Et eksempel på byråkratilogikk er at kommunene bestemmer antall fysioterapeuter i en kommune som skal få en driftsavtale med kommunen. Et annet eksempel er når Helfo bestemmes hvilke diagnoser og behandlingstilbud som utløser refusjon og derfor skal benyttes av helsepersonellet.

Faglig-/profesjonslogikk

En profesjonslogikk tilsier at yrkesprofesjonen selv har posisjon til å kontrollere arbeidet gjennom bruk av sin autoritet og skjønn. Underforstått, innenfor den faglige logikken er profesjonsidentitet essensielt. De er ikke under kontroll av kunder, byråkrati eller annen form for ledelse. Profesjoner har en kjerne som definerer hvem man er og hva slags yrkesutøver man er (Matlary, 2008). Den faglige logikk omfatter profesjonsledelse, også kalt faglig ledelse, hvor ledelsen er forankret i en faglig bakgrunn eller profesjon. Utdannelsen og den grunnleggende fagkunnskapen som lederne besitter skaper grunnlaget for hvordan ledelse gjennomføres (Berg, 2015). De sterkeste faglige personene er gjerne de som siles ut til ledere i slike profesjonsledede organisasjoner (Byrkjeflot, 1997). For eksempel innenfor den medisinske profesjonen, er lederne ofte overleger med gode kliniske ferdigheter og høy sosial status i det medisinske hierarkiet. Disse lederne har dermed det faglige ansvaret i organisasjonen, i tillegg til personalansvar (Berg, 2015). Profesjonen og kunnskapen gir makt og bemyndigelse til å lede. Selve faget og fagkunnskapene bestemmer prioriteringer og avgjørelser av administrativ natur. Profesjonens normer for arbeidsutførelse, etikk og kvalitet bestemmer hvordan arbeidet gjennomføres (Freidson, 2001, s.81). Freidson teori hevder at det er her innovasjon og kreativitet kan oppstå (Freidson, 2001, s. 24). Innenfor profesjonslogikken er arbeidet i seg selv meningsbærende gjennom blant annet utøvelsen av egen kunnskap og møte med kundene. I klinikken vil det være meningsfylt for en terapeut å bruke sin kunnskap for å hjelpe andre mennesker. I denne logikken er arbeidet i seg selv motiverende og arbeidet er mer enn kun en jobb (Freidson, 2001, s. 108-109). Kunnskapen som profesjonsutøver er tilegnet med formell utdanning (Freidson, 2001, s. 35) og opparbeidet kunnskap er for kompleks til å kunne forstås spontant og læres raskt av hvem som helst (Freidson, 2001, s.121). Denne logikken gjenspeiles i helsepersonelloven som stiller krav til lisens/autorisasjon som helsepersonell og denne oppnås kun ved gjennomført utdanning innenfor den respektive helseprofesjon (Helsepersonelloven § 3). Profesjonslogikken har flere regulerende elementer. For helsepersonell er for eksempel helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven viktig. Medisinernes logikk formes tidlig. Studiestedene som gir autorisasjon, er godkjent etter strenge kriterier (Abernethy, 1996; Boxenbaum & Jonsson, 2008; Nyland & Pettersen, 2004). Det er derfor naturlig å tenke at fysioterapeutenes og kiropraktorenes logikk også formes tidlig. Dette skaper relativt homogene fagprofesjoner med etablerte faglogikker som følger dem ut sine profesjonelle praksiser.

I landskapet som er denne oppgavens interessefelt møtes markedslogikken og terapeutenes faglogikk. Den helsefaglige logikken til terapeutene tilsier at de ønsker å behandle pasienter etter faglige standarder og ikke økonomiske kriterier. Pasienten og oppfølgingen av denne skal være i fokus. Markedslogikken til forsikringsselskapene vil på den andre siden la økonomien styre mulighetene pasienten får. Disse to logikkene vil dermed stå i direkte kontrast til hverandre. Flere studier undersøker hvordan deltakere innenfor et felt reagerer og responderer på ulike institusjonelle logikker (Olsen og Solstad, 2017). En respons er ignoranse. Den oppstår gjerne på bakgrunn av manglende informasjon og kunnskap om den spesifikke logikken. En annen respons er at man uforbeholdent aksepterer de verdier, normer og praksiser som er forbundet med logikken (Olsen og Solstad, 2017). En tredje respons er avvisningen av logikken. Som ofte forklares med at det finnes en vedvarende uenighet med verdiene, normene og praksisene som er knyttet opp mot logikken (Olsen og Solstad, 2017). En fjerde respons er seksjonering (Pache og Santos, 2013). Seksjonering betyr at man tilpasser seg de ulike logikkene over tid. Man forsøker dermed å samhandle med de ulike konkurrerende logikkene. Når verdier, normer og praksiser fra de ulike logikkene blandes sammen kan det oppstå en tilstand av kombinasjon mellom logikkene. Kombinasjon hender ved at man selektivt kobler sammen elementer fra de ulike logikkene eller ved at man faktisk lager en ny logikk (Pache og Santos, 2013). Flere konkurrerende logikker må ikke skape en intens kamp. En logikk kan dominere en annen. Den dominerte logikken kan bli skjøvet ut i periferien og ha liten makt. Spillereglene formes av institusjonelle logikker og bestemmer hvor makten ligger (Jackall et al, referert i Thornton & Ocasio, (2008). En dominerende logikk gir makt til dens utøvere. I tillegg, viser empiriske studier at institusjonelle logikker styrer oppmerksomheten mot problemer og løsninger som sammenfaller med den dominerende logikken (Thornton & Ocasio, 2008).

KAPITTEL 4 PRESENTASJON AV FUNN

4.1 Transkribering og presentasjon

De kvalitative intervjuene ble transkribert av forfatteren og de er gjengitt ordrett i transkribert format. Disse transkriberingen utgjorde grunnlaget for analysen av resultatene. Transkriberingene ble grundig gjennomgått for å identifisere relevante temaer som kunne belyse ulike forhold knyttet opp oppgavens tema og problemstilling. Det ble utarbeidet skriftlige temaoversikter hvor sitater fra informantene ble gruppert i de respektive aktuelle temaene. Spørsmålene som var utgangspunktet for informantens informasjon, ble tatt med i temaoversikten. Tydeliggjøring av spørsmål og markering av hvor sitatet ble hentet fra, kan redusere faren for at resultatene ble tatt ut av sin sammenheng og misforstått.

Resultatene blir presentert under ulike temaoverskrifter med mål om å tydeliggjøre for leser hva som er fokus for kommende underkapittel. Resultatene og variasjon i resultatene vil når det forekommer i materialet. Resultatene presenteres oppsummert, men vil underbygges ved bruk av sitater fra informantene. Nøling, pauser og gjentakelser er tatt ut av teksten jf Hjerm & Lindgren (2011). Dette gjør sitatene mer leservennlige. Det er blitt kontinuerlig kontrollert for hvilket spørsmål informanten har svart på slik at sitatene ikke ble tatt ut av sin reelle sammenheng.

4.2 Kvalitativ analyseteknikk

Datamateriale undergikk en sortering, strukturering og reduksjon for å lette tilgangen for lesere av oppgaven til det innsamlede informasjonen (Tjora, 2012). Denne øvelsen av datamateriale muliggjør for lesere å få ny kunnskap om temaet uten å selv lese alle rådataene (Tjora, 2012)

Datamaterialet er strukturert etter problemstillingens 3 hoveddeler. Første del omhandler terapeutens mål og visjoner. Andre del fokuserer på praksiser og logikk. Den tredje delen følger opp nåtid og fremtid. Deretter identifiserte og klassifiserte jeg temaer under hver problemstilling. Sorteringen og systematiseringen av intervjumaterialet fungerte som et analytisk verktøy. Det skapte en ryddig logisk struktur som ga innhold til oppgavens problemstillinger. Videre skapte denne fremgangsmåten distanse mellom materialet og meg ettersom jeg fokuserte på å klassifisere på best mulig måte.

4.3 Validitet og reliabilitet

Validitet forteller hvilken grad en kan trekke gyldige slutning om det som ønskes undersøkt (Dahlum, 2018). Denne oppgaven har begrenset utvalg og tidsramme og dette reduserer validiteten.

Det generelle inntrykket fra intervjuene er at informantene har vært åpne, oppriktige, troverdige og ærlige når de har svart på spørsmålene. Begrensninger knyttet til funnene oppstår når det bare er intervjuet en side av temaet. Intervju av forsikringsselskapene sine medarbeidere innenfor dette fagområdet kunne ha bidratt til et mer nyansert og utvidet bilde av temaet som er gjenstand for undersøkelsen.

Undersøkelsen har ikke et normativt fokus, men undersøkelsen tydeliggjør forhold som kan gi grunnlag for fortolkning ut fra et mer normativt perspektiv. For eksempel kan ordskifte rundt om forsikringsselskapene styring ved bruk av behandlingssikringene skape grunnlag for svært ulik

fortolkning av undersøkelsens resultater. Funnene er presentert med fokus på å holde muligheten for andre fortolkninger.

Metodevalg er begrunnet med oppgavens målsetning om økt forståelse og dybdekunnskap knyttet til fenomenet som undersøkes. Formålet har ikke vært å avdekke forhold som kan beskrive en større og mer generell virkelighet, men fremskaffe kunnskap om sider ved et fenomen som kan danne grunnlag for videre forskning og refleksjon. Denne bakgrunnen og et begrenset antall informanter gjør at funnene ikke er overførbare til andre kontekster. Det finnes dermed klare begrensninger og funnene egner seg ikke for generalisering.

4.4 Forske i bransje

Å forske i egen bransje har noen forskningsetiske problemstillinger (Repstad, 2007). Egen tilknytning til bransjen betyr i denne situasjonen at jeg har samme rolle som informantene. Dette kan ha påvirket hvordan resultatene hentes inn, fortolkes, presenteres og diskuteres. På den andre siden, bransjerelatert kollegialt bekjentskap kan bidra til å styrke validiteten gjennom at informantene tillater seg større grad av åpenhet relatert til oppgavens tema (Repstad, 2007). Undertegnede sin kjennskap og erfaring til oppgavens tema kan ha styrket forståelsen for det som har blitt undersøkt og redusert muligheten for misforståelser og feilslutninger (Ry Nielsen & Repstad 2004). Det kan legges til at det har blitt tydeliggjort for informantene at de ikke må føle seg presset til deltakelse i undersøkelsen. Spesielt viktig er dette å presisere for informanter som har en relasjon til undertegnede. Det er forsøkt å tilstrebe redelighet i funnenes presentasjon mtp reliabilitet.

4.5 Informasjon om informant

De åtte informantene var utdannet enten i fysioterapi eller kiropraktikk. Fysioterapeutene var utdannet i Norge, Danmark og Nederland. 5 av informantene var kiropraktorer utdannet i England (4) eller USA (1). Yrkeserfaring spredte seg fra 4 til 26 år i klinisk praksis. Alle hadde en type lederstilling enten som eier, daglig leder, styremedlem, styreleder eller andre ansvarsområdet utover egen klinisk praksis ved klinikken de praktiserte. Alle brukte overvekt av tiden med pasienter, men i tillegg ulik grad av tilhørende administrative oppgaver. De som brukte mest tid på det siste uttalte at de brukte opp mot 30% av arbeidstiden på administrative oppgaver. Tre informanter hadde back-office som tok seg av mesteparten av de administrative oppgavene. Alle informantene hadde pasienter med behandlingsforsikring i sin praksis, men andelen varierte fra 10 - 30%.

4.6 Mål og visjon

Her ble informantene spurt om egne og klinikkens mål og visjoner. Alle informantene hadde mål for sin egen og klinikkens sin praksis. Målene var både faglig forankret i form av identifisere aktuelle fagområder av interesse som det skulle fokuseres på fremover, samt faglig kompetanseheving og utvikling.

“Finne ut hva jeg synes er artig, prøver ulike ting, idrettsmedisin, ultralyd, svimmelhet her på klinikken, finne ut hva jeg synes er gøy. kortsiktig: hvor bra praksis jeg kan få, det har gått bedre og bedre i 2022”

“Prøver å være den beste terapeuten i området. får man et godt rykte får man kunder via kunder. Men man får nesten aldri (konkrete) tilbakemeldinger fra kunder. Det går greit, men det er det meste man får. Er det negativt så stiller man ikke opp (på neste konsultasjon). Hvis du virkelig har gjort det bra så kommer datter og mor, venner og hele slekten”

“For egne mål, topp 3 til 5 valg i området, når det gjelder visjon for klinikken. Så går det med på at man skal glede seg til å gå på jobb. Det skal være et bra sted, skal ha det fint på jobb. Liker godt å jobbe med idrett og idrettsskader, men ønsker ikke å jobbe fulltid med det. Det tar med tid, også administrasjonstid. Og tar mer tid fordi sakene er mer komplekse. Krever også mer involvering av andre parter for å gjøre den jobben bra. Tidligere jobbet 100% med idrett”

Faglig interesse gjennom å utforske eget fag og bli den “beste” på sitt fag følger gjerne med utdannelsen og praktiseringen av en helseprofesjon. Det er en forventning og tradisjon om kontinuerlig faglig utvikling. Handlingen har også en verdi i form av det viser interesse for faget og pasienten sitt ve og vel. Men å drive klinikk handler ikke ene og alene om fag og pasienter. Alle hadde også et tydelig fokus på administrative oppgaver, det økonomiske ved sin egen praksis og klinikkens praksis i form av styrke økonomisk stabilitet eller øke omsetningen og ha økonomisk vekst. Så markedslogikken er også sterkt tilstedeværende hos terapeuter i private helseklinikker.

“Mål og visjon er at vi har nok folk slik at vi har en stabilitet på de rommene som er slik at det går greit, at miste vi en så går det greit. På sikt, jobbe normalt, men mer administrasjon og noe mindre klinisk med pasienter”

“Hårete mål, 10 år, langsiktig, ledende tverrfaglig klinikken er i ...området...I, den klinikken folk oppsøker, også kortsiktig, økt omsetning, alle terapeuter har nok å gjøre, økende pasientpågang, få inn

en fysioterapeut til og en kiropraktor til er mål for klinikken, vokse sakte, men sikkert, jeg startet alene, så klinikken har vokst, nå er vi 1 fysioterapeut i 60% stilling og 1 massør i 60% stilling, så en fysioterapeut og en kiropraktor til hadde vært målet"

Informantene hadde også fokus på arbeidsmiljø enten i form av kollegialt felleskap eller arbeidsmiljøet på klinikken. Dette er nok viktig av minst to grunner. En, mennesker er sosiale vesener med behov for å være med andre mennesker. To, det gir en ekstra arena for faglig diskurs og utvikling.

"Trives med å jobbe med andre, både faglig og i pausen og personlig. Jobbet både alene og med flere og trives med å jobbe med kollegaer"

"Jeg har ansvar for det sosiale. Frisbee-golf, brettspill (for eksempel risk-kveld) og by-turer av og til"

Det var også et fokus på en god balanse mellom praksis og fritid, endring av egen arbeidssituasjon som for eksempel fra helsepersonell med lederansvar til helsepersonell med eierinteresser eller anskaffe seg en kommunalavtale om tilskudd som fysioterapeut.

"Arbeidshverdag som er forenlig med et familieliv. det er det langsiktige målet. Privat (dvs være privatpraktiserende fysioterapeut uten kommunal driftsavtale, red. anm.) går det veldig opp eller ned. Negative med privat, veldig ustabil, fordelene er at man kan tilpasse uke for uke"

"Langsiktig få til et partnerskap...på klinikken... og komme seg inn der, vet ikke helt om å starte opp flere klinikker, men gjerne være en del av noe mer lukrativ"

Informantene var også aktivt involvert i hvordan de skulle nå målene.

"Fokuserer på pasienten foran meg. Har jeg 40 minutter til rådighet for en oppsatt 30 min konsultasjon så bruker jeg de 40 minuttene så pasienten blir fornøyd. Selv om jeg har en dag med få pasienter så er jeg opptatt hele dagen"

"Spør hver enkelt pasient om de kan kommentere på facebook eller google, helst google. Hive ut flere vi har flyere med informasjon om drop-in timer rundt omkring i nærrområdene. Og om vi kan sette opp flyer hvor mange kan se det"

“Ja, jobber med det hver dag. Prøver å gjøre en god jobb i hvert enkelt tilfelle. Det er den daglige biten, så er det faglig oppdatering, kursing, ja, nettverk”

4.7 Praksiser og logikker

I denne delen av intervjuet ble informantene spurt blant annet om forskjellene mellom sin egen og forsikringsselskapene sin praksis og sin egen opplevelsen av å behandle pasienter med behandlingsforsikring. De fleste av informantene var enige om at vilkårene til forsikringsselskapene for å gjennomføre et pasientforløp var styrende, begrensende og potensielt kunne redusere kvaliteten på behandlingen. Det blir tydelig som eksemplifisert under at det skapes spenning mellom terapeutene behov og ønske om fagfokuset fagutøvelse og forsikringsselskapenes byråkratiske markedslogikk.

“Vi jobber for pasienten selv om forsikringsselskapet betaler for behandlingene, hvis forsikringsselskapene skal jobbe med helse bør det stå med store bokstaver at pasienten går først”

“Forsikringsselskapene presser pris mest mulig. Styring av antall behandlinger i snitt. Blir litt feil ettersom det er veldig individuelt hva man trenger av behandlinger og etikken rundt det er en egen greie. Man blir styrt mye mer. Og ikke minst bruker mye tid på administrasjon”

“Forsikringen bestemmer vår pris og det er uheldig. Kvaliteten blir dårligere, du får dårligere betalt for samme jobben, så ubevisst at du gir en dårligere service. I tillegg så tar de vekk behandlinger, får bare 4-5 behandlinger, og det er jo først da du klarer å skape et moment, en ting er riktig i teorien, komme i gang med trening, hvile god søvn og mat, så er det jo veldig lite overførbart i praksis, fordi pasienten er ikke tilgjengelig til å motta det i praksis. det går ikke på 6 behandlinger, skal du ha sjans til å snu et langvarig smerteforløp hos noen så må du ha tid og hvis du har et tilskudd så får du en relasjon over tid og kan se endring over tid et år eller to og denne sjansen burde alle få”

Tilstedeværelsen av forsikringsselskaper i denne helsesektoren var en kilde til frustrasjon.

Terapeutene erfarte at forsikringsbransjen påvirket arbeidet i klinikken. Det kan i lys av teorien fortolkes som at forsikringsselskapenes handlemåter, preget av en markedslogikk, påvirket praksis, dvs den faglige logikken i klinikken.

“De presser priser på hver behandling og ønsker færrest mulig behandlinger. Men du ønsker ikke å bare være et plaster på såret som blir større for hver gang. Mange avslutter når forsikringen ikke

dekker mer og ønsker ikke å betale selv og de kommer tilbake når forsikringen dekker nye behandlinger”

“De legger noen begrensninger på nåler og taping”.

Forsikringsselskapene gjennom sin markedslogikk hadde også innvirkning på det tverrfaglige samarbeidet i klinikkene på en negativ måte. Virkemiddelet, ifølge informantene, var redusere bruken av to terapeuter til å behandle en pasient.

“Hvis man er helt ærlig og hvis man spoler x antall år tilbake, så var det å ha fysioterapi og kiropraktikk i forsikring, så var det et godt salgsargument. Og så har vel forsikringsselskapene sett at hvis alle bruker fysioterapi og kiropraktikk i klinikk i løpet av et år, så tjener vi (red anm dvs forsikringsselskapene) ingen penger. ”

Når det gjelder den byråkratiske logikken var det ingen som rapporterte at de hadde dreiet den faglige-baserte klinikk-praksisen sin for å imøtekomme forsikringsselskapene sin tilstedeværelse. Men alle hadde tilpasset sine administrative klinikk-rutiner for å tilfredsstille forsikringsselskapene sine tekniske krav i henhold til rapportering og utbetaling. Og dermed innført økt byråkrati i klinikken sin.

“Vi har systemene som skal til for at det skal gå så smooth som mulig, så vi er rustet for forsikringspasienter, mtp antall bedriftsavtaler vi har, så vi må være litt rustet eller ha ting på plass for å håndtere disse tingene. “

Selv om forsikringsselskapene tilbyr både pasienter og en sikker inntekt, om noe litt forsinket utbetaling, så var den generelle tonen av selvbetalende pasienter uten forsikring var å foretrekke. Underforstått betyr det at det var viktig for informantene at faglig autonomi ikke ble overskygget av markedskreftene til forsikringsselskapene. Men samtidig har konkurransen i helsemarkedet utviklet seg slik at man må akseptere alle pasienter som ønsker en avtale med eller uten behandlingforsikring. Flere informanter følte dermed at de ikke var i en situasjon hvor de kunne avvise pasienter med behandlingforsikring.

“Setter pris på alle pasienter jeg kan få”

Det er nok flere grunner til dette som eksemplifisert videre under. Forsikringsselskapene kan gripe inn i det daglige virke på flere ulike måter gjennom både markedslogikk og byråkratilogikk. Det påvirket for eksempel hvor mange behandlinger/konsultasjoner som ble anbefalt.

“Det er sjelden jeg anbefaler å gå videre etter at de har brukt tilgodesett antall behandlinger, mer fokus på hva de kan gjøre selv videre. Alt spørre forsikringsselskapet om de kan få flere”

Det infiltrerte også innholdet i kommunikasjonen med pasientene. Det indikerer at markedslogikken vinner over faglogikken i enkelte situasjoner.

“Man prøver å åpne opp for så mange behandlinger som mulig. Anbefaler hva jeg tenker på det individuelle og prøver å få mest mulig innenfor behandlingsforsikringen og anbefaler utover dette som også dekkes om nødvendig. Hvis det ikke er mulig tidsmessig eller økonomisk, så kan heller de ta et valg. Litt til, litt til, er ekstremt dårlig, både faglig og ryktemessig. For da kan du bli kjent som han som lurer folk. Viktig med ærlighet og så kan folk ta valget selv”

Forsikringsselskapene kan potensielt gripe inn og sette spørsmålstegn ved behandlingsvalgene som er gjort. Med andre, den byråkratiske logikken benyttes for å støtte opp om markedslogikken, samt underbygge faglogikken og terapeuten sin autonomi.

“Man hører historier om at forsikringsselskapene har sendt epost om hvorfor de har behandlet sånn og sånn og det har ikke jeg fått. Har jo med det at pasienten må kontakte forsikringsselskapet hvis man har overskredet tilgodesett antall behandlinger og nå blir det bare færre og færre behandlinger som pasient. Jeg har fått en pasient som fikk en behandling for å behandle rygg, lurer på hvilken fysioterapeut (hos forsikringsselskapet, red amn) som tenker at det skal gjøres på en behandling”

Annen variant av den byråkratiske logikken var at forsikringsselskapene kunne gripe aktivt inn i behandlingsforløpet og flytte en pasient fra en terapeut til en annen. Dette er problematisk på flere måter. Det underkjenner kompetansen og legitimiteten til terapeuten og klinikken som blir fratatt pasienten. Det forstyrrer også et igangsatt behandlingstiltak som kan forringe prognosen for et godt resultat for pasienten. Det kan også skape usikkerhet hos pasienten når flere terapeuter involveres som ofte kan endre opp med en situasjon med ulike diagnoser og anbefalte behandlingsplaner. Dette kan også påvirke prognosen til et negative for pasienten.

“Jeg har faktisk ikke opplevd på en god stund at pasienter har blitt bedt om å gå til andre klinikker. Men når jeg leser om det så tenker jeg at det er helt latterlig”

Det kompliserte administrasjons og klinikkdrift på grunn av økende antall involverte aktører involvert i en pasient sin behandling ved klinikken (byråkratilogikk). Dette kan bidra til å skape en unødvendig friksjon i klinikkdriften.

“Det er så mange parter involvert, ikke bare pasientsky (journalsystem, red anm) og forsikringsselskapet, men også de som sender ut fakturaen. og så kommer du frem til pasientsky og så er det andre som sender svar tilbake fra Nordic Netcare (mellomhandler, red anm), men der er det forskjell (mellom forsikringsselskapene, red anm)”

Det var også skepsis og frustrasjon knyttet til tredjeparts-selskapenes fremgangsmåte som er fundert på markedslogikken.

“Så har vi tredjeparts-selskaper som nyter godt av dette, som skal spare penger for forsikringsselskapene, mens de tjener penger selv. Det gjør at de er ute og shopper priser, fører statistikk, det gjør at de har et scoringssystem, grønt, gult til rødt lys, er du over 4 i snitt har du rødt”

Faglogikken ble utfordret gjennom begrensninger i antall konsultasjoner som kan være med å forsterke en “quick-fix” tankegang hos pasienten.

“Veldig ofte forventer pasienten resultater her og nå. Men man må gjerne se litt hvordan det går. Av og til må man prøve 3-4 tiltak og hvert tiltak krever x antall behandlinger, det er snøball som ruller sakte”

Den byråkratiske logikken til forsikringsselskapene hadde gjennomgående en reduserende effekt på antall konsultasjoner. Men kunne også gi et ønske og behov fra pasienten om økt antall behandlinger.

“Vi hadde en diskusjon på det faglig høydepunkt. Ulempe at de får dekket noe, da har de ikke noe press på seg, de har 10 behandlinger så da bruker vi de 10 behandlinger, har du en pasient uten behandlingforsikring og sier 10 behandlinger så får de hakeslepp og ønsker å bruke 6 behandlinger”

“Det negative med det er at antall fysioterapeuter, pasienten skal bli fikset av terapeuten og forsikringsselskapet skal betale for det, det skaper passive pasienter. Mer kontroll over

behandlingsforløpet av pasienten fra forsikringsselskapet. Færre kommer tilbake når det må betale selv. Får færre og færre nye pasienter med behandlingsforsikring”

Det skapes økt byråkrati, men samtidig endres også byråkratiet i mengde og innhold over tid

“Kommunikasjon, før måtte man jo sende mer dokumentasjon, men det har det blitt lite av i det siste. Så det blir mindre kommunikasjon mellom oss imellom når man får den betalingsgarantien, i mitt tilfelle.”

Informantene viser også en bekymring for den utviklingen ved markedslogikken får større og større innvirkning på helsesektoren. Forsikringsselskapene har fokus på pris og antall, men dette er ikke nødvendigvis et delt fokus av begge parter.

“Veldig fokus på den økonomiske biten. Min tankegang er få pasienten så god stand at pasienten kan håndtere seg selv. Skal være en støttespiller på veien. ikke så opptatt om det blir 2- 4 - 6 eller 10 behandlinger så lenge det kommer en fremgang. Og gjøre en evaluering etter x antall ganger hvis dette ikke funker”

Informantene savnet mer faglogikk fra forsikringsselskapene ettersom de faktiske utgjorde en tredjepart i pasientens helsesituasjon. Flere av informantene var misfornøyde med forsikringsselskapenes manglende interesse for pasientens helsetilstand og helseplage. Til tross for helsepersonell som portvoktere av behandlingsforsikringene var det minimalt fokus på faglighet, mer på byråkrati- og markedslogikk gjennom pris, aksepterte og godkjente tiltak og antall konsultasjoner.

“Ingen hensyn til type pasient, pasientkasuistikk bryr deg seg ikke om, utrolig mye dumt med forsikring”.

Den økte byråkratiske logikken gjennom økt administrasjon påført av forsikringsselskapene ga ulike utslag for informantene og deres arbeidssted. Noen informanter fikk økt arbeidsmengde selv, mens andre hadde et administrativt back-office som håndterte administrasjonen knyttet til forsikringsselskapene.

“Det krever veldig mye, back-office tar seg av oppgjør og det er, enda mye, finne nummeret sitt, registrere alt riktig, innimellom litt tidkrevende, innimellom tar de feil”

Mens andre terapeuter måtte ta alt det administrative selv og ikke helt uten en viss grad av frustrasjon over ubetalt merarbeid.

“Veldig mye ekstra arbeid i oppfølging, hente inn penger, sjekke at du har fått riktig beløp, og dette får man ikke betalt for å gjøre”

Men alle hadde tilpasset seg en hverdag med forsikringsselskapers involvering i klinisk praksis og hadde infrastruktur tilpasset dette, og en plan for hvordan slike pasienter skulle håndteres både administrativt og klinisk.

Det er gjennomgående tilbakemeldinger fra alle informanter om at avhengighet til forsikringsselskapene eller pasienter med behandlingforsikring ikke står øverst på ønskelisten. De fleste ville avsluttet samarbeidet med forsikringsselskapene hvis det ikke hadde vært nødvendig økonomisk. Her tvinger markedskreftene informanten til at markedslogikken veier tyngre enn egen autonomi og fag-logikk.

Det ble nevnt noen fordeler med behandlingforsikring. Et element var at når pasienten ikke skal betale selv for konsultasjonene så ville dette senke terskelen for å oppsøke hjelp og få raskere hjelp.

“Positivt at de tidligere kommer og oppsøker hjelp enn tidligere, raskere hjelpe som kan gi økt hjelp, raskere bildediagnostikk med mer”

“Både positivt og negativt. Som terapeut har jeg flere pasienter som ønsker behandling, som er villig til å komme til meg. På den negative siden kan det gi signaler om hvordan helsevesenet er. Den evige debatten om, hvis det private går på bekostning av det offentlige kan det være vi får litt USA tendenser og det er det ingen som ønsker. Ikke det private eller offentlige”.

Til tross for at forsikringsselskapene i utgangspunktet tilbyr sikker betaling og økt pasienttilgang mot å følge forsikringsselskapenes vilkår var det mye skepsis til behandlingforsikringer.

“Ja, pasienter som betaler selv er utelukkende veldig motiverte for å skape en endring. De har mye mer fokus på hva vi kan gjøre sammen for å skape en endring. Forsikringspasienter kan være mer fokusert på at jeg (som pasient red amn) har et stort problem og trenger hjelp. Jobben dekker det, og det hadde vært greit å få litt behandling”

“Folk er mer mindre motivert, mer stress å forholde seg til en tredjepart. De 3 første månedene er utgiftene større enn inntektene fordi oppgjøret fra forsikringsselskapene ikke har kommet enda (forsikringsselskapene bruker lang tid på å betale). Ville valgt å ha en praksis uten pasienter med behandlingforsikring. Vanskelig også å holde oversikten om pengene fra forsikringsselskapene faktisk kommer inn”

Selv om motviljen til forsikringsselskapenes involvering i bransjen i stor og man allikevel tar inn pasienter med behandlingssituasjon skyldes nok tilgangen til pasienter generelt.

“Gitt dagens situasjon, så tar man de pasientene man kan få. Men jeg er ikke villig til å kun behandle 3 ganger for å opprettholde god statistikk”.

Det ble rapportert om minimal kommunikasjon mellom forsikringsselskapene. Kun den nødvendige informasjon om pasient og omfanget av pasienten sin forsikring. Minimalt med kommunikasjon utover dette.

“De sørger for at tilgjengeligheten til oss behandlere blir mindre og mindre, kundeservice er krise dårlig, de ber oss sende mail og svarer ikke på mail heller.”

“Mer forskjell på om forsikringsselskapene er veldig service-rettet. Pasientene gir tilbakemeldinger på at det skal vi ordne, andre sier at det gis lite service, kun 3 behandlinger og kun får det man har rettigheter til. Virker som det er en dreining mot mindre service og mer det økonomiske. Strammet inn på pris og følger ikke lengre takstene som klinikken har. “

Markeds- og byråkratilogikk setter også pasientrelasjonen er under press. Pasientene kan ønske seg mest mulig konsultasjoner, mens forsikringsselskapene ønsker å dele ut færrest mulig. Informantene var generelt tydelige på at pasienten var i fokus. Men det hadde også forsikringsselskapet i tankene.

“Har i bakhodet mer nå enn før, hvis pas sier at de har 24 behandlinger nå kan vi bruke alt vi har, så kaster ikke jeg meg på den, da respekterer jeg forsikringsselskapet her.

Selv om de har bedriftsavtale så jobber man for pasienten, har man behandling forsikringen så jobber man fortsatt for pasienten”.

Et problem som ble løftet var at pasienter med langvarig sammensatte plager blir styrt av forsikringsselskapene sine vilkår når de skal velge behandling og helsetjenester.

“En viktigere faktor er behandlingsnittet, forsikringsselskapet vil betale minst mulig, og kompliserte pasienter som trenger lang oppfølging”

Forsikringsselskapene kan også gripe inn å endre en påbegynt pasientbehandling og flyt.

“Jeg har egentlig ikke brydd meg om kravene til forsikringsselskapene og heller sagt hva jeg tenker pasienten trenger. Men de (forsikringsselskapene, red anm) kan gripe inn å henvise til andre terapeuter midt i et behandlingsforløp”

Terapeutene merker også forsikringsselskapene når det gjelder tildeling av konsultasjoner. Forsikringsselskapene er tjent med at minst mulig bruk og det merkes med at de legger også begrensninger i størrelsen på behandlingsoppfølgingen.

“De har begynt med færre og færre behandlinger, før kunne NN gi deg 6 og nå kan de få 1 behandling til å begynne med. De (pasienten) har betalt for å få 6 behandlinger, så de får det jo, men da må jo pasienten ringe de to ganger til”

Pasienter med behandlingforsikring styrer også konteksten på behandlingen ved å påvirke terapeuten på en uheldig måte.

“Ja, det påvirker nok litt underbevisst, at man både, ikke legger en optimal plan, fordi man har begrensninger, og det kan finnes bedre alternativer, tettere oppfølginger etc”

4.8 Fremtiden

Når det gjelder fremtiden er informantene mer usikre og spente på hvordan arbeidshverdagen blir.

“Vanskelig å si. veldig spent på dette. Philip, nei, dette vet jeg faktisk ikke. Yrkesstanden står litt skummelt til. Skulle ønske at det var litt mere tak i sentralstyret og fulgte disse tingene som man ter får og ikke får, og får litt mere til som manuellterapeutene. så jeg er litt spent. men jeg er 61 år som 10 år, så da har jeg 7 år igjen”

Manglende norsk utdanning for kiropraktor blir også fremhevet som et viktig element for utviklingen av profesjonen i fremtiden.

“Håper vi får utdanning, vi trenger det miljøet, kiropraktorer som kan gjøre annet enn å praktisere, vi trenger et stort forskermiljø, de som skal forske trenger en plass å gå, så vi ikke bare blir en haug kiropraktorer som skal gape over alt”

“Det kommer til å bli veldig tøft. det er behov for kiropraktorer i fremtiden, spørsmålet er hvordan det blir. På sikt blir det ikke så viktig hva du er, men hvem du er. Det ser man tendenser til allerede. Mye er nok hva som skjer politisk. Det har vært skandale med utdanning i Norge, så kan nok det være å vippe glasset i vår favør, får en utdanning og blir litt ansett, for det er noe jeg møter fordommer på hele tiden. Bare senest i helgen når jeg var på kurs, så var det en fysioterapeut som spurte om hvorfor du driver du bare og knekker. Møter jo en del fordommer uten at de vet hva du holder på med. og det er jo en utfordring man ser. Ser vi jo litt med forsikringspasientene også. Mange av de forsikrings-casene står det jo fysioterapeut, fordi de mener at fysioterapeut kan behandle dette bedre. Jeg mener at kiropraktor kan være bedre. Vi har lengre utdanning og potensielt flere verktøy å bruke og da har vi et problem”

‘Blir nok bare mer og mer konkurranse, og det blir flere og flere kjeder som etablerer seg. Vi har to andre kiropraktorklinikker...her i området...’

Videre ble det problematisert at nyutdannede ville være mer avhengig av pasienter med behandlingsforsikring og dette ville påvirke deres faglige utvikling.

“Mange nye som kommer er avhengig av forsikringspasienter og for dem er det problematisk. Mange nye er redde for å behandle mer enn 2-3 ganger. snitt behandlinger har gått ned. Men man trenger tid med pasienten for å endre vaner “.

Andre er mer positive og tenker det på mange måter vil bli en positiv utvikling.

“Bransjen har mer mangfold. Bedre kvalitet på det. Ellers i bransjen at det blir tverrfaglig og lettere å kommunisere på tvers av profesjonene, også med legene. Mer åpen for samarbeid og avlaste legene”

“Har du nok makt og penger, så benytter du jo den makten. Hvis jeg hadde fått fulle pasientlister ved å legge ut noe på youtube, så hadde jeg gjort det. Men et større konsern kunne nok gjort det. Diverse tilbud til store bedrifter, finne kunder som kan tenke seg å ha det uten å ha det store behovet”.

De fleste var enig i at det var behandlingsforsikring ville øke i antall og at det fortsatt ville være et behov for helsepersonell med fokus på muskel og skjelettplager.

“Økende antall pasienter med behandlingsforsikring, er ikke det beste det, blir jo mye administrasjon, blir litt mer den greie at man har hver sin spesialisering, best på sitt område og tiltrekker seg pasienter på den måten, gjennom anbefalinger, det vil alltid være bruk for oss kiropraktorer, blir jo mer og mer stillesittende arbeid, mer nok bare mer og mer å gjøre i tiden fremover”

Men også terapeutene hadde tilstedeværelse av markedslogikk gjennom et ønske å få bedre betalt for innsatsen sin.

“Håper de er fornøyde med å ha fått ned prisene, men prisene må jo opp. Det er jo dyrere med det meste. Tenker gjennom betydningen av god service. Merker det med store bedrifter for eks equinor, at hvis det blir mye misnøye der, så må de gjøre tiltak her, tipper de prøver å balansere god service og inntekt.”

“Tenker det, kommer til å bli, hvordan det blir med osteopater og naprapater og hvordan vi står som kiropraktor i dette. Tror ikke det blir store forandringer på 10 år. Hva som skjer med utdanning i Norge osv. Kommer vel også at det kommer flere pasienter med forsikringer. “

Og hva med forsikringsselskapene i fremtiden?

“ja, det er marked for det og derfor kommer det til å bli”

“De vil garantert ha mer av markedsandelen. Flere arbeidsgivere og store bedrifter får behandlingsforsikring. Så vil det bli mer av det”.

“Pasienter med behandlingsforsikring er vel noe som er kommet for å bli, så det er noe må forholde seg til. Tilpasse seg og gjøre en best mulig jobb, så man får en del av det markedet også”

I tabell 5 (under) er hovedelementene til informantene kategorisert etter hvilken institusjonell logikk de faller inn under.

Tabell 5: Inndeling av informantene sine oppfatninger i henhold til institusjonell logikk	
Institusjonell logikk	Oppfatninger delt av informant
Faglogikk	<p>Ønsker å øke kompetansen innenfor faget/faglig oppdatering Bli den beste terapeuten Glede seg til å gå på jobb Kollegium Fokus på pasienten i rommet Nødvendig/adekvat antall behandlinger Type tiltak Ønsker så mange oppfølginger som nødvendig for pasienten sin tilstand Tverrfaglighet IKKE "plaster på såret", akutt-behandling versus forebygging/opprettholdelse Vinkle vekk fra pas med behandlingforsikring Velge bort alle eller enkelte forsikringsselskap Faglig endring: færre konsultasjoner, fokusere på tiltak som pasienten kan gjøre selv Passivisering av pasienten "Quick fix" tankegang Ingen hensyn til kasuistikk Raskere hjelp</p>
Markedslogikk	<p>Pris Fokus på lønnsomhet Forsikringsselskapene sine rammer for tillatt klinisk praksis Begrense antall behandlinger og tiltak Salgsorientert Profitt som hovedmål Tiltak og valg bestemmes av økonomiske hensyn Oppstart av behandling andre årsaker enn medisinsk ("kan jo bruke forsikringen når jeg har den")</p>
Byråkratilogikk	<p>Mindre pasienter, mer administrasjon Mye tid på administrasjon Infrastruktur på plass for håndtering av pasienter med behandlingforsikring Kommunikasjon med en 3. aktør Back-office Portvokter før forsikring (begrense på vegne av forsikring) Ambassadør for pasienten (åpne opp) (byråkrati: kreve sin rett, men også faglighet) Styrt av forsikringsselskapet</p>

KAPITTEL 5 DISKUSJON

Diskusjonene av funnene i analysen vil bli delt inn som tidligere etter oppgavens 3 hovedtemaer: mål og visjoner, praksis logikker og fremtid. De tre delene forsøker å svare på problemstillingen: "Hvordan erfarer fysioterapeuter og kiropraktorer at forsikringsbransjen påvirker deres virke?"

Alle var selvstendig næringsdrivende eller ansatt i eget firma. I tillegg var enkelte eiere av selve firma som hadde klinikk-navnet og leieavtalen med huseier. Men hovedinntekten til alle informantene kom i all hovedsak fra egen praksis og omsetningen som den genererte. Informantene hadde ingen annen bakgrunn eller tidligere yrkeskarriere enn profesjonsstudier og påfølgende yrkeskarriere. Og det er interessant med tanke på utdannelsen sin påvirkning på profesjonsidentiteten og profesjonsutviklingen. Utdannelse er ansett som en viktig del av en profesjon sin profesjonsutvikling. Her spiller også statens rolle inn. Statens rolle kan være viktig for profesjoner ettersom den gir legitimitet ved autorisasjon av helsepersonell, regulerer atferden til profesjonene, kan være en garantist for utdanning, tilgodeser akademisk utdanning og forskning økonomisk og betaler for tjenester utført av for eksempel helsepersonell (Evetts, 2011). Når det gjelder utdanning og statens påvirkning her, skiller kiropraktorene seg fra fysioterapeutene og økonomene. Begge sistnevnte profesjoner har mulighet til å studere i utlandet, men har også flere norske utdanningsmuligheter. Det har ikke kiropraktorene ettersom studiet ikke er etablert i Norge per dags dato. Videre har Burrage and Torstendahl (1990) identifisert 4 aktører i utviklingen til en profesjon. Disse aktørene er praktiserende fagfolkene, brukere, staten og universitetene. I tillegg har Evetts (2011) foreslått en femte aktør: større organisasjoner. Årsaken er at store organisasjoner ansetter flere og flere fagfolk og følgelig former disse fagfolk i sine systemer. Utenfor helsevesenet blir flere og flere bransjer dominert av store firmaer (Muzio og Kirkpatrick, 2011). Dette skjer også innenfor helsevesenet, men denne utviklingen har ikke nådd privatpraktiserende fysioterapeuter eller kiropraktorer i nevneverdig grad enda. Når det gjelder privatpraktiserende fysioterapeuter og kiropraktorer så påvirker større organisasjoner også disse profesjonene, ikke gjennom ansettelse og kulturell kondisjonering i bedriftsorganisasjonen, men gjennom krav og vilkår for samarbeid med forsikringsselskapene.

Denne utviklingen med økende samling av fagpersoner i større organisasjoner er mer gjeldende for fysioterapeuter enn kiropraktorer. Majoriteten av sistnevnte har sitt levebrød som selvstendig næringsdrivende i private klinikker. Men fysioterapi-profesjonen er også eksponert for denne utviklingen ettersom flere med fysioterapeut-utdanning er ansatt i bedrifter av ulik størrelse, samt kommunal og statlig sektor, men det gjelder ikke hele profesjonen. Derimot kan antall kiropraktorer som er ansatt i en større ikke-klinisk organisasjon telles på en hånd. Privatpraktiserende fysioterapeuter med kommunal driftsavtale er ikke direkte påvirket ettersom behovet er større enn tilbudet. De kan dermed fortsette

som før som enkeltmannsforetak som enten alene eller med flere former et kollegialt selskap i mindre private klinikker. Disse kommunale avtalene er begrenset og spredt over hele Norge så det er ikke naturlig å forme store organisasjoner. Derimot er fysioterapeuter som er ansatt i større organisasjoner som for eksempel forsikringsselskaper under påvirkning av denne utviklingen og vil virke inn på deres fagutvikling. Det vil også påvirke privatpraktiserende fysioterapeuter uten kommunal avtale ettersom de i større eller mindre grad er avhengig av pasientene som forsikringsselskapene tilbyr. Det siste gjelder også kiropraktor-profesjonen som også er totalt underlagt markedskreftene i det private helsemarkedet.

Studiens organisasjonsfelt, det private helsemarkedet, vurderes som et åpent system. En grunn er aktørenes behov for eksterne ressurser. Som i dette tilfellet er pasienter ettersom kapitalen følger pasientene. Tanken om at organisasjonsfeltet består av spillere, regler og konkurranse stemmer nok godt for hvordan informantene opplever sin egen situasjon. Alle terapeutene er aktørene med sine etablerte regler og konkurranse mellom terapeutene og klinikkene. Forsikringsselskapene blir enda en aktør som innfører sine regler og endrer konkurransesituasjonen. Felles for alle aktørene både terapeutene og forsikringsselskapene er mål om overlevelse. Forsikringsselskapene blir raskt en betydelig aktør ettersom de besitter mye kapital gjennom sine kunder. Forsikringsselskapene har betydelig makt i fordeling av pasienter til terapeutene som ofte overgår en terapeut sin posisjon i markedet gjennom langvarig eksistens og gjetord.

Det er to fremtredende logikker basert på dataene. Den ene er faglogikk som kan deles i en medisinsk forskningsbasert logikk og i enten en fysioterapilogikk eller kiropraktorlogikk avhengig av underliggende helseprofesjon. Den andre logikken er markedslogikk. Denne logikken favner både de private helseklinikkene og forsikringsselskapene, men i ulik grad. I tillegg er den grad av byråkratilogikk. Både helsepersonell og forsikringsselskaper er underlagt lovregulering. I tillegg pålegger forsikringsselskapene helsepersonell byråkratilogikk gjennom sine vilkår og regler som gjelder når en pasient skal benytte sin forsikringspolise hos en terapeut.

5.1 Mål og visjoner

Under mål og visjoner hadde informantene fokus på faglig vekst og utvikling, godt faglig miljø, økonomisk stabilitet/vekst og markedsføring. De to første momentene faller inn under faglogikken. Det er profesjonsbakgrunnen og yrkets utøvelse som er i fokus. Økonomisk stabilitet og vekst representerer markedslogikken, men det er en interessant balanse mellom faglogikk og markedslogikk for informantene. Hovedfokuset er fag, men samtidig de økonomiske rammene være på plass for å sikre sin egen tilstedeværelse og overlevelse. De økonomiske rammene vil derfor være styrende for videre fagopplæring og fagutøvelse. Markedsføringen gjennomføres på to måter. En, ved å være den "beste

terapeuten” og to, via sosiale medier etc. Gjennom å være den “beste terapeuten” blir faglighet en måte å markedsføre seg på. Faglogikken virker dermed inn på markedslogikken.

5.2 Praksis og logikker

Logikkene sier hva som er akseptabelt og legitimt, samt hvilke normer og verdier som ansees som riktige og viktige. Når flere logikker virker sammen, kan det oppstå spenninger mellom logikkene hvis de er for ulike hverandre. En logikk forklarer hva som skaper en fellesskapsfølelse og samhold innen et organisasjonsfelt. Konflikte og friksjon kan oppstå mellom organisasjonsfelt når ulike logikker kolliderer (Thornton et al, 2012). Det etablerte feltet innen private helseklinikker er basert på en profesjonsorden preget av fag-logikk med varierende grad av markedslogikk som avhenger den individuelle terapeut og klinikk. Det fremvoksende feltet med forsikringsselskaper som deltakende parter i helsemarkedet er dominert av en markedslogikk.

Pris var et aktuelt tema for alle informantene. Privat-praktiserende fysioterapeuter uten kommunal tilskuddsavtale og alle privat-praktiserende kiropraktorer har fri prissetting. Med andre ord, de kan verdsette sin tid og innsats slik de selv ønsker. Denne muligheten har også forsikringsselskapene som også gjennomgående har en lavere verdsettelse på tjenestene til fysioterapeutene og kiropraktorene enn hva faggruppene gjorde selv. Dette skapte et spenningsforhold mellom terapeutene og forsikringsselskapene ettersom terapeutene ikke følte at den økonomiske godtgjørelsen fra forsikringsselskapene ikke var god nok. Her legger markedslogikken press på terapeutene sin autonomi. Samt at det er et element av faglogikk inne bildet ettersom pris representerer en verdsettelse av faget som utføres. Lav pris er dermed en nedrangering av yrkesutøvelsen. Selv om de fleste fysioterapeuter og kiropraktorer er medlem i sine respektive bransje-/fagorganisasjoner så forhandler hver terapeut eller klinikk alene med forsikringsselskapene. Bransje-/fagforeningene kan påvirke de ulike nivåene i helsesystemet og helsemarkedet og dermed være delaktig i både prisutvikling og andre aspekter av profesjonsutviklingen. Men i situasjonen med forsikringsselskapene har forbundene til begge profesjonene valgt å ha minimal involvering av hensyn til konkurranselovgivningen om prissamarbeid. Dermed blir forsikringsselskapenes inntog i helsemarkedet en situasjon mellom den enkelt terapeut og/eller klinikk og de ulike forsikringsselskapene.

Autonomi og kontroll var viktig for alle informantene. For terapeutene gjelder det å ha faglig frihet til å bestemme hva som diagnostiseres, prioriteres og behandlinger. Tilnærming til pasienter baserer seg ofte på et ønske om å tilby hver enkelt pasient et skreddersydd og individuelt tilpasset opplegg. Med forsikringsselskapene som deltaker i pasientoppfølgingen blir det et spørsmål om hvem som skal kontrollere hvem pasienten skal få oppsøke, hvor mange konsultasjoner pasienten skal få, hva slags

tiltak som kan benyttes og pris/verdsettelse som nevnt over. Det kan nevnes at informantene er selvstendig næringsdrivende med minimal erfaring med å jobbe som ansatt i en organisasjon med arbeidsoppgaver gitt av en overordnet. Informantene problematiserte at forsikringsselskapene var involvert i utvelgelsen av hvilken terapeut som skulle benyttes for pasienter som ønsket å benytte seg av behandlingsforsikringen. I utgangspunktet har pasienten fritt valg, men oppfatningen til informantene var at forsikringsselskapene forsøkte å overprøve dette gjentatte ganger. Oppfatningen var at utvelgelse av terapeuter på denne måten kunne være både uetisk og uheldig for pasienten. Det har også økonomisk innvirkning for terapeuten. I tillegg bestemte forsikringsselskapene hvor mange konsultasjoner som var ønskelig å benytte på hver tilstand og pasient. Pasienten kan velge å fortsette med behandling etter at forsikringsselskapet ikke dekker behandlingsutgiftene, men oppfatningen var at det var vanskelig å konvertere en pasient med behandlingsforsikring til å bli en selvbetalende pasient. En informant innrettet seg også etter antallet som var blitt gitt av forsikringsselskapet og tilpasset behandling og oppfølging til det gitte antallet. Her bestemmer ønske om profitt innenfor markedslogikken hva som skal skje pasienten på flere områder og dermed dominerer over faglogikken. Terapeutenes autonomi var også truet av forsikringsselskapene sine rangeringssystemer. Terapeutene ble rangert på blant annet kostnad per konsultasjon, antall konsultasjoner og pasienttilfredstillelse. Men oppfatningen var at hovedfokuset var på antall konsultasjoner og takst per konsultasjon. Informantene følte at utvelgelse basert på hovedsakelige kvantitative statistikker ikke nødvendigvis sier så mye om kvaliteten og riktigheten av tiltakene som blir igangsatt og fullført. De savnet en kvalitativ faglighetsfaktor i klassifiseringen. Ulikheten oppstår fordi forsikringsselskapene definerer terapeut-pasient-forholdet gjennom "targets and performance" indikatorer. Dermed erstattes og reguleres kontrollen terapeut-pasient-forholdet og begrenser skjønnsutøvelsen og behandlingsetikken til terapeutene (Evetts, 2011). Reed (2007) har teoretisert en situasjon der de store organisasjonene, i denne konteksten gjennom forsikringsselskapene, utfordrer og truer profesjonens autonomi og hvordan dette kan påvirke utviklingen av profesjonen. Fagfolkene, dvs fysioterapeutene og kiropraktorer i dette tilfellet, blir passive ofre som er relativt maktesløse mot økt regulering, økt byråkrati, transparens og ansvarlighet. Dette kan medføre proletarisering og deprofesjonalisering av profesjonen (Reed, 2007). Men managementarialisering gjennom kvalitetskontroll, revisjon, målsetting og ytelsesgjennomgang kan skape en endring i synet på profesjonsutviklingen (Evetts, 2011). Management blir ofte brukt til å kontrollere og noen ganger begrense fagutfoldelsen til fagfolk i en organisasjon. Men management kan også bli brukt av fagfolk og organisasjoner selv som en strategi for å fremme karriere og øke status og respekten til en profesjon (Muzio og Kirkpatrick, 2011; Noordegraaf, 2001).

Økt byråkrati og administrasjon var en fellesnevner i alle intervjuene. Denne innsatsen ble ikke økonomisk tilgodesett og ble sett på som et unødvendig onde. Det ble mer kommunikasjon med en

tredjepart som både kunne involvere et forsikringsselskap, samt et mellom-ledd, i tillegg til pasienten. Kommunikasjonen med pasienten ble komplisert i de tilfellene det var et avvik mellom det ideelle behandlingsopplegget og hva som ble dekket av forsikringsselskapet til behandling. Det ble også merkostnader i form av å tilpasse infrastruktur og rutiner etter forsikringsselskapene sine ønsker. Benyttelse av forsikringsselskapene sin infrastruktur og digitale plattformer er helt nødvendig for å bli godtatt som en terapeut som kan ta imot pasienter med behandlingsforsikring og kunne fakturere for dette. Dette er også løsninger som koster ekstra for terapeuten/klinikken ettersom journal-systemene tar betalt for den digitale koblingen mellom journalsystemet og forsikringsselskapene sine systemer. Dette ble ikke løftet opp som et tema av informantene under intervjuene. Men i lys av institusjonell teori, kan man si at institusjonalisering er oppnådd når et element har fått en type regel-status eller blitt tatt for gitt (Greenwood et al, 2008). Begge deler har skjedd for informantene sine praksiser og klinikker. Økt byråkrati på grunn av en tredjepart skaper også en ny rolle for fysioterapeuter og kiropraktorer. De blir nå portvoktere for forsikringsselskapene sine vilkår og rettigheter, som for eksempel hvilket problem som kan behandles og hvor mange ganger det kan behandles, ovenfor pasientene. På den andre siden så forventer pasientene at terapeutene skal være deres ambassadør som "taler deres sak" mot resten av helsevesenet, inkludert forsikringsselskapene, med tanke på videre diagnostikk eller andre behandlingstilbud.

Endring i verdsettelse, autonomi og byråkrati for informantene ble oppfattet å kunne gi opphav til flere negative konsekvenser. Den faglige standarden svekkes på flere måter. En, terapeuten får mindre betalt enn ønsket som igjen bevisst eller underbevisst senke kvaliteten på gitt behandling. To, nyutdannede terapeuter uten erfaring som ønsker å bygge praksis begrenser dermed sine muligheter for å lære, prøve å feile og å se pasienter over tid pga begrenset antall tilgodesette konsultasjoner. Tre, arbeidstilfredsheten kan gå ned pga økt administrasjon og lavere lønn enn ønskelig. Markedslogikken trumfer dermed faglogikken svekker den faglige kvaliteten og standarden. Markedslogikken opplever også her en indre kamp og motsetning. Forsikringsselskapene sin markedslogikk er å holde utgiftene nede, mens klinikkenes markedslogikk er å tjene mest mulig på hver pasient.

Systemet med behandlingsforsikring påvirket også pasient-rollen. Informantene trakk frem at behandlingsforsikring ga mulighet til rask diagnostikk og behandling, men var også bekymret for hvordan det påvirket pasienten negativt. Det kunne skape passivitet, redusert motivasjon for bedring og redusere ansvar for egen helse. Effekten av markedslogikken påvirker her også direkte inn i elementer av faglogikken på en negativ måte.

Det fremvoksende feltet kan også øke profesjonsidentiteten til den dominerende faglogikken på det etablerte feltet. Det kan øke fellesskapsfølelse mellom terapeutene på grunn av felles opposisjon mot forsikringsselskapene. Opposisjonen stammer fra både filosofiske uoverensstemmelser mellom terapeutene og forsikringsselskapene, økende dominans fra markedslogikken på kostnad av faglogikken og utfordring av autonomien som sier at man ikke ønsker å bli diktert av en tredjepart.

5.3 Fremtiden

Stemningen for fremtiden var delt. En del informanter var usikre på fremtiden og med frykt for økt konkurranse, profesjonskamp og kjededannelse. Kiropraktorene ønsket seg en norsk kiropraktor-utdannelse og tilhørende fag- og forskningsmiljø og følte at mye står og faller på hva som skjer her. Alle hadde en oppfatning at behandlingsforsikringer var kommet for å bli og at antallet ville øke i tiden fremover. Behandlingsforsikring sin påvirkning på fagutviklingen til ny-utdannede terapeuter ble også problematisert. Andre var mer positivt innstilt og håpet på mer bransjemangfold og økt kompetanse, samt økt tverrfaglighet mellom profesjonene. Fremtidsfrykt blir fremtredende når markedslogikken får dominere. Når faglogikken med fokus utdannelse, kompetanseheving og bransjemangfold får økt plass blir fremtidsutsiktene lysere.

Dagens kontekst med ulike logikker som påvirker det daglige virke kan trigge ulike responser hos terapeutene. Responsene kan være alt fra ignoranse via aksept til uttalt motstand og protest. En type respons til konkurrerende logikker kan være ignoranse ut fra manglende informasjon om logikken. Basert på informantenes oppfatninger er det lite som tyder på at det er tilfelle i denne studien. Avvisning av logikken ved at man er uenig med praksiser er en annen type respons. For kiropraktorer generelt, ikke de spurte informantene, er det ca 20% som ikke har avtale med forsikringsselskapene og dermed mest sannsynlig gjort en bevisst avvisning. Når det gjelder informantene var de stort sett uenig i mye av markedslogikken til forsikringsselskapene, men valgte allikevel å gå inn i et avtaleforhold med forsikringsselskapene. Mest sannsynlig for å kunne ta imot pasienter som ønsket behandling ved klinikken via en behandlingsforsikring. Så avvisningen var mer intellektuell enn konkret i form av handling. Rent kontraktmessig har man dermed akseptert de verdier, normer og praksiser som følger markedslogikken til forsikringsselskapene (aksepterende respons). Seksjonering, som er et forsøk på å samhandle ulike logikker, er også en mulig respons til ulike logikker (Pache og Santos, 2013). Strategien til terapeutene for håndtering av spenningsforholdet har vært todelt. En informant tilpasset behandlingsopplegget til rammene angitt av behandlingsforsikringen. Mens andre informanter skilte ikke mellom selv-betalende pasienter og pasienter med behandlingsforsikring angående selve behandlingsopplegget, men heller informerte om hvor mye som kunne ble dekket av det anbefalte behandlingsopplegget av forsikringsselskapet. Ved en tilpasning av behandlingsopplegget til

forsikringsselskapene sine rammer har det skjedd en fullstendig aksept til logikken. Men den andre adferden er et forsøk på å balanse faglogikken med markedslagikken og er dermed en form for seksjonering. Man danner en blandingslogikk som kanskje over tid utvikler seg til en ny form for logikk.

En eventuell respons i form av motstand mot en logikk kan ta ulike former. Fra åpen høylytt protest til skjult og muligens ubevisst unngåelse (Andersen, 2008). Motstand uttrykker at individet motstår presset mot å jobbe med flere logikker for å benytte kun en logikk til å styre handlingene sine (Canhilal et al, 2016). Fagpersoner vil gjerne yte motstand når noe utfordrer deres primære logikk og særlig når det gjelder kjerneoppgaver (Canhilal et al, 2016; Anderson 2008). Informantene viste flere tegn på motstand i større eller mindre grad. I mindre grad var deling av misnøye på ulike sosiale-digitale bransjeforum. Andre hadde løftet problemstillingen opp mot foreningene for fysioterapeuter og kiropraktorer. Enkelte informantene hadde kuttet ut samarbeid med enkelte av forsikringsselskapene pga vilkårene. Men statistikken viser at 80% av alle kiropraktorer har avtaler med en eller flere forsikringsselskaper og det er dermed kun en femtedel som ikke har inngått noen avtaler. Ingen av informantene hadde prøvd å få til en dialog med forsikringsselskapene eller hadde noen forhåpninger om at det kunne nytte.

Selv om informantene ytret og demonstrerte en viss motstand mot forsikringsselskapene så var den generelle tonen mer aksept gjennom typen «Playing the game» (Alvesson and Spicer, 2016). "Playing the game" er verken motstand eller følge reglene, men en mellomting. Man følger kravene, men hadde ingen problemer med å informere pasienten om at antallet behandlinger gitt for en diagnose ikke var nok til korrekt mengde behandling. Dette er en måte å undergrave nytten av forsikringspolisen. Denne type aksepterende holdningen har dermed bidratt til institusjonaliseringen av behandlingsforsikring. Denne tilvenningen kan tyde på en endring innenfor den faglige logikken. En av informantene uttrykte overraskelse over hvor lite reell motstand behandlingsforsikring fikk til tross for høylytt misnøye og forsøk på boikott i sosiale medier. Over tid kan kanskje vilkårene og rangeringsystemene til forsikringsselskapene skape en dreining mot økt kvantitativ tenkning i faglogikken. Det at vilkårene og rangeringsystemene henger tett sammen med en økonomisk belønning bidrar nok også til institusjonaliseringen. Selv om det er tendenser til motstand mot behandlingsforsikringer så er det sannsynlig basert på informantenes oppfatninger en utvikling mot isomorfisme av terapeutene og klinikkene hvor behandlingsforsikring blir en naturlig del av praksisen. Motivasjonen er nok som litteraturen teoretiserer overlevelse og legitimitet (Eriksson-Zetterquist et al, 2014; Meyer og Rowan, 1977). Det fremstår på bakgrunn av den kontekstuelle utvikling og informantenes oppfatninger at alle tre typer av isomorfisme er til stede og påvirker utviklingen (DiMaggio og Powell, 1983). Implementering

av forsikringselskapene som deltaker i pasientoppfølgingen fremstår ikke som ønsket eller villet utvikling av terapeutene. Det fremstår heller som at de store forsikringselskapene benytter sin makt og posisjon til å innlemme terapeutene og klinikkene i sitt system med kapital som incentiv (tvingende isomorfisme). Imiterende isomorfisme oppstår fordi de fleste klinikkene (80%) har forsikringsavtale og det blir dermed naturlig "å følge flokken" og bli en del av klinikkene som forsikringselskapene anbefaler sine kunder. Normativ isomorfisme blir et resultat av sosiale nettverk og kommunikasjon mellom terapeutene. I tillegg så vil nok eksistensen til behandlingsforsikring over tid legitimere den som en "korrekt" del av kundebasen til en privat helseklinikk.

Størsteparten (80%) av terapeutene har en eller flere avtaler med forsikringselskapene.

Informantene rapporterte at pasienter med behandlingsforsikring utgjorde 10-30% av konsultasjonen og ettersom forsikringselskapene så vil det ikke for alle informantene og terapeuter generelt være utslagsgivende økonomisk om man kan ta imot pasienter med behandlingsforsikring. Økonomi alene kan dermed ikke forklare hvorfor så mange terapeuter har avtale med forsikringselskapene. Fullstendig akseptert eller foretar seksjonering av forsikringselskapenes tilstedeværelse i klinikken. Dette, samt den internaliseringen som skjer stammer nok fra de samme grunnene. Det er et grep for å sikre overlevelse. Tidlig deltakelse nå for å sikre deltakelse hvis dette vokser i et omfang som umuliggjør å opprettholde en praksis uten pasienter med behandlingsforsikring. Det skaper legitimitet overfor pasientene at terapeuten har avtale med forsikringselskapene. Terapeutene hermer etter hverandre med å ha avtaler med forsikringselskapene.

5.4 Idealtyper av institusjonelle logikker

Organisasjoner kan inneholde flere logikker som er i et spenningsforhold til hverandre (Kraatz og Block, 2008). Videre hevdes det at institusjonelle logikker styrer adferden til aktørene i organisasjonen (Scott, 2014). For terapeutene vil dermed både faglogikken og markedslogikken drive adferden deres. Men selv om det er et potensielt spenningsforhold, så kan ulike logikker sameksistere (Amans et al, 2015). I artikkelen: Institutional logics av Thornton og Ocasio (2012) illustrerer med tabell likheter og ulikheter i ulike bransjer i henhold til institusjonell logikk. Basert på kjent informasjon og informantenes data kan man sette opp følgende modell for å klassifisere likheter og ulikheter mellom helsepersonell og forsikringselskap.

Tabell 6: Idealtyper av institusjonelle logikker (privat helseklinikk vs forsikringselskap)		
Economic system (økonomisk system)	Enkeltpersonforetak, selvstendig næringsdrivende	Markedskapitalisme
Source of identity (identitet)	Fysioterapeut/kiropraktor som helseprofesjon	Forsikring som business virksomhet
Source of legitimacy (legitimitet)	Autorisert helsepersonell	Størrelse og fokus markedsposisjon
Sources of authority (autorisasjon)	Profesjonsforening Lovregulering Personlig nettverk Personlig eierskap	Lovregulering CEO CORPORATE HIERACHY AKSJEEIERE
Basic mission (mål og visjon)	Pasientfokus Praktisere med høy faglig standard Egen økonomi	Markedsposisjon Øke profitt
Basic attention (fokus)	En til en pasient behandling Sikre forsvarlig økonomi og vekst	Selge forsikringspoliser (mest gruppe) Generere profitt Skape nettverk av behandlere
Basis of strategy (strategi)	Organisk vekst Profesjonelt nettverk Skape seg et godt navn og rykte	Organisk vekst og via oppkjøp Salgsgrupper Pasienthåndtering (ikke behandling) Øke antall kunder
Logic of investment (investering)	Skape legitimitet for profesjonen Skape profitt og lønn til terapeuten	Skape profitt og avkastning for eiere
Governance mechanism (regulering)	Selvstendig næringsdrivende Regulert av myndighetene	Selskapskontroll Regulert av myndighetene
Institutional entrepreneurs (entreprenører)	Private uavhengige klinikker Private kjededannelse av klinikker	If, Storebrand, Vertikal, Storebrand etc
Structural overlap (overlappende strukturer)	Profesjoner: fysioterapeuter og kiropraktorer Individuelle pasienter	Profesjoner: økonomer, ledere, helsepersonell, individuelle kunder og bedrifter (som kjøper forsikringer til sine ansatte)

Tabell 6 viser forskjeller og likheter mellom de to viktigste aktørene (terapeuter og forsikringselskapene) i denne studien. Begge aktører er den del av det frie private markedet, men har nok ulik vektning i forhold til viktigheten av økonomisk bunnlinje og vekst. Profesjonelt består yrkesgruppene som har mulighet til å styre og lede av ulik utdanningsbakgrunn. Helseklinikkene har helsepersonell i lederrollen, mens forsikringselskapene mest sannsynlig ledes av økonomier. Begge organisasjonstypene er regulert av norsk lov og tilhørende plikter og rettigheter. Fokuset i den daglige

driften er mulig det elementet med størst avstand. Helsepersonell har pasienten og sin egen faglige adferd i fokus. Forsikringselskapene har nok budsjett og økonomisk målsetning i fokus. Legitimitet i form av profesjonsutøvelse er dermed viktig innen helsesektoren. Det er også stor forskjell mellom oppbygningen av organisasjonene. Helsepersonell utøver sitt virke i små klinikker uten hierarki hvor alle kan være selvstendig næringsdrivende, mens forsikringselskapene har store organisasjonsstrukturer med mange ansatte og eget hierarki.

KAPITTEL 6 KONKLUSJON

Privat behandlingssikring har hatt voksende trend de siste 20 årene. Med denne utviklingen i tankene ønsker denne oppgaven å undersøke hvordan fysioterapeuter og kiropraktorer erfarer denne utviklingen samt å forstå disse erfaringene i lys av institusjonell teori.

Studiens problemstilling var som følgende: "Hvordan erfarer fysioterapeuter og kiropraktorer at forsikringsbransjen påvirker deres virke?". Problemstillingen er aktuell fordi flere og flere pasienter oppsøker hjelp via sin behandlingssikring. Erfaringene til informantene tydet på at behandlingssikring påvirket den kliniske og administrative hverdagen til de fleste privatpraktiserende fysioterapeuter og kiropraktorer. Det skapte en endring i klinikk-administrasjon (byråkatalogikk) og håndteringen av pasienter (faglogikk). Og de hadde utviklet ulike strategier som var rasjonalisert i faglogikken for å håndtere denne situasjonen på best mulig for pasienten og seg selv.

Generelt var informantene negativt innstilt til hvordan behandlingssikring påvirket den daglige aktiviteten i klinikken, pasientoppfølgingen og utviklingen i helsemarkedet. Selv med negativ innstilling har det ikke vært en reell motstand mot behandlingssikring fra informantene sin side selv om utviklingen ikke er ønskelig sett fra informantene sitt ståsted. Denne aksepten bidrar nok også til en form for isoformisme på feltet hvor håndtering av pasienter med behandlingssikring blir likere og likere. Manglende motstand gjør det også lettere for forsikringselskapene å vokse. Alle informantene var også tydelige på at behandlingssikring mest sannsynlig var kommet for å bli og at man måtte tilpasse seg denne utviklingen.

Funnene peker mot at det eksisterende feltet dominert av faglogikk blir utfordret av det fremvoksende feltet som dominert av markedslogikk. Det var visse aspekter ved markedslogikken som ble møtt med skepsis. Det var for eksempel prispress, kvantitative analyser av behandlingen (for eksempel antall behandlinger), rangering av terapeuter og økt konkurranse mellom terapeutene og klinikkene. Fysioterapeuter og kiropraktorer har i lang tid utviklet sin eksisterende faglogikk. Og så langt har den primært utviklet seg uten forsikringselskapenes sin tilstedeværelse. Men i fremtiden med det økende

antall pasienter med behandlingsforsikring vil nok skape ytterligere spenninger mellom faglogikken og markedslogikken enn det som kommer frem i denne studien.

6.1 VIDERE FORSKNING

Antallet private helseforsikringer forventes å øke fremover og derfor er erfaringene til involverte fysioterapeuter og kiropraktorer verdt å observere i fremtiden også. I nye studier ville det vært hensiktsmessig å hente inn erfaring fra flere informanter som både har avtaler med forsikringsselskapene og informanter som ikke har inngått slike avtaler. I tillegg vil det være interessant å hente inn erfaringer fra helsepersonell som representerer forsikringsselskaper og andre profesjoner, for eksempel økonomer, innenfor sektoren til forsikringsselskapene.

Referanser:

Aarseth, T., Bachmann, K. Gjerde, I. and Skrove, G. (2015). "Mot samhandlingskommunen? Om endringer i kommunenes eksterne og interne relasjoner i møte med en nasjonal helsereform." *Nordiske Organisasjonsstudier* 17 (3):109-133.

Abernethy, M. A. (1996). Physicians and resource management: the role of accounting and non-accounting controls. *Financial Accountability & Management*, 12(2), 141-156.

Amans, P., Chapelon, A. M. & Dubus, F. V. (2015). Budgeting in institutional complexity: The case of performing arts organizations. *Management Accounting Research*, 27, 47-66. doi: 10.1016/j.mar.2015.03.001

Anderson, G. (2008). "Mapping academic resistance in the managerial university." *Organization* 15 (2):251-270.

Ansoff, I.H. (1981) *Strategisk ledelse*. Oslo: Bedriftsøkonomenes forlag.

Battilana, J., Bernard, L. og Boxenbaum, E. (2009). «2 how actors change intitutions: towards a theory of institutional entrepreneurship." *Academy of Management annals* 3(1). 65-107

Berg Johansen, C. og Boch Waldorff, S. (2017). "What are Institutional Logics- and Where is the Perspective Taking Us?" In *New Themes in Institutional Analysis*, 51-76. Edward Elgar Publishing, Incorporated.

Besharov, M. L., & Smith, W. K. (2014). Multiple institutional logics in organizations: Explaining their varied nature and implications. *Academy of Management Review*, 39(3), 364-381. DOI: <https://doi.org/10.5465/amr.2011.0431>

Bolman, L.G. og Deal, T.E., (2014) *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bovaird, T. og Loeffler, E., (2016) *Public management and Governance*, London og New York: Routledge, Taylor & Francis Group.

Boxenbaum, E., & Jonsson, S. (2008). Isomorphism, diffusion and decoupling. *The Sage handbook of organizational institutionalism*, 78-98.

Burns, J., & Scapens, R. W. (2000). Conceptualizing management accounting change: an institutional framework. *Management accounting research*, 11(1), 3-25.

Burrage M, Jaraush K and Siegrist H (1990) An actor based framework for the study of professionalism. In: Burrage M and Torstendahl R (eds) *The Professions in Theory and History*. London: Routledge.

Byrkjeflot, H., (red.)(1997). *Fra styring til ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Canhilal, K., Lepori, B., and Seeber, M. (2016). "Decision-making power and institutional logic in higher education institutions : a comparative analysis of European Universities." *Research in the Sociology of Organizations* 45:169-194. doi: 10.1108/S0733-558X20150000045019.

Canning, M., & O'Dwyer, B. (2016). Institutional work and regulatory change in the accounting profession. *Accounting, Organizations and Society*, 54, 1-21.

Claussen, B. (2007) Legenes oppgaver I folketrygden. *Michael* 2007;4:130–5

DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147-160. doi: 10.2307/2095101

DiMaggio, P. (1988). Interest and agency in institutional theory. *Institutional patterns and organizations culture and environment*, 3-21.

DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1991). *The New institutionalism in organizational analysis*. Chicago: University of Chicago Press.

DNB (2018): "Vilkår Helseforsikring DNB".
https://www.dnb.no/portalfont/nedlast/no/bedrift/Vilkr_Helseforsikring_DNB_2018.pdf

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

Evetts, J. (2011). A new professionalism? Challenges and opportunities. *Current Sociology* 59 (4) 406 – 422.

Finans Norge (2022).
<https://www.finansnorge.no/statistikk/skadeforsikring/helseforsikring/behandlingsforsikring/>

Flynn, R. (2002) *Managerialism, professionalism and quasi-markets: I: M. Exworthy & S. Halford (red.), Professionals and the new managerialism in the public sector*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.

Freidson, E. (2001). *Professionalism: the third logic*. Cambridge: Polity Press.

Friedland, R og Alford, R.R. (1991). Bringing society back in: Symbols, practices, and institutional contradictions. *University of Chicago Press*. 232-263.

Fris, S. og Vaglum, P. (2002). *Fra ide til prosjekt – en innføring i klinisk forskning*. Otta: Tano Aschehoug.

Garud, R., Hardy, C. og Maguire, S. (2007). Institutional entrepreneurship as embedded agency: An introduction to the special issue. Sage Publications UK: London, England.

Greenwood, R., Oliver C., Sahlin, K., and Suddaby, R. (2008). "Introduction." In *The Sage Handbook of Organizational Institutionalism*, edited by Royston Greenwood, Christine Oliver, Roy Suddaby and Kerstin Sahlin, 1-46. London: Sage Publications.

Greenwood, R., Raynard, M., Kodeih, F., Micelotta, E. R. & Lounsbury, M. (2011). Institutional Complexity and Organizational Responses. *The Academy of Management Annals* 5(1), 317-371. doi: 10.1080/19416520.2011.590299

Grønhaug, K., Hellesøy, O. Og Kaufmann (2001) *Ledelse i teori og praksis*. Oslo: Fagbokforlaget.

Grønmo, Sigmund. (2016). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. 2. utg. ed. Bergen: Fagbokforl.

Grønseth, I.M. (2019). https://www.dagensmedisin.no/blogger/inga-marthe-gronseth/2019/02/13/helseforsikring-til-deler-av-folket/#_edn2

Hackman, J.R., (2002) *Leading Teams: Setting the Stage for Great Performances*. Boston, MA Harvard Business School Press.

Hawkins, P. (2016). *A Comparative Study of Factors Outside the Therapy Room Influencing Therapeutic Practice in The United States and Norway* (doktorgrad). Oslo and Akershus University College of Applied Sciences, Faculty of Social Sciences.

Hillestad, T. (2004). *Toppledelsens troverdighet ved kriser: en studie av legitimitetsprosesser ved Åsgard-overskridelsene og Åsta-ulykken*.

Jacobsen, D. I., Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Fagbokforlaget. Bergen.

Kraatz, M. S. & Block, E. S. (2008). Organizational Implications of Institutional Pluralism. I R. Greenwood, C. Oliver, R. Suddaby & K. Sahlin (Red.), *The Sage Handbook of organizational institutionalism*. (s. 243–275). London: SAGE.

Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utg. ed. Oslo: Gyldendal akademisk.

Lund, J.F. Og Lorenzen, Re.(1978) *Strategisk ledelse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Maguire, S., Hardy C. og Lawrence, T.B. (2004). "Institutional entrepreneurship in emerging fields: HIV/AIDS treatment advocacy in Canada." *Academy of management journal* 47 (5):657-679.

Matlary, J.H.(2008). Profesjonsidentitetens betydning, *Tidskrift Nor Legeforen* 2008; 128:1256).

Muzio, D. and Kirkpatrick, I. (2011). Introduction: Professions and organizations – a conceptual framework. *Current Sociology* 59 (4): 389 - 405.

Meindl, J. R. (1990). On leadership-an alternative to the conventional wisdom. *Research in*

organizational behavior, 12, 159-203.

Meyer, J. W., & Rowan, B. (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, 83(2), 340-363. doi: 10.1086/226550

Nyland, K., & Pettersen, I. J. (2004). The Control Gap: The Role of Budgets, Accounting Information and (Non-) Decisions in Hospital Settings. *Financial Accountability & Management*, 20(1), 77-102.

Olsen, T. H., Solstad, E., & Torsteinsen, H. (2017). The meaning of institutional logics for performance assessment in boards of municipal companies. *Public Money & Management*, 37(6), 393-400.

Olsen, T. H. & Solstad, E. (2017). Changes in the power balance of institutional logics: Middle managers' responses.

Pache, A. C. & Santos, F. (2013). Embedded in hybrid contexts: How individuals in organizations respond to competing institutional logics. I *Institutional logics in action*, Part B (s. 3-35): Emerald Group Publishing Limited.

Pfeffer, J. (1981). *Management as Symbolic Action: The Creation and Maintenance of Organizational Paradigms*. ILL Cummings and BM Staw (red): *Research in Organizational Behavior*, vol 3, Greenwich, Conn: JAI Press. Greenwich: JAI Press Frost.

Pfeffer, J., & Salancik, G. R. (1978). *The external control of organizations: A resource dependence approach*. NY: Harper and Row Publishers.

Porter, M.E. (1980). *Competitive strategy. Techniques for analyzing industries and competitions*. New York: The Free Press.

Porter, M.E. (1985) *Competitive advantage. Creating and sustaining superior performance*. New York: The Free Press.

Reay, T. og Hinings, C.R., (2009). «Managing the rivalry of competing institutional logics». *Organization studies* 30 (6): 629 – 652.

Reed M (2007) Engineers of human souls, faceless technocrats or merchants of morality? Changing professional forms and identities in the face of the neo-liberal challenge. In: Pinnington A, Macklin R and Campbell T (eds) *Human Resource Management: Ethics and Employment*. Oxford: Oxford University Press, 171–189

Ross, J.S. (2002). The Committee on the Costs of Medical Care and the History of Health Insurance in the United States *Einstein Quart. J. Biol. Med* 19:129-134.

Røvik, K.A., (2007). *Trender og Translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitets forlaget.

Sapiro, G. (2015). Field Theory. I Wright, J. (Red). *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*. 2015. Side 140-148. Hentet fra:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780080970868031895> Doi:
<https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.03189-5>

Schei, E. (2010). "Makt i lege-pasient forholdet." Makt og medisin–Makt og demokratiutredningens rapportserie.
<https://www.sv.uio.no/mutr/publikasjoner/rapporter/rapp2003/rapport57/index-MAKT-4.html>

Schein, E. H. (2010). *Organizational culture and leadership* (num. 2): John Wiley & Sons.

Scott, W. R. (1992) *Organizations. Rational, Natural and Open Systems*. 3. Utgave. Prentice Hall Inc. New Jersey.

Scott, W.R. (1995). «Institutions and organizations. Foundations for organizational science». London: A Sage Publication Series.

Scott, W. R. (2000). *Institutional change and healthcare organizations: From professional dominance to managed care*: University of Chicago Press.

Scott, W.R. (2014). *Institutions and Organizations. Ideas, Interests and Identities*. SAGE Publications Inc. United States of America.

Scott, W. R., Ruef, M., Mendel, P., & Caronna, C. (2000). *Institutional change and healthcare organizations: From professional dominance to managed care*: University of Chicago Press.

Selznick, P. (1957). *Leadership in administration: A sociological interpretation*. Berkeley, Cal.

Strand T. (2007) *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget

Suchman, M. C. (1995). *Managing legitimacy: Strategic and institutional approaches*. *Academy of management review*, 20(3), 571-610.

Thagaard T. *Systematikk og innlevelse*: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke; 2009.

Thornton, P. H., & Ocasio, W. (2008). *Institutional logics*. *The Sage handbook of organizational institutionalism*, 840, 99-128.

Thornton, P.H., Ocasio, W., og Lounsbury, L.. (2012). *The institutional logics perspective: A new approach to culture, structure, and process*: Oxford University Press on Demand.

Tjora, AH. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Zietsma, C., og Lawrence, T.B., (2010). "Institutional work in the transformation of an organizational field: The interplay of boundary work and practice work". *Administrative science quarterly* 55 (2).189-221.

Appendix 1

Vil du delta i forskningsprosjektet:

Behandlingsforsikringens inntog i kiropraktors og fysioterapeuters praksis

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å gjøre en analyse av hvordan behandlingsforsikringer preger den kliniske hverdagen i private klinikker med fysioterapeuter og kiropraktorer. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Jeg er masterstudent ved Universitetet i Agder på erfaringsbasert mastergrad i helseledelse. I studien skal jeg intervjue ledere ved ulike private klinikker med fysioterapeuter og/eller kiropraktorer. Intervjuene utgjør datainnsamlingen til min avsluttende masteroppgave. Bakgrunnen for oppgaven er et ønske å analysere hvordan den økende andel av pasienter med behandlingsforsikring endrer og preger hverdagen til klinikkene sett fra klinikklederen sitt ståsted. Gjennom denne masteroppgaven er målet å tilføre mer kunnskap om temaet og derfor er du ønsket som intervju kandidat.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Agder gjennom min veileder førsteamanuensis Dag Olaf Torjesen ved Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag. Han er ansvarlig for prosjektet kan kontaktes på dag.o.torjesen@uia.no.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Oppgaven er rettet mot ledere private fysikalske klinikker. Målet er derfor å hente inn informasjon fra ledere ved klinikker. Du er dermed utvalgt på bakgrunn av din rolle som leder for en slik type klinikk.

HVA INNEBÆRER DET FOR DEG Å DELTA?

Metoden for å innhente de opplysningene jeg ønsker til oppgaven er gjennom muntlig intervju. Deltagelse i studien vil derfor innebære at du er villig til å stille på et intervju av 30 til 60 minutters varighet. Intervjuene vil foregå digitalt til en tid vi har avtalt på forhånd. Intervjuene vil tatt opp til en lydfil. Det er kun jeg som har tilgang til lydfilen. Etter intervjuet renskrives lydfilen ordrett, teksten anonymiseres og det er kun undertegnede som sitter på koblingen mellom lydfil og tekst. Det vil bli utarbeidet en intervjuguide som vil være retningsgivende for temaene i intervjuet. Intervjuet vil foregå som en samtale med spørsmål fra meg om ledelse omkring temaene muligheter og utfordringer for din respektive klinikk.

Det er frivillig å delta

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

Studien er meldt til NSD – Norsk senter for forskningsdata AS.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Navn og kontaktopplysninger dine vil jeg holde adskilt fra lydfil og tekst slik at dette ikke kan kobles sammen av andre.
- Det er kun veileder og undertegnede som vil ha tilgang til opplysninger om deg.
- Lydfilene vil nummereres etter en nøkkel som oppbevares adskilt fra filene slik at personopplysninger sikres.
- Resultatene vil presenteres i den ferdige masteroppgaven. Denne publiseres i Digitale utgivelser ved Universitetet i Agder (UIA).

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er innen påsken mars/april 2022. I praksis betyr det at lydfilene slettes og de rettskrevne intervjuene. Det er kun de anonymiserte tekstene som beholdes.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitet i Agder har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Philip I Wilkens, mob 938 85 805, philipwilkens@hotmail.com
- Veileder og førsteamanuensis Dag Olaf Torjesen dag.i.torjesen@uia.no
- UIA sitt personvernombud: Ina Danielsen (ina.danielsen@uia.no).

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

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

Med vennlig hilsen

Dag Olaf Torjesen

(Førsteamanuensis/veileder)

Philip I Wilkens

(student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [*sett inn tittel*], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- at jeg lest og forstått informasjonsskrivet for den overnevnte studien, og har fått mulighet til å stille spørsmål
- at min deltagelse er frivillig og at jeg står fritt til å trekke meg når som helst uten å oppgi noen grunn, og uten at mine arbeidsrettigheter eller mine juridiske rettigheter påvirkes
- å bli intervjuet av ovennevnte student og at intervjuet blir tatt opp som lydfil.
- at om jeg trekker meg så vil opplysningene jeg har avgitt bli anonymisert. Opplysningene kan i anonymisert form likevel benyttes i analyser.
- Jeg godkjenner at dataene oppbevares i anonymisert form frem til mars/april 2022 før de slettes og forstår at all identifiserende informasjon om meg blir fjernet for å beskytte min identitet.
- å delta i intervju i forbindelse med ovennevnte studie.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Intervjuguide

Informasjon om informant

Utdannelse?
Stuedsted og land?
Yrkeserfaring?
Lengde ledende stilling i klinikk?
Eierskap til klinikken hvor det praktiseres?
Arbeidssituasjon? Pasienttid, administrasjonstid etc
Andel pasienter med behandlingforsikring?

Mål og visjoner

Hva er dine mål og visjoner for din egen praksis og klinikken du leder? (Kortsiktig og langsiktig)
Hvordan jobber du for å realisere dine mål og visjoner?
Hvordan ser du for deg din situasjon og klinikkens situasjon om 10 år?
Hvordan ser du for deg bransjen din om 10 år?

Praksiser og logikker

Hva vil du si er det største forskjellen i forsikringsselskapene sine praksiser i forhold til din praksis og klinikkens praksis?
Hvordan påvirker dette din arbeidsdag?
Hva er din opplevelse av det økende antallet pasienter med behandlingforsikring? (Både fordeler og ulemper)
Hvordan har dette virket inn på ditt daglige virke?
Hva opplever du som de største utfordringer med pasienter med behandlingforsikring?
Hvordan håndterer du disse utfordringene?
Hvilke utfordringer har behandlingforsikring selskapene slik du vurderer situasjonen?
Hvilke verdier tenker du er viktigst for en terapeut?

Nåtid og fremtid

Hvilket forhold har forsikringsselskapene til omgivelsene sine? Eksempler er stat, pasienter, konkurrenter, terapeuter og marked.
Vet du hva forsikringsselskapene gjør for å etablere seg på markedet og hvordan?
Hvordan vurderer du din rolle i samhandlingen med forsikringsselskapene?

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer

193262

Vurderingstype

Standard

Dato

04.07.2022

Prosjekttittel

Behandlingsforsikringens inntog i kiropraktors og fysioterapeuters praksis

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Agder / Fakultet for samfunnsvitenskap / Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag

Prosjektansvarlig

Dag Olaf Torjesen

Student

Philip Iversen Wilkens

Prosjektperiode

01.02.2022 - 01.09.2022

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 01.09.2022.

[Meldeskjema](#) 

Kommentar

Personverntjenester har vurdert endringen i prosjektslutt dato.

Vi har nå registrert 01.09.2022 som ny slutt dato for behandling av personopplysninger.

Vi vil følge opp ved ny planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson: Sturla Herfindal

Lykke til videre med prosjektet!