

Lars Håvard Høgvoll

**Samhandling mellom avtalefysioterapeuter og fastleger før og etter innføring av
Knutepunktmodellen- En kvantitativ studie av endringer i bruk av samhandlingstakster i 2019 og
2021.**



Universitetet i Sørøst-Norge

Fakultet for helse og sosialfag

Institutt for sykepleie og helsevitenskap

Postboks 235

3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2022 Forfatter Lars Håvard Høgvoll

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

1 SAMMENDRAG

Knutepunktmodellen er et samarbeidsprosjekt mellom fastleger og avtalefysioterapeuter hvor hensikten er å sikre gode pasientforløp. (Legeforeningen, 2019). Manglene samarbeid kan påvirke helsetjenester og pasientbehandling negativt. Intervensjoner som stimulerer til økt samarbeid har potensial til å forbedre profesjonell praksis og helseutfall (Reeves, 2017). Målet med denne oppgaven er å undersøke om implementering av Knutepunktmodellen øker avtalefysioterapeuters bruk av samhandlingstakster. Bruk av samhandlingstakster indikerer fysioterapeuters samhandling med øvrig helsepersonell angående de i overkant av 500 000 personene som hvert år går til avtalefysioterapeuter for behandling.

Studien benytter statistisk prosesskontroll og baserer seg på offentlig tilgjengelig data fra KUHR (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner). KUHR data viser takstbruken til alle avtalefysioterapeutene i Norge. Trondheim og Kristiansand har som de eneste kommunene i landet implementert Knutepunktmodellen i løpet av 2020. Resultatene fra Trondheim og Kristiansand er sammenliknet med resten av landet. Hensikten med dette er å se om det er endring i bruk av samhandlingstakster i Trondheim og Kristiansand og om disse skiller seg fra resten av landet. Et av målene med Knutepunktmodellen er å legge til rette for et bedre samarbeid mellom fastleger og avtalefysioterapeuter. En økning i bruk av samhandlingstakster vil kunne være en indikasjon på effekten av innføringen av Knutepunktmodellen. For å kunne ha sammenlignbare tall tar oppgaven utgangspunkt i antall samhandlingstakster pr individuelle konsultasjon i kommunene som i dag utgjør Trondheim og Kristiansand. Ettersom det er betydelig forskjeller innen ulike pasientgrupper og gjennomsnittlig behandlingstid blant de ulike praksistypene innen avtalefysioterapi (fysioterapeut, psykomotorisk fysioterapeut og fysioterapeut med videreutdanning manuellterapi) vil oppgaven også se på om det er ulike endringer innen de ulike praksistypene. Ifølge Manuellterapeutenes servicekontor behandler fysioterapeuter med videreutdanning i manuellterapi dobbelt så mange pasienter hvert år som «vanlig» fysioterapeuter og 4 ganger så mange pasienter pr år som fysioterapeuter med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi (Sæther, 2021). Det er forventet at antall pasienter vil påvirke avtalefysioterapeuters bruk av samhandlingstakster og at det dermed vil være ulike funn i de ulike praksistypene. Ved oppstart av observasjonene i januar 2019 hadde avtalefysioterapeutene vært pålagt tilkobling Norsk Helsenett (NHN) i to år. Gjennom NHN har avtalefysioterapeutene en digital mulighet for samhandling med blant annet fastlegene (Norsk

Fysioterapeutforbund, 2016a). Det kunne ikke utelukkes at bruk av samhandlingstakster kunne øke i observasjonsperioden som en følge av digital utvikling, og samfunnets stadig økende fokus på samarbeid (Høstmark, 2020).

Resultatene ved bruk av statistisk prosesskontroll viser at det har vært en endringsprosess i kommunene som innførte Knutepunktmodellen (Trondheim og Kristiansand) i 2020. I Run og XmR diagrammene vises endringene ved et tydelig nivåskifte før og etter 2020. De samme observasjonene sees blant alle de tre praksistypene. I resten av landet, som utgjorde kontrollgruppen, ser vi tilsvarende observasjoner med unntak av fysioterapeuter med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi. I denne gruppen ser vi ingen endring i observasjonsperioden i kontrollgruppen («resten av landet»). I Trondheim og Kristiansand benyttet avtalefysioterapeutene flere samhandlingstakster pr individuelle konsultasjon enn i resten av landet ved oppstart av observasjonsperioden. Det kreves mer for å oppnå en endring fra et høyere nivå og det kan dermed ikke utelukkes at innføring av Knutepunktmodellen har bidratt til å øke avtalefysioterapeuters bruk av samhandlingstakster i perioden 2019 – 2021.

2 ABSTRACT

“Knutepunktmodellen” is a collaborative project between General Practitioners (GPs) and contract physiotherapists where the main purpose is to ensure good patient outcomes. (Medical Associations, 2019). The lack of cooperation can negatively affect health services and patient care. Interventions that stimulate increased collaboration have the potential to improve professional practice and health outcomes (Reeves, 2017). The aim of this thesis is to investigate whether the implementation of the “Knutepunktmodellen” increases contract physiotherapists' use of interaction rates. The use of interaction rates indicates physiotherapists' interaction with other health care professionals regarding the more than 500 000 people who go to contract physiotherapists for assessment and treatment each year.

The study uses statistical process control and is based on publicly available data from KUHR (Control and payment of health reimbursements). KUHR data shows the rates usage of all contract physiotherapists in Norway. Trondheim and Kristiansand have been the only municipalities in the country to implement the “Knutepunktmodellen” during 2020. The results from Trondheim and Kristiansand have been compared with the rest of the country. The purpose of this is to see if there is a change in the use of interaction rates in Trondheim and Kristiansand and if these differ

from the rest of the country. One of the goals of the “Knutepunktmodellen” is to facilitate better collaboration between GPs and contract physiotherapists. An increase in the use of interaction rates could be an indication of the effect of the introduction of the “Knutepunktmodellen”. In order to have comparable figures, the thesis is based on the number of collaboration rates per individual consultation in the municipalities that currently make up Trondheim and Kristiansand. As there are significant differences within different patient groups and average treatment time among the different types of practice in contract physiotherapy (general physiotherapist, psychomotor physiotherapist and physiotherapist with further education manual therapy), the thesis will also look at whether there are different changes within the different types of practice. According to the Manual Therapists' service office, physiotherapists with further education in manual therapy treat twice as many patients each year as general physiotherapists and 4 times as many patients per year as physiotherapists with further education in psychomotor physiotherapy (Sæther, 2021). It is expected that the number of patients will affect the use of interaction rates and lead to different findings in the different types of practice. At the start of the observations in January 2019, the contract physiotherapists had been required to connect to the Norwegian Health Network (NHN) for two years. Through NHN, contract physiotherapists have a digital opportunity for collaboration with, among others, GPs (Norwegian Physiotherapists' Association, 2016a). It could not be ruled out that the use of interaction rates could increase in general during the observation period as a result of digital development, and society's ever-increasing focus on collaboration (Høstmark, 2020).

The results from this study using statistics process control show that there has been a process of change in the municipalities that introduced the “Knutepunktmodellen” (Trondheim and Kristiansand) in 2020. Run and XmR diagram shows a clear change in level before and after 2020. The same observations are seen among all three types of practice. In the rest of the country, which formed the control group, we see similar observations with the exception of physiotherapists with further education in psychomotor physiotherapy. In this group, we see no change in the observation period in the control group ("the rest of the country"). In Trondheim and Kristiansand, the contract physiotherapists used more interaction rates per individual consultation than in the rest of the country at the start of the observation period.

FORORD

Erfaringer jeg har gjort meg gjennom snart 20 år i klinisk praksis som avtalefysioterapeut og over 10 år som tillitsvalgt i Norsk Fysioterapeutforbund har økt min nysgjerrighet og interesse for faktorer som har påvirket avtalefysioterapeutenes arbeidshverdag de siste årene. Gjennom en master i klinisk helsearbeid ved Universitetet i Sørøst-Norge fikk jeg mulighet til å se nærmere på noen av disse faktorene.

Oppgaven hadde ikke vært mulig å gjennomføre uten god støtte og veiledning fra Lena Heyn og Dag Hofoss som har vært mine veiledere. Jeg har fått uvurderlig hjelp fra Vegard Havik og Helga Rudjord i Helsedirektoratet til å hente ut utfyllende data fra HELFO sine registre. Næringspolitisk råd i Norsk Fysioterapeutforbund har kommet med nyttige innspill og motivasjon underveis i prosessen. Espen og Reidar Høgvoll har hjulpet meg med systematisering av data og oppsett av tabeller. Den største takken går allikevel til min kone og tre barn som har gitt meg tid og mulighet til å fullføre dette prosjektet i en ellers travel hverdag. Uten dere hadde ikke dette vært mulig.

INNHALDSFORTEGNELSE

1	Sammendrag	2
2	Abstract	3
	FORORD	5
	Innholdsfortegnelse	6
3	Innledning	8
3.1	Samhandling	9
3.2	Samhandlingsreformen	9
3.3	Fysioterapitjenesten	11
3.4	Knutepunktmodellen	12
4	Problemstilling	13
5	Formålet/hensikten med studien	13
6	Teori	14
6.1	Pasientperspektiv	14
7	Metode	17
7.1	Utvalg.....	17
7.1.1	Takster	19
7.1.2	Ulike praksistyper	25
7.2	Prosedyre for datasamling.....	27
7.2.1	Søkekriterier	28
7.3	Analyse.....	28
7.4	Statistisk prosesskontroll.....	29
7.4.1	Run - diagram.....	30
7.4.2	XmR – diagram.....	31
8	Resultat	32
8.1	Run – diagram.....	32
8.1.1	Test 1.....	32
8.1.2	Test 2.....	33
8.1.3	Test 3.....	33
8.1.4	Run – diagram med median plottet for periodene før og etter 2020 plottet hver for seg	34
8.1.5	Resultat run-diagram	34

8.2	XmR – diagram.....	35
8.2.1	XmR- diagram med gjennomsnitt før og etter 2020 plottet hver for seg	36
8.2.2	Resultat XmR -diagram	37
8.3	Fysioterapeuter med videreutdanning i manuellterapi (Fymt).....	37
8.3.1	Run-diagram Fymt	37
8.3.2	XmR -diagram Fymt	40
8.4	Fysioterapeuter med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi (Fypm)	42
8.4.1	Run-diagram Fypm.....	42
8.4.2	XmR – Diagram Fypm.....	45
8.5	Fysioterapeuter (Fyno)	48
8.5.1	Run- diagram Fyno.....	48
8.5.2	XmR- diagram Fyno.....	50
9	Diskusjon	52
10	Konklusjon	58
11	Oversikt over tabeller og figurer	61
	Referanser	63

3 INNLEDNING

I 2019 var det 3 844 avtalefysioterapeuter i Norge og det ble behandlet i overkant av 500 000 unike pasienter. Det ble krevd refusjon for ca 5,7 millioner individuelle konsultasjoner (undersøkelse + individuell behandling) og ca 200 000 samhandlinger (møter, telefon, skriftlig kommunikasjon, epikriser og henvisninger) (Helfo, 2022). Gjennom rammeavtalen ASA 4313 som er en del av det sentrale avtaleverket som regulerer avtalefysioterapien, er fysioterapeuten forpliktet til å samarbeide med kommunens øvrige helsepersonell, deriblant fastleger (Kommunenes Sentralforbund, 2019). Kravet om at fastlegen må henvise til fysioterapi for å kunne utløse refusjon fra folketrygden ble fjernet i 2018. Til tross for at mange pasienter fremdeles kommer til avtalefysioterapeuter etter henvisning fra fastlegen ble avtalefysioterapeutene fra og med 2018 i langt større grad enn tidligere pasientens første kontakt med helsevesenet (Strupstad, 2017). Fysioterapeuter med driftsavtale vurderer alle henvendelser og prioriterer ut fra en konkret vurdering av haste- og alvorlighetsgrad. Forskrift om kvalitets- og funksjonskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale trådte i kraft 1. januar 2018 og regulerer fysioterapeutens forpliktelser i forhold til samarbeid med andre helseaktører. Det er dokumentert i §12 at fysioterapeuten skal samarbeide med fastlege og andre relevante tjenesteytere, og delta i samarbeidsarenaer etter nærmere avtale med kommunen. Videre plikter fysioterapeuten til å informere fastlegen om forhold som avdekkes i undersøkelser og behandling som kan gi grunnlag for oppfølging fra fastlegen. Manuellterapeuter som kan henvise til spesialisthelsetjenesten og skal informere fastlegen når det skjer. Når det gjelder pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester, plikter fysioterapeuten å informere både pasienten og koordinator i kommunen om individuell plan, samt å melde behov for individuell plan til kommunens koordinerende enhet og medvirke ved behov (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2018).

Knutepunktmodellen (Kpm) er et samarbeidsprosjekt mellom fastleger og avtalefysioterapeuter og modellen ble utarbeidet med støtte fra både Legeforeningen og Norsk Fysioterapeutforbund. Hensikten med Kpm er å bedre samarbeidet og i større grad kunne utnytte hverandres kompetanse og ressurser til pasientens beste (Legeforeningen, 2019). I 2020 fikk Trondheim og Kristiansand tildelt prosjektmidler for å implementere Kpm i sine kommuner. Ettersom det foreløpig ikke er publisert noen studier på Kpm ønsket jeg med denne oppgaven å se om innføring av Kpm i Trondheim og Kristiansand påvirket avtalefysioterapeuters bruk av samhandlingstakster.

3.1 SAMHANDLING

Begrepet samhandling knyttet til det engelske ordet collaboration, som betyr å arbeide sammen med. Samhandling og samarbeid er begrep som brukes om hverandre og betyr noe av det samme; å arbeide sammen for å løse en konkret oppgave hvor alle parter har et ansvar for å nå et felles mål (Torgersen, 2009). Samhandling har vært et prioriteringsområde innen helsetjenestene i flere år, blant annet gjennom samhandlingsreformen (Grimsmo, A. 2015). For fysioterapeuter er det i hovedsak samhandling med fastlegen som er mest aktuelt, men også samhandling med annet helsepersonell og fagpersonell er hensiktsmessig i et helhetlig pasientforløp (O'Keeffe, 2016). Staten ved Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), Helsedirektoratet og HELFO har i samarbeid med fysioterapiorganisasjonene jobbet for å bedre samhandlingen mellom avtalefysioterapeutene og andre helseaktører. I dette arbeidet er det blitt brukt både pisk og gulrot. I perioden 1. juli 2014 til 30. juni 2016 fikk avtalefysioterapeutene et tilskudd for å koble seg til Norsk helsenett (NHN). Noe som førte til at innen mars 2016 var 64% av avtalefysioterapeutene tilkoblet NHN (Norsk Fysioterapeutforbund, 2016a). Fra og med 1. jan 2017 var avtalefysioterapeuter pliktet til å være påkoblet NHN (Helseøkonomiforvaltningen, 2017). Fra og med 1. januar 2017 fikk avtaleterapeutene en månedlig driftstøtte som skulle dekke noe av utgiftene tilknyttet bruk av NHN. Med oppkoblingen til NHN ble samhandling vesentlig forenklet. Der man tidligere brukte posten fikk man nå et velfungerende digitalt alternativ som tilfredsstilte krav om pasientsikkerhet.

3.2 SAMHANDLINGSREFORMEN

Samhandlingsreformen ble innført 1.1 2012 i Norge av daværende helseminister Bjarne Håkon Hansen med mål om å sikre mer koordinerte helse- og omsorgstjenester. Det overordnede målet om helhetlige og smidige pasientforløp skulle fremmes gjennom økonomiske, juridiske, organisatoriske og faglige virkemidler (Helse og omsorgsdepartementet, 2009). Bakgrunnen for samhandlingsreformen var at de siste to ti-år hadde vært kjennetegnet av en stadig økende mengde diagnose-sentrerte retningslinjer som ikke passet til den kliniske hverdagen som ofte domineres av multisykdom i alle ledd av helsetjenesten. Forskning viser at helsetjenesten påfører pasienter og omsorgspersoner en stor byrde som følge av behandlingen som helsetjenesten krever at de skal følge (Mair, 2014). Idéen om diagnosespesifikke pasientforløp i kommunene kan bunne i manglende kunnskap om forekomst av sykdom (Grimsmo, A. 2018). Forskningsfunn utfordrer enkelt-sykdom tilnærmingen som størsteparten av helsetjenesten, medisinsk forskning og utdanning bygger på (Barnett, K. 2012).

Det er kommunens oppgave å ivareta pasienten i et helhetlig perspektiv, og et viktig mål er å støtte opp om pasientens funksjonsevne for at den enkelte skal greie seg selv best mulig hjemme. Dette gjør at diagnosespesifikke pasientforløp og diagnosesentrert spesialutdanning av helsepersonell ikke nødvendigvis samsvarer med pasienten og helsetjenestenes faktiske behov (Grimsmo, A. 2018).

Et av hovedgrepene ved samhandlingsreformen var å overføre oppgaver til kommunen og sikre pasientene god oppfølging og behandling der de bor. Kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (Helse og omsorgsdepartementet, 2009) Til tross for at kommunene har fått en større del av ansvaret for helsetjenesten ser vi en stadig reduksjon av fysioterapitilbudet i kommunene, noe som kan gi store utslag for et helhetlig pasientforløp (Løhre, 2015). Blankholmutvalget fremhever viktigheten av informasjon om pasientene og sykdomsforløpet følger pasienten slik at det kan settes inn riktig tiltak til riktig tid. Utvalget vektlegger også hvordan de ulike profesjonene kan utfylle hverandre (Blankholm, 2018).

Tiltakene i samhandlingsreformen er i hovedsak rettet mot hvordan man koordinerer og fordeler oppgavene mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at et helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas (Helse og omsorgsdepartementet, 2009).

Reformen fremstår som strukturorientert og har fått kritikk for et samhandlingsbegrep med manglende søkelys på helsepersonell og pasient (Romøren, 2011). Tiltak som fremmer samhandling, er blant annet etablering av møteplasser og gjensidig forståelse for andres kunnskap. Gjensidighetskunnskap innebærer kunnskap om hverandres kompetanse, systemer, muligheter og begrensinger, men også at man kjenner til hverandre fordi man har møttes og snakket med hverandre. Som eksempel hevder Danbolt mfl. (2010) at økt gjensidighetskunnskap er blant de viktigste faktorene for å bedre samhandlingen innen psykisk helsearbeid (Danbolt, 2010).

3.3 FYSIOTERAPITJENESTEN

Fysioterapitjenesten i kommunene har siden 1984 bestått av selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter med driftsavtale (avtalefysioterapeuter) som har refusjonsrett med HELFO og kommunalt ansatte fysioterapeuter, sammen utgjør disse den kommunale fysioterapitjenesten. Kommunens helsetjeneste omfatter offentlig organisert helsetjeneste som ikke hører under stat eller fylkeskommune, og privat helsevirksomhet som drives i henhold til avtale med kommunen. Kommunehelsetjeneste er en samlebetegnelse på den helsetjenesten som kommunene har ansvar for å drive etter lovgivningen (Helse og omsorgsdepartementet, 2011). Kommunen kan organisere fysioterapitjenesten ved enten å ansette fysioterapeuter i kommunale stillinger eller ved å inngå avtaler om driftstilskudd (driftsavtale) med fysioterapeuter som driver privat virksomhet. (Helse og omsorgsdepartementet, 2021).

I denne oppgaven vil fokus være på selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter med driftsavtale (avtalefysioterapeuter) og deres samarbeid med andre deler av helsetjenesten.

Avtalefysioterapeuter er underlagt Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Omsetningen til avtalefysioterapeutene er to delt, en del finansieres av kommunen i form av driftstilskudd (fast tilskudd hver måned som utgjør ca 40% av omsetningen), en del som honorar (takster knyttet til pasientbehandling utgjør ca 60% av omsetningen). Etersom 60% av omsetningen kommer fra takstene, vil takstbruk være en god indikasjon for omfanget av det pasientrettede arbeidet som utføres av avtaleterapeutene (Bjordal, 2014). «Stønad til fysioterapi er hjemlet i folketrygdlovens § 5-8 og ytes etter takstene i kapittel II» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Avtalefysioterapeuters takstbruk gir dermed en god oversikt over omfanget av tjenesten. (Helsedirektoratet, 2021). For å kunne ha refusjonsavtale med HELFO er det en forutsetning at man har minimum 20% driftsavtale med kommunen. Det er ingen øvre grense for hvor mye en avtaleterapeut kan jobbe med refusjon. Fastlegene er avtalefysioterapeutenes viktigste samarbeidspartner innen helsevesenet. Frem til 2018 var det krav om henvisning fra lege for å kunne utløse refusjon fra folketrygden (Strupstad, 2017). Selv om henvisningskravet ble fjernet ble ikke behovet for samhandling borte, snarere tvert imot (Woodhouse). Samhandling og deling av informasjon er viktig for å kunne gi pasientene best mulig helsehjelp (Archembault, 2017). Avtalefysioterapeutene er gjennom sin rammeavtale med kommunene, ASA 4313 (Kommunenenes Sentralforbund, 2019) og Forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale (Helse og omsorgsdepartementet, 2018) pålagt å utøve sin virksomhet i nært samarbeid med kommunens øvrige helsepersonell

(Kommunenes Sentralforbund, 2019) . Fastlegene har en koordineringsrolle som en del av sitt listeansvar (Helse og omsorgsdepartementet, 2001). Dersom fastlegen skal kunne oppfylle sin koordineringsrolle er samarbeidet med fysioterapeutene svært viktig. Fastlegen skal ivareta en medisinskfaglig koordineringsrolle og samarbeide med andre relevante tjenesteytere om egne listeinnbyggere. (Helse og omsorgsdepartementet, 2001). Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) er i samhandlingsreformen lansert som et vesentlig virkemiddel for å oppnå bedre kommunikasjon med pasienter på tvers av faggrupper, avdelinger og forvaltningsnivåer med tanke på pasientsikkerhet, helhetlige pasientforløp, etc. Det fremheves blant annet effektiv informasjonsutvikling som et sentralt punkt for å styrke samhandling mellom tjenesteytere (Rieper, 2016). Noe av hensikten med utviklingen av Norsk helsenett var nettopp å bedre kommunikasjonen og utveksle personopplysninger og pasientinformasjon på en trygg og lovlig måte innen helsevesenet (Norsk Helsenett, 2022).

3.4 KNOTEPUNKTMODELLEN

Fastleger og avtalefysioterapeuter er i hovedsak organisert som selvstendig næringsdrivende og jobber på kontor eller institutt som ligger geografisk spredt i kommunen. Innbyggerne er knyttet til en fastleges liste, mens fysioterapitjenesten ikke har populasjonsansvar. Tilkoblingen til NHN har gitt muligheter for utvidet og mer sikker informasjonsflyt mellom fysioterapeuten og fastlegen (Johannessen, 2017). Knutepunktmodellen (Kpm) er et prosjekt som har til hensikt å bedre samarbeidet mellom fastleger og fysioterapeuter til beste for pasienten. Hensikten med Kpm var å sikre at pasienter skal få bedre behandling og tettere oppfølging (Johannessen, 2017). Prosjektet innebærer at fastleger og fysioterapeuter deltar i et oppstartprogram med faglige møter hvor det etableres enighet på kommunalt nivå om prioritering, behandling og samarbeidsformer (Woodhouse). Det legges opp til kurs hvor begge yrkesgrupper deltar, og det legges til rette for felles konsultasjoner mellom pasient, fysioterapeut og lege. Fysioterapeut og lege vil ha jevnlig møter om felles pasienter. (Legeforeningen, 2019) I Trondheim ble det utført fokusgruppe intervju som et pilotprosjekt i forbindelse med Knutepunktmodellen, men resultatene er foreløpig ikke publisert. Det er pr i dag lite dokumentasjon på hvordan Knutepunktmodellen faktisk har påvirket samarbeidet mellom fastleger og fysioterapeuter eller om pasienter får bedre behandling og oppfølging. Bruk av samhandlingstakster vil kunne si noe om samhandling og kommunikasjon mellom avtalefysioterapeuter og annet helsepersonell.

4 PROBLEMSTILLING

Øker avtalefysioterapeutenes bruk av samhandlingstakster etter innføring av Knutepunktmodellen?

5 FORMÅLET/HENSIKTEN MED STUDIEN

Trondheim og Kristiansand ble i 2020 tildelt prosjektmidler for implementering av Knutepunktmodellen. Hensikten med denne oppgaven er å se om det er endringer i bruk av samhandlingstakster fra 2019 til 2021 (2020 må utgå som en følge av covid-19, samt tid til implementering). I følge HELFO ble det i 2019 det brukt 194 056 samhandlingstakster på til sammen 520 612 unike pasienter som gikk til behandling hos avtaleterapeuter. Dette betyr at det i gjennomsnitt ble utløst 0,37 samhandlingstakster pr pasienten som var til behandling hos avtalefysioterapeutene i 2019. Antall samhandlingstakster pr pasient varierte mellom de ulike praksistypene.

Tabell 1: Samhandlingstakster pr pasient 2019

	Samhandlingstakster pr pasient 2019
Manuellterapeut	0,40 (144 323/ 57 157)
Fysioterapeut	0,36 (347 931/ 123 714)
Psykomotorisk fysioterapeut	0,46 (28 358/ 13 185)
Totalt	0,37 (520 612/ 194 056)

(Helfo, 2022)

Antall samhandlingstakster pr pasient sier ikke noe om varigheten i behandlingsforløpet, endringer i antall terapeuter eller endringer i arbeidsmengde. For å kunne sammenligne data er det derfor valgt å bruke antall samhandlingstakster pr individuell konsultasjon som parameter for eventuelle endring i bruk av samhandlingstakster i denne oppgaven.

Knutepunktmodellen har som mål å bedre samarbeidet mellom fastlegene og avtalefysioterapeutene. En indikator for endring i samarbeidet vil derfor være endring i antall samhandlingstakster pr individuelle konsultasjon før og etter implementering av knutepunktmodellen. For å sannsynliggjøre om trenden i samhandlingstakstene skyldes Knutepunktmodellen eller andre forhold er samme undersøkelse utført samlet for hele landet. 2019 vil utgjøre en baseline. På den måten vil man kunne observere om «etter-perioden» skiller seg fra «før-perioden/baseline-perioden» ved for eksempel et høyere gjennomsnitt/median når observasjonene før og etter 2020 er plottet hver for seg, run på mer enn syv observasjoner på samme side av medianen som kan tyde på en endringsprosess eventuelt run med observasjoner utenfor øvre kontrollgrense (Hofoss, 2012).

Denne oppgaven vil se på utviklingen i bruk av samhandlingstakster og ikke sette de ulike samhandlingsformene opp mot hverandre. Hvordan den enkelte fysioterapeut eventuelt skiller mellom «Telefonsamtale/skriftlig kommunikasjon med annet fagpersonell om enkeltpasient og skriving av epikrise eller tilbakemelding til henvisende behandler når dette gjøres uten samtidig undersøkelse eller behandling» (https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2021-06-24-2191#KAPITTEL_2, 2021) blir ikke vurdert i denne oppgaven. Datagrunnlaget baserer seg på tall hentet fra KUHR (Kontroll og utbetaling av helserefusjon) databasen.

6 TEORI

6.1 PASIENTPERSPEKTIV

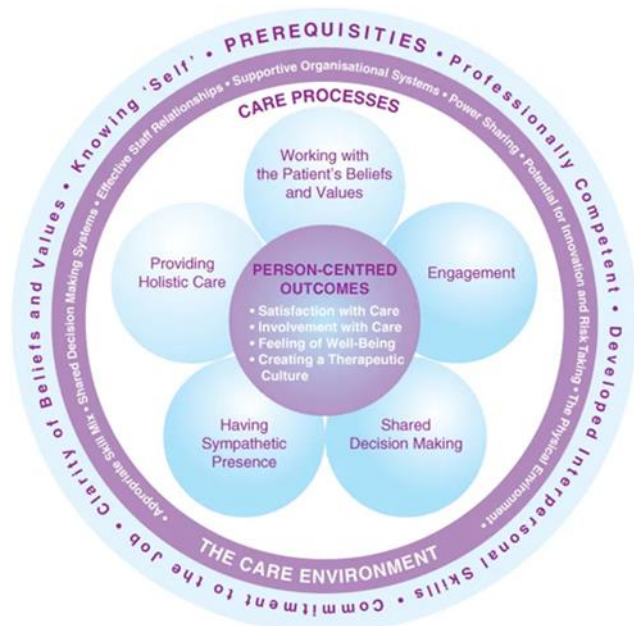
Forholdet mellom pasient og behandler blir ofte omtalt som pasient-terapeut interaksjon og ansette til å være er en viktig faktor i behandlingsforløpet (O'Keeffe, 2016). Grunnprinsippene i en pasient-terapeut-interaksjon er enighet om målsetting, enighet om tiltak og det emosjonelle båndet mellom pasient og terapeut (O'Keeffe, 2016). I Norge ble Fastlegeordningen innført i 2001 noe som ga alle som er bosatt i en norsk kommune rett til å ha en fastlege (Helse og omsorgsdepartementet, 2001). Fastlegen har en koordinerende rolle for oppfølging av pasientene

(Helse og omsorgsdepartementet, 2001). For fysioterapeuter betyr det at pasientens fastlege blir en naturlig samarbeidspartner. Kommunikasjonen mellom behandlere blir viktig i et helhetlig pasientforløp, men også i det enkelte pasient-terapeut forholdet. Samtidig er det viktig å ivareta fortroligheten mellom pasient og terapeut og hele tiden forsikre seg om at en har pasientens samtykke om informasjonsutveksling med pasientens fastlege. (Helse og omsorgsdepartementet, 2011) Pasientforløp forstås som en helhetlig, sammenhengende opplevelse av en eller flere kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode. Helhetlig pasientforløp kjennetegnes ved kontinuitet, at tjenesten henger sammen gjennom god samhandling, samarbeid og at informasjon overføres sømløst. Pasienten deltar i beslutningene gjennom målsetning og ansvar og fremdriften er basert på kunnskap om pasientens tilstand og behov (Grimsmo, A. 2018).

Dierckx et al hevder at fysioterapeuter i liten grad involverte pasienten i avgjørelser knyttet til behandlingsforløpet og påpeker viktigheten av involvering av pasienten og deling av informasjon for å oppnå et bedre resultat (Dierckx, 2013). Ved involvering av pasienter i valg knyttet til egen helse gis pasientene større deltagelse, innsikt og opplever større grad av egenmestring ved gjennomføring av et behandlingsopplegg (Kienlin, 2020). Pasientens vilje og ønske om å delta i behandlingsplanlegging øker når pasienten blir kjent med at det foreligger en valgsituasjon, og øker ytterligere når det blir klart hva som er fordelene, ulempene, nytteeffekt og eventuell risiko ved de ulike valg alternativene. Et av målene i behandlingen er at pasienten aktivt skal ta del i behandlingen og være en aktiv ressurs i rehabiliteringsprosessen. På den måten vil pasienten i større grad oppleve mestringsfølelse enn dersom pasienten blir en passiv til egen sykdom (Dramsdahl, 2019). Pasientene gjør ofte andre valg når de blir informert om fordeler, ulemper og utfordringer ved ulike tiltak (Hoffmann, 2020).

De siste årene har det vært en dreining i helsepersonells møte med pasientene, fra «hva er feil med deg?» til en mer åpen tilnærming- «hva er viktig for deg?» Hvordan kan vi sammen hjelpe deg? (Helse og omsorgsdepartementet, 2009). Innen fysioterapien ser vi en dreining mot en biopsykososial modell. Selve modellen ble utviklet i 1977 av George Libman Engel (Lehman), men både innen helsevesenet generelt som for fysioterapien har det i mange år vært et stort fokus på diagnoser og vevsspesifikk behandling (Grimsmo, A. 2017). Greg Lehman er en av de som på nytt har satt søkelys på den biopsykososiale modellen og dens betydning innen fysioterapien ved blant annet å utgi Recovery-strategies-pain-guidebook (Lehman). Den biopsykososiale modellen åpner for at de ulike delene i livet kan påvirke pasientens opplevelse av smerten. Faktorer som påvirker

pasientens opplevde smerte, har også betydning for pasientens behandling. Slik det fremkommer i McCormack og McCance beskrivelse av et personorientert rammeverk fra 2010 (McCormack, 2017).



Figur 1: Personorientert behandling, McCormack og McCance 2010

Pasientorientert behandling skal ivareta pasientens erfaring, verdier, behov og preferanser ved planlegging og utføring av behandlingstiltak. Pasientorientert behandling blir beskrevet som å se plagene fra pasientens ståsted (Wijma et al., 2017). Implementering og fokus på pasientorientert behandling har vist bedre utnyttelse av pasienten og helsevesenets ressurser, lavere kostnader og økt tilfredshet og resultat av behandlingen (Gluyas, 2015).

En slik tilnærming åpner opp for at det kan være mange måter å behandle smertene/ plagene på og samtidig at behandlingen bør omhandle flere ulike faktorer. I den sammenheng blir samvalg et svært sentralt tema. Samvalg er det norske begrepet for «shared decision making» og omtales som en felles beslutningsprosess hvor den forskningsbaserte kunnskapen, helsepersonells erfaringer og brukerens erfaring og preferanser brukes aktivt for å ta et informert valg (Kienlin, 2020). I tillegg til involvering av pasienten er det viktig å involvere andre deler av helsevesenet der det er nødvendig. Helsetjenestens organisering skaper både utfordringer og behov for samhandling på tvers av helseprofesjonene (Vik, 2018). Dersom ikke neste aktør varsles eller informeres, stopper prosessene opp. Helhetlig pasientforløp kjennetegnes ved kontinuitet, at tjenesten henger sammen gjennom god samhandling, samarbeid og at informasjon overføres sømløst. Pasienten deltar i beslutningene gjennom målsetning og ansvar, og fremdriften er basert på kunnskap om pasientens tilstand og behov (Grimsmo, A. 2018).

7 METODE

Kvantitativ forskning er en betydelig bidragsyter innen forskningsbasert kunnskap, da den er spesielt egnet til å kartlegge, se på sammenhenger, belyse årsak - virkning og å måle effekt av tiltak (Dragset, 2008). Ved å benytte kvantitativ forskning ser man etter generelle trekk i befolkningen heller enn individuelle særtrekk. Dette innebærer kvantitativ forskning kan påpeke en sannsynlighet, men ikke nødvendigvis at forskningen er anvendbar for det enkelte individ. Kritikken mot kvantitativ forskning går ofte på at det er lite individuelt tilpasset noe som tradisjonelt har blitt sett på som viktig for å gi gyldig kunnskap i en kompleks praksis hvor den enkelte pasient, behandler og institusjoner har sine særtrekk. Det hevdes også at kvantitativ forskning ikke nødvendigvis presenterer ny kunnskap, men heller en oppsummering av tidligere kunnskap (Dragset, 2008). Kvantitativ forskning har sitt utgangspunkt i naturvitenskapen hvor det var viktig å kunne forklare, forutsi og kontrollere. Til tross for sine begrensninger i form av å kunne belyse helsefagets sosiale karakter og sammensatte problemstillinger har naturvitenskapelig kunnskap vært en avgjørende forutsetning for den helsefaglige tilnærmingen vi har i dag (Dragset, 2008). Dette bygger på forståelsen av at det man observerer har visse fellestrekk og at man derfor kan generalisere fra grupper til individer (Thornquist, 2003). Innen helsevesenet brukes ofte kvantitativ forskning for å dokumentere gjeldene praksis, gi svar på effekten av ulike intervensjoner, sammenligning av ulike tiltak eller for å se på sammenhengen mellom ulike tiltak (Dragset, 2008).

7.1 UTVALG

Denne oppgaven baserer seg på tilegnelig KUHR -data. (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner). Med utgangspunkt i KUHR-data får man oversikt over all behandling som utløser refusjon. Det gir også mulighet til å skille mellom de ulike praksistypene, fysioterapeuter (Fyno), fysioterapeuter med videreutdanning i manuell terapi (Fymt) og fysioterapeuter med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi (Fypm). I motsetning til ved for eksempel bruk av spørreskjema sikrer man seg her tilnærmet 100% oversikt over takstbruken. Det gir en god oversikt over utført tjeneste. Ved bruk av spørreskjemaer er svarprosenten ofte relativt lav. Deloitte gjennomførte i 2014 en inntekt- og kostnadsundersøkelser for fysioterapeuter basert på spørreundersøkelser, antall fysioterapeuter som svarte på undersøkelsen var 29 % av avtaleterapeutene (Deloitte,

2016). Etter oppdrag fra staten utførte SSB i 2018 en inntekts og kostnadsundersøkelse basert på administrative registre, i hovedsak data fra Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR) og skatteetatens skattemelding med vedlegg, 100% av antall fysioterapeuter ble inkludert i rapporten (Claus, 2020).

Utvalget vil være avtalefysioterapeutene i de kommunen som i dag inngår i Trondheim og Kristiansand. Kontrollgruppen vil være alle avtalefysioterapeuter i resten av landet. Skillet mellom test og kontrollkommunen er en utfordring med tanke på at Knutepunktmodellen første gang ble introdusert i 2017 og har vært publisert i flere tidsskrifter (Johannessen). I tillegg har knutepunktmodellen vært omtalt på flere faglige arenaer og det er stor sannsynlighet for at budskapet fra Knutepunktmodellen har nådd ut til langt flere avtalefysioterapeuter enn terapeutene i Trondheim og Kristiansand. Det er dermed ikke mulig å sikre rene skiller mellom test- og kontroll kommunene. Bruk av samhandlingstakster har vært i fokus i flere år gjennom økt honorering for bruk av samhandlingstakster samt bedre tilrettelegging ved tilkobling til Norsk helsenett. Sammen med bortfall av henvisningskravet i 2018 og omtale av Knutepunktmodellen i tidsskrifter og på seminarer, er det mange avtalefysioterapeuter som kan ha endret sin praksis ang samhandling. Dette uavhengig om de har deltatt i prosjekt «Knutepunktmodellen».

Tilbakemeldingene fra Trondheim og Kristiansand tyder på et oppmøte på ca 60% blant avtalefysioterapeutene på kurset «Samhandling i primærhelsetjenesten etter "Knutepunktmodellen" (Legeforeningen, 2019). Selv om ikke alle avtalefysioterapeuter har deltatt på kurset, er det antatt en del «smitteeffekt» blant terapeutene på de ulike instituttene, slik at antall terapeuter som har fått et tettere innblikk i Knutepunktmodellen antas å være høyere enn de som faktisk har deltatt på kursene. Både Kristiansand og Trondheim melder om at de fleste institutt har vært representert på kurset.

De endringer som har skjedd innen finansiering, tilkobling Norsk helsenett og bortfall av krav om henvisning for å kunne utløse refusjon fra folketrygden (Strupstad, 2017) kan sees som en intervensjon i seg selv. Innføring i Knutepunktmodellen er en lokal intervensjon som kommer i tillegg til de nasjonale endringene.

7.1.1 Takster

Folketrygdlovens § 5-8 regulerer Fysioterapi;

- Stønad til fysioterapi ytes bare dersom fysioterapeuten har avtale om driftstilskudd med kommunen, jf. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-1 femte ledd.
- Behandlingen må være av vesentlig betydning for medlemmets sykdom og funksjonsevne.
- Stønaden ytes etter fastsatte satser.

Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi mm er hjemlet i folketrygdlovens § 5-8. I henhold til Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi §1 ytes det stønad til fysioterapi ved sykdom, skade eller lyte og §5 viser til at stønad til fysioterapi ytes etter takstene i kapittel II (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Fysioterapeuters takstbruk vil gi en god indikasjon for omfanget av tjenesten og brukes i Helsedirektoratets årlige takstbruksundersøkelsen som blant annet danner grunnlaget for takstforhandlingene (Gaardsrud, 2022). Takster som det er sett nærmere på i denne oppgaven er takster for samhandling, undersøkelse og individuell behandling. Dette skyldes at omfanget i bruken av samhandlingstakster vil kunne være avhengig av antall terapeuter i de aktuelle periodene, antall pasienter og eller omfanget av tjenesten. For at samhandlingstakstene skal kunne sammenlignes fra måned til måned, må det derfor tas hensyn til enten antall samhandlingstakster per fysioterapeut, antall samhandlingstakster per pasient eller antall samhandlingstakster per individuelle konsultasjon. Samhandling delt på antall terapeuter vil ta hensyn til eventuelle endringer i antall terapeuter, men vil ikke ta hensyn til eventuelt ulik arbeidsmengde. Samhandling delt på antall pasienter vil ta hensyn til hvor mye det samhandles pr pasient. En utfordring kan være at samme pasient registreres i flere måneder ved langvarig plager, og at det ikke skilles på korte eller lange behandlingsforløp. Samhandling delt på antall undersøkelser og individuelle behandlinger vil ta hensyn til eventuelle endring i arbeidsmengde i for eksempel ferier. En slik inndeling vil i større grad sidestille korte og langvarig behandlingsforløp. Samhandling delt på antall undersøkelser vil i utgangspunktet gi et godt bilde av antall nye pasienter. En utfordring kan være at undersøkelsestakst kan brukes inntil 4 ganger pr diagnose pr kalender år. «Undersøkelse hos fysioterapeut, inntil 30 minutter. Takst A1a og B0a kan til sammen benyttes inntil 4 ganger for samme sykdom/skade per kalenderår.» (<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2021-06-24-2191>). I denne oppgaven er det benyttet antall samhandlingstakster pr individuelle konsultasjon (undersøkelse og behandling) da dette er vurdert til å gi mest stabile og sammenlignbare tall for

de ulike tidsperiodene (2019 og 2021) samt de ulike områdene (Kpm kommunene og resten av landet).

7.1.1.1 Samhandlingstakster

Tabell 2: Takster for samhandling

Takst	Tekst
E50a	<p>Møtegodtgjørelse med reisetid når fysioterapeuten deltar i tverrfaglig eller flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient. Møtet må være ledd i pasientens behandlings- eller rehabiliteringsopplegg. Taksten kan også utløses når møtet foregår via telefon eller video.</p> <p>Takst E50a beregnes for arbeid i inntil en halv time og deretter utløses takst E50b per påbegynte halvtime. Hvis møtet gjelder flere pasienter, beregnes takstene E50a og b for den samlede møte- og reisetid, ikke per pasient.</p> <p>Hvilke instanser/personer som har deltatt på møtet, tidspunkt for møtet og hvor møtet fant sted må kunne dokumenteres.</p> <p>Takst E50a og E50b kan ikke benyttes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ved samtidig konsultasjon • når manuellterapeut deltar i dialogmøte med arbeidsgiver, arbeidstaker og/eller NAV. Deltakelse i slike møter godtgjøres av NAV etter L-takster. • dersom møtet blir avlyst <p>Ugyldig takstkombinasjon: Alle, unntatt E50b</p>
E51a	<p>Telefonsamtale/skriftlig kommunikasjon med annet fagpersonell om enkeltpasient.</p> <p>Taksten kan ikke benyttes ved mottak og lesing av tilsendt dokumentasjon som epikriser, henvisninger, svar på røntgenundersøkelser mv.</p> <p>Ugyldig takstkombinasjon: Alle</p>
E51b	<p>Skriving av epikrise eller tilbakemelding til henvisende behandler når dette gjøres uten samtidig undersøkelse eller behandling.</p> <p>Ugyldig takstkombinasjon: Alle</p>

Takst	Tekst
E51c	<p>Skriving av henvisninger og rekvisisjoner til spesialisthelsetjenesten når dette gjøres uten samtidig undersøkelse eller behandling. Taksten kan også benyttes når fysioterapeut med spesialkompetanse i fysikalsk lymfene behandling og samarbeidsavtale med helseforetak søker om kompresjonsplagg og bandasjemateriell ved lymfødem. Taksten kan ikke benyttes ved rekvirering av pasientreiser.</p> <p>Ugyldig takstkombinasjon: Alle</p>

7.1.1.2 Utvikling i bruk av samhandlingstakster

Summen av E50a, E51a, b, og c gir en indikasjon på samhandlingen eller kommunikasjonen avtalefysioterapeutene har hatt med annet helsepersonell. I denne oppgaven legges det til grunn at bruk av flere samhandlingstakster betyr mer samarbeid. Ulike problemstillinger kan avgjøre om det bør avtales et samarbeidsmøte, telefonkontakt eller benyttes ulike former for skriftlig kommunikasjon, et skille mellom disse takstene vil dermed ikke være hensiktsmessig i denne oppgaven.

Bruk av antall samhandlingstakster nær doblet seg fra 2015 til 2018 fra ca 89 000 til ca 176 000. Fra en gjennomsnittlig vekst på ca 25% pr år i perioden 2015-18, er den årlige veksten redusert til ca 10% de siste årene. Knutepunktmodellen ble innført i Trondheim og Kristiansand i 2020. På grunn av Covid-19 pandemien var avtalefysioteraputer pålagt stengt fra 16. mars til 20. april 2020. Varierende smittetrykk og ulike nasjonale/lokale restriksjoner knyttet til pandemien kan ha påvirket takstbruken i både 2020 og 2021 (Gaardsrud, 2021).

Tabell 3: Utvikling i bruk av samhandlingstakster

Takst	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
E50a	19 079	20 062	16 628	17 25	18 413	18 344	19 122
E51a	27 061	29 155	37 131	49 947	56 480	61 463	69 766
E51b	27 565	37 856	60 425	85 013	92 127	98 139	106 978
E51c	15 633	18 535	25 441	24 065	27 036	28 915	33 468
Totalsum	89 338	105 608	139 625	176 284	194 056	206 861	229 334

7.1.1.3 Prioritering av samhandlingstakster ved takstforhandlingen

Sammen med tilkoblingen til NHN bidro Norsk Fysioterapeutforbund sterkt til veksten i bruk av samhandlingstakster ved å jobbe målrettet for økning av kronebeløpene samhandlingstakstene utløste i forbindelse med takstforhandlingene (Norsk Fysioterapeutforbund, 2016b). Takstene for samhandling ble økt med ca 70% i perioden 2015 – 18. Den mest brukte taksten E51b økte fra kr. 130,- til kr. 221,- i perioden 2015-18.

Før innføring av Knutepunktmodellen

Etter

Tabell 4: Økonomisk utvikling av samhandlingstakstene

Takst	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
E50a	247,-	257,-	310,-	325,-	328,-	328,-	347,-
E51a	65,-	75,-	125,-	131,-	135,-	135,-	139,-
E51b	130,-	145,-	210,-	221,-	223,-	223	236,-
E51c	130,-	145,-	210,-	221,-	223,-	223	236,-

(Helse- og omsorgsdepartementet, 2021)

7.1.1.4 Takster for individuell konsultasjon

Med individuell konsultasjon legges undersøkelse og individuell behandling til grunn i denne oppgaven. Konsultasjonen kan foregå ved fysisk oppmøte og ved bruk av videokonsultasjon.

7.1.1.5 Undersøkelsestakster

Tabell 5: Takster for undersøkelse

Takst	Tekst
A1a	Undersøkelse hos fysioterapeut, inntil 30 minutter. Takst A1a og B0a kan til sammen benyttes inntil 4 ganger for samme sykdom/skade per kalenderår. Ugyldig takstkombinasjon: Alle unntatt A1c, A1g, A1i, D40, F1, F21, F22, F23, G
A1d	Undersøkelse hos fysioterapeut med rett til å utløse takst A8, A9 eller A2k inntil 30 minutter. Ved undersøkelse av barn under 16 år kan også fysioterapeut som ikke har rett til å utløse takst A8, A9 eller A2k benytte taksten. Takst A1d og B0d kan til sammen benyttes inntil 4 ganger for samme sykdom/skade per kalenderår. Ugyldig takstkombinasjon: Alle unntatt A1f, A1g, A1h, A1i, D40, F1, F21, F22, F23, G
B0a	Undersøkelse via video hos fysioterapeut, inntil 30 minutter. Takst B0a og A1a kan til sammen benyttes inntil 4 ganger for samme sykdom/skade per kalenderår. Ugyldig takstkombinasjon: Alle unntatt B0c, A1g, D40
B0d	Undersøkelse via video hos fysioterapeut med rett til å utløse takst A8, A9 eller A2k inntil 30 minutter. Ved undersøkelse av barn under 16 år kan også fysioterapeut som ikke har rett til å utløse takst A8, A9 eller A2k benytte taksten. Takst B0d og A1d kan til sammen benyttes inntil 4 ganger for samme sykdom/skade per kalenderår. Ugyldig takstkombinasjon: Alle unntatt B0f, A1g, A1h, D40

7.1.1.6 Takster for individuell behandling

Tabell 6: Takster for individuell behandling

Takst	Tekst
A3a	Ugyldig takstkombinasjon: Alle unntatt A3b, A2k, D40, F1, F21, F22, F23, G
A8a	Behandling hos manuellterapeut Ugyldig takstkombinasjon: Alle unntatt A8b, D40, F1, F21, F22, F23, G
A9a	Behandling hos fysioterapeut med tilleggskompetanse i psykomotorisk fysioterapi. Ugyldig takstkombinasjon: Alle unntatt A9b, D40, F1, F21, F22, F23, G
B1a	Videokonsultasjon hos fysioterapeut. Ugyldig takstkombinasjon: Alle unntatt B1b, A2k, D40
B2a	Videokonsultasjon hos manuellterapeut. Ugyldig takstkombinasjon: Alle unntatt B2b, D40
B3a	Videokonsultasjon hos fysioterapeut med tilleggskompetanse i psykomotorisk fysioterapi. Ugyldig takstkombinasjon: Alle unntatt B3b, D40

7.1.1.7 Utvikling i bruk av takster for undersøkelse og individuell behandling

Tabell 7: Frekvensutvikling av undersøkelsestakstene

Takst	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
A1a	182 290	185 746	182 877	204 628	207 471	201 821	236 652
A1d	124 501	128 359	131 196	139 903	152 460	148 469	175 210
Sum undersøkelse	306 791	314 105	314 073	344 531	359 931	350 290	411 862
A3a	4 850 624	4 760 981	4 463 452	4 328 978	4 246 287	3 677 573	4 132 704
A8a	1 081 900	1 104 580	1 087 112	1 120 619	1 150 388	1 004 834	1 178 355
A9a	288 247	288 469	291 271	295 189	297 293	261 600	292 739
Sum individuell konsultasjon	6 220 771	6 154 030	5 841 835	5 744 786	5 693 968	4 944 007	5 603 798

(Helfo, 2022)

Antall undersøkelser og individuelle behandlinger gir indikasjon på antall individuelle konsultasjoner og vil kunne gi et bilde av arbeidsmengden til den enkelte terapeut.

7.1.2 Ulike praksistyper

Avtalefysioterapeuter deles i tre hovedgrupper, fysioterapeuter, fysioterapeuter med videreutdanning i manuellterapi og fysioterapeuter med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi. I 2019 var det henholdsvis 2770 fysioterapeuter, 565 fysioterapeuter med videreutdanning i manuellterapi og 327 fysioterapeuter med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi som hevet takster (Helfo, 2019). I tillegg til å ha ulike videreutdanninger dekker de ulike gruppene ulike pasientkategorier. Fysioterapeutene er en sammensatt gruppe som har ulik kompetanse og dekker et bredt spekter av pasienter og plager. En spesialist i manuellterapi har

avansert klinisk kompetanse i å vurdere og håndtere komplekse situasjoner rundt mennesker med muskel- og skjelettsykdommer. Mens en psykomotorisk fysioterapeut retter seg mot bevisstgjøring og endring av spenningstilstandene i kroppen. Vedvarende spenningsmønster kan låse seg over tid, og gi smerter i muskler og skjelett, eller andre plager. Stress, bekymringer, konflikter, traumatiske opplevelser og livsbelastninger virker inn på vår kropp og kroppsopplevelse (Norsk Fysioterapeutforbund, 2022).

Antall undersøkelser og lengde på de individuelle behandlingene varierer mellom de ulike behandlingstypene. Fysioterapeuter har en gjennomsnittlig behandlingstid på ca 40 minutter, fysioterapeuter med videreutdanning innen manuellterapi har gjennomsnittlig behandlingstid på ca 30 minutter mens fysioterapeuter med videreutdanning innen psykomotorisk fysioterapi har gjennomsnittlig behandlingstid på ca 60 minutter.

Tabell 8: Totalt antall undersøkelsestakster pr år

Undersøkelser	2019	2021
Manuellterapeut	119 048	135 970
Fysioterapeut	230 934	262 085
Psykomotorisk fysioterapeut	9 949	13 840

(Helfo, 2022)

Tabell 9: Gjennomsnittlig behandlingstid pr individuelle konsultasjon

	Gjennomsnittlig behandlingstid 2019	Gjennomsnittlig behandlingstid 2021
Fysioterapeut	38 min	40 min
Manuellterapeut	31 min	33 min
Psykomotorisk fysioterapeut	61 min	62 min

(Helfo, 2022)

Det er også ulike lengde i gjennomsnittlig behandlingsforløpene mellom de ulike gruppene. Dette kan påvirke bruk av samhandlingstakstene.

Tabell 10: Gjennomsnittlig antall individuelle behandlinger pr undersøkelse

	Undersøkelse/ individuell behandling 2019	Undersøkelse/ individuell behandling 2021
Fysioterapeut	18,3	15,7
Manuellterapeut	9,7	8,7
Psykomotorisk fysioterapeut	30,8	21,7

(Helfo, 2022)

For å dekke opp for disse ulikhetene og undersøke om det er ulik utvikling i de ulike gruppene vil oppgaven ta for seg både den samlede utvikling i bruk av samhandlingstakster og utviklingen i bruk av samhandlingstakster i de ulike praksistypene. Bruk av samhandlingstakster vil bli vurdert pr individuelle konsultasjon, da dette er vurdert til å gi best mulig sammenlignbare data.

7.2 PROSEDYRE FOR DATASAMLING

Data for takstbruk blant avtaleterapeutene er hentet fra HELFO/KUHR via <https://opne-data.helserefusjon.no> som viser aggregert takstbruk for ulike yrkesgrupper innen helsevesenet. KUHR baserer seg på refusjoner for utført behandling, som behandler har fått utbetalt fra HELFO, uavhengig av når disse er utbetalt. Takstbruken er hentet ut minimum 2 måneder etter avsluttet måned slik at alle regninger kommer med (I følge HELFO har 99% av regningene registrert inn innen 8 uker). Som en følge av kommunesammenslåinger i 2020, er de kommunene som i 2021 utgjør Trondheim og Kristiansand tatt med i tallgrunlaget for 2019, dette for å kunne ha sammenlignbare data. I forbindelse med Covid-19 pandemien ble det innført video takster (B). Videotakstene er tatt med i datagrunlaget da de har vært en erstatning for fysiske timer.

7.2.1 Søkriterier

Søkriteriene som er benyttet i oppgaven er:

www.opne-data.helserefusjon.no

Området: Trondheim, Klæbu, Kristiansand, Søgne, Sogndalen, hele landet

Inndeling: Måned

Periode: 201901 – 201912 og 202101 – 202112

Takstkode: For undersøkelse: A1a, B0a, A1d og B0d

For individuell behandling: A3a, B1a, A8a, B2a, A9a og B3a

For Samhandling: E50a, E51a, E51b og E51c

Fagområdet: Fysioterapi (FY)

Praksistype: Fysioterapeut med videreutdanning i Manuellterapeut (FYMT)

Fysioterapeut (FYNO)

Fysioterapeut med videreutdanning i Psykomotorisk fysioterapi (FYPM)

(Helfo, 2022)

7.3 ANALYSE

Studien vil benytte statistisk prosesskontroll (SPC) for å se hvordan bruken av samhandlingstakster i forhold til individuelle takster har utviklet seg i perioden 2019 - 21. Bruken av samhandlingstakster (E50a, E51a, E51b, E51c) vil bli sett i sammenhengen med bruk av takster for individuell konsultasjon (undersøkelse (A1a, A1d, B0a, B0d) og individuell behandling (A3a, A8a, A9a, B1a, B2a, B3a). Dette gjøres for å kunne få sammenlignbare data uavhengig eventuelle variasjoner i antall terapeuter og pasienter. Med utfordringer knyttet til Covid-19 og implementering Knutepunktmodellen i 2020, er det i denne oppgaven valgt sammenligne bruk av samhandlings takster i 2019 med tilsvarende tall for 2021. Antall samhandlingstakster og individuelle konsultasjoner blir hentet ut hver måned, slik at det blir til sammen 24 observasjoner.

Blant avtalefysioterapeuter kan det deles i 3 grupper; fysioterapeuter, fysioterapeuter med videreutdanning innen manuellterapi og fysioterapeuter med videreutdanning innen psykomotorisk fysioterapi. Oppgaven vil også undersøke om det er ulik utvikling i bruk av samhandlingstakstene i de ulike gruppene. På grunn av lang implementeringsperiode og generelt økt søkelys på samhandling de siste årene, vil studiet undersøke om funnene i de kommunene som har innført Knutepunktmodellen skiller seg ut sammenlignet med resten av landet. Trondheim og Kristiansand fikk prosjektmidler til innføring av Knutepunktmodellen i 2020. Disse kommunen blir sett på som en enhet.

7.4 STATISTISK PROSESSKONTROLL

De senere årene har helsetjenesten i stadig større grad tatt i bruk statistisk prosesskontroll for å måle forbedringsarbeidet. Statistisk prosesskontroll (SPC) er en tidsserieanalyse som i mange år har vært benyttet innen industri og økonomi. SPC er også et nyttig statistisk verktøy som kan benyttes innen helsetjenesten. «Statistikk prosesskontroll (SPC) er en filosofi, en strategi og et sett med metoder for vedvarende forbedring av systemer, prosesser og resultat. SPC- tilnærmingen er basert på å lære av data og har sitt grunnlag i variasjonsteori (forståelse av naturlige og spesielle variasjoner)» (Woodall, 2004). SPC kan brukes når man legger merke til et problem/utfordring, planlegger et forbedringstiltak, iverksetter den planlagte intervensjonen og studerer endringene i den første perioden etter at forbedringen ble gjort. Observasjonene blir registrert over tid og plottet langs en tidsakse (Hofoss, 2012). Alle prosesser – også de som er stabile («under statistisk kontroll») er kjennetegnet ved naturlig variasjoner og viser litt ulike verdier på ulike tidspunkt. Prosessene påvirkes av flere faktorer og resultatene vil fordele seg «normalt». I SPC kalles disse variasjonene for «common cause variation». Dette er faktorer som er til stede hele tiden og av og til påvirker observasjonen både opp og ned, så lenge variasjonene bare er «common cause» variasjon vil observasjonene svinge rundt et gitt, stabilt, nivå som er medianen (Hofoss, 2012).

I SPC kan man benytte et run-diagram til å undersøke om prosess er stabil. En stabil prosess kjennetegnes ved at datapunktene i tidsserien fordeler seg tilfeldig rundt medianen. Med tilfeldig prosess menes at man på forhånd ikke kan vite på hvilken side av medianen det neste datapunktet vil falle, men at sannsynligheten for begge utfall er like stort (dvs. 50 %). Det kan også brukes ulike kontrolldiagram innen SPC. I denne oppgaven er det valgt å bruke et XmR-diagram i tillegg til run-diagrammene. XmR -diagram kan brukes for de fleste type data innen helsevesenet når datapunktene som plottes består av enkelt observasjoner. Et kontrolldiagram som XmR –

diagrammet bidrar til å synliggjøre uønskede «spesielle variasjoner» (Nyen, 2009). I tillegg til å observere eventuelle endringer i perioden som vil kunne fremstå som en ustabil prosess vil det også undersøkes om «etter-perioden» skiller seg fra «før-perioden/baseline-perioden» ved for eksempel et høyere gjennomsnitt/median og eventuelle rader med observasjoner utenfor øvre kontrollgrense (Hofoss, 2012). Dette vil indikere eventuelle stabile/ustabile prosesser før/ etter implementering. 2019 vil dermed utgjøre en baseline som det vil bli vurdert kontrolldiagrammers median, gjennomsnitt og kontrollgrenser ut fra, mens tilsvarende vurderinger vil bli gjort på observasjoner etter implementering (2021) (Schreider, 2004).

7.4.1 Run - diagram

Run-diagram ble utviklet av Walter Shewhart på 1920-tallet. Run-diagram kan brukes på alle typer prosesser og med alle slags data (målte data, telte data, prosenter, forholdstall osv).

Run-diagram er en måling av en prosess over tid og gir en løpende oversikt over dataene. Tiden er på horisontalaksen. Kvalitetsegenskapen som er den prosessverdien en monitorer er på den vertikale aksene. Senterlinjen i et run-diagram er medianen. Et run er definert som ett eller flere etterfølgende datapunkter på samme siden av medianen. Et run kan altså ha ett eller flere punkter. Punkter som ligger på medianen, skal ignoreres. Kvalitetsegenskapen i denne oppgaven vil være antall samhandlingstakster delt på antall individuelle konsultasjoner (undersøkelser + individuelle behandlinger). Denne egenskapen vil hensynta evt endringer i antall fysioterapeuter, antall pasienter og arbeidsmengde, slik at man får sammenlignbare data for hele perioden. Tidsperioden i denne oppgaven er januar – desember 2019 og januar – desember 2021. 2020 er vurdert som et implementerings år for Knutepunktmodellen.

Det benyttes tre tester i SPC for tolkning av run-diagram (Carey R, Lloyd R 1999). Testene brukes for å identifisere om det er spesiell variasjon er til stede i prosessen, antall ganger grafen krysser medianen og om det er et nivåskifte i prosessen (Nyen, 2009).

Test 1: Teller hvor mange «runs» det er i en tidsserie angitt i en standardtabell, men det er ofte lettere å telle antall ganger grafen krysser medianen grenseverdiene (øvre og nedre grense.) I denne oppgaven hvor det er 24 observasjoner er nedre grense for antall «run» 8 og øvre grense for antall «run» 17. Færre enn åtte eller flere enn 17 runs indikerer at prosessen er ustabil, «ute av

statistisk kontroll», og oppviser mer enn tilfeldig varians i en grunnleggende stabil prosess. (Nyen, 2009).

Test 2: Ser etter et nivåskifte i prosessen, varig eller forbigående. I denne oppgaven med 24 observasjoner er det mer enn 8 punkter på samme side av medianen som vil indikere et eventuelt nivåskifte (Nyen, 2009). Med nivåskifte menes uvanlig mange punkter på samme side av medianen (8++), eksklusive eventuelle punkter på medianen.

Test 3: Ser etter en trend. Med trend menes en uvanlig lang serie av etterfølgende punkter (7++) med økende eller synkende verdier (punkter med samme verdi som det foregående skal ikke telles med, de verken avbryter eller øker lengden på trenden) (Nyen, 2009).

7.4.2 XmR – diagram

Kontrollgrensene i XmR (eller I)-diagrammet, er basert på såkalt moving range (mR).

Moving range er et spredningsmål basert på forskjellene fra ett datapunkt til det neste. Moving range viser i tidsrekkefølge hvor stor endringen er fra det enkelte punktet til det neste.

Spredningen i disse observasjonene beregnes som gjennomsnittet av disse forskjellene. Store forskjeller på observasjonene gir en høyere gjennomsnittsforskjell. Kontrollgrensene er gjennomsnittet pluss/minus 2,66 ganger gjennomsnittsforskjellene. Observasjoner utenfor pluss/minus 2,66 gjennomsnittsforskjeller viser seg å være like sjeldne som observasjoner utenfor pluss/minus tre standardavvik. Observasjoner utenfor kontrollgrensene viser seg i kun 0,27% tilfeller i en stabil prosess (Hofoss, 2012).

Formler

$Xbar \pm 2,66 * mRbar$

Xbar som er sentrallinjen i dette diagrammet, er det aritmetiske gjennomsnittet for datapunktene (X), pluss/minus 2.66 ganger mRbar som er det aritmetiske gjennomsnittet av de løpende forskjellene fra et datapunkt til neste datapunkt. (Schreider, 2004)

8 RESULTAT

8.1 RUN – DIAGRAM

Run diagram for kommunene som har implementert Knutepunktmodellen (Kpm) i 2020 (kommunene som i dag utgjør Trondheim og Kristiansand) er markert med blått, mens resten av landet er markert med grått. Observasjonene fra Kpm kommunene og resten av landet er satt i samme diagram for lettere å kunne sammenligne utviklingen i test og kontrollgruppen.

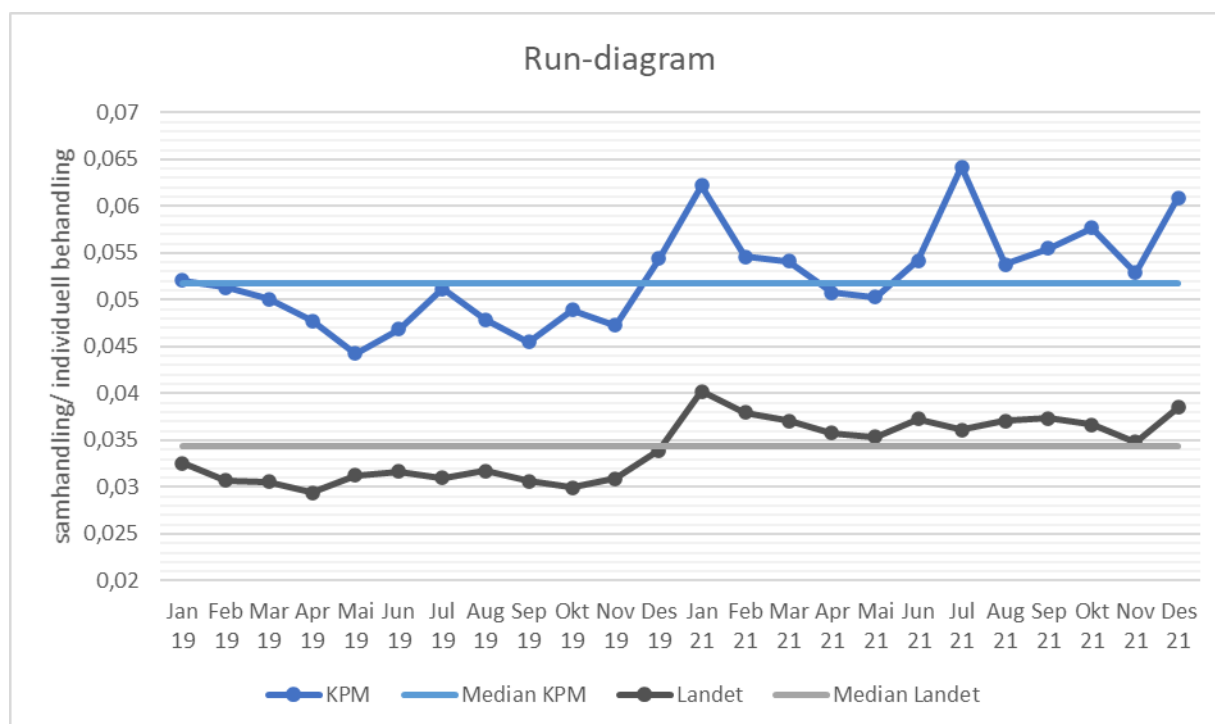


Diagram 1: Run-diagram

I Run-diagrammet brukes 3 tester for å identifisere en spesiell variasjon

8.1.1 Test 1

For Kpm kommunene viser test en fire runs. Nedre grense for antall runs ved 24 observasjoner er åtte. Dette betyr at det er registrert en spesiell variasjon og ikke bare tilfeldig varians i Kpm

kommunene (Nyen, 2009). For resten av landet er det kun to runs, også her registreres det en spesiell variasjon og ikke bare tilfeldig varians. For både Kpm kommunen og resten av landet observeres en stigning. Runnene som observeres før innføring av Knutepunktmodellen er i under median, mens runnene etter innføringen av Kpm i hovedsak er over medianen.

8.1.2 Test 2

For Kpm kommunene viser test to ni observasjoner i et run fra februar – november 2019 og 7 observasjoner i et run fra juni – desember 2021. Dette antyder en prosessendring da det er mer enn en tilfeldig/normal variasjon enn det ville vært i en stabil prosess. For resten av landet vises 12 observasjoner i hvert run, noe som antyder at det også her er en prosessendring. Ikke bare tilfeldig variasjon er til stede når åtte eller flere etterfølgende punkter faller på samme linje av senterlinjen (Nyen, 2009). For både Kpm kommunene og resten av landet ser vi en prosessendring som indikerer en forbedring/økning da runnene etter innføring av Knutepunktmodellen ligger på et høyere nivå enn før innføringen.

8.1.3 Test 3

For Kpm kommunene og resten av landet viser test tre, fem etterfølgende minskninger i dataene. Vi kan dermed ikke se noen trend eller nivåskifte i prosessen. For at det skal defineres som en trend eller nivåskifte må det være 7 eller flere etterfølgende datapunkter som viser en økning eller minskning (Nyen, 2009). Da det observeres en prosessendring i test en og to, men ingen trend eller nivåskifte. Vil run-diagrammet suppleres med et run diagram hvor median av observasjonene før og etter 2020 vil bli plottet hver for seg.

8.1.4 Run – diagram med median plottet for periodene før og etter 2020 plottet hver for seg

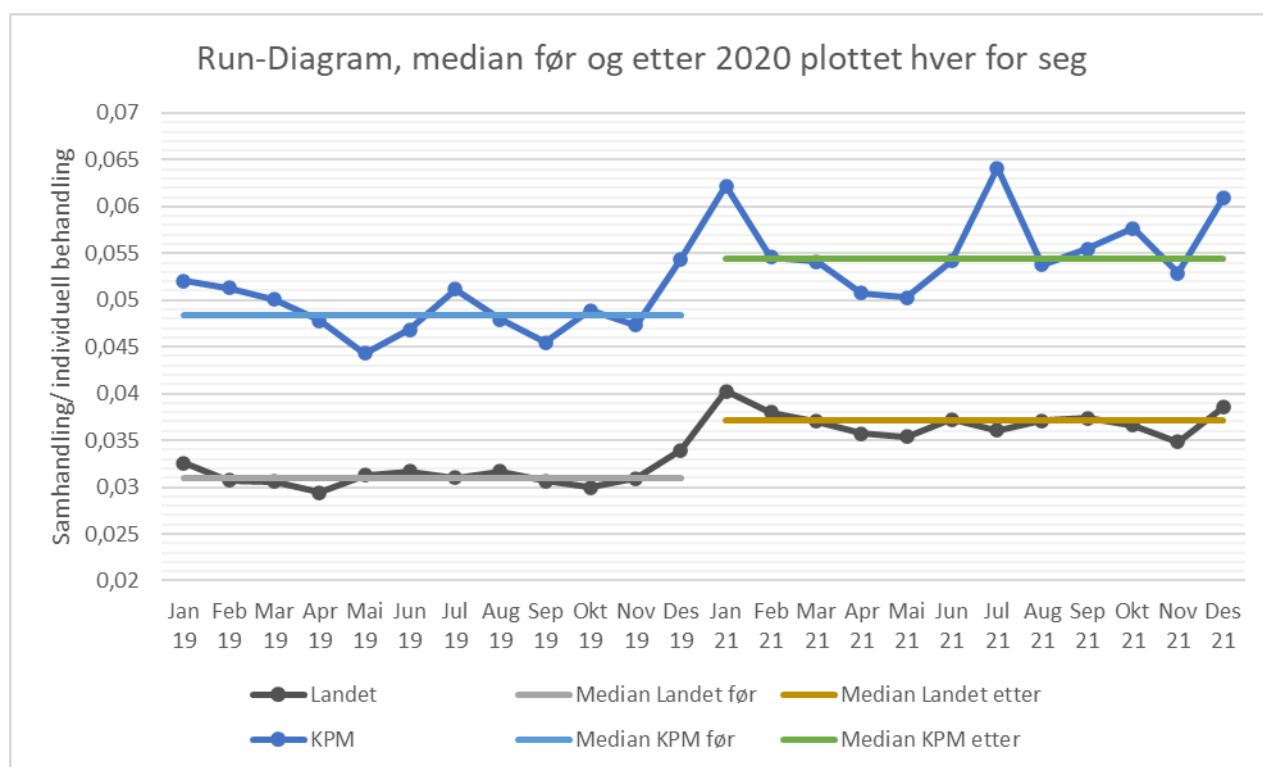


Diagram 2: Run-diagram med median plottet før/etter 2020 plottet hver for seg

For både Kpm kommunene og resten av landet registreres en naturlig variasjon i en stabil prosess i perioden før og etter intervensjonen (Nyen, 2009). Dette indikerer at det har skjedd en endring i 2020 og at det er naturlig variasjon på et høyere nivå etter intervensjonen (Schreider, 2004).

8.1.5 Resultat run-diagram

Run-diagrammet for både Kpm kommunene og resten av landet viser ingen trend eller nivåskifte i prosessen, men både test en og test to indikerer en prosessendring i form av en forbedring/økning. Run-diagrammet med median før og etter 2020 plottet hver for seg viser en stabil prosess med naturlig variasjon på et høyere nivå i 2021 sammenlignet med 2019. Medianen i Kpm kommunene var på 0,48 i 2019, mens medianen for resten av landet var på 0,31. Jo høyere utgangspunkt dess mer krevende vil det være å oppnå en prosessendring/forbedring. Run-diagrammet viser at det har skjedd en prosessendring i Kpm kommunene til tross for at median i utgangspunktet var betydelig høyere i disse kommunene. Dette kan indikere at innføring av Knutepunktmodellen har ført til en endring i form av økt bruk av samhandlingstakster i Kpm kommunene.

8.2 XMR – DIAGRAM

XmR diagram for kommunene som har implementert Knutepunktmodellen i 2020

(gjennomsnittsverdien for kommunene som i dag utgjør Trondheim og Kristiansand) er markert med blått med øvre og nedre kontrollgrense markert i grønt, mens gjennomsnittsverdien for resten av landet er markert med grått med øvre og nedre grense markert i orange.⁸

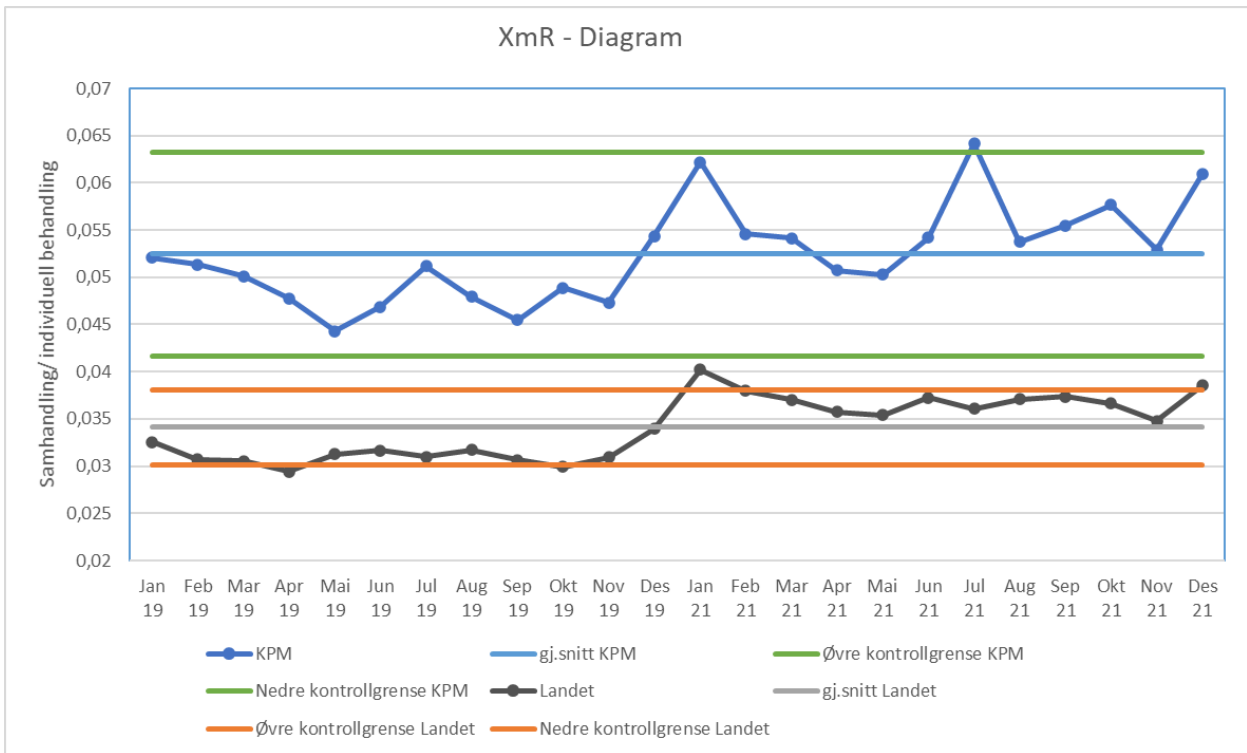


Diagram 3: XmR diagram

XmR – diagrammet for Kpm kommunene viser at det er en uforstyrret eller stabil prosess, med ett enkelt datapunkt som faller utenfor kontrollgrensen (juli 2021) (Schreider, 2004). For resten av landet faller tre datapunkter utenfor kontrollgrensene, men det er flere datapunkter som ligger tett opp til grensen. Når to av tre punkter i rekkefølge er nær oppunder kontrollgrensene, slik som i dette tilfellet, er det et varsel om at det har skjedd noe uvanlig (Schreider, 2004). For å undersøke dette nærmere vil XmR- diagrammet suppleres med et XmR -diagram hvor gjennomsnittet før og etter 2020 er plottet hver for seg.

8.2.1 XmR- diagram med gjennomsnitt før og etter 2020 plottet hver for seg

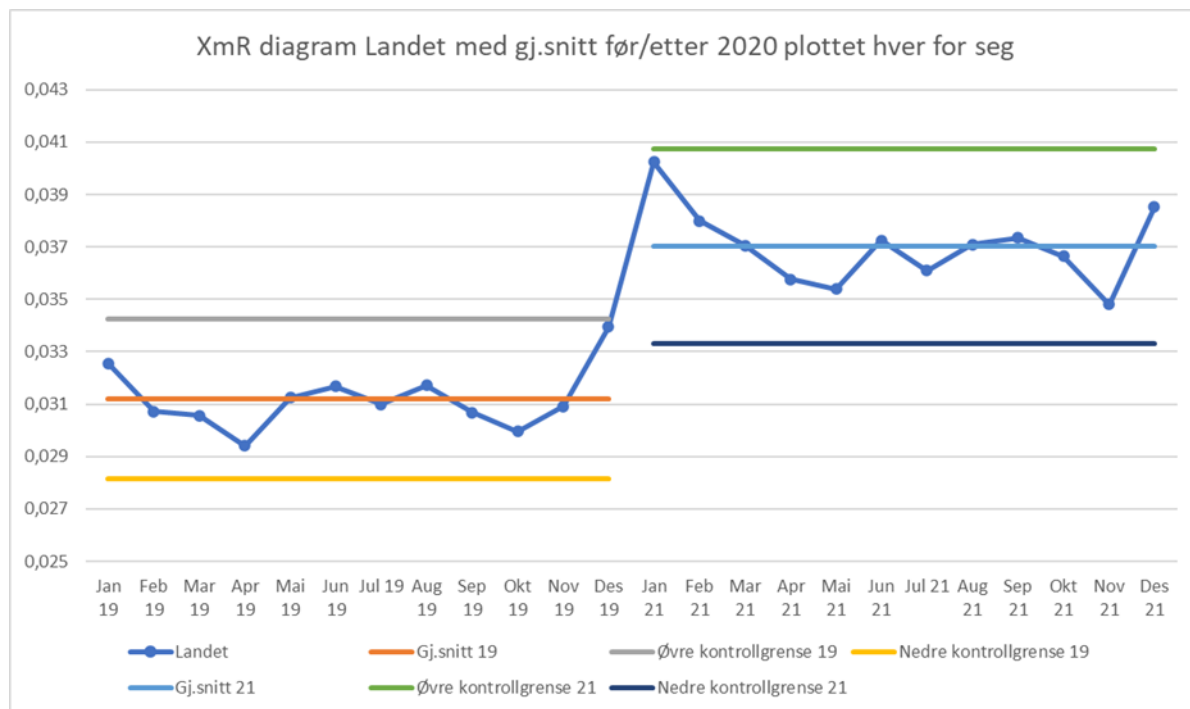


Diagram 4: XmR-diagram «landet» med gjennomsnitt før/etter 2020 plottet hver for seg

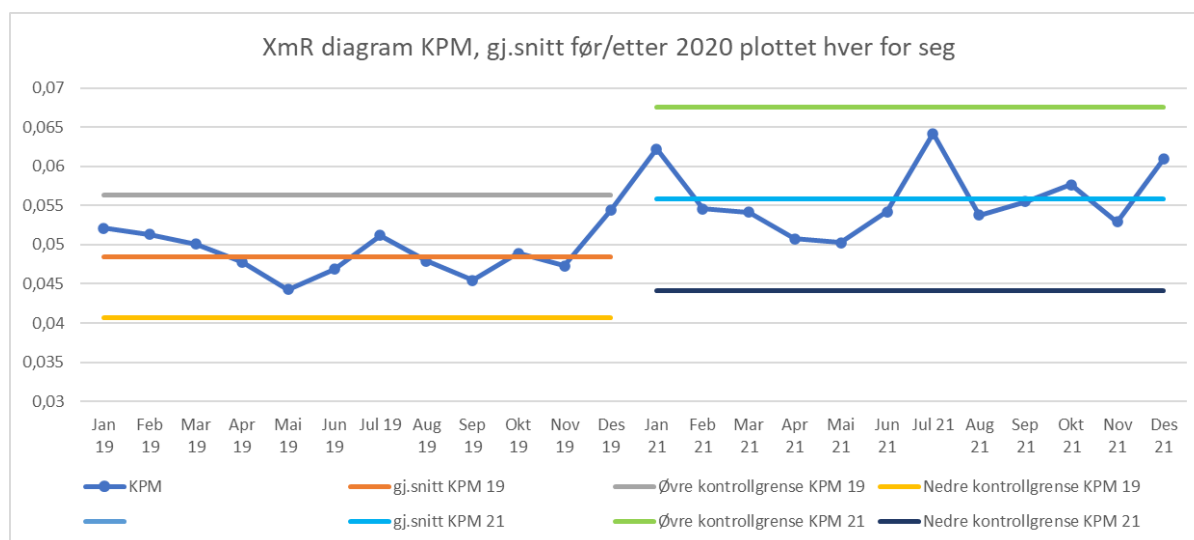


Diagram 5 XmR-diagram «Kpm» med gjennomsnitt før/etter 2020 plottet hver for seg

XmR- diagrammene med gjennomsnitt før og etter 2020 plottet hver for seg viser at det er stabile prosesser på et høyere nivå både i Kpm kommunene og i resten av landet. Gjennomsnittet i landet 2021 viser et gjennomsnitt på 0,037 en økning på 0,006 fra 0,031 i 2019. I Kpm kommunene viser gjennomsnittet en økning på 0,008 fra 0,048 i 2019 til 0,056 i 2021. XmR- diagrammet med gjennomsnitt før og etter 2020 viser en noe større økning av gjennomsnittet i Kpm kommunene.

Bruk av samhandlingstakser pr individuelle konsultasjon ligger høyere i Kpm kommunen i 2019 sammenlignet med resten av landet. Jo høyere verdier det observeres i utgangspunktet dess mer skal til for å oppnå ytterligere forbedring.

8.2.2 Resultat XmR -diagram

XmR- diagrammet indikerer en stabil prosess i Kpm kommunen, men resten av landet indikerer at det har skjedd en endring da flere observasjoner ligger over/under kontrollgrensen. Ved XmR- diagrammet hvor gjennomsnittet før og etter 2020 er plottet hver for seg viser både Kpm kommunene og resten av landet en stabil prosess på et høyere nivå i 2021 enn i 2019.

Gjennomsnittet i Kpm kommunen i 2019 lå høyere enn i resten av landet. Det kreves mer for å oppnå endringer fra et høyere nivå, dette kan indikere at innføring av Knutepunktmodellen har bidratt til økt bruk av samhandlingstakster i Kpm kommunene.

8.3 FYSIOTERAPEUTER MED VIDEREUTDANNING I MANUELLTERAPI (FYMT)

8.3.1 Run-diagram Fymt

Run diagram for fysioterapeuter med videreutdanning i manuellterapi. Kommunene som har implementert knutepunktmodellen i 2020 (kommunene som i dag utgjør Trondheim og Kristiansand) er markert med blått, mens resten av landet er markert med grått.

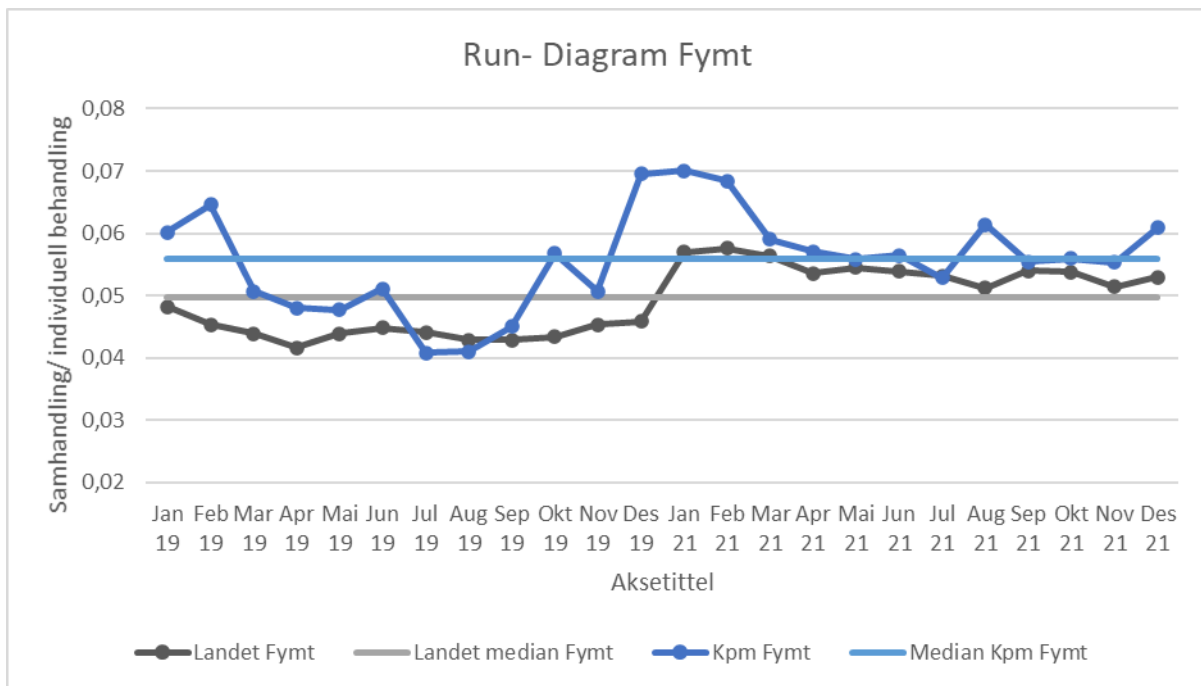


Diagram 6: Run-diagram Fymt

I Run-diagrammet brukes, som sagt over, tre tester for å identifisere en spesiell variasjon

8.3.1.1 Test 1

For Kpm kommunene viser test en åtte runs. Nedre grense for antall runs ved 24 observasjoner er åtte. Dette betyr at det er registrert en naturlig variasjon og en stabil prosess i Kpm kommunene (Nyen, 2009). For resten av landet er det kun to runs, her registreres det en spesiell variasjon og ikke bare tilfeldig varians som indikerer en prosessendring i form av en forbedring/økning (Nyen, 2009)

8.3.1.2 Test 2

For Kpm kommunene viser test to syv observasjoner i et run fra mars – september 2019. Dette antyder at det er en naturlig variasjonene i Kpm kommunen (Schreider, 2004). For resten av landet vises 12 observasjoner i hvert run, noe som antyder en prosessendring. Observasjoner i det siste runnet viser en forbedring/ økning sammenlignet med det første runnet. Det er ikke bare tilfeldig variasjon til stede når åtte eller flere etterfølgende punkter faller på samme linje av senterlinjen (Nyen, 2009).

8.3.1.3 Test 3

For Kpm kommunene viser test tre fem etterfølgende minskninger i dataene, vi kan dermed ikke se noen trend eller nivåskifte i prosessen. Resten av landet har syv etterfølgende observasjoner som viser en økning (september 19 – februar 21). Dette kan forstås som et nivåskifte. For at det skal defineres som en trend eller nivåskifte må det være 7 eller flere etterfølgende datapunkter som viser en økning eller minskning (Nyen, 2009). Nivåskiftet antyder en forbedring/økning i bruk av samhandlingstakster pr individuelle konsultasjon

8.3.1.4 RUN- DIAGRAM FYMT MED MEDIAN FØR OG ETTER 2020 PLOTTET HVER FOR SEG

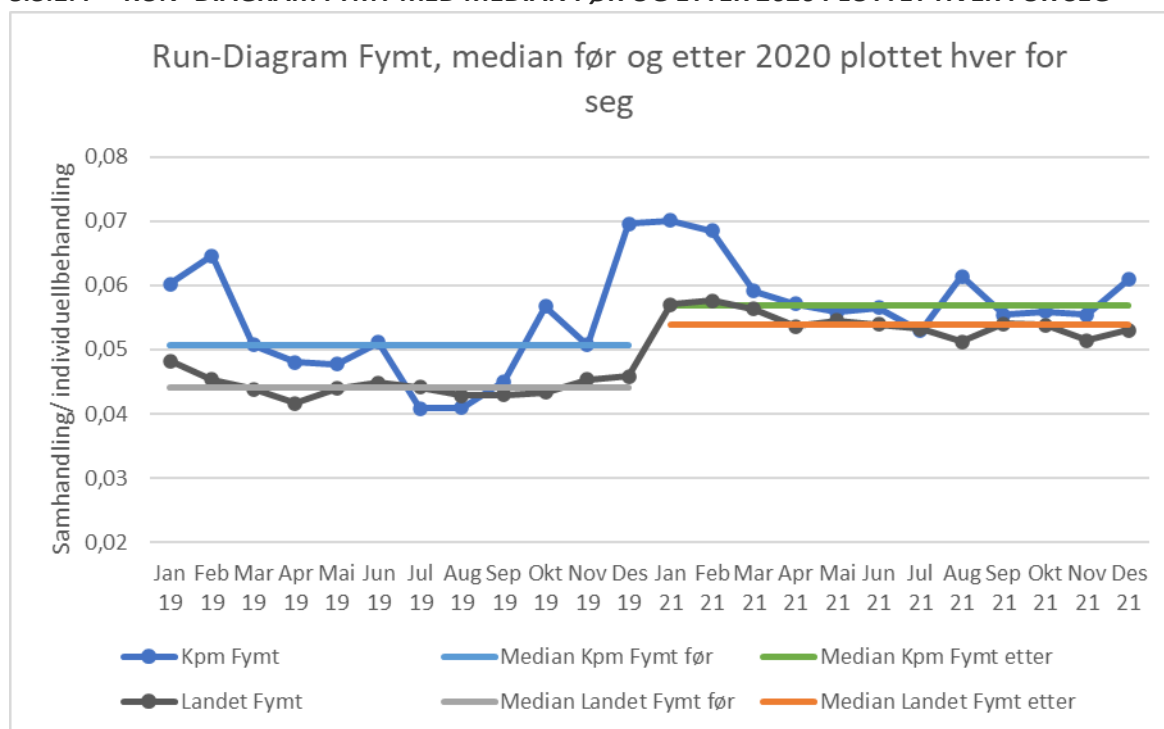


Diagram 7: Run-diagram Fymt med median plottet før/etter 2020 hver for seg

For både Kpm kommunene og resten av landet registreres bare naturlig variasjon i periodene før og etter intervensjonen (Nyen, 2009). Men det har skjedd en endring i 2020: det er naturlig variasjon på et høyere nivå etter intervensjonen (Schreider, 2004).

8.3.1.5 Resultat Run-diagram Fymt

Run-diagrammet for Kpm kommunene viser ingen trend eller nivåskifte i prosessen, både test en og test to indikerer en stabil prosess. Run-diagrammet med median før og etter 2020 plottet hver for seg viser en stabil prosess med naturlig variasjon på et høyere nivå i 2021 sammenlignet med 2019. For resten av landet viser test en og to unaturlig variasjoner og en ustabil prosess, noe som

kan indikerer en prosessendring/forbedring til et høyere nivå. Test tre for resten av landet viser et nivåskifte til et høyere nivå.

Medianen i Kpm kommunene var på 0,51 i 2019, mens medianen for resten av landet var på 0,44. Jo høyere utgangspunkt dess mer krevende vil det være å oppnå en prosessendring/forbedring.

Run-diagrammet viser at det har skjedd en prosessendring i Kpm kommunene til tross for at median i utgangspunktet var betydelig høyere i disse kommunene. Dette kan indikere at innføring av Knutepunktmodellen ført til en endring i form av økt bruk av samhandlingstakster blant Fymt i Kpm kommunene.

8.3.2 XmR -diagram Fymt

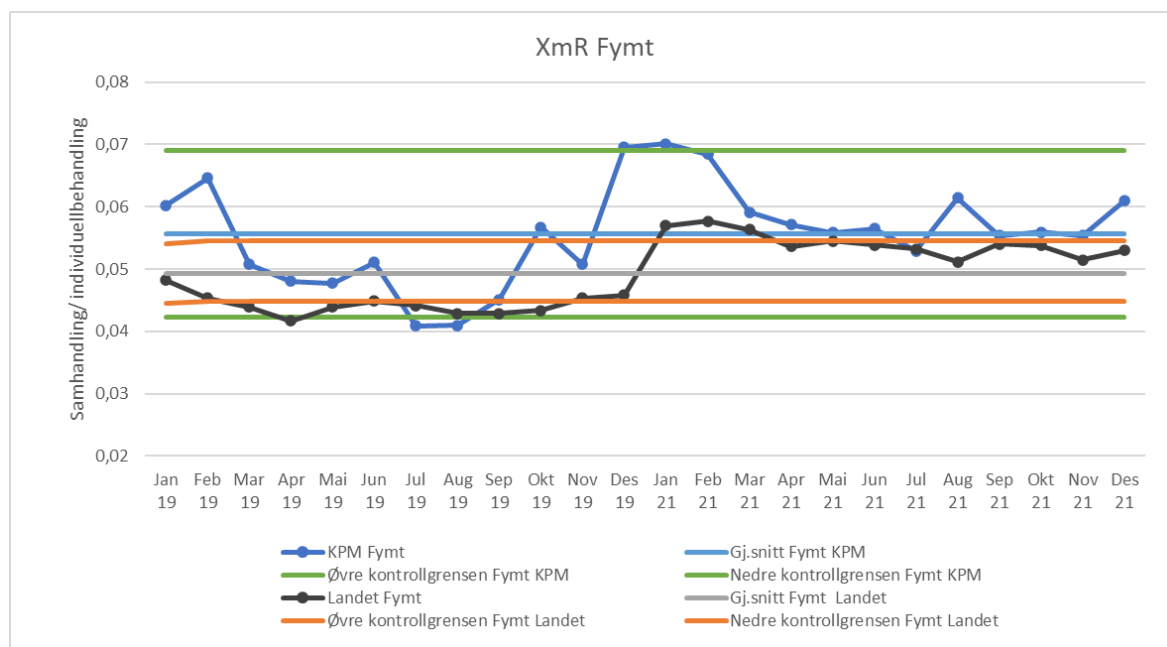


Diagram 8: XmR diagram Fymt

XmR – Diagrammet for Kpm kommunene viser spesielle avvik i to perioder (juli-august 2019 og desember 19 – februar 21) (Schreider, 2004). For resten av landet faller ni datapunkter utenfor kontrollgrensene, og det er flere datapunkter som ligger tett opp til grensen. Når to av tre punkter i rekkefølge er nær oppunder kontrollgrensene, viser diagrammet at dette ikke var en stabil prosess gjennom hele den observerte perioden, etter reformen skiftet prosessen nivå.

8.3.2.1 XmR- diagram Fymt gjennomsnitt før og etter 2020 plottet hver for seg

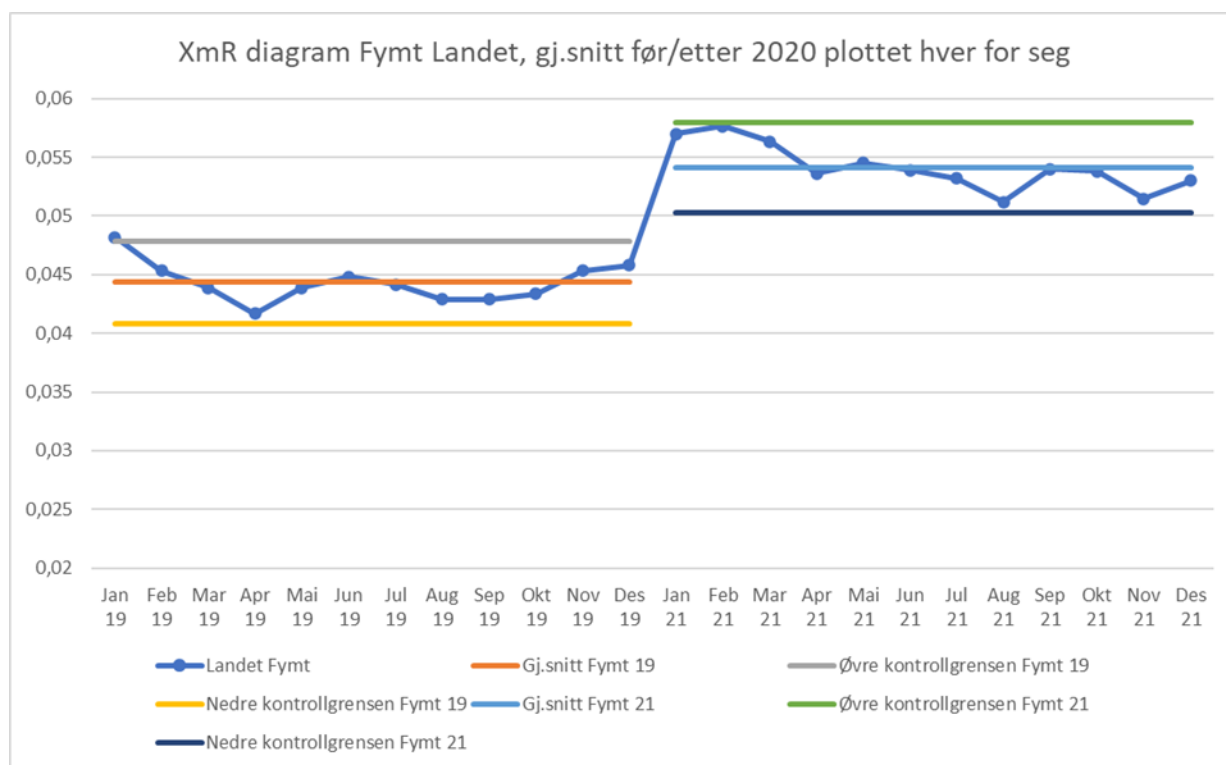


Diagram 9 XmR-diagram Fymt «landet» med gjennomsnitt før/etter 2020 plottet hver for seg

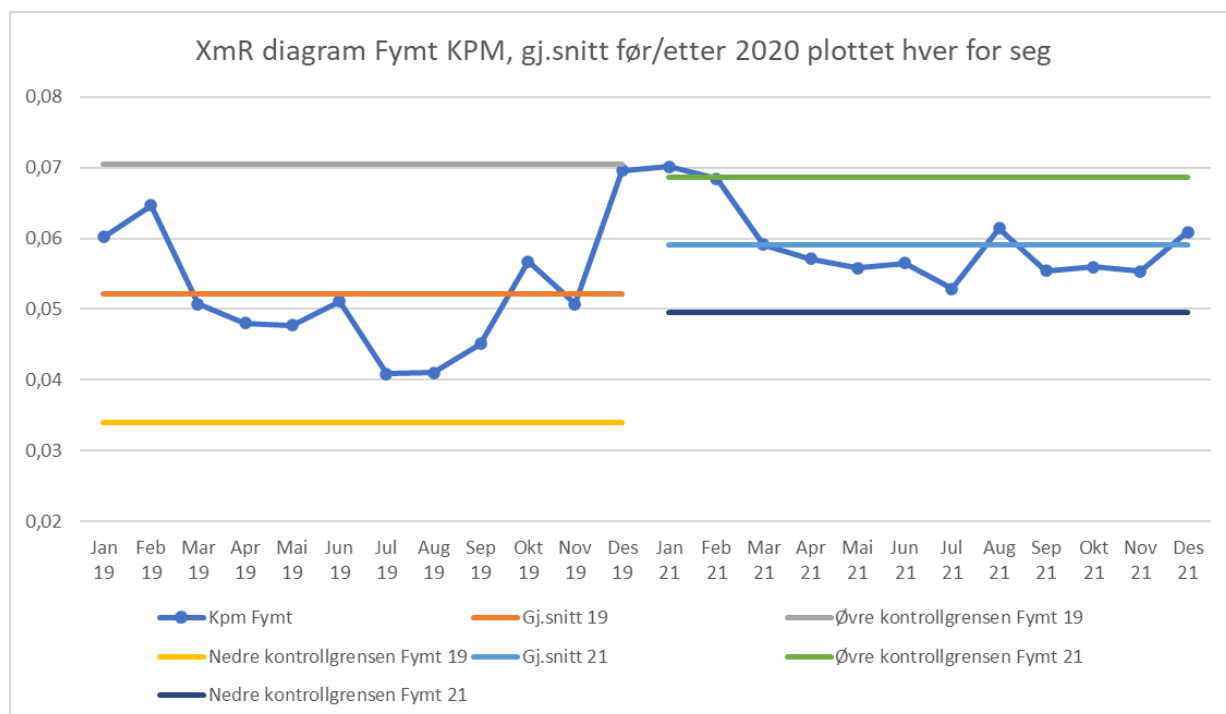


Diagram 10 XmR-diagram Fymt «Kpm» med gjennomsnitt før/etter 2020 plottet hver for seg

XmR- diagrammene med gjennomsnitt før og etter 2020 plottet hver for seg for fysioterapeuter med videreutdanning i manuellterapi viser at det er stabile prosesser på et høyere nivå både i Kpm kommunene og i resten av landet. Gjennomsnittet i landet 2021 viser 0,044 samhandlinger pr individuelle konsultasjon en økning på 0,010 fra 2019. I Kpm kommunene viser gjennomsnittet en økning på 0,007 fra 0,052 i 2019 til 0,059 i 2021. XmR -diagrammet med gjennomsnitt før og etter 2020 viser en noe større økning av gjennomsnittet i landet enn i Kpm kommunene. Kpm kommunen startet på et høyere nivå når observasjonen startet i 2019. Jo høyere verdier det observeres i utgangspunktet dess mer skal til for å oppnå ytterligere forbedring.

8.3.2.2 Resultat XmR -diagram Fymt

XmR- diagrammet viser indikerer en stabil prosess i Kpm kommunen, men resten av landet indikerer at det har skjedd en endring da flere observasjoner ligger over/under kontrollgrensen. Ved XmR- diagrammet hvor gjennomsnittet før og etter 2020 er plottet hver for seg viser både Kpm kommunene og resten av landet en stabil prosess på et høyere nivå i 2021 enn i 2019. Gjennomsnittet i Kpm kommunen i 2019 lå høyere enn i resten av landet. Det kreves mer for å oppnå endringer fra et høyere nivå, dette kan indikere at innføring av Knutepunktmodellen har bidratt til økt bruk av samhandlingstakster for fymt i Kpm kommunene.

8.4 FYSIOTERAPUTER MED VIDEREUTDANNING I PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI (FYPM)

8.4.1 Run-diagram Fypm

Run -diagram for fysioterapeuter med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi. Kommunene som har implementert Knutepunktmodellen i 2020 (kommunene som i dag utgjør Trondheim og Kristiansand) er markert med blått, mens resten av landet er markert med grått.

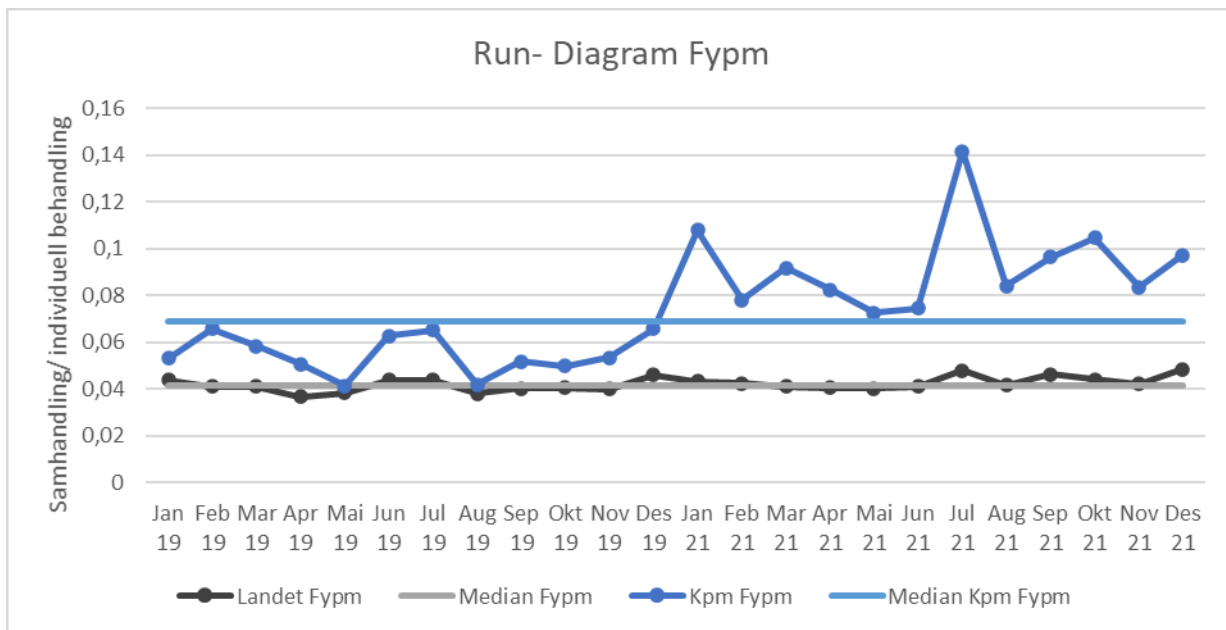


Diagram 11: Run-diagram Fypm

8.4.1.1 Test 1

For Kpm kommunene viser test en to runs. Nedre grense for antall runs ved 24 observasjoner er åtte. Dette betyr at variansen ikke bare er tilfeldig varians i KPM kommunene, dette kan indikere en prosessendring til et forbedret/ høyere nivå (Nyen, 2009). For resten av landet er det åtte runs, her registreres det bare en naturlig variasjon i en prosess som er stabil, for fypm i resten av landet observeres ingen tegn til prosessendring (Nyen, 2009).

8.4.1.2 Test 2

For Kpm kommunene viser test to 12 observasjoner i begge runs. Dette antyder at det er en ikke tilfeldig eller ustabil prosess i Kpm kommunen. Ikke bare tilfeldig variasjon er til stede når åtte eller flere etterfølgende punkter faller på samme linje av senterlinjen (Nyen, 2009). Observasjoner i det siste runnet er på et høyere nivå enn i det første runnet og indikerer en prosessendring/ forbedring. For resten av landet vises tre observasjoner i hvert run, noe som antyder at det er en naturlig varians i en stabil prosess i resten av landet (Schreider, 2004).

8.4.1.3 Test 3

For Kpm kommunene viser test tre fem etterfølgende økninger i dataene. Resten av landet har seks etterfølgende observasjoner som viser en minskning. Test tre viser dermed ikke noen trend eller nivåskifte i prosessen for hverken Kpm kommunene eller resten av landet. For at det skal defineres som en trend eller nivåskifte må det være 7 eller flere etterfølgende datapunkter som viser en økning eller minskning (Nyen, 2009).

8.4.1.4 Run – diagram Fypm med median plottet for periodene før og etter 2020 plottet hver for seg

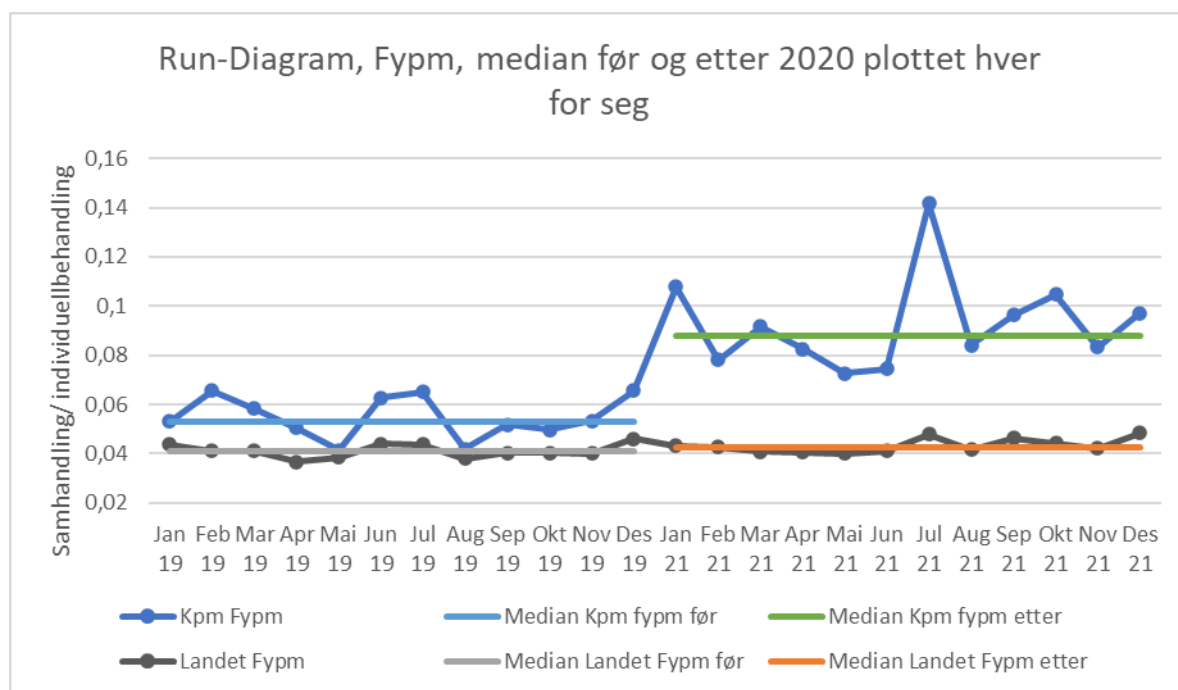


Diagram 12: Run-diagram med median plottet før/etter 2020 hver for seg

For både Kpm kommunene og resten av landet registreres en naturlig variasjon i perioden før og etter intervensjonen (Nyen, 2009). Dette indikerer at det har skjedd en endring i 2020 og at det er naturlig variasjon på et høyere nivå etter intervensjonen (Schreider, 2004). Kpm kommunene har hatt en betydelig større økning enn resten av landet i løpet av 2020.

8.4.1.5 Resultat Run- diagram Fypm

Run-diagrammet for Kpm kommunene viser ingen trend eller nivåskifte i prosessen, men både test en og test to indikerer en ustabil prosess med unaturlig varians. Run-diagrammet med median før og etter 2020 plottet hver for seg viser en stabil prosess med naturlig variasjon på et høyere nivå i 2021 sammenlignet med 2019. For resten av landet viser test en og to naturlig variasjoner og en stabil prosess. Test tre for resten av landet viser en stabilprosess på tilnærmet likt nivå i 2021 sammenlignet med i 2019

Run-diagrammet viser at det har skjedd en prosessendring i Kpm kommunene til tross for at median i utgangspunktet var betydelig høyere i disse kommunene. Dette kan indikere at innføring av Knutepunktmodellen ført til en endring i form av økt bruk av samhandlingstakster blant Fypm i Kpm kommunene.

8.4.2 XmR – Diagram Fypm

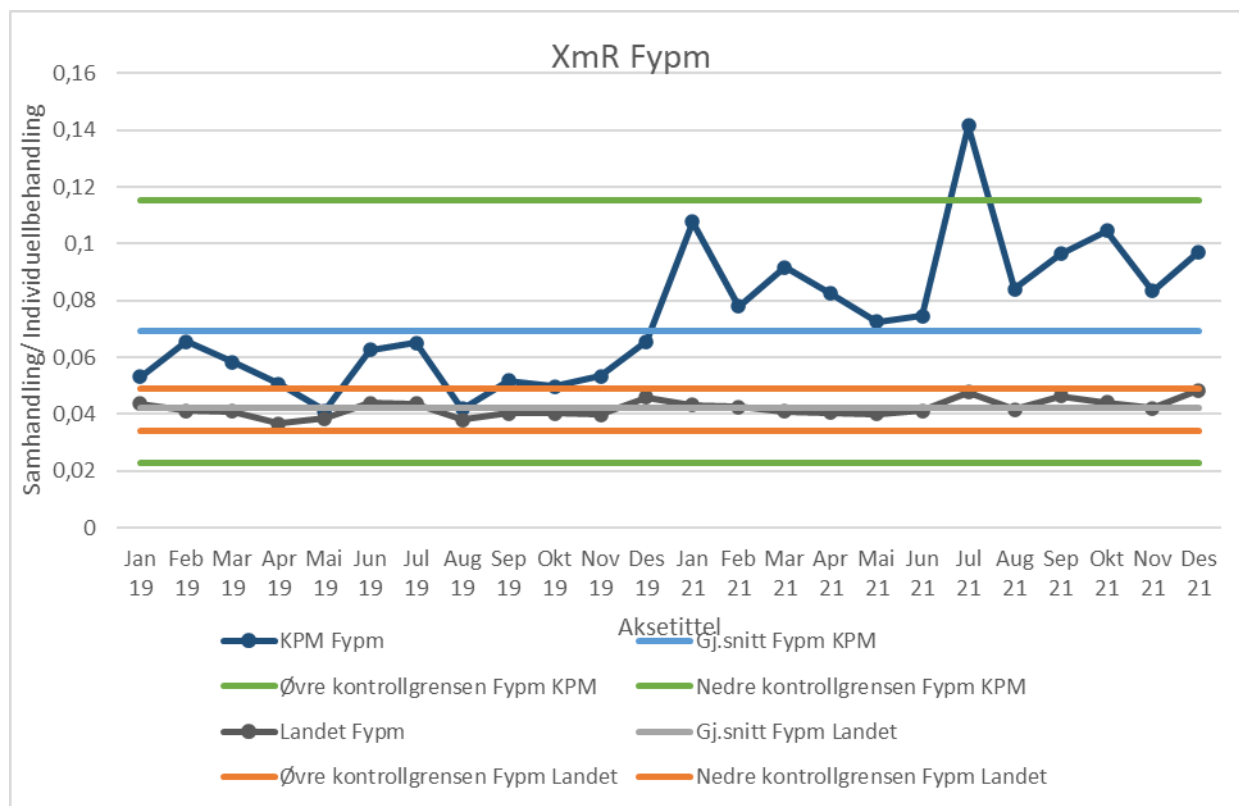


Diagram 13: XmR diagram Fypm

XmR – diagrammet for Kpm kommunene viser ett spesielle avvik som ligger over øvre kontrollgrense og et nivåskift i form av samtlige observasjoner i 2021 ligger over gjennomsnittet. For resten av landet faller alle datapunkter innenfor kontrollgrensen., Dette indikerer en uforstyrret og stabil prosess (Schreider, 2004).

8.4.2.1 XmR- diagram Fypm gjennomsnitt før og etter 2020 er plottet hver for seg

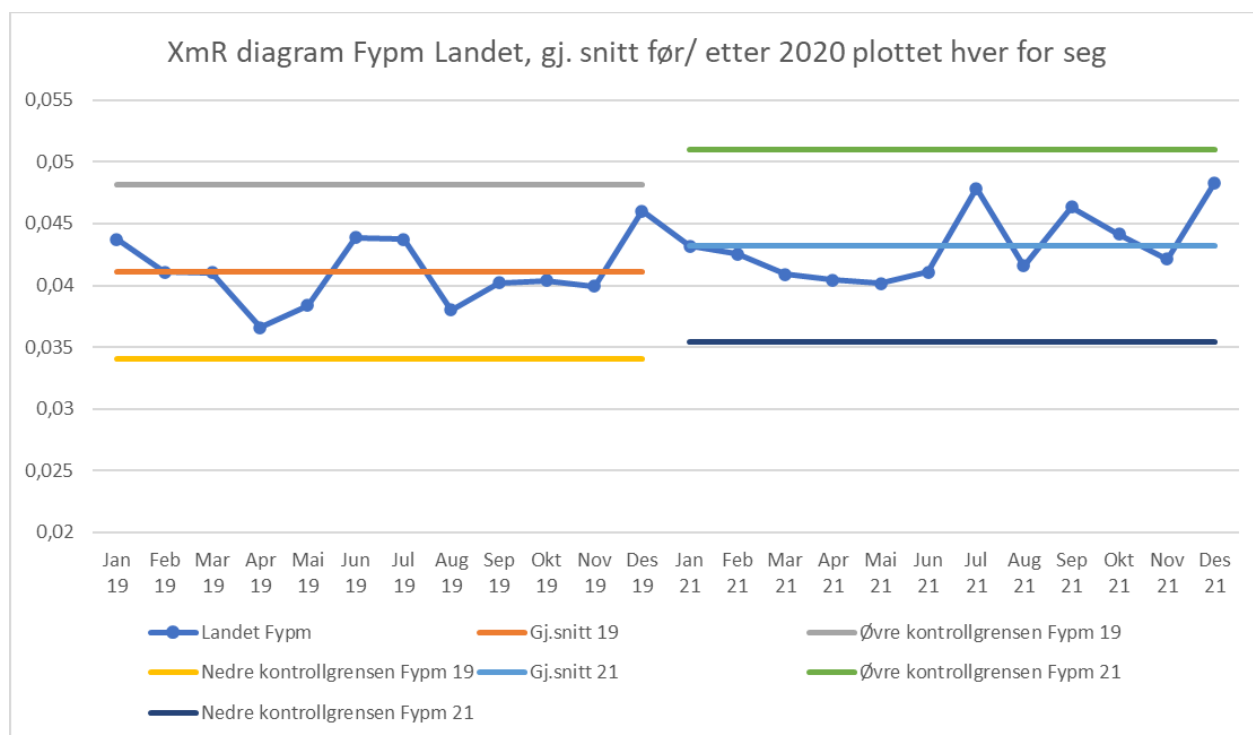


Diagram 14 XmR-diagram Fypm «landet» med gjennomsnitt før/etter 2020 plottet hver for seg

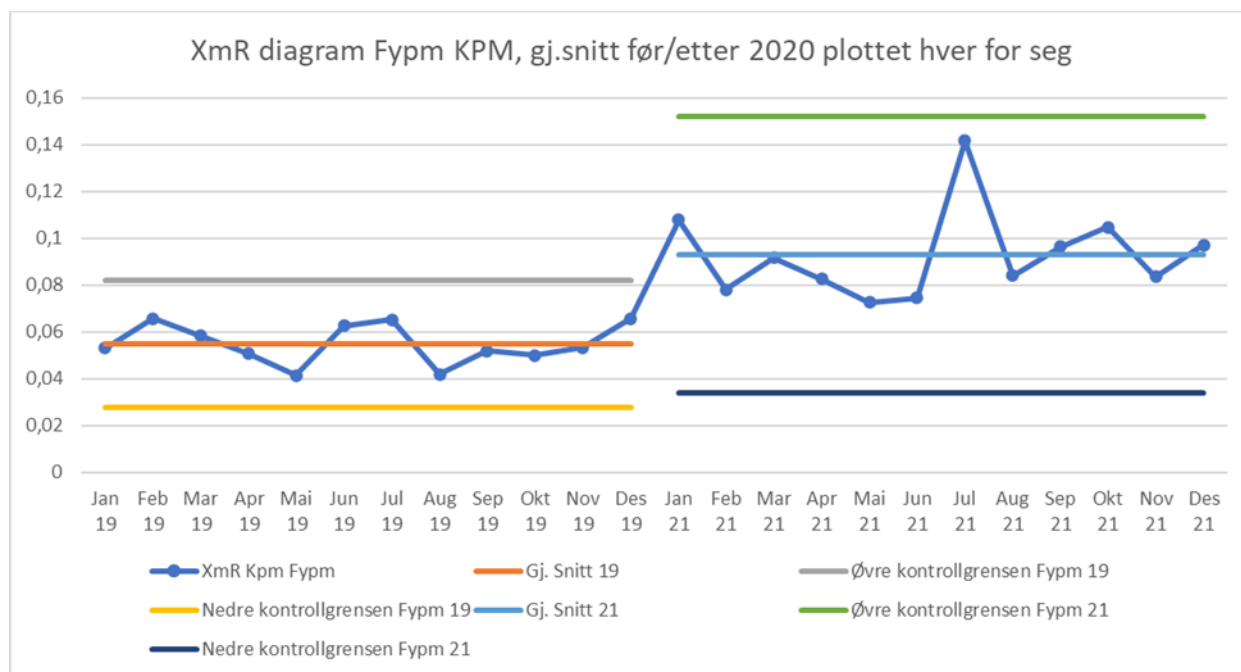


Diagram 15 XmR-diagram Fypm «Kpm» med gjennomsnitt før/etter 2020 plottet hver for seg

XmR- diagrammene med gjennomsnitt før og etter 2020 plottet hver for seg for fysioterapeuter med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi viser at det er stabile prosesser på et høyere nivå både i Kpm kommunene og i resten av landet. Gjennomsnittet i landet 2021 viser 0,042 samhandlinger pr individuelle konsultasjon en økning på 0,002 fra 2019. I Kpm kommunene viser gjennomsnittet en økning på 0,038 fra 0,054 i 2019 til 0,092 i 2021. XmR - diagrammet med gjennomsnitt før og etter 2020 viser en betydelig større økning av gjennomsnittet i Kpm kommunen. I tillegg til en betydelig større økning startet Kpm kommunen på et høyere nivå når observasjonen startet i 2019. Jo høyere verdier det observeres i utgangspunktet dess mer skal til for å oppnå ytterligere forbedring.

8.4.2.2 Resultat XmR- diagram Fypm

XmR- diagrammet indikerer en stabil prosess i Kpm kommunen med et nivåskifte, men resten av landet indikerer at det er en stabilprosess uten nivåskifte. Ved XmR- diagrammet hvor gjennomsnittet før og etter 2020 er plottet hver for seg viser både Kpm kommunene en stabil prosess på et høyere nivå i 2021 enn i 2019. For resten av landet var nivået tilnærmet likt før og etter 2020 og viser ingen tegn til endring. Gjennomsnittet i Kpm kommunen i 2019 lå høyere enn i resten av landet. Det kreves mer for å oppnå endringer fra et høyere nivå, slik at dette kan indikere at innføring av Knutepunktmodellen har bidratt til økt bruk av samhandlingstakster for Fymt i Kpm kommunene.

8.5 FYSIOTERAPEUTER (FYNO)

8.5.1 Run- diagram Fyno

Run- diagram for fysioterapeuter. Kommunene som har implementert Knutepunktmodellen i 2020 (kommunene som i dag utgjør Trondheim og Kristiansand) er markert med blått, mens resten av landet er markert med grått.

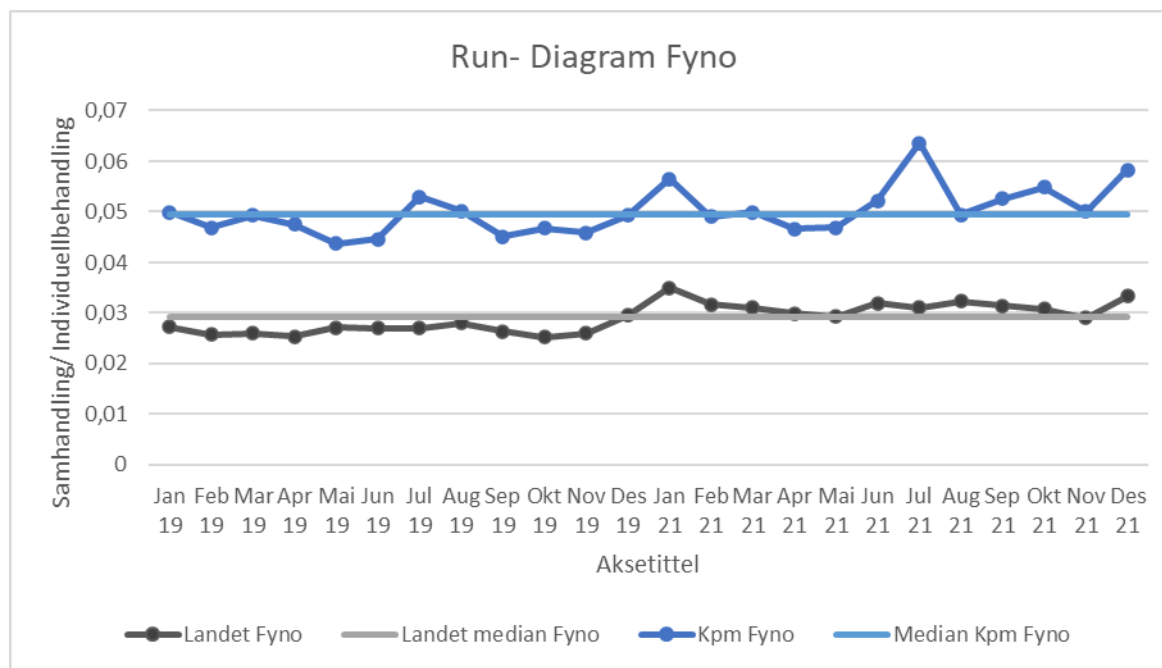


Diagram 16: Run-diagram Fyno

I Run-diagrammet brukes tre tester for å identifisere en spesiell variasjon

8.5.1.1 Test 1

For Kpm kommunene viser test en seks runs. Nedre grense for antall runs ved 24 observasjoner er åtte. Dette betyr at det er registrert en ustabil prosess og ikke bare tilfeldig varians i KPM kommunene (Nyen, 2009). For resten av landet er det kun to runs, også her registreres det en ustabil prosess og ikke bare tilfeldig varians.

8.5.1.2 Test 2

For Kpm kommunene viser test to fem observasjoner i et run fra juni til desember 2021. Test 2 indikerer ingen endring i prosessen i Kpm kommunen (Schreider, 2004). For resten av landet vises 12 observasjoner i hvert run, noe som indikerer at det er en spesiell årsak til variasjonene. Ikke bare tilfeldig variasjon er til stede når åtte eller flere etterfølgende punkter faller på samme linje av senterlinjen (Nyen, 2009). Dette indikerer en prosessendring i form av forbedring/økning

8.5.1.3 Test 3

For Kpm kommunene og resten av landet viser test tre, ikke flere enn fire etterfølgende suksessive økninger i dataene. Vi kan dermed ikke se noen trend eller nivåskifte i prosessen. For at det skal defineres som en trend eller nivåskifte må det være 7 eller flere etterfølgende datapunkter som viser en økning eller minskning (Nyen, 2009).

8.5.1.4 Run -diagram med median plottet periodene før og etter 2020 plottet hver for seg

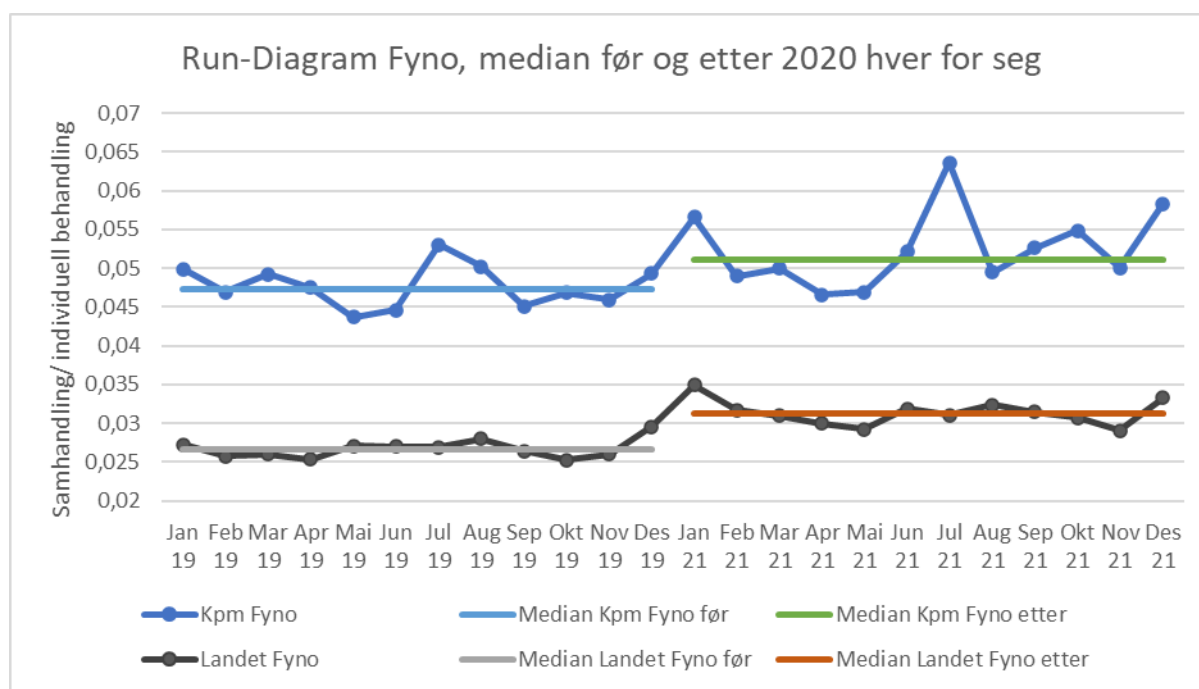


Diagram 17: Run-diagram Fyno med median plottet før/etter 2020 hver for seg

For både Kpm kommunene og resten av landet registreres ikke annet enn naturlig variasjon i perioden før og etter intervensjonen (Nyen, 2009). Dette indikerer at det har skjedd en endring i 2020 og at det er naturlig variasjon på et høyere nivå etter intervensjonen (Schreider, 2004).

8.5.1.5 Resultat Run-diagram Fyno

Run-diagrammet for både Kpm kommunene og resten av landet viser ingen trend eller nivåskifte i prosessen, men både test en og test to indikerer en prosessendring i form av en forbedring/økning. Run-diagrammet med median før og etter 2020 plottet hver for seg viser en stabil prosess med naturlig variasjon på et høyere nivå i 2021 sammenlignet med 2019. Medianen i Kpm kommunene var på 0,47 i 2019, mens medianen for resten av landet var på 0,27. Jo høyere

utgangspunkt dess mer krevende vil det være å oppnå en prosessendring/forbedring. Run-
diagrammet viser at det har skjedd en prosessendring i Kpm kommunene til tross for at median i
utgangspunktet var betydelig høyere i disse kommunene. Dette kan indikere at innføring av
Knutepunktmodellen ført til en endring i form av økt bruk av samhandlingstakster i Kpm
kommunene.

8.5.2 XmR- diagram Fyno

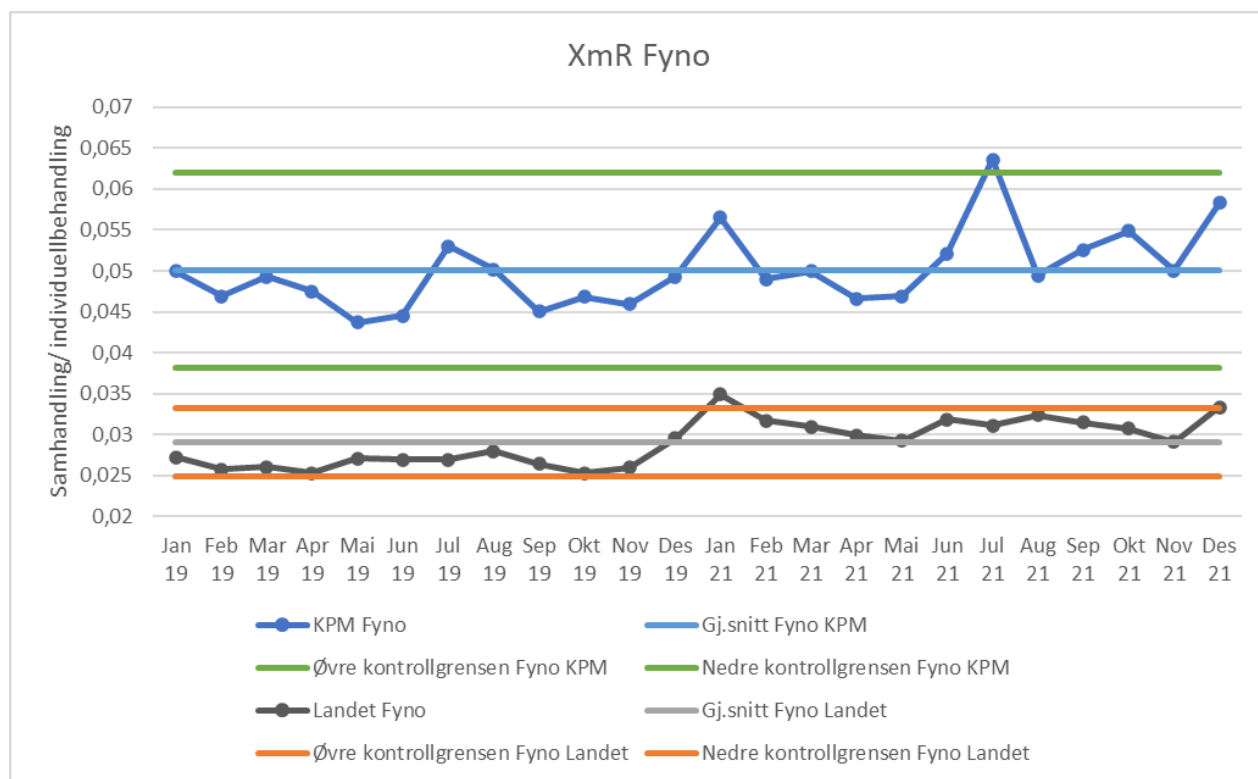


Diagram 18: XmR diagram Fyno

XmR – diagrammet for Kpm kommunene og resten av landet viser ikke flere enn én observasjon utenfor øvrekontrollgrensene, kun ett spesielt avvik. Dette indikerer en uforstyrret og stabil prosess (Schreider, 2004).

8.5.2.1 XmR -diagram Fyno gjennomsnitt før og etter 2020 plottet hver for seg

Diagram 19, XmR diagram Fyno Landet, gjennomsnitt før/etter 2020 plottet hver for seg

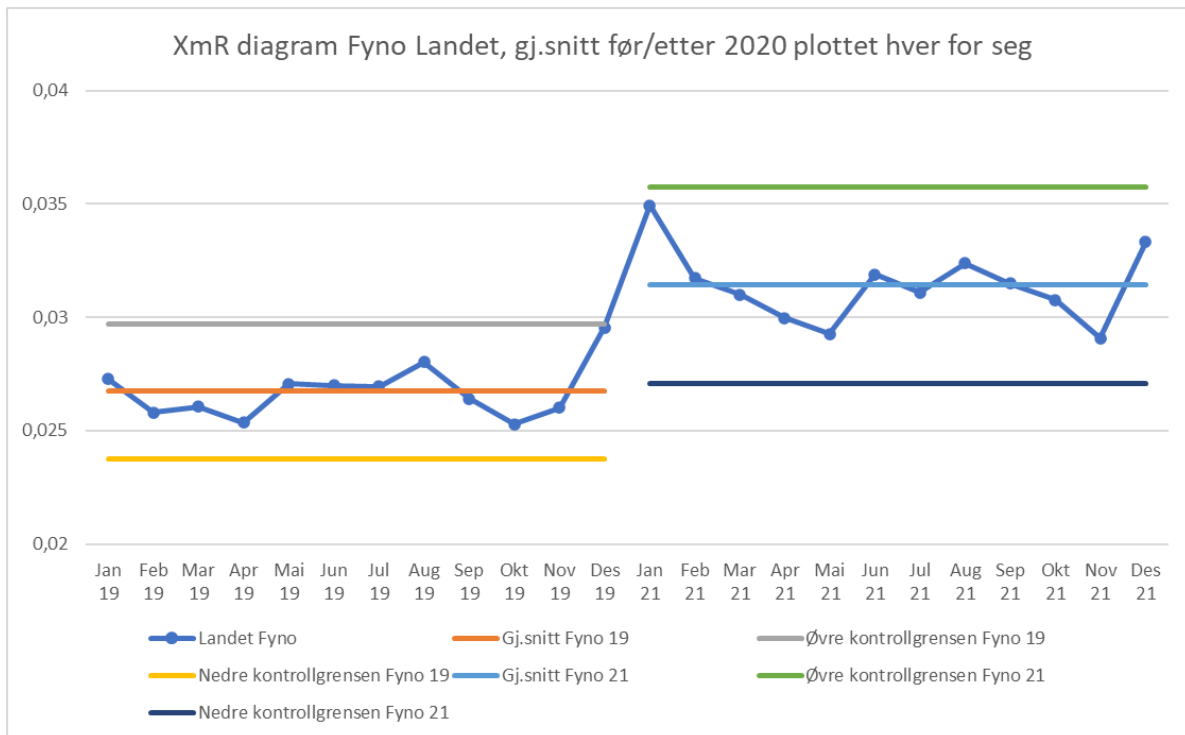


Diagram 20 XmR-diagram Fyno «landet» med gjennomsnitt før/etter 2020 plottet hver for seg

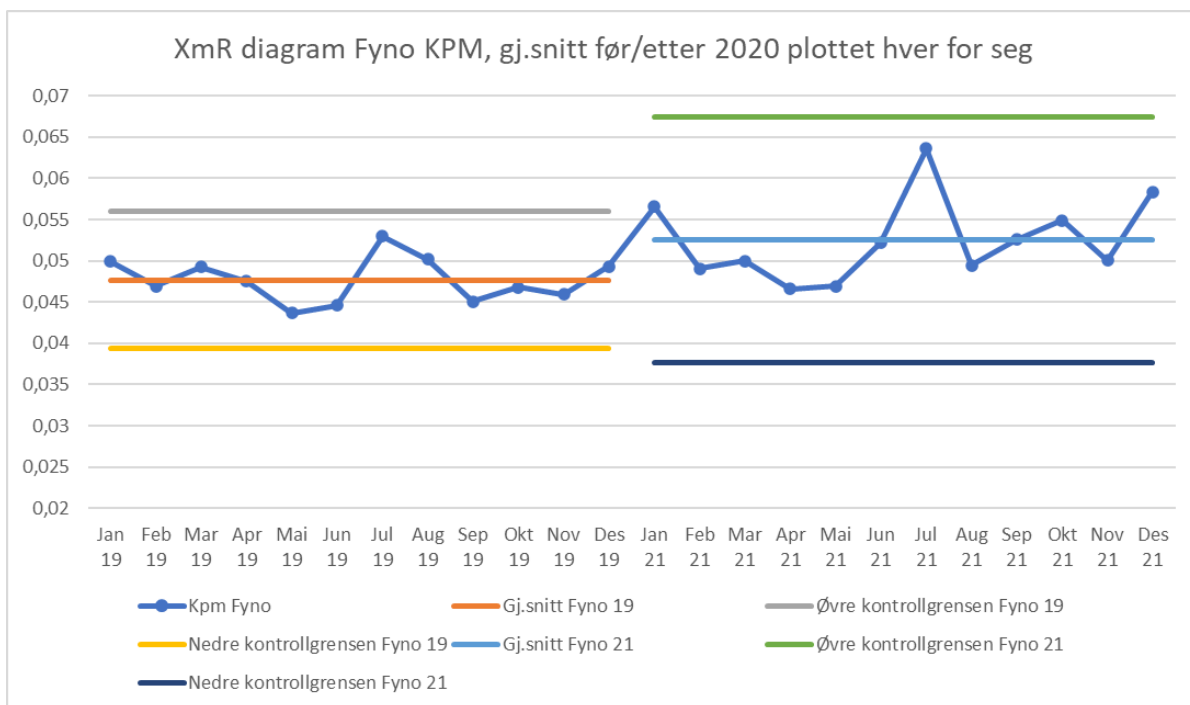


Diagram 21 XmR-diagram Fyno «Kpm» med gjennomsnitt før/etter 2020 plottet hver for seg

XmR- diagrammene med gjennomsnitt før og etter 2020 plottet hver for seg for fysioterapeuter (Fyno) viser at det er stabile prosesser på et høyere nivå både i Kpm kommunene og i resten av landet. Gjennomsnittet i landet 2021 viser 0,027 samhandlingstakster pr individuelle konsultasjon en økning på 0,004 fra 2019. I Kpm kommunene viser gjennomsnittet en økning på 0,005 fra 0,047 i 2019 til 0,052 i 2021. XmR -diagrammet med gjennomsnitt før og etter 2020 viser en betydelig økning av gjennomsnittet i Kpm kommunen. I tillegg til en noe større økning startet Kpm kommunen på et høyere nivå når observasjonen startet i 2019. Jo høyere verdier det observeres i utgangspunktet dess mer skal til for å oppnå ytterligere forbedring.

8.5.2.2 Resultat XmR -diagram Fyno

XmR- diagrammet indikerer en stabil prosess i Kpm kommunen, men resten av landet indikerer at det har skjedd en endring da flere observasjoner ligger over/under kontrollgrensen. Ved XmR- diagrammet hvor gjennomsnittet før og etter 2020 er plottet hver for seg viser både Kpm kommunene og resten av landet en stabil prosess på et høyere nivå i 2021 enn i 2019. Gjennomsnittet i Kpm kommunen i 2019 lå høyere enn i resten av landet. Det kreves mer for å oppnå endringer fra et høyere nivå, dette kan indikere at innføring av Knutepunktmodellen har bidratt til økt bruk av samhandlingstakster i Kpm kommunene.

9 DISKUSJON

I denne oppgaven er det benyttet en kvantitativ metode siden hensikten var å undersøke effekten ved innføringen av Knutepunktmodellen, hvordan innføringen av modellen eventuelt påvirket avtalefysioterapeuters bruk av samhandlingstakster. Innen avtalefysioterapi kan man skille ut tre ulike praksistyper, fysioterapeuter (Fyno), fysioterapeuter med videreutdanning i manuellterapi og fysioterapeuter (Fymt) med videreutdanning i psykomotorisk terapi (Fypm). Det er store forskjeller blant de ulike praksistypene hva angår pasientgruppe, behandlingens lengde/ forløp, behandlingstid (pr konsultasjon) og gjennomsnittlig antall nye pasienter. Med bakgrunn i disse ulikhetene er det også sett på utvikling i bruk av samhandlingstakster pr individuelle konsultasjon i disse undergruppene og i tillegg en samlet oversikt over alle avtalefysioterapeutene. I kommunene som har innført Knutepunktmodellen er det relativt få avtalefysioterapeuter i hver undergruppe henholdsvis 25 Fymt, 20 Fypm samt 127 Fyno. I og med at det er totalt 172 avtalefysioterapeuter som inngår i studiet fra Kpm kommunen er denne gruppa mer sårbar/ mottagelig for endringer

enn resten av landet som er utgjør en betydelig større gruppe med totalt 3435 avtalefysioterapeuter fordelt på 2593 Fyno, 543 Fymt og 308 Fypm (Helfo, 2022). Siden kurs/ opplæring i Knutepunktmodellen kun er innført i to kommuner ble det viktig å innhente opplysninger fra så mange avtalefysioterapeuter som mulig. Med erfaring fra inntekts- og kostnadsundersøkelser utført av henholdsvis Deloitte 2016 (Deloitte, 2016) og SSB i 2020 (Claus, 2020), hvor svarprosenten var på henholdsvis 29 og 100%, var det et naturlig valg å benytte seg av offentlig tilgjengelig KUHR-data (kontroll og utbetaling av helserefusjon). Ved å benytte KUHR-data har man 100% tilgang til avtalefysioteraputers takstbruk fordelt etter kommune og praksistype. Datagrunnlaget i denne oppgaven er hentet ut åtte uker etter avsluttet måned, noe som ifølge HELFO gir en oversikt over 99% av de utførte behandlingene i en gitt periode.

Tabell 11 Prosentandel innsendte regninger

Periode	Prosent
Uke 19 06.05-12.05 totalt	100,00 %
1 uke etter pr. 19.05.19	76,04 %
2 uker etter pr. 26.05.19	90,66 %
3 uker etter pr. 02.06.19	94,11 %
4 uker etter pr. 09.06.19	96,74 %
5 uker etter pr. 16.06.19	97,75 %
6 uker etter pr. 23.06.19	98,23 %
7 uker etter pr. 30.06.19	98,72 %
8 uker etter pr. 07.07.19	98,98 %

Kilde:Helfo

Ulempene med å bruke KUHR-data er at man ikke har mulighet for å hente ut tilleggsinformasjon slik man kunne gjort ved for eksempel bruk av spørreskjema. Ved bruk av spørreundersøkelser kan det være utfordrende å undersøke om observasjonene er representative i forhold til populasjonen og at man unngår over- eller underrapportering samt eventuelt andre feilrapporteringer.

Identifisering av eventuelle feilkilder ved rapportering kan ifølge Deloitte være svært krevende å identifisere (Deloitte, 2016).

For å observere eventuelle endringer i avtalefysioterapeuters bruk av samhandlingstakster er det valgt å bruke statistisk prosesskontroll (SPC) i denne oppgaven. SPC er en enklere variant av tidsserieanalyse. Tidsserieanalyse er designet for å studere resultatet over tid, slik formålet er med denne oppgaven. Denne måten å studere endringer/sykluser på er mest brukt i andre vitenskaper som studerer for eksempel økonomi, meteorologi eller målinger av konjunktursvingninger, men kan også brukes innen helsetjenesten (Hofoss, 2012). Ved bruk av en tidsserie, hvor observasjoner er gjort etter hverandre med jevne mellomrom, kan man trekke statistisk sikre konklusjoner på grunnlag av ganske få observasjoner (Hofoss, 2012). Avtalefysioterapeuters bruk av samhandlingstakster i 2019 blir brukt som et utgangspunkt, Knutepunktmodellen (Kpm) blir sett på som et forbedringstiltak, innføring av Kpm/ iverksetting av den planlagte intervensjonen blir gjort i 2020 og eventuelle endringer blir observert i perioden etter at forbedringstiltaket ble gjennomført (2021).

Bruk av samhandlingstakster har vært økende de siste årene (Helfo, 2022), dette kan ha flere årsaker. Blant annet ble fysioterapeuter pålagt tilkobling til Norsk helsenett (NHN) 1. januar 2017 (Norsk Fysioterapeutforbund, 2016a) samt at Funksjons- og kvalitetsforskriften for fysioterapeuter (kvalitetsforskriften) §13 stiller krav til elektronisk samhandling (Helse og omsorgsdepartementet, 2018). Tilkoblingen til NHN gjorde at det ble lettere å kommunisere med i hovedsak fastlegene. Tall fra Helsedirektoratet viser at det i 2015 var 290 fysioterapeuter som var tilkoblet NHN, mens i 2017 var dette tallet økt til 3390. Endring i folketrygdloven som medførte bortfall av kravet om henvisning for å kunne utløse refusjon fra HELFO (Strupstad, 2017), kan ha påvirket fysioterapeuter bruk av samhandlingstakster. Med henvisning fra fastlegen fulgte det med opplysninger om pasienten (Reeves, 2017) samt at fastlegen hadde kjennskap til behandlingstilbudet pasienten mottok (Helse og omsorgsdepartementet, 2001). Ved bortfall av henvisningsplikten ble fysioterapeutene i mange tilfeller pasientens første kontakt med helsevesenet knyttet til den aktuelle problemstillingen. Dette aktualiserte fysioterapeuters behov for å sende informasjon til pasientens fastlege, for å kunne gi fastlegene oppdatert oversikt over pasientens helseutfordringer (Reeves, 2017). I tillegg stiller Kvalitetsforskriften krav til samarbeid med blant annet legens fastlege (Helse og omsorgsdepartementet, 2018).

Samhandling har vært et prioriteringsområde innen helsetjenestene i flere år, blant annet gjennom samhandlingsreformen (Grimsmo, A. 2015). I stortingsmeldingen Lev hele livet, en kvalitetsreform for eldre påpekes det at det ofte er i overgangene mellom ulike profesjoner/behandlere kvaliteten glipper (Helse og omsorgsdepartementet, 2017). For å oppnå et helhetlig pasientforløp er det blant annet viktig at tjenestene henger sammen og at fremdriften i forløpet er kontinuerlig basert på kunnskap/opplysninger om pasientens tilstand og behov (Grimsmo, A. 2018). Manglende samhandling blant helsepersonell kan gi pasientene økt symptomtrykk (Løhre, 2015). Samarbeidet med fastlegen og koordinert informasjon til pasienten kan bidra til at pasienten i større grad har sett sammenhengen mellom de ulike helseplagene sine og hvordan de gjensidig kan påvirke hverandre (Berge, 2015). Pasienten får dermed en økt mulighet for involvering i håndtering av egne helseplager (Hoffmann, 2020)

Det antas at den lovpålagte oppkobling til Norsk helsenett (Norsk Fysioterapeutforbund, 2016a), bortfall av henvisningsplikt for utløsning av refusjon (Strupstad, 2017), samt økt økonomisk insitament for bruk av samhandlingstakster (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021) har medvirket til økt bruk av samhandlingstakster. For å kunne vurdere om det var innføring av Knutepunktmodellen eller andre faktorer som spilte inn for eventuelle endringer ble resten av landet brukt som en kontrollgruppe i denne oppgaven.

Økt bruk av samhandlingstakster sier ikke nødvendigvis noe om kvaliteten ved samhandlingen, eller hvilken nytte denne samhandling har for den enkelte pasient (Reeves, 2017).

Avtalefysioterapeutens takstbruk sier kun noe om omfanget av tjenesten som er utført, ikke kvaliteten (Sæther, 2021). I denne oppgaven ble det valgt å se på takstbruken som en indikasjon på omfanget av samhandling. Når vi nå ser at omfanget av samhandlingstakster har økt vil det være svært interessant å kunne fulgt opp dette med en studie som undersøkte kvaliteten på samhandlingen og hvordan dette eventuell påvirket pasientens behandlingsforløp (Vik, 2018)

Ved bruk av SPC plotter man observasjonene langs en tidsakse. Ved en stabil prosess vil observasjonene forholde seg tilfeldig over/under medianen for observasjonene. Dersom man registrerer fem etterfølgende observasjoner på samme side av medianen, noe det bare er 3,125% sjans for i en stabil prosess, får man et statistisk sikkert signal om at det det er en endring i prosessen (Hofoss, 2012). Ved syv etterfølgende observasjoner på samme side av median er sjansen for at det man observerer er en naturlig variasjon redusert til 0,0078% (under 1%. Vi observerer i det tilfellet med andre ord en endring i prosessen.

I oppgaven er avtalefysioteraputers bruk av samhandlingstakster pr individuelle konsultasjon registret pr måned i 2019 og 2021, til sammen 24 observasjoner. 2020 er vurdert som et implementerings år, samt utelukket på grunn av Covid-19 pandemien. Det er gjort egne observasjoner for kommunene som i dag utgjør Trondheim og Kristiansand (Kpm kommunene) og resten av landet hver for seg.

Utvalget er alle avtalefysioterapeuter i Norge fordelt på to grupper. Avtalefysioterapeutene i de kommunene som i dag utgjør Trondheim og Kristiansand, samt resten av landet.

Avtalefysioterapeutene er også delt i undergrupper etter praksistype. Selv om populasjonen er den samme i hele observasjonsperioden kan Covid-19 pandemien som traff Norge i mars 2020 og varte til februar 2022 ha påvirket arbeidshverdagen til avtalefysioterapeutene. Norge har hatt ulike tiltak og restriksjoner for å begrense smittespredning. For avtalefysioterapeutene har dette blant annet medført full nedstenging fra 16. mars tom 19. april 2020, det har vært restriksjoner angående gruppetilbud, innført ulike varianter av karantener og et stort fokus på smittevern. I tillegg til nasjonale tiltak har det også vært innført lokale tiltak i perioder. Hvordan pandemien og smitteverntiltakene har påvirket avtalefysioterapeutens hverdag er vanskelig å si. I denne oppgaven er eventuelle påvirkninger av pandemien forsøkt hensyntatt ved å bruke antall samhandlingstakster pr individuelle konsultasjon som en parameter for sammenligning. Dette parametere vil ta hensyn til eventuelle endringer i arbeidsmengde, endringer i antall terapeuter, endring i antall pasienter samt at det ikke vil bli påvirket av om pasienter har fått kortere eller lengre behandlingsforløp som følge av pandemien. Selv om forhold knyttet til pandemien er forsøkt ivaretatt så godt som mulig, ser man betydelig større variasjon i observasjonene i Kpm kommunene enn i resten av landet. Dette kan skyldes lokale forhold samt at Kpm kommunene vil være mer utsatt for variasjon da de kun utgjør 2 kommuner med til sammen 172 fysioterapeuter, hvorav 25 er fysioterapeuter med videreutdanning i manuellterapi og 20 er fysioterapeuter med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi og 127 er fysioterapeuter uten videreutdanning. Ved subgruppering av praksistyper kommer spredning i observasjonene tydelig frem i XmR-diagrammene (Hofoss, 2012). Om dette skyldes få avtaleterapeuter i de ulike undergruppene eller variasjoner grunnet Covid-19 pandemien er vanskelig å si med sikkerhet.

Ved oppstart av observasjonsperioden kan man registrerer at Trondheim og Kristiansand som har implementert Knutepunktmodellen hadde flere samhandlingstakster pr individuelle konsultasjon enn det som var tilfellet for resten av landet. Mulig var søkelys på samhandling og pasienten i

fokus kommet lengre i disse kommunene enn i resten av landet (Høstmark, 2020). Median verdiene for 2019 var 54% høyere for Kpm kommunene enn i resten av landet (0,031 for landet samlet og på 0,048 for Kpm kommunene) Den samme forskjellen vises også blant alle praksistypene (Fyno, Fymt, Fypm).

På grunn av implementering av at Knutepunktmodellen og at det mest inngripende året med tanke på pandemien var i 2020 er dette året utelatt fra observasjonene. 12 måneders opphold i observasjoner kan gjøre det vanskeligere å oppdage en evt trend eller nivåskifte i prosessen der det er raske forbigående endringer, men endringer i takstbruk er ofte både store og varige (Nyen, 2009).

Resultatene av arbeidet gjort i forbindelse med denne masteroppgaven viser tydelig at det har vært en endringsprosess fra 2019 til 2021 både i Kpm kommunen og resten av landet. Dette kan man lese både av Run-diagrammene (Diagram 1: Run-diagram) og XmR- diagrammene (Diagram 3: XmR diagram). Prosessendringen viser en tydelig forbedring, noe som vises ved at flere enn syv påfølgende observasjoner i 2021 ligger over henholdsvis over medianen (Run) og gjennomsnittet (XmR). I både Run-diagrammene og XmR diagrammene var henholdsvis median og gjennomsnitt før og etter 2020 er plottet hver for seg ser vi stabile prosesser på et høyere nivå. Med stabile prosesser menes en normalvariasjon i antall observasjoner over og under median (run) og innenfor øvre og nedre kontrollgrense (XmR). I de ulike praksistypene kan man observere de samme resultatene, med unntak av for fysioterapeuter med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi «resten av landet».

De absolutte endringene som observeres i Kpm kommunen og resten av landet ved plotting av observasjoner før og etter 2020 hver for seg er tilnærmet like med en økning på 0,006-0,007. Dette har ingen betydning for tolkningen av henholdsvis Run og XmR- diagrammene, da disse kun registrerer evt endringer. Det registrerer at det har vært en prosess endring i både Kpm kommunene og resten av landet i den perioden som er observert. Da det kreves mer for å oppnå økning/ forbedring fra et høyere nivå enn fra et lavere nivå, kan det antas at innføring av Knutepunktmodellen har bidratt til økt bruk av samhandlingstakster pr individuelle konsultasjon. Aller best vises dette i undergruppen «fysioterapeuter med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi (Fypm)». For Fypm «resten av landet» viser både Run og XmR- diagrammet en stabil prosess uten tegn til endring i 2021 sammenlignet med 2019. Derimot i Fypm «Kpm kommunene» vises en tydelig prosessendring og et betydelig nivåskifte til et høyere nivå i 2021 enn i 2019.

Avtalefysioterapeuters takstbruk gir en god indikasjon på pasientrettet arbeid utført av avtalefysioterapeutene (Gaardsrud, 2022). Takstbruk som en indikasjon på arbeid utført av avtalefysioterapeuter er tidligere benyttet av professor Bjordal i vitenskapelig artikkel om «En takstbasert analyse av avtalefysioterapeuters praksis» (Bjordal, 2014). Kuhr-data viser økt bruk av samhandlingstakster i 2021 sammenlignet med 2019. Den absolutte økningen er lik i Kpm kommunene og resten av landet, men Kpm kommunene har tilsvarende økning som resten av landet fra et høyere utgangspunkt. Ved økt samhandling legges det til rette for et helhetlig pasientforløp, hvor de ulike helseaktørene informeres, varsles og kan diskutere behandlingsforløpet til den enkelte pasient (Vik, 2018). Et bedre samarbeid blant helsepersonell legger til rette for en mer personorientert tilnærming (McCormack, 2017). Pasientene opplever bedre resultater og økt tilfredshet ved personorientert behandling og når det er samarbeid mellom de ulike aktørene i helsevesenet (Gluyas, 2015). I Espen Brembos doktorgrad avhandling «Building ground for didactics in a patient decision aid for hip osteoarthritis. Exploring patient-related barriers and facilitators towards shared decision-making» påpeker pasientene at det kan være utfordrende å involveres i samvalg når det dreier seg om medisinske vurderinger (Brembo, 2020). Denne utfordringen synes å bli enda større ved fravær av samarbeid mellom ulike helseaktører (Dierckx, 2013). For både pasient og samfunnet synes samhandling å ha en stor verdi (Gluyas, 2015). Knutepunktmodellen synes å stimulere til økt samarbeid mellom avtalefysioterapeutene og fastlegene og på den måten legge til rette for et mer helhetlig pasientforløp med pasienten i fokus (McCormack, 2017).

Det vil være spennende å følge utviklingen på implementeringen av Knutepunktmodellen og den videre utviklingen i fysioterapeuters bruk av samhandlingstakster. En kvalitativ studie som ser på den enkelte aktørs opplevde effekt av samarbeid ville vært et interessant supplement til denne oppgaven.

10 KONKLUSJON

Run-diagrammet viser at det er en spesiell variasjon og ikke bare tilfeldig varians og at det antydes å være en spesiell årsak til variasjonene. Det er ikke påvist å være en trend med, eller nivåskifte i form av fem eller flere påfølgende observasjoner i stigende eller synkende rekkefølge, men det vises en tydelig endringsprosess til et høyere nivå. XmR- diagrammet viser en stabil prosess i Kpm kommunene, men det er store variasjoner i observasjonene «moving range» (mR). For resten av landet varsler XmR- diagrammet at det har skjedd noe uvanlig. Når man plotter median før og

etter 2020 hver for seg synes det å være naturlig variasjon i 2019 og naturlig variasjon på et høyere nivå i 2021. For å kunne ha tilstrekkelig statistisk styrke bør det være minst 16 punkter i et run diagram, eksklusiv de på medianen (Nyen, 2009). Da det kun er 12 observasjoner i 2019 og 21 kunne det vært interessant og utvidet observasjonsperioden fra 2018 til 2022. Hensikten med dette ville og etablert en eventuell baseline i 2018-19. Med tidsaspektet for denne oppgaven og 2 måneders forsinkelse i registrering av kontroll og utbetaling av helserefusjon (Kuhr) data var det ikke mulig å utvide registreringen lenger enn til desember 2021. Hovedinntrykk basert på tilgjengelig data er «fortsatt naturlig («common cause») variasjon i stabil prosess, men etter reformen fant vi/jeg varians på et høyere nivå enn før reformen»

Kpm kommunene og resten av landet har samme funn i SPC analysene. Det er dermed ikke mulig å påpeke om implementering av Knutepunktmodellen har medført en endring av avtalefysioteraputers bruk av samhandlingstakster eller om dette skyldes andre forhold. Helsevesenets økte fokus på samhandling de senere årene (Vik, 2018), bortfall av krav om henvisning, innføring av funksjons og kvalitetsforskriften og lovpålagt tilkobling NHN (Helse og omsorgsdepartementet, 2018) antas å ha hatt en stor betydning for veksten i bruk av samhandlingstakster som vi har registret de siste årene. Med tanke på at Kpm kommunen hadde flere samhandlinger pr individuelle behandling ved oppstart kan man anta at det vil være mer krevende å fortsette denne utviklingen. For Kpm kommunene økte medianen fra 0,048 i 2019 til 0,054 i 2021, resten av landet hadde en økning fra 0,031 i 2019 til 0,037 i 2021.

Fysioterapeuter med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi i Kpm kommunene viser den tydeligste endringen med samtlige observasjoner i 2021 registret over medianen. Denne gruppen har også den største forskjellen mellom median 2019 sammenlignet med median 2021. Med forbehold om få fysioterapeuter med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi i Kpm kommunene (20), kan det synes som implementering av Knutepunktmodellen har hatt en betydning for bruk av samhandlingstakster for denne gruppen da den skiller seg betydelig fra utviklingen for resten av landet (Fypm «landet»).

Fysioterapeuter med videreutdanning i manuellterapi har også store variasjoner i registreringen, noe som mest sannsynlig skyldes lokale forhold og få fysioterapeuter (25). Sammen med fysioterapeuter uten videreutdanning har denne gruppen tilnærmet lik utvikling i Kpm kommunene som i landet samlet. Hovedinntrykk er naturlig («common cause») variasjon i stabil prosess, men etter reformen varians på et høyere nivå enn før reformen»

Det er store forskjeller i fysioterapeuters bruk av samhandlingstakster, for eksempel bruker psykomotoriske fysioterapeuter i Kpm kommunen nesten dobbelt så mange samhandlingstakster pr individuelle konsultasjon sammenlignet med resterende observasjonsgrupper. Helfo og helsedirektoratet har signalisert at de vil se nærmere på mulighet for bedre veiledning/ opplæring i bruk av samhandlingstakster (Helfo, 2022). Knutepunktmodellen eller lignende samarbeidsprosjekt bør implementeres i alle landets kommuner for å legge bedre til rette for samarbeid. Bedre samarbeid vil være til stor nytte for pasient, samfunn og den enkelte behandler (Vik, 2018).

11 OVERSIKT OVER TABELLER OG FIGURER

Tabell 1: Samhandlingstakster pr pasient 2019.....	13
Tabell 3: Takster for samhandling.....	20
Tabell 4: Utvikling i bruk av samhandlingstakster	22
Tabell 5: Økonomisk utvikling av samhandlingstakstene	22
Tabell 6: Takster for undersøkelse.....	23
Tabell 7: Takster for individuell behandling.....	24
Tabell 8: Frekvensutvikling av undersøkelsestakstene.....	25
Tabell 9: Totalt antall undersøkelsestakster pr år	26
Tabell 10: Gjennomsnittlig behandlingstid pr individuelle konsultasjon	26
Tabell 11: Gjennomsnittlig antall individuelle behandlinger pr undersøkelse.....	27
Tabell 11 Prosentandel innsendte regninger.....	53
Diagram 1: Run-diagram	32
Diagram 2: Run-diagram med median plottet før/etter 2020 plottet hver for seg	34
Diagram 3: XmR diagram	35
Diagram 4: XmR-diagram «landet» med gjennomsnitt før/etter 2020 plottet hver for seg.....	36
Diagram 5 XmR-diagram «Kpm» med gjennomsnitt før/etter 2020 plottet hver for seg.....	36
Diagram 6: Run-diagram Fymt	38
Diagram 7: Run-diagram Fymt med median plottet før/etter 2020 hver for seg	39
Diagram 8: XmR diagram Fymt	40
Diagram 9 XmR-diagram Fymt «landet» med gjennomsnitt før/etter 2020 plottet hver for seg	41
Diagram 10 XmR-diagram Fymt «Kpm» med gjennomsnitt før/etter 2020 plottet hver for seg	41
Diagram 11: Run-diagram Fypm	43
Diagram 12: Run-diagram med median plottet før/etter 2020 hver for seg	44
Diagram 13: XmR diagram Fypm.....	45
Diagram 14 XmR-diagram Fypm «landet» med gjennomsnitt før/etter 2020 plottet hver for seg..	46

Diagram 15 XmR-diagram Fypm «Kpm» med gjennomsnitt før/etter 2020 plottet hver for seg.....	46
Diagram 16: Run-diagram Fyno	48
Diagram 17: Run-diagram Fyno med median plottet før/etter 2020 hver for seg.....	49
Diagram 18: XmR diagram Fyno.....	50
Diagram 19, XmR diagram Fyno Landet, gjennomsnitt før/etter 2020 plottet hver for seg.....	51
Diagram 20 XmR-diagram Fyno «landet» med gjennomsnitt før/etter 2020 plottet hver for seg...	51
Diagram 21 XmR-diagram Fyno «Kpm» med gjennomsnitt før/etter 2020 plottet hver for seg.....	51
Figur 1: Personorientert behandling, McCormack og McCance 2010.....	16

REFERANSER

- Archembault, P. B., T. Kuziemy, C. Plaisance, A. Dupuis, A. McGinn, R. Gagnon, F. Turgeon, F. Horsley, T. Witteman, W. Poitras, J. Lapointe, J. Brand, K., Lachaine, J. Légaré, F. (2017). Collaborative writing applications in healthcare: effects on professional practice and healthcare outcomes. doi:<https://doi.org/10.1002/14651858.CD011388.pub2>
- Berge, T., Repål, A. . (2015). *Trange rom og åpne plasser*. Oslo: Aschehoug.
- Bjordal, J. M. L., H Naterstad I.F. Halslerud, S Joenson, J. (2014). En takstbasert analyse av avtalefysioterapeuters praksis. *Fysioteraputen*, 9/2014. Retrieved from <https://www.fysioterapeuten.no/en-takstbasert-analyse-av-avtalefysioterapeuters-praksis/122907>
- Brembo, E. (2020). Building ground for didactics in a patient decision aid for hip osteoarthritis. Exploring patient-related barriers and facilitators towards shared decision-making. *Patient Education and Counseling*, Volume 103, Issue 7, July 2020, Pages 1343-1350. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.02.003>
- Claus, G. o. H., Ingrid Hatlebakk. (2020). *Fysioterapeuters inntekter og kostnader*.
- Deloitte. (2016). *Inntekts- og kostnadsundersøkelse for driftsåret 2014- privatpraktiserende fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen*. Retrieved from <https://fysio.no/Media/Files/Inntekts-og-kostnadsundersokelse-IKU-for-driftsaaret-2014>
- Dierckx, K. D., M. Roosen, P. Devisch, I. (2013). Implementation of Shared Decision Making in Physical Therapy: Observed Level of Involvement and Patient Preference. *Phys Ther*, 93(10), 1321-1330. doi:10.2522/ptj.20120286
- Gluyas, H. (2015). Patient-centred care: improving healthcare outcomes. doi:DOI: 10.7748/ns.30.4.50.e10186
- Grimsmo, A. (2018). *Gode pasientforløp*.
- Grimsmo, A. K., R. Aarseth, T. (2015). Samhandlingsreformen i Norge. 17 (3): 3–12. Retrieved from <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2433316/Nr.%2b8%2b-%2b2015%2b-%2bSamhandlingsreformen%2bi%2bNorge.pdf>
- Gaardsrud, P. Ø. (2021). *Kommentar til takstbruksundersøkelsen av fysioterapeuter avtaleåret 2020-2021*.
- Gaardsrud, P. Ø. (2022). *Kommentar til takstbruksundersøkelsen av fysioterapeuter avtaleåret 2021-2022*.
- Helfo. (2019). *TBU, takstbruksundersøkelse 19/20*.
- Helfo. (2022). Kuhr data. Retrieved from <https://opne-data.helserefusjon.no/>
- Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m, (2021).
- Helse og omsorgsdepartementet, H. (2001). *Fastlegeordningen*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/fastlegeordningen/id115301/>
- Helse og omsorgsdepartementet, H. (2009). *Stort.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), (2011).
- Helse og omsorgsdepartementet, H. (2017). *Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale, (2018).

- Helse og omsorgsdepartementet, H. (2021). *Offentlig fysioterapitjeneste*. Helse og omsorgsdepartementet, HOD Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/offentlig-fysioterapitjeneste/id444281/>
- Helseøkonomiforvaltningen, H. (2017). Rundskriv § 5-8. Fysioterapi. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/folketrygdloven-kap-5/rundskriv-til-folketrygdloven--5-8--fysioterapi>
- Hoffmann, T. C. L., J. Maher, C.G. (2020). Shared decision making should be an integral part of physiotherapy practice. *Physiotherapy*, 107, 43-49. doi:DOI:10.1016/j.physio.2019.08.012
- Hofoss, D. (2012). Dokumentasjon av forbedringer ved hjelp av statistisk prosesskontroll (SPC), Gjennombruddsprosjekt psykiatri: Bruk av tvang. *Den Norske Legeforening*. Retrieved from <https://www.legeforeningen.no/om-oss/publikasjoner/rapporter-fra-gjennombruddsprojekter/gjennombruddsprosjekt-psykiatri-bruk-av-tvang-/>
- Høstmark, C. B. (2020). Glad flere fysioterapeuter og fastleger skal samhandle. *Fysioteraputen*. Retrieved from <https://www.fysioterapeuten.no/avtalefysioterapeuter-fastlege-fysioprim/glad-flere-fysioterapeuter-og-fastleger-skal-samhandle/102293>
- Johannessen, L. B. (2017). Vil sikre gode pasientforløp mellom lege og fysioterapeut. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. Retrieved from <https://tidsskriftet.no/2017/12/aktuelt-i-foreningen/vil-sikre-gode-pasientforlop-mellom-lege-og-fysioterapeut>
- Kienlin, S. E., Ø. Kasper, J. (2020). Samvalg. *Michaeljournal*, Michael 2020; 17: Supplement 24; 127–43. Retrieved from <https://www.michaeljournal.no/article/2020/08/Samvalg>
- Kommunenes Sentralforbund, K. (2019). ASA 4313. Retrieved from <https://fysio.no/Forbundsforbunden/Jus-arbeidsliv/Naeringsdrivende/ASA-4313>
- Legeforeningen. (2019). Samhandling i primærhelsetjenesten etter "knotepunktmodellen". Retrieved from <https://www.legeforeningen.no/kurs/2018/11/33266/Print>
- Lehman, G. recovery-strategies-pain-guidebook. Retrieved from <http://www.greglehman.ca/recovery-strategies-pain-guidebook>
- Løhre, A. G., A. (2015). *Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen (SPIS)*. Retrieved from <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2581543>
- Mair, F. S. (2014). Thinking about the burden of treatment. *BMJ*, 2014;349:g6680. doi:<https://doi.org/10.1136/bmj.g6680>
- McCormack, B. E., H, Skovdahl, K. Eide, T. (2017). Person-Centred healthcare research. . In *Chapter 3 The Person-centred Practice Framework*: Hoboken: John Wiley & Sons Inc.
- Norsk Fysioterapeutforbund, N. (2016a). Helsenettet og H1-taksten. Retrieved from <https://fysio.no/Forbundsforbunden/Aktuelt/Nyheter/Helsenettet-H1-toget-gaar-naa-hopp-paa>
- Norsk Fysioterapeutforbund, N. (2016b). Krav til drift- og takstforhandlinger 2016. Retrieved from <https://fysio.no/Forbundsforbunden/Aktuelt/Nyheter/AArets-takstforhandlinger-er-i-gang>
- Norsk Fysioterapeutforbund, N. (2022). Pasientbrosjyrer. Retrieved from <https://fysio.no/Pasientinfo/Pasientbrosjyrer>
- Norsk Helsenett, N. (2022). Hva er helsenett? Retrieved from <https://www.nhn.no/helsenettet/hva-er-helsenettet>
- Nyen, B. (2009). Forbedringsarbeid og Statistisk Prosesskontroll (SPC) Versjon 2.0 41. Retrieved from <https://www.fhi.no/publ/eldre/forbedringsarbeid-og-statistisk-prosesskontroll-spc-2.0/>
- O'Keefe, M. C., P. Hurley, J. Leahy, I. Bunzli, S. O'Sullivan, P. O'Sullivan, K. (2016). What Influences Patient-Therapist Interactions in Musculoskeletal Physical Therapy? Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis. *Phys Ther*, 96(5), 609-622. doi:10.2522/ptj.20150240

- Reeves, S. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. doi:<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>
- Schreider, A. (2004). *Kom i gang Kvalitetsforbedring i praksis*. Oslo: Den norske legeforening.
- Strupstad, J. H. (2017). Fysioterapi-henvisning-ikke-nodvendig-fra-1januar. www.fysioterapeuten.no. Retrieved from <https://www.fysioterapeuten.no/fysioterapeut-henvisning/fysioterapi-henvisning-ikke-nodvendig-fra-1januar/115746>
- Sæther, E. M. (2021). *Behandlingsforløp og kostnader ved behandling innenfor fysioterapiområdet*. Retrieved from <https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/2021/05/Rapport-behandlingsforlop-2021.pdf>
- Torgersen, G.-E. S., T. J. (2009). *Ledelse, samhandling og opplæring i fleksible organisasjoner*. Oslo: Læringsforlaget.
- Vik, E. (2018). Helseprofesjoners samhandling - en litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(2), 119-147. doi:10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03
- Woodhouse, A. *Knutepunkt prosjektet Samhandling i primærhelsetjenesten - fastlege & fysioterapeut*.