



Integrering av fysioterapiverksamheten inom specialsjukvården och primärhälsovården

Kerstin Frondén

Masterarbete
Rehabilitering
2016

MASTERARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Högre YH, Rehabilitering
Identifikationsnummer:	18925
Författare:	Kerstin Frondén
Arbetets namn:	Integrering av fysioterapiverksamheten inom specialsjukvården och primärhälsovården
Handledare (Arcada):	Camilla Wikström-Grotell
Uppdragsgivare:	HNS, Västra Nylands sjukvårdsområde
<p>Sammandrag:</p> <p>Den specialiserade sjukvården och primärhälsovården skall närma sig varandra och öka samarbetet. Masterarbetet är en utredning om möjligheterna att samordna regionens offentliga fysioterapiverksamheter; Raseborgs och Hangös primärhälsovård samt specialsjukvården vid Västra Nylands sjukvårdsområde. Frågeställningarna är följande: 1) Är en integrering av fysioterapiverksamheterna i västra Nyland genomförbar enligt personalen? Vilken fysioterapikontinuitetsinverkan kan en integrering enligt personalen ha? Avviker specialsjukvårdens och primärhälsovårdens personals åsikter från varandra? 2) Hur skall fysioterapiverksamheten utformas enligt personalens åsikter? Vilken inverkan har införande av direkt access till fysioterapi enligt personalen? Hur ser personalen på betydelsen av personalens delaktighet i verksamhetsplaneringen? Vilka faktorer skall enligt personalen beaktas vid utformningen av en integrerad fysioterapiverksamhet? Deltagare i studien är organisationernas fysioterapipersonal och de tre ledande läkarna. Forskningsmetoden utgörs av mixad metod, med inledande kvantitativ och påföljande kvalitativ ansats, med förklarande sekventiell design. Materialinsamlingsinstrumenten består i första fasen av en enkät och i andra fasen av temaintervjuer i fokusgrupper. Svaramaterialet i första delen genomgår frekvensanalys och andra delen kvalitativ deduktiv innehållsanalys med induktiva inslag. Resultaten integreras med varandra enligt metodens design. Den teoretiska referensramen innefattar fysioterapiverksamhet, förändringsprocess, tidigare utvecklingsarbeten och forskning i fysioterapikontinuitet, direkt access till fysioterapi samt utveckling utgående från arbetstagare. Resultaten visar att en integrering av fysioterapiverksamheterna är genomförbar enligt personalen, men är kombinerad med många förutsättningar och utmaningar och i utformningen av verksamheten bör ett brett antal faktorer beaktas. Skillnaderna mellan specialsjukvårdens och primärhälsovårdens personals åsikter är små. Enhetligheten, jämlikheten och fysioterapikontinuiteten förbättras, direkt access har positiv inverkan och förbättrar tillgängligheten, personalens delaktighet i verksamhetsplaneringen är viktig. En integrerad verksamhet skall bestå av kvalitativ, tillgänglig, långsiktig och specificerad fysioterapi vid rätt tidpunkt. Genomförbarheten av en integrering och verksamhetsutformningen inbegriper en vertikal, horisontal och sagittal dimension och kärnan är flerdimensionell funktionell samstämmighet.</p>	
Nyckelord:	Fysioterapiverksamhet, integrering, förändringsarbete, kontinuitet, direkt access, offentlig hälso- och sjukvård
Sidantal:	92
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	16.6.2016

MASTER´S THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Master´s Degree, Rehabilitation
Identification number:	18925
Author:	Kerstin Frondén
Title:	Integration of the physiotherapy activities within specialized medical care and primary health care
Supervisor (Arcada):	Camilla Wikström-Grotell
Commissioned by:	HUS, Länsi-Uusimaa Hospital area
<p>Abstract:</p> <p>Specialized medical care and primary health care should converge and increase cooperation. This master´s thesis investigates possibilities to combine regional public physiotherapy activity resources: Primary care in Raseborg and Hanko and specialized medical care in Länsi-Uusimaa Hospital area. Research questions: 1) Is an integration of the physiotherapy activities in Länsi-Uusimaa viable according to personnel opinions? How does an integration influence continuity of physiotherapy according to the personnel? Are opinions between specialized medical care and primary health care personnel divided? 2) How should the integrated physiotherapy activities be framed according to personnel opinions? What are the influences of an implementation of direct access according to the personnel? How do the personnel estimate personnel participation in activity planning? What factors are to be considered in the framework of integrated physiotherapy activities according to the personnel? The participators consist of organization physiotherapy personnel and the three leading physicians. Conducted research method is mixed methods; first a quantitative, following with a qualitative phase, the design being explanatory sequential. Data collecting instruments consist initially of a questionnaire and in second phase of interview with themes in focus groups. Analysis of collected first phase data is based on frequencies and in second phase deductive qualitative content analysis, with inductive mixtures. The results are integrated with each other by the method design. The theoretical framework includes physiotherapy activities, process of change, former development work and research of physiotherapy continuity, direct access to physiotherapy and personnel based development. Results show that an integration of the physiotherapy activities is possible according to the personnel but is combined with many prerequisites and challenges and in the activity framework should a wide quantity of factors be considered. Differences between specialized medical care and the primary health care personnel opinions are small. Uniformity, equality and physiotherapy continuity are improved, direct access influences positively and increases availability, in activity planning personnel participation is important. An integrated activity is to include competent, accessible, long-term and specified physiotherapy at the right time. Operability of an integration and activity framework includes a vertical, horizontal and sagittal dimension, the core being multidimensional functional coherence.</p>	
Keywords:	Physiotherapy Activities, Integration, Work of Change, Continuity, Direct Access, Public Health and Medical Care
Number of pages:	92
Language:	Swedish
Date of acceptance:	16.6.2016

MASTERTYÖ	
Arcada	
Koulutusohjelma:	YAMK, Kuntoutus
Tunnistenumero:	18925
Tekijä:	Kerstin Frondén
Työn nimi:	Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon fysioterapiatoiminnan integrointi
Työn ohjaaja (Arcada):	Camilla Wikström-Grotell
Toimeksiantaja:	HUS, Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon tulee lähestyä toisiaan ja lisätä yhteistyötä. Mastertyö on selvitys alueen julkisen sektorin fysioterapiatoiminnan yhdistämismahdollisuudesta; Raaseporin ja Hangon perusterveydenhuolto sekä Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueen erikoissairaanhoito. Tutkimuskysymykset ovat: 1) Onko Länsi-Uudenmaan fysioterapiatoimintojen integrointi tehtävissä henkilökunnan näkemyksen mukaan? Mikä vaikutus integroinnilla on fysioterapiajatkuvuudelle henkilökunnan mukaan? Eroavatko erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon henkilökunnan mielipiteet toisistaan? 2) Miten integroitu fysioterapiatoiminta tulisi muotoilla henkilökunnan mukaan? Mikä on fysioterapiasuoravastaanoton käyttöönoton vaikutus henkilökunnan mukaan? Mikä on henkilökunnan näkemys sen osallistumisesta toiminnan suunnitteluun? Mitkä tekijät tulee henkilökunnan näkemyksen mukaan huomioida muodostaessa integroitua fysioterapiatoimintaa? Tutkimuksen osallistujat ovat fysioterapiahenkilökunta ja organisaatioiden kolme johtavaa lääkäriä. Menetelmänä on mixed methods, koostuen kvantitatiivisesta ja kvalitatiivisesta vaiheesta, käyttäen selittävää peräkkäistä asetelmaa. Aineiston hankinta koostuu kyselystä ja teemahaastattelusta fokusryhmissä. Ensimmäisen vaiheen vastausmateriaali analysoidaan määrällisesti ja toisen vaiheen laadullista deduktiivista sisältöanalyysiä käyttäen, induktiivisia piirteitä sisältäen. Metodiasetelman mukaisesti tulokset integroidaan toisiinsa. Teoreettinen viitekehys sisältää fysioterapiatoimintaa, muutosprosessia, aikaisemmin tehtyä kehitystyötä ja tutkimusta fysioterapiajatkuvuudesta, suoravastaanotto toiminnasta sekä henkilökuntalähtöisestä kehittämistyöstä. Tulosten mukaan fysioterapiatoiminnan integrointi on henkilökunnan näkemyksen mukaisesti tehtävissä, mutta yhdistyy moniin edellytyksiin ja haasteisiin ja toimintaa muodostaessa tulee huomioida laajaa faktorimäärää. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon henkilökunnan näkemuserot ovat pienet. Yhtenäisyys, tasa-arvo ja fysioterapiajatkuvuus parantuvat, suoravastaanotolla on myönteinen vaikutus ja saatavuus edistyy, henkilökunnan osallisuus toiminnan suunnittelussa on tärkeä. Integroidun toiminnan tulee koostua oikea-aikaisesta osaavasta, saavutettavissa olevasta, pitkäjänteisestä, täsmä-hoidollisesta fysioterapiasta. Integraation toteutettavuuteen ja toiminnan muodotukseen sisältyy vertikaalinen, horisontaalinen ja sagittaalinen ulottuvuus. Ytimenä on moniulotteinen funktionaalinen koherenssi.</p>	
Avainsanat:	Fysioterapiatoiminta, integraatio, muutostyö, jatkuvuus, suoravastaanotto, julkinen terveydenhuolto ja sairaanhoito
Sivumäärä:	92
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	16.6.2016

INNEHÅLL

1	INLEDNING	8
2	SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING	10
3	TEORETISK REFERENSRAM	10
3.1	Beskrivning av fysioterapi och fysioterapiverksamhet	11
3.2	Organisation	12
3.3	Förändringsprocess	13
3.4	Autonomisk ställning och ansvar	14
3.5	Effektivitet, kvalitet och samarbete	15
3.6	Tidigare utvecklingsarbeten	17
3.7	Tidigare forskning	19
3.7.1	<i>Fysioterapikontinuitet</i>	19
3.7.2	<i>Direkt access till fysioterapi</i>	23
3.7.3	<i>Utveckling utgående från arbetstagare</i>	28
3.7.4	<i>Sammanfattning av tidigare forskning</i>	30
4	MATERIAL OCH METOD	31
4.1	Datainsamlingsmetoder och deltagare	33
4.2	Analys	34
5	ETISKA ÖVERVÄGANDEN	37
6	RESULTAT	38
6.1	Genomförbarhet av en integrerad fysioterapiverksamhet.....	39
6.1.1	<i>Personalens verksamhetsvision</i>	39
6.1.2	<i>Fysioterapikontinuitetsinverkan av en integrering</i>	40
6.1.3	<i>Avviker primärhälsovårds- och specialsjukvårdspersonalens åsikter</i>	44
6.1.4	<i>Situationsbedömning gällande en verksamhetsintegrering</i>	45
6.1.5	<i>Sammanfattning av genomförbarhet av en integrerad fysioterapiverksamhet</i>	54
6.2	Utformning av en integrerad fysioterapiverksamhet	55
6.2.1	<i>Direkt access till fysioterapi i en integrerad verksamhet</i>	55
6.2.2	<i>Personalens perspektiv av delaktighet i verksamhetsplaneringen</i>	58
6.2.3	<i>Faktorer att beakta vid utformningen av en integrerad verksamhet</i>	61
6.2.4	<i>Sammanfattning om verksamhetsutformningen vid en integrering</i>	67
6.3	Integreringsgenomförbarhet och verksamhetsutformning	69
6.3.1	<i>Sammanfattning av frekvensanalys</i>	69
6.3.2	<i>Sammanfattning av kvalitativ innehållsanalys</i>	69
6.3.3	<i>Flerdimensionell sammanfattning</i>	71

7	DISKUSSION	73
7.1	Resultatdiskussion.....	73
7.2	Metoddiskussion.....	77
8	SLUTSATSER.....	82
	Källor	86
	Bilagor	93

Figurer

Figur 1.	Schematisk beskrivning av skeden i mixad metod. Modifierad enligt Creswell & Clark 2011 som illustrerat Ivankova & Stick 2007.	32
Figur 2.	Schematisk beskrivning av forskningsförloppet.	33
Figur 3.	Schematisk bild av analysen av undersökningsmaterialet.	37
Figur 4.	Personalens syn på fysioterapikontinuitetsinverkan av en integrering. Deltagarnas (n=28) svar angivna i frekvens.	40
Figur 5.	Mest varierande svar per delområde: Fysioterapikontinuitetsinverkan av en integrering; Direkt access till fysioterapi i en integrerad verksamhet; Faktorer att beakta vid utformningen av en integrerad verksamhet. Deltagarnas (n=28) svar angivna i frekvens.	44
Figur 6.	Understöd av tanken på en integrering. Deltagarnas (n=28) svar angivna i frekvens.	45
Figur 7.	Begreppskarta enligt personalens situationsbedömning.	53
Figur 8.	Personalens syn på direkt access i en integrerad verksamhet. Deltagarnas (n=28) svar angivna i frekvens.....	55
Figur 9.	Personalens syn på delaktighet i verksamhetsplaneringen. Deltagarnas (n=28) svar angivna i frekvens.....	59
Figur 10.	Faktorer att beakta vid verksamhetsutformningen av en integrerad verksamhet. Deltagarnas (n=28) svar angivna i frekvens.....	62
Figur 11	Sammanfattning av kvalitativ innehållsanalys för en integrerad fysioterapiverksamhet	70

Figur 12. Illustrering av kärnbegreppet; Flerdimensionell funktionell samstämmighet. Vertikal, horisontal och sagittal dimension.	72
--	----

Tabeller

Tabell 1. Invånarantal och procentuell fördelning år 2013 i samkommunens medlemskommuner. (www.stat.fi)	13
Tabell 2. Statistik från fysioterapiverksamheten i västra Nyland (Västnyländsk rapport 2013)	19
Tabell 3. Resultat av litteratursökningen. Fysioterapikontinuitet.....	20
Tabell 4. Resultat av kvalitetsgranskningen. Fysioterapikontinuitet.....	21
Tabell 5. Resultat av litteratursökningen. Direkt access till fysioterapi.	24
Tabell 6. Resultat av kvalitetsgranskningen. Direkt access till fysioterapi.....	24
Tabell 7. Personalens verksamhetsvision om situationen efter två år. Deltagarnas (n=28) svar angivna i frekvens.....	40
Tabell 8. Kategorier för personalens syn på vilken fysioterapikontinuitetsinverkan en integrering kan ha och skapade begrepp.	41
Tabell 9. Kategorier för personalens syn på styrkor i nuläget och skapade begrepp.	46
Tabell 10. Kategorier för personalens syn på svagheter i nuläget och skapade begrepp.	47
Tabell 11. Kategorier för personalens syn på möjligheter i en integrerad fysioterapiverksamhet och skapade begrepp.....	49
Tabell 12. Kategorier för personalens syn på risker i en integrerad fysioterapiverksamhet och skapade begrepp.	51
Tabell 13. Kategorier för personalens syn på direkt access till fysioterapi i en integrerad fysioterapiverksamhet och skapade begrepp.....	56
Tabell 14. Kategorier för personalens syn på betydelsen av delaktighet i verksamhetsplaneringen och skapade begrepp.....	60
Tabell 15. Kategorier för personalens åsikter om faktorer att beakta vid verksamhetsutformningen och skapade begrepp.....	63

1 INLEDNING

Den specialiserade sjukvården och primärhälsovården har närmat sig varandra och ökat sitt samarbete bland annat inom ramen för den medicinska rehabiliteringens hjälpmedelsverksamhet. Inom Helsingfors- och Nylands sjukvårdsdistrikt (HNS), har man i västra Nyland varit föregångare med att sammanföra kommunernas och den specialiserade sjukvårdens medicinska hjälpmedelsverksamheter, som sedan år 2010 är en gemensam helhet (Raseborgs och Hangö stad samt Västra Nylands sjukvårdsområde, VNS). I åtgärdsplanen för hälso- och sjukvården inom HNS/VNS, Hangö, Ingå och Raseborg har fastställts att nuvarande samarbete mellan kommunerna och sjukvårdsområdet skall utökas. Strävan är att främja de regionala samarbetsfunktionerna vid anordnandet och producerandet av hälsotjänster samt vid samorganisering av servicen. (Åtgärdsplanen 2013-2016 s. 5-31)

I samband med den nya social- och hälsovårdsreformen har vid sjukvårdsområdet beslutats påbörja en utredning om möjligheterna att sammanföra regionens offentliga fysioterapiverksamheter, som utgörs av Raseborgs och Hangös primärhälsovård samt specialsjukvården vid Västra Nylands sjukvårdsområde. Utredningsarbetet som efterlysts av Västra Nylands sjukvårdsområde utgör grunden för denna studie. Samtidigt önskas ställningstagande till utformningen av fysioterapiverksamheten inom den offentliga sektorn.

Inom medicinsk rehabilitering, med fokusering på fysioterapin i denna studie, är uppgiftsfördelningen och gränsdragningen mellan primärhälsovård och specialiserad sjukvård traditionellt utmanande. Strävan är att utreda möjligheten till integrering, förändring av nuvarande funktioner, som verkar inom separata organisationer i den nivåindelade hälso- och sjukvården och delvis styrs av olika lagstiftning. Krav på samarbete mellan nivåerna samt hälso- och sjukvårdens organisering och innehåll är fastställda i lagen.

I Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikts strategi 2012-2016, *HNS- en föregångare*, är effektiv vård för patientens bästa i fokus, med målen patientorienterad vård i rätt tid, effektiv konkurrenskraftig verksamhet och mer utvecklat partnerskap med primärvården (www.hus.fi). Hälso- och sjukvård omfattar både primärvård och specialiserad sjukvård samt hälso- och välfärdsfrämjande verksamhet och den medicinska rehabiliteringen utgör en del av helheten. Strävan är att uppnå lika tillgång, kvalitet och minska hälsoskillnaderna mellan befolkningsgrupperna, förbättra primärvårdens verksamhetsmöjligheter,

samt förbättra samarbetet mellan hälso- och sjukvårdens aktörer och de kommunala verksamheterna, som gäller förbättring av välfärds- och hälsoaspekter och organisering av social- och hälsovården. Tvåspråkiga kommuner och samkommuner skall erbjuda hälso- och sjukvård både på finska och svenska, enligt det språk patienten väljer (Hälso- och sjukvårdslagen 2010 § 1, 2, 3, 6)

Innehåll och omfattning skall motsvara det medicinskt och hälsovetenskapligt bedömda behovet för invånarnas välbefinnande, patientsäkerhet, hälsotillstånd och sociala trygghet och skall ordnas nära invånarna om det inte finns särskild kvalitetsbaserad motivering till geografisk koncentrerings. Kommunerna skall göra upp mål för hur man främjar hälsa och välfärd och de olika kommunala verksamheterna skall samarbeta med varandra. I all hälso- och sjukvård skall hälsorådgivning ingå och för hälsa och välfärd nödvändiga hälsoundersökningar genomföras. Avsikten är att förebygga sjukdomar, främja arbets- och funktionsförmågan, den psykiska hälsan och livskompetensen. Kommunen skall ordna rådgivningstjänster för att främja barnets sunda utveckling, tillväxt och välbefinnande och härvid samarbeta med den specialiserade sjukvården. Vidare skall den främja elevernas uppväxt, utveckling, hälsa och välbefinnande i skolan. Kommuninvånare med ålderspension har rätt att få rådgivningstjänster som främjar funktionsförmågan, välbefinnandet och hälsan, såsom främjande av sunda levnadsvanor, förebyggande av sjukdomar och olyckor. (Hälso- och sjukvårdslagen 2010 § 10, 12, 13, 15, 16, 20)

Kommunen skall ordna undersökning, diagnostisering, vård, behandling, den behövliga medicinska rehabiliteringen samt förebyggande och botande av sjukdomar, lindrande av lidande och handledning för att förbättra patientens engagemang i sin vård och egenvård. Patientens behov av medicinsk behandling skall beaktas och enhetliga grunder för vård följas. Kommunerna och samkommunen för sjukvårdsdistriktet skall för varje fullmäktigeperiod tillsammans göra upp en plan för ordnandet av hälso- och sjukvården gällande samarbete, verksamhetsmål och förverkligande för att främja hälsa och välbefinnande, ordnande av hälso- och sjukvårdstjänster och den medicinska rehabiliteringen. Varje år bedöms den och ändringar görs vid behov. (Hälso- och sjukvårdslagen 2010 § 24, 34)

2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Nuvarande samarbete mellan kommunerna och sjukvårdsområdet skall utökas och de regionala samarbetsfunktionerna vid anordnandet av hälsotjänster samt samorganisering av servicen skall främjas (se 1). Syftet med denna studie är att klargöra om det finns möjligheter för en integrering av specialsjukvårdens och primärhälsovården fysioterapiverksamheter inom den offentliga hälso- och sjukvården i västra Nyland och hur verksamheten skall utformas enligt personalens åsikter. Studien samt de erhållna resultaten presenteras för deltagarna och ledningen, varefter ställning kan tas till förändringsåtgärder, till personal- och utrymmesbehov, administrativa och ekonomiska aspekter. Vid frågeformuleringen har SPICE-modellen utnyttjats, som innehåller definiering av sammanhang, perspektiv, intervention och jämförelse. (SBU 2015 s. 97)

Forskningsfrågorna är följande:

1. Är en integrering av fysioterapiverksamheterna i västra Nyland genomförbar enligt personalen?
 - Vilken fysioterapikontinuitetsinverkan kan en integrering enligt personalen ha?
 - Avviker specialsjukvårdens och primärhälsovårdens personals åsikter från varandra?
2. Hur skall en integrerad fysioterapiverksamhet utformas enligt personalens åsikter?
 - Vilken inverkan har införande av direkt access till fysioterapi enligt personalen?
 - Hur ser personalen på betydelsen av personalens delaktighet i verksamhetsplaneringen?
 - Vilka faktorer skall enligt personalen beaktas vid utformningen av en integrerad fysioterapiverksamhet?

3 TEORETISK REFERENSRAM

Behovet att utreda möjligheterna att, i samma organisations regi, ordna regionens offentliga hälso- och sjukvårds fysioterapier service, har konstaterats gemensamt inom specialsjukvården och primärhälsovården i västra Nyland. För att erhålla en helhetsbild av nuvarande verksamhet och en lösning efterfrågas åsikter och uppfattningar om nuläget och framtidsvisioner av fysioterapipersonalen och ledande personer. Delaktighet och processarbete för de berörda erbjuds via användning av mixad forskningsmetod, i vilken kvantitativt och kvalitativt förhållningssätt kombineras.

Kommunen skall ordna den medicinska rehabiliteringen i anslutning till patienternas sjukvård. Med den avses rådgivning och handledning som innefattar rehabilitering, utredning och undersökning gällande patienternas funktionsförmåga, arbetsförmåga och behovet av rehabilitering. För att upprätthålla och förbättra funktionsförmågan och förverkliga andra behövliga rehabiliteringsfrämjande åtgärder används terapier, hjälpmedelstjänster, anpassningsträning och rehabiliteringsperioder i öppen eller sluten vård. Den skall bilda en funktionell helhet med den behövliga vården. Sjukvårdsdistriktets samkommun ansvarar för samordning av specialistsjukvårdens tjänster enligt det behov som befolkningen och primärvården har. Samkommunen skall i samarbete med kommunen, ansvarig för primärvården, planera och utveckla specialistsjukvården så att primärvården och specialistsjukvården tillsammans utgör en funktionell helhet. Specialistsjukvårdens tjänster skall på ett ändamålsenligt sätt erhållas i samband med primärvården och vid specialistsjukvårdens enheter. (Hälso- och sjukvårdslagen 2010 § 29, 33)

3.1 Beskrivning av fysioterapi och fysioterapiverksamhet

Fysioterapi riktas till enskilda personer och hela befolkningen för att utveckla, uppehålla och återställa maximal rörlighet och funktionsförmåga inom hela livsspektra. Det inkluderar ordnandet av tjänster då rörelseförmågan hotas av åldrande, skador, smärta, sjukdomar, störningar, omständigheter eller omgivningsfaktorer. Funktionell rörelse är centralt i betydelsen av att vara frisk. Fysioterapi står för identifiering och maximering av livskvalitet och rörelsepotential inom promotion, prevention, behandling/intervention, habilitering och rehabilitering och omfattar fysiskt, psykiskt, emotionellt och socialt välmående. Fysioterapi innefattar interaktionen mellan fysioterapeuten, patienten/klienten, övrig hälso- och sjukvårdspersonal, familjemedlemmar, vårdgivare och samhället i en process där rörelsepotential fastställs och gemensam målsättning skapas och i vilken, för fysioterapeuter unika kunskaper och färdigheter, utnyttjas. (WCPT 2011 s. 11)

Fysioterapeuterna är kvalificerade till det professionella kravet att utföra undersökning/fastställande av patientens/klientens eller sådan grupps behov, utvärdera fynden för klinisk bedömning beträffande patienten/klienten samt formulera diagnos, prognos och plan. Därtill till att ge konsultationer inom egen expertis, avgöra när remittering till annan hälso- och sjukvårdspersonal behövs och implementera fysioterapeutiska interventions-

/behandlingsprogram, utvärdera resultaten och ge rekommendationer för självständig rehabilitering. Fysioterapins verksamhetsområde inbegriper strategier för offentlig hälso- och sjukvård, förordande av patienter/klienter samt hälsorelaterade ärenden, kontroll och delegering, ledande, styrande, undervisande, forskning samt regional, nationell och internationell utveckling och implementering av riktlinjer inom hälsorelaterade områden. (WCPT 2011 s. 12) Arbetet utgår från patientens/klientens behov samt beaktar effektivitets-, effektmässiga och ekonomiska krav. (www.suomen-fysioterapeutit.fi)

Fysioterapins professionella roll är central, vid sidan av det individuella perspektivet, även ur ett populationsperspektiv. Etiskt sett behövs omorientering från ett individuellt till ett mera socialt fokus. Folkhälsan behöver offentliga eller kollektiva, gemensamma, samlade åtgärder. Interventionerna bör förverkligas på ett koordinerat sätt i samarbete med flera parter, vilket ofta görs i form av offentlig verksamhet. (Dawson & Sim 2012 s. 143-144) I samband med forskning, som gällt skapande och utnyttjande av en databas för global forskningsbaserad fysioterapi, konstateras att för att påverka beslutsorgan i flera länder finns det behov av internationella bevis som påvisar säkerhet och effektivitet gällande fysioterapi. Ett sådant internationellt samarbete är möjligt och kunde medverka till en fortsatt global professionell utveckling. (Holdsworth et al. 2012 s. 378-386)

3.2 Organisation

Samkommunen Helsingfors- och Nylands sjukvårdsdistrikt bildas av 21 kommuner. HNS skall producera den specialiserade sjukvården och vården av utvecklingsstörda för invånarna. Specialupptagningsområdet omfattar även Södra Karelen social- och hälsovårdsdistrikt, Eksote, och samkommunen för sjukvårds- och socialtjänster i Kymmenedalen, Carea. HNS är indelat i fem sjukvårdsområden; Helsingfors universitets centralsjukhus (HUUCS), Borgå, Hyvinge, Lojo och Västra Nylands sjukvårdsområde. Medlemskommuner i Västra Nylands sjukvårdsområde är Hangö, Ingå och Raseborg. (www.hus.fi)

Den största medlemskommunen i VNS är Raseborg stad (bildad 2009 av Ekenäs stad, Karis stad och Pojo kommun) (www.raseborg.fi), följd av Hangö stad med Ingå kommun som den tredje i ordningen. Hangö har den största andelen invånare som fyllt 65 år, där efter följer Raseborg och Ingå. Andelen 15-64 år är rätt lika i alla tre kommuner, medan Ingå har den största andelen 0-14 åringar. De svenskspråkiga utgör majoritet i Raseborg

och Ingå medan de finskspråkiga är i majoritet i Hangö (se tabell 1). Antalet sommarstugor uppgår i Raseborg till 6 439, 779 i Hangö och 2 218 i Ingå. (www.stat.fi)

Tabell 1. Invånarantal och procentuell fördelning år 2013 i samkommunens medlemskommuner. (www.stat.fi)

Ort	Invånare Totalt	0-14 år	15-64 år	65 - år	Modersmål svenska
Raseborg	28 695	15,6 %	61 %	23,4 %	65,4 %
Hangö	9 109	14,1 %	59,8 %	26,1 %	42,8 %
Ingå	5 562	18,4 %	61,1 %	20,5 %	54,3 %

Sjukvårdsdistriktens uppgift är att tillhandahålla den specialiserade sjukvården inom sitt område, utgående från befolkningens behov, samt att komplettera bassjukvården vid hälsocentralerna kombinerat med att, inom sitt uppgiftsområde, i samarbete med hälsocentralerna, ha hand om forskningen, utvecklingen och utbildningen. Till hemkommunens uppgifter hör att ombesörja att en invånare som insjuknar får nödvändig vård. Enligt grundlagen skall det allmänna tillförsäkra alla medborgare tillräckliga social-, hälso- och sjukvårdstjänster samt även sörja för främjandet av befolkningens hälsa. För att klara detta skall kommunen tillhöra en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt. Befolkningsunderlaget i de sammanlagt 20 sjukvårdsdistrikten i Finland varierar stort, till exempel hade HNS, som är det största, år 2013, sammanlagt 1 581 450 invånare då däremot Östra Savolax, det minsta, hade endast 44 444 invånare. (www.kommunerna.net)

3.3 Förändringsprocess

Förändring i struktur och organisation. Ökade krav ställs på den offentliga hälso- och sjukvården, man bör få till stånd bättre hälsa, effektivare vård och rehabilitering samt snabbare resultat. Det förebyggande arbetet bör förbättras och mindre återfall erhållas. Den åldrande befolkningens andel ökar när högre ålder uppnås och den arbetsföra befolkningens andel minskar. Resurserna, både i fråga om personal och ekonomi, skall användas på ett helhetsekonomiskt sätt och med erhållande av högt hälsovärde.

Personalens delaktighet i omstruktureringen. Vid användning av enkäter är man hänvisad till individernas villighet att svara på frågorna. Nyttan ses inte alltid med svarandet och därför behövs motiverande till exempel genom att relatera syftet till individens egna mål

och betona individens roll i förändringen. (Patel & Davidson 2011 s.73-74) Avsikten är att utveckla en välfungerande, gemensam fysioterapiverksamhet, alla som berörs av omorganisering får delta i förändringsplaneringen. Attityder, aktivt och passivt motstånd, rädsla och osäkerhet kan påverka resultatet. Strävan att förebygga konflikter och nå konsensus om en gemensam linje förväntas öka via personalens delaktighet i processen. Kulturella olikheter finns vid varje arbetsplats, förändringar kräver ofta lång tid.

Ledarskapsfaktorer vid förändringsarbete. Mod behövs hos ledaren att ifrågasätta rådande praxis och vilja hos arbetstagarna till delaktighet att skapa gemensam förståelse eller uppfattning. Dolda mekanismer som inverkar på förändrings- och strategiprocesser är bland annat ett starkt beroende av invanda system, olika gruppers intressen samt rädslan att avstå från bekanta och trygga mönster. Förändrings- och strategiprocesserna är inlärningsprocesser som möjliggör förbättrande av servicekvaliteten och uppbyggandet av servicen. Utmaning av egna verksamhetsmodeller och -vanor behövs. Inom ledarskapet bör man ifrågasätta hur de rådande funktionerna överensstämmer med verksamhetens och individernas målsättning. (Lammintakanen & Rissanen 2011 s. 264-265)

3.4 Autonomisk ställning och ansvar

Världsförbundet för fysioterapi anser att fysioterapeuter såsom autonoma professionella borde ha frihet att utöva sitt professionella bedömande och beslutsfattande, oberoende av var de utövar fysioterapin, så länge det är inom fysioterapeutens kunnande, kompetens och verksamhetsfält. Fysioterapeuter verkar både som självständiga yrkesutövare och som medlemmar av mångprofessionella team, samt omfattas av etiska principer, landets lagstiftning och riktlinjer för god vård. De är kunniga att fungera som utövare av första kontakt och patienter/klienter skall kunna söka direkt service utan remittering från en annan professionell inom hälso- och sjukvården. Detta omfattar, utgående från patientens/klientens behov, hälsopromotion, prevention, undersökning/bedömning, utvärdering, interventioner/ behandling och fastställande av resultat. Fysioterapeuterna ansvarar för sina egna handlingar, för planering och förverkligande, deras professionella beslut kan inte kontrolleras eller förlikas via andra professioner eller andra enskilda personer. Patientens/klientens eller hans lagliga förmyndares självbestämmanderätt angående eget val skall uppmärksammas. (WCPT 2011 s. 9, www.suomenfysioterapeutit.fi)

Hälso- och sjukvård omfattar hälsofrämjande och välfärdsfrämjande verksamhet, primärvård och specialiserad sjukvård. Kommunerna skall anvisa tillräckliga resurser och förfoga över ett tillräckligt antal yrkesutbildade personer för att klara av att fullgöra sina uppgifter och sörja för att personalen deltar i fortbildning. Personalsammansättning och -antal skall motsvara verksamhetsbehovet för att främja befolkningens hälsa och välfärd samt hälso- och sjukvårdstjänster och kommunen eller samkommunen skall förfoga över ändamålsenliga lokaler och utrustning. Gällande ansvaret skall det finnas en ansvarig läkare som leder och övervakar hälso- och sjukvården vid verksamhetsenheten. Om inledande och avslutande av patientens sjukvård samt om förflyttning av hen till annan verksamhetsenhet beslutar den ansvariga läkaren eller enligt dennes anvisningar någon annan inom hälso- och sjukvården legitimerad yrkesutbildad person. (Hälso- och sjukvårdslagen 2010 § 1, 4, 5, 57) Legitimerade läkare beslutar om medicinska undersökningar, fastställer diagnos samt beslutar om vård och behandling i samband med detta. Under rubriken symptomatisk behandling fastställs att en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården får utgående från sin utbildning, erfarenhet och uppgiftsbeskrivning inleda behandlingen utifrån patientens symtom, den tillgängliga informationen och bedömningen av vårdbehovet. (Lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården 1994 § 22, 23 a)

3.5 Effektivitet, kvalitet och samarbete

Verksamheten inom hälso- och sjukvården skall baseras på evidens, god vårdpraxis och goda rutiner. Den skall vara högkvalitativ och säker samt bedrivs på behörigt sätt. Servicen inom kommunen eller samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt skall vara tillgänglig på lika villkor inom hela deras ansvarsområden. Social- och hälsovårdsministeriet står i spetsen för de riksomfattande enhetliga grunderna för medicinsk vård och gör upp dem tillsammans med Institutet för hälsa och välfärd. Kommunen och samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt står för den övervakande rollen att vårdens enhetliga grunder tillämpas. Genomförandet av vården och samarbetet skall vara ändamålsenligt och vården skall genomföras såsom öppen vård då det är möjligt i avseende av patientsäkerheten. Hemsjukvården tillfälligt multidisciplinärt där patienten bor, i hemmet eller på motsvarande plats. Mentalvårdsarbete skall bilda en fungerande helhet med kommunens social- och hälsovård. (Hälso- och sjukvårdslagen 2010 § 7, 8, 10, 24, 25, 27)

Kommunen skall ordna medicinsk rehabilitering i anslutning till sjukvården. Samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ansvarar för att utvecklingen styrs och kvaliteten övervakas gällande den medicinska rehabiliteringen. (Hälso- och sjukvårdslagen 2010 § 29,33) I Finland varaktigt boende har rätt till den hälso- och sjukvård som hälsotillståndet förutsätter, inom gränserna för de till förfogande varande resurserna vid ifråga varande tidpunkt. För dem som tillfälligt vistas i Finland gäller särskilda föreskrifter. Patienterna har rätt till hälso- och sjukvård av god kvalitet, ordnandet av vården och bemötandet får inte kränka människovärdet, övertygelse och integritet skall respekteras. Patienten har rätt att få upplysningar om sitt hälsotillstånd, om betydelsen av vård och behandling, om alternativ, inverknings och andra omständigheter kombinerade med vården eller behandling som inverkar på vårdbeslut. Den ges på sådant sätt att patienten förstår innebörden i tillräckligt stor utsträckning, dock inte mot patientens vilja eller om uppenbar risk finns för medförande av allvarlig fara för patientens liv eller hälsa. Behandling och vård skall ges i samförstånd med patienten. (Lag om patientens ställning och rättigheter 1992 § 3, 5, 6)

Fysioterapipersonalen är skyldig att upprätthålla och utveckla sin yrkesskicklighet och arbetsgivaren skall möjliggöra deltagandet i behövlig yrkesinriktad fortbildning. Enligt allmänna yrkesetiska skyldigheter är målet för yrkesövningen att upprätthålla och främja hälsan, förebygga sjukdomar och bota sjuka och lindra deras plågor. Personalen skall tillämpa allmänt godtagna och beprövade metoder i enlighet med sin utbildning och med strävan att kontinuerligt komplettera den. Yrkesutövningens nytta och eventuella olägenheter för patienten skall opartiskt beaktas. (Lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården 1994 § 15,18) Enligt Finlands fysioterapeutförbund är god fysioterapipraxis ett verksamhetssätt där evidensbaserat arbetssätt kombineras med utveckling av organisationens verksamhet och fysioterapeuternas kunnande. Evidensbaserat arbete avser sammanförande av den bästa forskningsbaserade kunskapen, som står att finna, med fysioterapeutens kliniska kunnande och patientens uppfattning. Utveckling av organisationen avser värdering av nuläget, skapande och inläring av nya arbetssätt samt stöd för bemästrandet av förändringar via ledarskap. (www.suomenfysioterapeutit.fi) Fysioterapirekommendationerna riktar sig till samtliga som har kunskapsbehov i sitt beslutsfattande i fråga om fysioterapi. Indirekt har rekommendationerna också en styrande effekt på samhällelig planering och beslutsfattande gällande fysioterapi samt på fysioterapeututbildningen. (Wikström-Grotell et al. 2006 s. 5)

Ett gott ledarskap är centralt i fråga om aktuella betydande förändringar inom social- och hälsovården. Finlands Fysioterapeuter har i sin linjedragning fastställt att ledaren för fysioterapeuter och fysioterapienheter alltid utgörs av fysioterapins närförman. Fysioterapins närförman och den egna yrkesgruppen kan stöda enskilda fysioterapeuter och hela arbetsgemenskapen i den yrkesmässiga utvecklingen. Fysioterapins olika specialområden kräver specialkunnande, som kan uppnås genom tilläggs- och kompletteringsutbildning samt lärande i arbetslivet. Fysioterapeuternas expertis och yrkeskunnande kan utvecklas enbart av fysioterapeuterna själva med fysioterapeutisk forskning och vetenskaplig kunskapsbas som grund. Målet skall utgöras av främjandet av patienternas hälsa och funktionsförmåga samt kostnadseffektiv verksamhet, vilket gagnar hela organisationen. Administrativ centrering av fysioterapitjänsterna är till nytta både ekonomiskt sett och beträffande hur kvalitativ fysioterapiservicen innehållsmässigt sett är. Personal, utrymmen, apparatur och redskap utnyttjas då mera effektivt. Det yrkesbaserade kunnandet, utbildningen och det mångfacetterade samarbetet med olika instanser samt vikariearrangemangen, sker effektivt på fysioterapienhetens ansvar. (www.suomenfysioterapeutit.fi) I det världsomfattande fysioterapiförbundets (World Confederation for Physical Therapy) beskrivning av ledande principer innefattas att fysioterapiutövandet är dynamiskt och svarar på patient-/klient- och samhällsbaserade hälsorelaterade behov. I takt med kunskapsutvecklingen och de teknologiska framstegen krävs periodvis granskning för att försäkra sig om att omfattningen av utövandet avspeglar de senaste forskningsrönen och fortsätter vara förenlig med aktuella hälsorelaterade behov. (WCPT 2011 s. 11)

3.6 Tidigare utvecklingsarbeten

Skapandet av en integrerad regional rehabilitering är en del i ett större utvecklingsprojekt i Södra Savolax (ESSO- Etelä-Savon uusi sote-palvelukonsepti – perusterveydenhuollon, sosiaalipalveluiden ja erikoissairaanhoidon integroitu toimintamalli). Den öppna vårdens fysioterapiservice har sammanslagits med specialistsjukvårdens psykiatriska enhet i S:t Michel den 1.1.2015. Genom att centralisera funktionerna till centralsjukhuset uppnår man en integrering av primärhälsovården, specialistsjukvården och socialvården för att få till stånd en fogfri servicekedja, som fungerar utgående från kundbehovet. (ESSO servicekonseptet 2014-2016) Den psykiatriska enheten utvecklas till att bättre motsvara invånarnas behov, vårdkedjorna blir smidigare, sakkunskapen stärks och kostnaderna hejdas

genom avlägsnande av dubbla verksamheter och personalanvändningen optimeras. Enheten fungerar därmed som en helhet och formas utgående från kundernas och patienterna behov. Den fungerar fysiskt sett på sex ställen, besök görs till hemmen, daghem, skolor och dylikt. Inom primärvårdsnivå ges service till invånare i S:t Michel och gällande specialistsjukvård till invånare i samtliga medlemskommuner i Södra Savolax sjukvårdsdistrikt. (Slutrapport S:t Michel 2014 s.1-2, bil.1-2)

Social- och hälsovårdsministeriet har beviljat statsunderstöd för det regionala försöksprojektet: ”Utveckling av servicesystemet i Södra Karelen social- och hälsovårdsdistrikt – EKSOTE-området” 2011-2013. Mål ur fyra perspektiv lyfts fram för att svara på utmaningarna via vilka man, från ett kommunvist tankesätt och funktionsorganiserande, går över till ett regionalt integrerat sätt att organisera funktionerna. Efterfrågan på service kommer att öka både i fråga om hälso- och socialvård och därmed krävs ett kraftigt förnyande av servicesystemet speciellt för att trygga servicen för den åldrande befolkningen. Områdena för den strategiska målsättningen är: 1. Kund- och patientbehovet styr serviceproduktionen 2. Förnyande av serviceproduktionen och fördelningen av servicen 3. Skapande av en verksamhetskultur som baserar sig på gemensamma värdegrunder samt 4. Kontinuerligt förbättrande av ekonomi och resultat. De viktigaste strategiska målen är integrering av funktionerna för att förbättra resultaten samt främjande av välmåendet i arbetet. Ett resultat gällande effektivisering av rehabiliteringen är att centralsjukhuset och hälsocentralerna bildar en funktionell helhet, vilket möjliggör en smidig och snabb fortsatt vård och rehabilitering. Hemrehabiliteringen ökas avsevärt och hemmet är i fortsättningen den mest betydande platsen för förverkligande av rehabiliteringen. (Slutrapport EKSOTE 2013 s. 4-9, 62)

En västnyländsk arbetsgrupp med medlemmar från primärhälsovården och specialistsjukvården tillsattes 2013 för att beskriva effektiv rehabilitering och resursbehovet, med en gemensam rehabiliteringsenhet som mål. I tabell 2 framkommer statistikuppgifter gällande fysioterapi. Besöken inom fysioterapiverksamheten i västra Nyland var 31 126, av vilka 12 126 besök utgjordes av egen verksamhet inom specialistsjukvården (VNS) och motsvarande antal inom primärhälsovården var 15 847 (Raseborg, Hangö och Ingå). Köptjänsternas andel var 440 inom specialistsjukvården och 1 781 inom primärhälsovården.

Tabell 2. Statistik från fysioterapiverksamheten i västra Nyland (Västnyländsk rapport 2013)

	Organisation	Egen verksamhet Besök	Köptjänster Besök	Sammanlagt
Specialsjukvård	VNS	12 068	440	12 508
Primärhälsovård	Raseborg	11 494	1 795	13 289
	Hangö	2 499	724	3 213
	Ingå	1 854	262	2 116
Totalt primär.hv.		15 847	1 781	18 618
TOTALT		27 915	3 221	31 126

I arbetsgruppens rapport konstateras att en förutsättning för att sammanföra och placera kommunernas och specialsjukvårdens rehabiliteringsfunktioner under en ledning är beslut på hög nivå. I framtiden kunde det finnas en gemensam rehabiliteringsenhet som inbegriper rehabilitering både på primärhälsovårds- och specialsjukvårdsnivå med gemensam ledning och koordinering av verksamheten. Administrationen och specialtjänsterna skulle vara centraliserade, men lokala servicepunkter skulle även i fortsättningen finnas på olika ställen i regionen. (Västnyländsk rapport 2013)

3.7 Tidigare forskning

I detta avsnitt presenteras aktuell forskning om fysioterapikontinuitet och direkt access till fysioterapi samt teori om utveckling utgående från arbetstagare.

3.7.1 Fysioterapikontinuitet

Inom hälso- och sjukvården väntas resurserna krympa till följd av att personer i arbetsför ålder minskar, med samtidig ökning av antalet seniorer. Mindre överlappningar och klarare servicelinjer gynnar brukare, utförare och finansiärer. Utarbetande av vårdkedjor är bekant inom hälso- och sjukvårdsbranschen, men inte lika utarbetat inom fysioterapi. Fungerande servicekedjor kan sannolikt ha värdefull betydelse i fråga om kostnadsutveckling, lidande och brukartillfredsställelse. Vad säger forskningen om betydelsen av en fogfri fysioterapikedja där brukarens behov är utgångspunkt och riktgivande? För att belysa det gjordes en systematisk litteratursökning för att finna studier om fortlöpande fysioterapi, som sker utan avbrott, oberoende av organisationsgränser, från början av fysioterapibehovet till dess att fysioterapi inte längre behövs.

Sökning av forskningsartiklar gjordes i de internationella medicinska referensdatabaserna PubMed och PEDro. Enligt Forsberg & Wengström förutsätter en systematisk litteraturstudie att man kan finna tillräckligt många studier av god kvalitet, som gör underlag för bedömningar och slutsatser. Via dem är det möjligt att besvara kliniska frågeställningar och klarlägga om det finns vetenskapligt stöd för att rekommendera en speciell åtgärd eller behandling. (Forsberg & Wengström 2008 s. 30) För att finna relevanta studier användes sökorden som framgår ur tabell 3. Första sökningen i PubMed resulterade i ett alltför högt artikelantal och på basen av lästa titlar behandlade studierna inte servicekedjor inom fysioterapi. Sökorden ändrades till MeSH-termerna ”Physical Therapy Modalities” [MeSH] AND ”Continuity of Patient Care” [MeSH] varpå 38 artiklar erhöles. För närmare genomgång valdes studier där fysioterapin förverkligades under en längre tidsperiod och där man fokuserade på betydelsen av fortlöpande fysioterapi från insjuknande vidare till uppnådd förväntad funktionsförmåga. Sökningen i PEDro med sökorden: Continuity of Physiotherapy, Continuity of Physical Therapy gav inte resultat som handlade om fysioterapi och exkluderades.

Forskningsartiklar som behandlade fysioterapiförverkligande under ett längre tidsperspektiv och kunde erhållas i fulltext-version inkluderades. De som inte innehöll en servicekedjelig kontext eller som utgjordes av fallstudier exkluderades. Forskningsartiklarna som ingår i denna litteratursökning är presenterade i bilaga 1.

Tabell 3. Resultat av litteratursökningen. Fysioterapikontinuitet.

Databas	Sökord. Filter: Högst 10 år gamla, engelskspråkiga	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar
PubMed	Physiotherapy OR Physical therapy AND Continuity of treatment OR Continued rehabilitation OR Physiotherapy chain OR Rehabilitation chain	689	160			
PubMed	Physical Therapy Modalities AND Continuity of Patient Care	38	38	32	11	5
PEDro	Continuity of Physiotherapy, Continuity of Physical Therapy	5	5			

De kvalitativa studierna granskades enligt Mall för granskning av kvalitativa studier (Forsberg & Wengström 2008 s. 206-210) som modifierats. Observationsstudierna granskades enligt Mall för kvalitetsgranskning av observationsstudier (SBU 2015 3:1) som modifierats. Observationsstudier indelas i kohortstudier, fall-kontrollstudier och

tvärsnittsstudier, och kohortstudierna skall vara randomiserade. (SBU 2015 s.48) Resultatet av kvalitetsgranskningen är sammanställt i tabell 4 och ur den framkommer att de inkluderade studierna höll en bra kvalitetsnivå; 4 studier (80 %), av de inkluderade fem studierna, fick resultatet *Hög* och en studie (20 %) resultatet *Medel*. Utvärderingskriterierna i bägge kvalitetsgranskningsmodell var konstruerade så att jakande svar var det önskvärda. Modellen för granskning av kvalitativa studier hade sammanlagt 15 kriterier (svarsalternativ Ja/Nej) och modellen för observationsstudier 21 kriterier (svarsalternativ Ja/Nej/Oklart/Ej tillämpligt). Svartsfördelningen framkommer ur bilagorna 2 och 3. Den erhållna evidensgraden, Låg/Medel/Hög kvalitet, grundar sig på kriteriernas antal fördelade jämnt i tre delar.

Tabell 4. Resultat av kvalitetsgranskningen. Fysioterapikontinuitet.

		Jakande svar	Kvalitetsgrad	
Kvalitativa Studier	Studie 1	14/15	Hög	Mixad metod studie
	Studie 2	12/15	Hög	Kvalitativ studie
	Studie 3	14/15	Hög	Kvalitativ studie
Observations-Studier	Studie 4	13/21	Medel	Observationsstudie
	Studie 5	15/21	Hög	Kohortstudie, RTC

I forskningsartiklarna framkom fysioterapikontinuitet ur tre perspektiv, av vilka det första beskrev kontinuitet i avseendet fortlöpande fysioterapi. Okoro et al., som undersökt standardrehabilitering efter total endoprotektion av höften och förekomsten av progressiv resistansstränning, konstaterar att den fysioterapeutiska rehabiliteringen varierar. I resultaten framkom viktiga muskelgrupper för fokusering av i postoperativ träning, alltifrån akutfas och vidare framåt, samt att träningsättets förverkligande har betydelse för att undvika förlängd svag funktionsförmåga. (Okoro et al. 2013 s. 1-7) Sabini et al. poängterar en terapeutisk struktur i samband med fortgående långtidsfysioterapiträning för att maximera det funktionsmässiga tillfrisknandet. Ett innehåll av klara fokuskomponenter vid träning av övre extremiteten efter stroke ger betydelsefulla framsteg. (Sabini et al. 2013 s. 1-2) För överlevare efter en kritisk sjukdom är det redan i intensivvårdsskedet tryggt och genomförbart att inleda och gå in för ett fortgående aktivt träningsgrepp som bör fortgå vidare i öppenvårdsfasen. (Berney et al. 2012 s. 1524-1532)

Följande kontinuitetsperspektiv stod för rehabilitering med samma fysioterapeut, där Russel et al. lyfter fram att en förbättring av kontinuiteten gällande fysioterapiservice rekommenderas och en viktig strategi för att nå detta är att lägga en hög grad av betydelse

vid att ha samma fysioterapeut för en patient under hela behandlingsserien. Ledarna borde uppmuntra till en organisationskultur som placerar kontinuitet framom bekvämlighet. Denna strategi involverar fostrandet av större medvetenhet till och sensitivitet för faktorer, som främjar eller motverkar kontinuitet i vården. En annan strategi inbegriper lokal rehabilitering, dvs. att patienter inom ett givet geografiskt område anvisas ett team av terapeuter, som kan vikariera varandra vid behov. Organisatoriska ansträngningar med vilka man strävar till en förbättring av kontinuiteten av fysioterapiserie kan ha dubbel nytta, både öka patienternas funktionella status och minska hospitalisering. Lägre grad av utförarkontinuitet ökar hospitaliseringsrisken och minskar förbättring i antal aktivitetsbegränsningar. (Russel et al. 2012 s. 228-235) Kombination av terapi och utförare handlar det tredje perspektivet om. Patienterna upplever att deras erfarenheter av rehabilitering är osammanhängande eller inkonsekventa vid betraktelse ur ett längre tidsperspektiv. I samband härav har de en känsla av att kvaliteten eller säkerheten, då det gäller själva behandlingen, kan påverkas. Rehabiliteringens kontinuitet påverkas av utförarnas interpersonella förmåga, av informationsöverföringen mellan utförarna och patienterna, i strävan att uppehålla ömsesidigt samarbete, samt även av vårdkoordineringen hos utförare och patienter. Förbättringar kan göras, eftersom förmågan till detta finns hos klinikerna och organisationerna. Relation, information och ledningsaspekter är betydelsefulla för patienternas upplevelse av kontinuitet inom rehabiliteringen. (Medina-Mirapeix et.al 2011 s. 63)

Resultaten som erhöles via forskningsöversikten påvisar således att kontinuitet i fysioterapi har betydelse för framstegen i funktionsförmågan både postoperativt, efter stroke, efter insjuknande i kritiskt sjukdomstillstånd, samt för att förebygga hospitalisering och minska begränsningar i aktivitetsförmågan. Viktigt med tanke på ökad och självständig funktionsförmåga, inklusive hög rörelsekvalitet, är att fysioterapin sträcker sig över ett längre tidsperspektiv, och att möjlighet finns till långvarig terapirelation.

En studie påvisar att gränsskapande och gränsöverskridande processer i praktiken möts och påverkar sättet på vilket organisering och styrning förverkligas. Det ligger som grund för en spänning som kan upplevas både som motstridig och kompletterande. Samordningsproblem handlar inte alltid om informationsöverföring organisationer emellan, utan även om att personal är separerade från varandra i fråga om tid och rum. Då är det svårt

att se konsekvenserna med sitt eget handlande och vad som sker inom följande vårdinstans. Följaktligen framstår inte det existerande ömsesidiga beroendet mellan organisationerna som något självklart. Förslag om vårdkedjor och samverkan kan ses som reaktioner mot utvecklingen som skapat avgränsade organisationer. (Lindberg 2003 s. 2)

Vid svåra hjärnskador finns svårigheter att standardisera rehabiliteringsinsatser, eftersom en bra rehabilitering innefattar individuellt anpassade åtgärder, där inte enbart själva skadan har betydelse, utan även premorbida faktorer och de närstående. En omfattande och kostsam satsning är inte nog enbart i det akuta omhändertaget, utan en omfattande satsning krävs även under vårdkedjans resterande del för att erhålla bästa resultat och ett bra liv. Det behövs ett arbetssätt som överskrider klinikgränser, samarbetet blir som ett nätverk med parallella insatser snarare än en strikt kedja. (Sörbo & Rydenhag 2001 s. 1244-1247) Möjligheterna att fortsätta tränandet efter avslutad formell rehabilitering, är ofta begränsade för personer som genomgått en stroke. Behov finns att kunna förlänga rehabiliteringskontinuiteten, ännu efter skedet med öppenvård och hälsoservice i hemmet, till inkludering av livslånga konditionsträningsmöjligheter för personer med funktionsnedsättning. Samarbete med lokala konditionscentra kan resultera i individuella tillgängliga säkra, samhällsbaserade träningsprogram. Hörnstenarna för programmet kan bestå av flexibilitet, styrka, kardiovaskulära övningar och balansövningar. Avsikten är att de som tränar hålls friskare trots närvaron av funktionsnedsättning och reducering av risken för recidiverande stroke. (Rose et al. 2013 s.78-83)

3.7.2 Direkt access till fysioterapi

Med direkt access avses att patienten besöker fysioterapeuten utan läkarremiss. (Scheele J. et al. 2014 s. 365) Direkt access (tillträde, åtkomst), står för remissfri fysioterapimottagning och tidig tillgänglighet till undersökning, bedömning och individuell behandling. Den är riskfri, kostnadseffektiv och ger nöjda patienter. (Nordeman 2011 s. 34) Fysioterapins världsförbund WCPT förespråkar direkt tillgänglighet till fysioterapi och rekommenderar sina medlemsorganisationer att stöda och arbeta för att patienter/klienter skall ha direkt tillgång till fysioterapeuter och service som underlättar egenremittering (självremittering). (WCPT 2011 s. 9)

För att erhålla forskningsresultat om direkt tillträde till fysioterapi gjordes en systematisk litteratursökning i tre databaser: Cinahl, PubMed och PEDro. Sökorden och det erhållna studieantalet framkommer ur tabell 5. Sökning med ett större antal sökord gav alltför många träffar, varefter de begränsades till: Direct access to physical therapy, Physical Therapy OR Physiotherapy AND Direct access samt "Physical Therapy Modalities" [MeSH] AND "Health Services Accessibility" [MeSH]. Artiklar som behandlade kombinationen fysioterapi och direkt tillgång, samt erhöles i fulltext, inkluderades, övriga exkluderades. Sammanlagt 6 studier medtogs av totalt 56 träffar. Två av de utvalda forskningsartiklarna erhållna via Cinahl och PubMed var de samma.

Tabell 5. Resultat av litteratursökningen. Direkt access till fysioterapi.

Databas	Sökord. Högst 10 år gamla, engelskspråkiga. Full text.	Filter:	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar
Cinahl	Direct access to physical therapy	Full	7	7	7	6	5
PEDro	Physical Therapy OR Physiotherapy AND Direct access		0				
PubMed	Physical Therapy Modalities [MeSH] AND Health Services Accessibility [MeSH]		49	49	11	6	3

De inkluderade forskningsartiklarna är presenterade i bilaga 4 och i tabell 6 är resultatet av kvalitetsgranskningen sammanställt. Kvalitetsgraden var *Hög* hos 5 av studierna och *Medel* hos 1 studie, vilket visar på en god nivå totalt sett. Granskningsmallarna var identiska med de som användes vid litteraturstudien angående fysioterapikontinuitet och svarsfördelningen framgår ur bilagorna 5 och 6.

Tabell 6. Resultat av kvalitetsgranskningen. Direkt access till fysioterapi.

		Jakande svar	Kvalitetsgrad	
Kvalitativa Studier	Studie 1	14/15	Hög	Kvalitativ studie
	Studie 2	14/15	Hög	Kvalitativ studie
	Studie 3	14/15	Hög	Mixed metod studie
Observations-Studier	Studie 4	15/21	Hög	Kohortstudie, RTC
	Studie 5	14/21	Medel	Kohortstudie, RTC
	Studie 6	16/21	Hög	Tvärsnittstudie

I fråga om direkt access till fysioterapi visade forskningsartiklarna på evidens angående behandlingsresultat, kostnadspåverkan, allmän säkerhet, patientkategorier som använder sig av direkt fysioterapitillgång, fysioterapeuternas färdigheter att göra rätta beslut, utveckling av utnyttjandet av direkt access, samt faktorer som påverkar införandet av det.

Direkt access är förbunden med förbättrade patientresultat och minskade kostnader. Genom att gå in för direkt fysioterapiaccess kan man tygla och inskränka hälsovårdskostnader samt därtill främja högkvalitativ hälsovård. En ekonomisk satsning på remissfri tillgång på fysioterapi rekommenderas för att minska utgifter samt stimulera och uppmuntra till optimala patientresultat. (Ojha et al. 2014 s.14) Leemrijse et al. konstaterar i sin forskning att efter ett års erfarenhet av införande av direkt access i Nederländerna, erhöll patienter som hade direkt tillgång till fysioterapi, färre behandlingsgånger jämfört med remitterade patienter. De hade en annorlunda profil än de som remitterats av läkare och behandlingsresultaten var positiva. Valmöjligheten, som ansågs vara en viktig fördel, tillgodoser ett existerande behov. Självremitterade personer lämnar bort läkarbesök och även detta kan leda till ekonomisk inbesparing för hälsovården i framtiden. (Leemrijse et al. 2008 s. 944-945)

Multipla datakällor, inklusive den av Schoemaker gjorda systematiska litteratursökningen påvisade, att direkt access inte utgör någon risk för allmän säkerhet, men kan däremot resultera i bättre resultat i fråga om kostnader och vårdkvalitet. Trots att befolkningen i 45 delstater i USA har möjlighet till fysioterapi utan ordination eller läkarremiss, misslyckades man i Michigan med att ta i bruk direkt access år 2006, p.g.a. konflikter i praxis och politiska processer. Direkt fysioterapiaccess framstår för brukare som sund hälsovårdspolitik, införandet borde omprövas inom lagstiftningen för att lindra producentbristen vid muskuloskeletal funktionshinder inom primärvården. (Shoemaker 2012 s. 236)

Vid jämförelsen mellan år 2005 och 2006, som Leemeijse et al. gjort i Nederländerna, framkom att brukare som valt direkt access fick färre behandlingar och ingen ökning i antalet patienter som besökte en fysioterapeut sågs. Det totala antalet patienter som besökte en fysioterapeut förblev lika. (Leemrijse et al. 2008 s. 936) Scheele et al. skriver att det procentuella antalet behandlingsepisoder, baserade på direkt fysioterapiaccess i Nederländerna ökade, från 28.9% år 2006 till 52.1% år 2009. (Scheele et al. 2014 s. 363)

En stor specifik grupp använde sig av självremittering. Patienter som inte hade några vidare specifika ryggproblem, patienter med ospecifika nackbesvär, högre utbildade patienter och yngre personer var i större grad benägna att remittera sig själv till en fysioterapeut än patienter med hälsoproblem som varat mindre än en månad. Patienter med

återkommande besvär remitterade sig själva oftare än de som tidigare hade erhållit fysioterapibehandling. Utvärdering av konsekvenserna av direkt access, både gällande kvalitetsaspekter och kostnadseffektivitet efterlyses. (Leemrijse et al. 2008 s. 936) Liknande resultat har också Scheele et al. kommit till. Kännetecken som hade samband med direkt access var: medelhög eller högre utbildningsnivå, tidigare fysioterapi, återkommande ryggsmärta, att varaktigheten av ryggsmärta var <7 dagar och åldern >55 år. Kännetecknande för sambandet av accessform var utbildningsnivå, ryggsmärtans varaktighet, tidigare fysioterapibehandling och ålder. (Scheele et al. 2014 s. 363)

Motståndare av direkt access hävdar att det finns risk att fysioterapeuter förbiser allvarliga medicinska tillstånd och att mera information behövs för att kunna fastställa fysioterapeuternas förmåga att verka tryggt i direkt access-omgivning. Jette et al. som undersökt beslutsfärdigheten vid hantering av patienter i direkt access-sammanhang konstaterar att fysioterapeuternas korrekta beslutsprocent var 87 % för muskuloskeletal tillstånd, 88 % för okritiska tillstånd och 79 % för kritiska medicinska tillstånd. Fysioterapeuter med ortopedisk specialkunskap var nästan dubbelt så ofta benägna att fatta rätta beslut vid kritiska medicinska och muskuloskeletal tillstånd. (Jette et al. 2006 s. 1619)

Bury & Stokes har strävat till att utveckla en global profil angående existerande möjligheter till direkt tillgång av fysioterapi, samt att undersöka kontexten i verksamhetspunkterna och påverkande faktorer, som uppfattades vara nödvändiga för att gå vidare i utveckling av servicen. Deltagarna i deras studie valdes för att sörja för ett nationellt perspektiv, framom ett individuellt, och för att representera en kollektiv opinion inom ett/en professionellt fysioterapiförbund/-förening. Uppfattning finns om att lagstiftning, läkarkåren, politiker och politiskt beslutsfattande tenderar att både förhindra och underlätta direkt tillgång. Fysioterapeuternas möjlighet att bedöma, diagnostisera och remittera patienter vidare till specialister var mera prevalent vid förekomst av direkt access. Evidens för klinisk effektivitet och kostnadseffekt samt exempel på god praxis ses som vitala resurser att delge internationellt. Det professionella ledarskapet har en viktig roll för att underlätta förändring och opinionsbildning. (Bury & Stokes 2013 s. 449-455)

Genom manuell sökning fanns påföljande relevanta studier. De internationella riktlinjerna i fråga om rekommendation av fysioterapi och tidpunkten för fysioterapiintervention varierar, bland annat vid akut ländryggssmärta. På kort sikt erhåller patienter som får fysioterapibehandling bättre resultat, än de som enbart får rådet att fortsätta vara aktivt igång. På lång sikt märktes inte skillnader i smärta och nedsatt funktion, beträffande tidig eller sen intervention. Tidpunkten när interventionen infaller påverkar däremot framstegen inom psykosociala faktorer. Samma psykosociala nytta erhålls inte om behandlingen ges senare. (Wand et al. 2004 s.2335) Tidig access till fysioterapi resulterar i ökad förbättring angående upplevd smärta vid sex månader, jämfört med senare access. Patienter söker sjukvård när motivationen når en viss tröskelnivå. Ett inledande av interventionen då motivationen är hög gör eventuellt patienterna mera mottagliga för egenvårdsinstruktioner, vilket förhindrar uppkomsten av ett beteende som innefattar rädsla och undvikande. Detta kan leda till bättre resultat på lång sikt, jämfört med patienter som påbörjar interventionen i ett senare skede, då motivationen kan ha avtagit. (Nordeman et al. 2006 s. 510)

Litteraturen påvisar flera fördelar med direkt tillgänglighet, men samtidigt behövs vidare studier gjorda ur patienternas, fysioterapeuternas och hälso- och sjukvårdens perspektiv. Då det gäller patientperspektivet, till exempel effekten av tidig undersökning och individuell behandling vid olika orsaker till kontakttagning och duration av symtomen. Vilka fortbildningar som behövs inom olika behandlingsområden, samt vilka nya arenor direkt access ger inom hälso- och sjukvården behöver utvärderas. (Nordeman 2011 s. 38) Inom EU kan brukare i hälften av medlemsstaterna remittera sig själva till fysioterapeuter. Synergierna mellan hindrande och främjande faktorer indikerar vikten av att skapa målriktade strategier för beslutsfattandet vid introducerandet av direkt tillgång/självremittering till fysioterapi. (Bury & Stokes 2011 s. 285) Erhållen fysioterapi anses positiv oberoende av remitteringssätt, speciellt positiv av självremitterade, trots saknad av kunskap om professionen. Självremitterade patienter hade högre tillit till eget autonomt beteende och positivare attityder till fysioterapi, än patienter som remitterats på annat sätt. Det finns ett klart behov av att öka medvetenheten och kunskapen om fysioterapi, ifall man uppmuntrar till ett beteende som innebär ett autonomt hälsoeftersträvande, och självremitteringsmodellen utvecklas vidare på ett ändamålsenligt sätt. (Webster et al. 2008 s. 141-148)

3.7.3 Utveckling utgående från arbetstagare

Ur ett utvecklingsperspektiv kan arbetstagarna ses både som målgrupp och möjlighet. Som målgrupp för att projekt för utveckling och förnyande är avsedda att påverka arbetstagarnas verksamhet. Utmanande är ofta att "sälja" till arbetstagarna den praxis som detta medför. Möjligheten utgörs av att arbetstagarna har idéer, synpunkter och tankar på vilket sätt organisationernas verksamheter borde utvecklas och förnyas. I praktiken har man sällan inom den offentliga sektorn effektivt lyckats utnyttja och förbinda arbetstagarna i utvecklingsarbetet. Därav har utvecklandet och förnyandet ofta inte fungerat enligt principen för delaktighet och förbindande för arbetstagarna. (Stenvall & Virtanen 2012 s. 191)

Inom innovationsforskningen talas om innovationer utgående från efterfrågan och utbud. Organisationskulturen spelar en avgörande roll i fråga om arbetstagarnas förutsättningar att delta i utvecklingsarbetet vid förnyande av organisationer inom social- och hälsovården. Stenvall & Virtanen stöder sig på Kets de Vries (2011) tankar och kommenterar följande indelning: *Organisationens ledarskapsfilosofi* borde synas på alla nivåer och delar inom organisationen. *Värderingarna* strukturerar all verksamhet inom organisationen. De skall vara möjliga att förstå, man skall finna innehåll i dem utgående från verksamheten. *Verksamhetsprinciperna* skall utgöras av överenskomna och definierade sätt att fungera i förhållande till vissa bestämda funktionshelheter. *Socialisering av samfundets medlemmar* till gemensamt överenskomna spelregler och de tidigare nämnda värdena inom organisationen och de principer som styr verksamheten, möjliggör uppnåendet av det gemensamma målet. *Det sociala ansvarstagandet* syns överallt inom organisationen. Det syns utanför organisationen (miljövänlighet, tala för patienternas bästa, vara ledande i utveckling, gott rykte osv.) och innanför (kultur att hjälpa, god anda och atmosfär, hög arbetsmotivation osv.). *Kundorienteringen* utgår från att organisationen existerar för kunderna och inte tvärtom. Kundorientering utgör den ledande värderingen inom alla nivåer i organisationen. *Förändringsorientering* betyder att organisationen aldrig lever i ett tillstånd av stagnation, utan alltid har kapacitet att förverkliga förändringar. Förändringarna förverkligas tillsammans med personalen och personalen ges möjlighet att påverka förändringsprojekt. *Stämning och tillit* syns överallt inom organisationen, positiv eller negativ. En utvecklad organisationskultur signalerar glädje och tillfredsställelse hos arbetstagarna och kunderna. Skapandet av horisontell och vertikal tillit inom en organisation tar tid, men kan snabbt förloras. *Inläringen* siktar på förnyande av organisationen.

Välvilighet till ny inläring och utrymme för egna misstag och ett kritiskt men uppbyggande betraktande av dem. *Resultatrik verksamhet och redovisningsansvar* hör ihop. Organisationen existerar för att uppnå uppgjorda mål. *Individuppskattning* jämsides med samfundsuppskattning, betyder samtidigt en viss upphävning av den kollektiva gruppgemenskapen, men ur ett helhetsperspektiv är gruppgemenskapen, organisationskulturellt sett, en källa till styrka. Respekten av individualitet grundar sig på tanken om en tänkande individaktör och organisationen byggs upp av individer, som utför sin uppgift. (Stenvall & Virtanen 2012 s. 193-196)

Enligt Ojala (2011) har arbetsmiljön en fysisk, en andlig och en social dimension. Fysisk är bland annat inneluft, temperatur, möbler, renlighet. Den andliga arbetsmiljön skapas av den rådande kulturen i arbetsgemenskapen, värderingarna och den allmänna atmosfären. Den sociala arbetsmiljön består av växelverkan, hur personerna kommunicerar med varandra, och hurdana relationerna är människorna emellan. (Stenvall & Virtanen 2012 s. 203-205) Varje organisationsmedlem skall begrunda en del allmänmänskliga och till människonaturen hörande frågor, såsom förenklat; vad håller på att hända, varför sker förändringen och hur påverkar förändringen mig. Om det råder en öppenhet inom organisationen och en färdighet att se vidare över organisationsgränserna, så leder det till en ökning av innovationsstyrkan. Öppenheten medför mångstämmighet och stärker med tiden tankesättet om att söka och finna någonting nytt. Samtidigt är också upplevelsen av osäkerhet och förmågan att utstå osäkerhet förknippad med innovationskapaciteten. Tankar som kan upplevas som farofyllda kan inom ramen för verksamhetskontexten utgöras till exempel av att ledningen, utvecklarna och hela personalen blir tvungna att förflytta sig ut ur sitt eget bekvämlighetsområde. Utveckling och förändring upplevs inte alltid som behagliga, ibland är det dessutom skäl att förorsaka en känsla av osäkerhet, obehag och av att man faktiskt strävar efter något nytt. (Stenvall & Virtanen 2012 s. 211-217)

Arbetstagarnas perspektiv i fråga om organisationen kan variera, vilket borde beaktas vid tolkning av material som insamlats från arbetstagarna. Tolkningen kan påverkas av hurdan erfarenhet arbetstagaren har av organisationen, vilken ställning hen befinner sig i inom organisationen och vilken roll hen har som utvecklare. I en arbetstagarbaserad utveckling formas kunskapens väsen ur en erfarenhetsbaserad och autentisk synvinkel. Viktigt är att förstå att skapandet och fördelningen av kunskap baserar sig på vilken natur växelverkan har. Kunskapen föds och utvecklas genom växelverkan mellan aktörerna och

i bästa fall lyfts kunskap, baserad på erfarenhet och den därmed förknippade dialogen, fram. (Stenvall & Virtanen 2012 s. 229)

Personalen är den viktigaste produktionsfaktorn. För att bemästra en förändring är det viktigt att systematiskt höra personalens åsikter, sköta urval och förverkligande av förändringsprojekt, samt utvärdera dem kritiskt. Innehållet i utvecklingen skapas genom att göra personalen delaktig, personalen är en aktiv aktör i utvecklingsarbetet och vid förnyandet av organisationen. Vid utveckling av servicen behövs en synvinkel som sträcker sig till brukarens vardag. Hur man lyckas få serviceproduktionen att grunda sig på arbetstagarnas syn på brukarna, är avhängig av organisationens förmåga. Ur arbetstagarnas perspektiv utgör den interpersonella högaktningen och en verksamhetskultur, som baserar sig på äkta bemötande och växelverkan, en spegelbild för en harmonisk brukar-baserad verksamhet. (Stenvall & Virtanen 2012 s. 233-235)

3.7.4 Sammanfattning av tidigare forskning

Enligt forskning rekommenderas förbättrad kontinuitet i fysioterapierbjudande och en organisationskultur där kontinuitet går före bekvämlighet. Vid organisatorisk förbättring av fysioterapikontinuiteten kan dubbel nytta erhållas, både ökning i patienternas funktionella status och reducering av hospitalisering. Kontinuiteten påverkas av informationsöverföring, relation och ledningsfaktorer och om personal är separerade från varandra i fråga om tid och rum försvåras uppfattningen om de egna insatserna. En bra rehabilitering är individuellt anpassad, för att nå bästa resultat behövs omfattande satsning både i akutskede och under resten av vårdkedjan. Den fysioterapeutiska rehabiliteringen varierar och för att maximera det funktionsmässiga tillfrisknandet poängteras en terapeutisk struktur i långtidsfysioterapi. En strategi innebär att det finns team av terapeuter, som kan vikariera varandra inom ett geografiskt lokalt område. Det rekommenderas att inleda träning redan i intensivvårdsskedet med ett fortgående aktivt träningsgrepp som fortsätter ända i öppenvårdsskedet. Behovet av rehabiliteringskontinuitet sträcker sig vid funktionsnedsättning till livslånga konditionsträningsmöjligheter.

Direkt access till fysioterapi är kombinerat med förbättrade patientresultat, tyglade, minskade kostnader samt främjande av högkvalitativ hälsovård, men utgör inte risk för allmän

säkerhet. Självremitterande avstår från läkarbesök, bland annat patienter med återkommande besvär. Resultat från direkt access är förbättring i upplevd smärta och psykosociala faktorer samt minskad rädsla och undvikande med möjligheter till bättre resultat på lång sikt. Brukare ser direkt access som sund hälsovårdspolitik och självremitterade har visat sig ha bättre tillit till eget beteende samt positivare attityder till fysioterapi. I hälften av EU:s medlemsländer är direkt access i bruk och behov finns att öka medvetenhet och kunskap om fysioterapi med tanke på vidare utveckling av självremitteringsmodellen.

I vilken mån förutsättningar finns för arbetstagarna att delta i utvecklingsarbete beror till stor del på organisationskulturen inom hälso- och sjukvården. Personer, som utför sin arbetsuppgift, bygger upp organisationen och finns det öppenhet inom den, samt färdighet att se över organisationsgränserna, så ökar innovationsstyrkan. Innovationskapaciteten är kopplad till upplevelsen av osäkerhet och förmågan att utstå den. Arbetstagarnas ställning och erfarenhet påverkar perspektivet gällande organisationen och skall beaktas vid tolkning av material insamlat av arbetstagarna. Kunskapens väsen formas ur erfarenhetsbaserat och autentiskt perspektiv vid utveckling baserad på arbetstagarna.

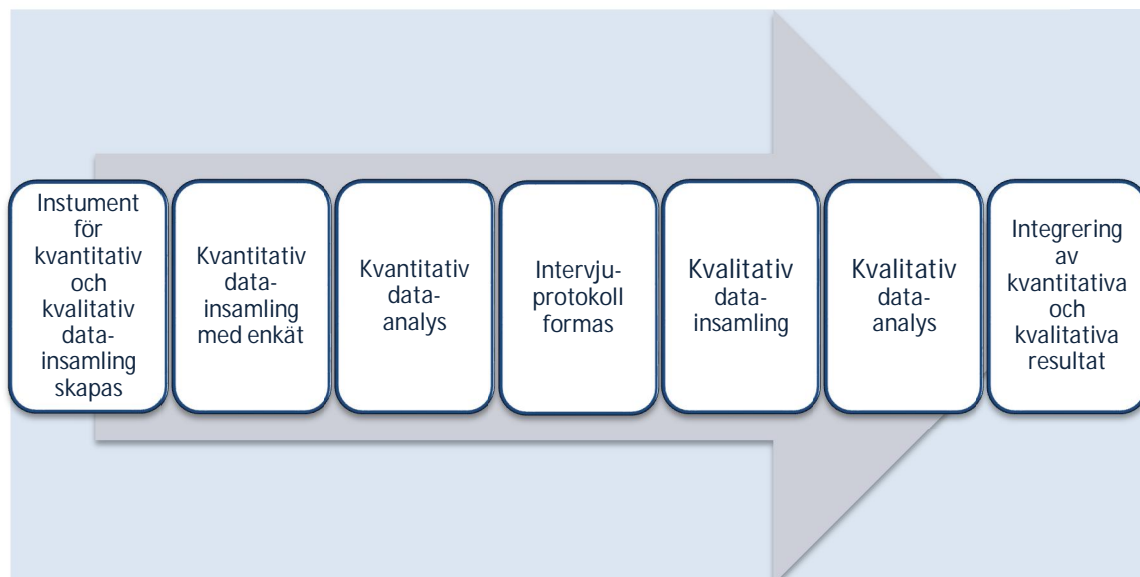
4 MATERIAL OCH METOD

Metodologin och forskningsmetoden utgörs av mixad metod (eng. mixed methods), studien inleds med kvantitativ ansats med enkät som datainsamlingsinstrument och fortsätter med kvalitativ ansats genom förverkligande av temaintervjuer i fokusgrupper för att förtydliga och nå djupare och erhålla svar på forskningsfrågorna. Här tillämpas den upplysande/förklarande sekventiella designen (eng. the explanatory sequential design) där designen av mixad metod är fastställd från början (se figur1). Enligt Creswell & Clarks 2011 kan mixed methods-designen vara antingen från början fastställd eller framväxande. I den fastställda varianten är användningen av kvantitativ och kvalitativ metod bestämd och planerad redan från inledningen av forskningsprocessen, och förfarandet i proceduren implementeras planenligt. (Creswell & Clarks 2011 s. 54)

Studien är empirisk och arbetssättet är deduktivt i fråga om enkäten med induktiva inslag i fokusgruppintervjuerna. Enligt Patel & Davidson kännetecknas deduktivt arbetssätt av att man utgår från allmänna principer och befintliga teorier. Den insamlade informationen

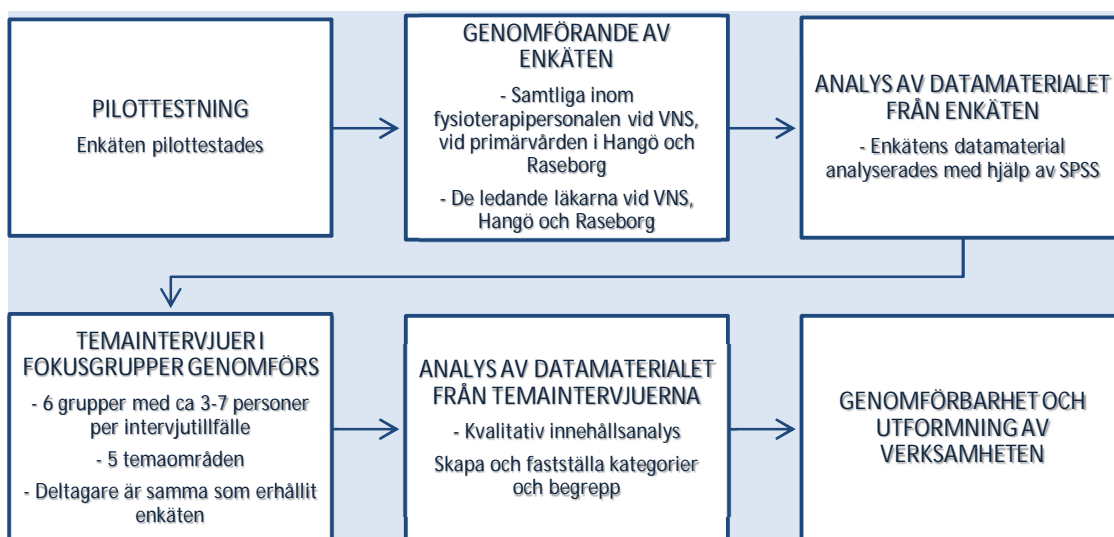
baserar sig på redan befintlig teori och objektiviteten antas genom detta arbetssätt stärkas. Vid induktion formas däremot en teori ur den insamlade informationen. (Patel & Davidson 2011 s. 23) I detta utvecklingsarbete är strävan, att på basen av den insamlade informationen, klargöra hur man i enlighet med personalens syn kan förverkliga en integrerad fysioterapiverksamhet inom den offentliga hälso- och sjukvården i västra Nyland.

Metoden, som kombinerar kvantitativ och kvalitativ data, valdes för att erhålla data på en bredare basis och möjliggöra personalens delaktighet i utvecklingsarbetet. Den kvantitativa delen ger numerisk information om kunskap och ställningstaganden angående studiens olika delområden, samt leder deltagarna in i aktuella utvecklingsriktningar inom hälso- och sjukvården, speciellt den fysioterapeutiska rehabiliteringen. Den andra, kvalitativa delen, med temaintervjuer i fokusgrupper används för att nå tankar om förändringen på ett djupare plan och för att erbjuda stöd av likställda och arbetsgemenskapen, ge gruppmedlemmarna möjlighet till inflytande på verksamhetshelheten och för att processmässigt behandla temaområdena. På grund av deltagarantalets omfattning är avsikten inte att kunna generalisera resultat, utan att få kunskap om hur tre likartade verksamheter kan integreras och samtidigt skapa fördelar för befolkningen, patienterna och personalen, effektivisering av servicen samt tyglade av de ekonomiska utgifterna.



Figur 1. Schematisk beskrivning av skeden i mixad metod. Modifierad enligt Creswell & Clark 2011 som illustrerat Ivankova & Stick 2007.

Eftersom utvecklingsbehovet, som denna studie grundar sig på, har väckts inom den praktiska verksamheten och behovet är att erhålla resultat, som kan användas förhållandevis snabbt, kan den räknas till kategorin tillämpad forskning. Studiens avsikt är att genom insamlande av material, empiri, som erhålls via enkät och fokusgruppintervjuer, utreda genomförbarheten av en samorganisering av fysioterapiverksamheterna som nu fungerar inom tre olika organisationer (två kommuner och ett sjukvårdsområde) samt hur verksamheten kan utformas. Svaramaterialet är i undersökningens första skede kvantitativt och analyseringen deskriptiv, förutom angående några öppna frågor där analyseringen blir hermeneutisk. Undersökningens andra och prioriterade skede inhämtar kvalitativ data och analyseringen sker via kvalitativ innehållsanalys. Analysen är dels deskriptiv och tar fasta på det manifesta svaramaterialet, men inbegriper även tolkande med kategorisering av svaren och är sålunda hermeneutisk till sin natur.



Figur 2. Schematisk beskrivning av forskningsförloppet.

4.1 Datainsamlingsmetoder och deltagare

För erhållande av svar på forskningsfrågorna användes i den kombinerade forskningsansatsens första fas en enkät som datainsamlingsinstrument (se bilaga 8). Den riktades till samtliga personer i nuvarande fysioterapipersonal inom den specialiserade sjukvården (VNS) och kommunernas primärvård i Raseborg och Hangö, den personal som direkt berörs av en eventuell integrering av fysioterapiverksamheterna samt till de ledande läkarna vid VNS, Raseborg och Hangö (n=34). Enkätens delområden bestod, förutom av

deltagarinformation, av nuläget, integrerad fysioterapiverksamhet, fysioterapikontinuitet, direkt access, delaktighet i verksamhetsplaneringen och verksamhetsvision. Enkätfrågorna hade sex fastställda svarsalternativ, förutom avsnitten gällande deltagarinformation och verksamhetsvision, som utgjordes av öppna frågor. I frågeformuläret gjordes smärre förbättringar efter pilottestningen. I enlighet med Patel & Davidsons förslag inleddes och avslutades enkäten med neutralare frågor och mellan dessa fanns de egentliga frågorna, som gällde själva frågeställningarna. Viktigt är att försäkra sig om att alla delområden täcks med frågorna och att svarsalternativen är relevanta. (Patel & Davidson 2011 s. 77)

I forskningens andra fas fortsatte processen med temaintervjuer i fokusgrupper som datainsamlingsmetod (se bilaga 9). Med den besvarade enkäten som grund leddes deltagarna via intervjun djupare in i forskningsteman. Intervjun följde samma delområdesstruktur, som enkäten, med stödfrågor för djupare och kompletterande behandling av temaområdena för att ta del av personalens åsikter och synpunkter. Dessutom innehöll temaintervjun en situationsbedömning för nuläge och integrerad verksamhet. Deltagarna deltog i en fokusgruppintervju per person och sammanlagt utfördes inom de tre separata organisationerna sex temaintervjuer med 3-7 deltagare per grupp. Den sammanlagda tidsperioden för enkät och temaintervjuer var 40 dagar. Fysioterapipersonalen besitter sakkunskap och erfarenheter inom verksamhetsområdet och arbetsuppgifterna. Inom offentliga organisationer för hälso- och sjukvård har man i olika utsträckning inlett diskussioner, påbörjat förberedande arbete eller redan vidtagit åtgärder för ett ökat samarbete mellan specialistsjukvård och primärhälsovård. Lagar, direktiv och bestämmelser har en styrande roll i planeringen och förverkligandet av verksamhetsfunktionerna. Ett förslag till ny lag om social- och hälsovården är under beredning och träder sannolikt i kraft inom de närmaste åren och kommer att inverka på utvecklingsbehovet av samorganiserad verksamhet.

4.2 Analys

I undersökningens första fas, den kvantitativa, analyserades erhållet kvantitativt data-materialet från enkäten med beskrivande statistikmetoder, via användning av statistikprogrammet IBM SPSS Statistics Version 23. Enkätens svarsalternativ, som var sex, reducerades till fyra och benämndes: Positiv, Neutral, Negativ och Kan ej bedöma (Instämmer helt / delvis = Positiv och Tar delvis / helt avstånd = Negativ). Enkäten bestod totalt av

56 items (påståenden) uppdelade i följande delområden: Nuläge (itemantal, d.v.s. ia = 9), Integrering (ia 10), Fysioterapikontinuitet (ia = 9), Direkt access (ia = 14) och Delaktighet (ia = 10). Följande omfördelning gjordes för att mera specifikt svara mot forskningsfrågorna: Fysioterapikontinuitetsinverkan (ia = 10); Direkt access till fysioterapi (ia = 9); Vikt av personalens delaktighet (ia = 6); Faktorer att beakta vid verksamhetsutformning (ia = 8) samt påståendet gällande understödande av en integrering. Se bilaga 10.

Förekomsten av avvikelser i personalens svar, beroende av inom vilken organisation de var anställda, uträknades genom användning av Fishers exakta test. Testet som används vid prövning av samband, då de förväntade frekvenserna är små och chi-två-testet är olämpligt, kan användas om antalet observationer är högst 20 eller om de är 21 men högst 40 och den minsta förväntade frekvensen är mindre än 5. Som statistisk signifikansgräns fastställdes $p < 0.05$. (Vejde 2011 s. 152, Körner & Wahlgren 2015 s. 168-171)

Enkätens två öppna frågor, förutom deltagaruppgifterna, besvarades med fri text. För dessa valdes kvantitativ analysering av kvalitativ data, och eftersom svarsmaterialet inte var stort, gjordes en klassificering av textinnehållet och på basen av detta skapades en frekvenstabell. Det gjordes enligt Eskola & Suoranta, som konstaterar att en kvantitativ analys av ett kvalitativt material kan göras genom kodning och att den klassificering som stiger fram ur materialet avser att gestalta forskningsobjektet. Materialet kan profileras genom att å ena sidan lyfta fram spektra som beskriver förekomsten av ett uttryck i materialet och å andra sidan lyfta fram endast de kärnord med vilkas hjälp ett fenomen beskrivs. Med hjälp av de numerära uppgifterna som erhålls via kvantitativ textanalys kan man erhålla beskrivande forskningsresultat (Eskola & Suoranta 2014 s. 170-174)

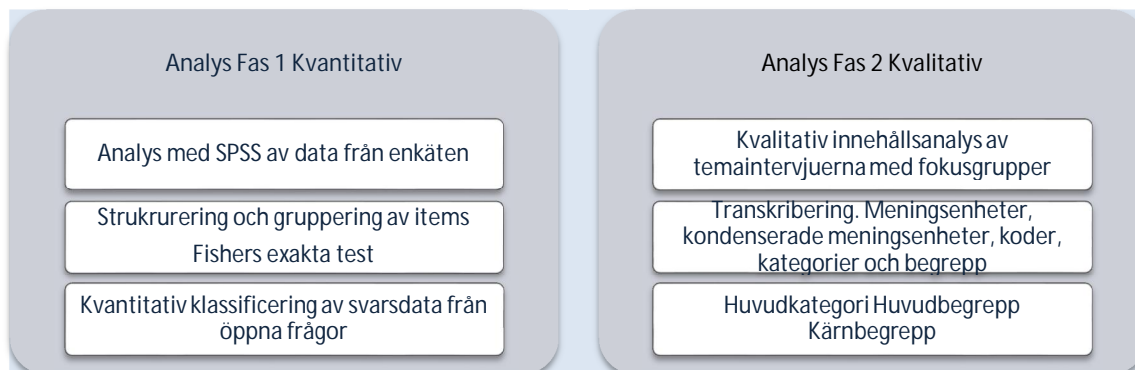
I den andra, kvalitativa fasen, gick man via temaintervju i fokusgrupper vidare i reflektionen för att nå djupare och skapa förtydligande i enkätens ämnen angående förutsättningarna för en integrering samt hur fysioterapiverksamheten skall utformas. Datamaterialet från temaintervjuerna transkriberades och kvalitativ innehållsanalys med deduktiv ansats genomfördes. Svarsmaterialet baserar sig på personalens synpunkter och uppfattningar och kan därför hänföras till den form av empirisk forskningsansats som benämns fenomenografi. I denna studie är det även frågan om hur personerna ser sin uppgift, ställning, sitt arbete i relation till omvärlden. I fråga om vetenskapligt förhållningssätt räknas,

enligt Patel & Davidson 2014, fenomenografin, som fokuserar på att studera uppfattningar, till de empiriska ansatserna. (Patel & Davidson 2014 s. 32)

Materialet från temaintervjuerna i fokusgrupperna analyserades i sin helhet genom kvalitativ innehållsanalys. Analysens fokus låg på det manifesta, dvs. det synliga, uppenbara, innehållet och ansatsen var deduktiv med induktiva inslag. Tuomi & Sarajärvi 2013 citerar bland annat Polit & Hungler 1997, som konstaterar att innehållsanalysen är deduktiv då den grundar sig på tidigare referensram, som kan utgöras av teori eller begreppssystem, och i det fall styrs analysen av något tema eller en begreppskarta. (Tuomi & Sarajärvi 2013 s. 113) Meningsenheter identifierades, kondenserades och abstraherades genom skapande av koder och därpå kategorier och begrepp. Fokusgruppintervjuerna hade på förhand bestämda temaområden, som relaterade till och valdes på basen av tidigare forskning och utvecklingsarbeten, vilka beskrivits i avsnittet angående den teoretiska bakgrunden i denna studie. Därtill bestod den inledande delen i temaintervjun av situations- eller riskbedömning. Enligt Graneheim & Lundman 2004 innebär meningsenheter ord, meningar eller avsnitt som innehåller aspekter, kopplade till varandra via innehåll och kontext, och kondensering avser förkortningsprocessen som bibehåller kärnan. En kod kan ses som en etikett som ges åt en kondenserad meningsenhet, med hjälp av vilken man kan se och förstå data på nya och annorlunda sätt. Den kan hänföra sig till separata ämnen eller objekt, till händelser eller övriga fenomen och skall förstås i relation till kontexten. Skapandet av kategorier utgör den kvalitativa innehållsanalysens kärnkännetecken, dess särdrag. Ingen del av för ändamålet avsedd data skall uteslutas på grund av avsaknaden av lämplig kategori, ej heller skall data falla mellan två kategorier eller passa in i flera än en kategori, vilket dock inte alltid är möjligt. (Graneheim & Lundman 2004 s. 106-107)

Analysen följde även tillvägagångssättet att först bilda sig ett helhetsintryck, bearbeta och sortera ursprungstexten, skapa kategorier på basen av utsagorna, försöka se gränserna mellan kategorierna och finna eventuella "kärncitat" som illustrerar dem. Den underliggande strukturen i kategorisystemet studerades och till slut organiserades de olika kategorierna i relation till varandra. (Patel & Davidson 2011 s.123) Rennstam & Wästerfors 2011 beskriver på liknande sätt analysprocessen som sortering, reducering och argumentering, som lyfter fram att ordning inte uppstår av sig själv, utan aktivt skapas av forskaren och att ordningen är intimt förknippad med den teori eller de begrepp som man utgår ifrån

eller vill arbeta fram. Reduceringen besvarar representationsproblemet att man omöjligt kan presentera allt i helheten utan materialet sållas och beskärs utan att göra avkall på nyanser och komplexitet. I argumenteringen bemöts auktoritetsproblemet, som avser att göra sig hörd i forskar- och kunskapssamhället. (Rennstam & Wästerfors 2011 s. 194)



Figur 3. Schematisk bild av analysen av undersökningsmaterialet.

5 ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Studien följde principerna för god vetenskaplig praxis som förutsätter hederlighet, allmän omsorgsfullhet och noggrannhet. Vid resultatpubliceringen tillämpas öppenhet och ansvarsfull kommunikation och hänsyn tas till tidigare forskares arbeten med hänvisningar till deras resultat, vilkas värde och betydelse tillmäts. Avtal om forskningsprojektet har gjorts och forskningstillstånd anskaffats. (Forskningsetiska delegationen 2012 s.18) Avtal med beställning av detta utvecklingsarbete har gjorts i tre exemplar. Beställare är Västra Nylands sjukvårdsområde via sjukvårdsområdets direktör. Studien görs i samarbete med yrkeshögskolan Arcada, inom ramen för högre yrkeshögskolestudier. Forskningslov har erhållits från samtliga tre organisationer från vilka personal deltar i studien.

Varje persons svar är viktigt och påverkar realiteten såsom Patel & Davidson skriver. Bortfallet påverkar generaliseringsmöjligheterna. Viktigt är att tydligt framföra hur personens bidrag kommer att användas, oberoende av konfidens eller ej. (Patel & Davidson 2011 s.74) Enkäten är inte anonym, men däremot konfidentiell, namngivna personers svar framkommer inte ur rapporten. Efter att studien är färdigställd och publicerad förstörs svarsmaterialet, vilket följer Forskningsetiska delegationens etiska principer om att samordna det konfidentiella och vetenskaplig öppenhet, principen om frivilligt deltagande, som innefattar att forskningspersonen, som svarar på en enkät eller går med på en begäran

om intervju, har gett sitt samtycke till forskningen, samt om undvikande av skada, då forskningspersonerna på förhand fått information om tema, som kommer att behandlas och hur undersökningen genomförs. (Forskningsetiska delegationen 2002 s. 1-2)

Personalens åsikter, i förhållande till nuvarande arbetsplats, är av intresse, eftersom inställningen till en integrering kan påverkas av detta. Att svaren inte är anonyma kan påverka svarsviljan negativt (eller positivt) samt modet att svara enligt verkliga åsikter. För att förebygga besvär i anknytning till det, bör följebrevet vara tydligt och sakligt utformat så att det framkommer att enkätsvaren medför möjlighet att påverka sin arbetsbild och sina arbetsuppgifter. Strävan är att få ett konsensusresultat, forma en kvalitativt bra, sakkunnig, effektiv, gemensam verksamhet, som medför motivation och utvecklingsmöjligheter samt har en stärkande (eng. empowerment) inverkan på personal och patienter.

Risken för uppkomst av confirmation bias finns, att sådan vetenskap favoriseras som bekräftar redan existerande antaganden, samt att det påverkar tolkningssättet. Detta har beaktats vid uppbyggandet och formulerandet av enkät- och intervjufrågorna för att inte påverka dem som svarar på enkäten. Att samtidigt fungera såsom utförare av studien och i rollen som förman för en del av svarspersonerna är utmanande. Betydelsefullt är att ge akt på strävan till neutral hantering och analysering av svarsmaterialet.

6 RESULTAT

I den inledande kvantitativa fasen sändes en enkät, elektroniskt och manuellt, till 34 personer och besvarades av 28 personer, svarsprocenten var 82 %. På organisationsnivå var fördelningen 15 från primärhälsovården och 13 från specialistsjukvården. Svarstiden var två veckor, med påföljande tilläggstid. I den efterföljande kvalitativa fasen gjordes sex temaintervjuer med fokusgrupper, med sammanlagt 30 deltagare, fördelningen var 17 från primärhälsovården och 13 från specialistsjukvården. Deltagarna i tre fokusgrupper utgjordes av personal från primärhälsovården, i två av personal från specialistsjukvården och en var kombinationsgrupp. Samtliga temaintervjuer hölls inom en tidsperiod på två veckor och deltagandet för var och en utgjordes av en intervjugång. Enkäten, i den första fasen, ledde deltagarna in i ämnet och genom temaintervjuerna i den efterföljande fasen fördjupades temaområdena och förtydliganden kunde göras enligt behov uppkomna via enkäten.

6.1 Genomförbarhet av en integrerad fysioterapiverksamhet

Här presenteras först, hurdan verksamhetsvision personalen har inom en tidsram på två år, därefter åsikterna om hur kontinuiteten av fysioterapierverksamhet påverkas av en integrerad verksamhet och sedan om det framkommit avvikande åsikter mellan personalen inom specialsjukvården och primärvårdens. Därefter presenteras resultaten från personalens situationsbedömning, en riskanalys med reflektioner kring styrkor och svagheter i nuläge och möjligheter och risker med en integrerad verksamhet.

6.1.1 Personalens verksamhetsvision

I enkäten tillfrågades, med öppen fråga, personalen om deras tankar om hur den offentliga sektorns fysioterapiverksamhet ser ut om två år. Svaren analyserades med kvalitativ innehållsanalys, klassificerades och en frekvenstabell skapades för att illustrera resultatet.

Den mest framträdande aspekten var ökat, bättre samarbete, som fick sammanlagt 17 svar, därefter följde, med 9 svar, visionen om en integrerad organisation, gemensamma kriterier, klara riktlinjer, indelning i ansvarsområden med flera som har samma specialkunskaper och som sista punkt mera fysioterapi i grupper. Direkt access till fysioterapi lyftes fram av 5 i personalen och 4 tänkte att verksamheten kommer att ha mera fysioterapi i hemmet, smidigare rehabiliteringskedja men också att tidtabellen för visionsupp-skattningen, dvs. två år var stram. Övriga tankar som framkom var att servicen är jämlik, det finns ökat kunskaper, platser för effektiv rehabilitering, tillgång till fysioterapi av hög kvalitet för alla åldrar, satsning på förebyggande arbete, både preventivt och rehabiliterande, rehabilitering som stöder möjligheten att bo hemma samt kartläggning, rådgivning och eget ansvar för sin hälsa.

Visionen var till stor del sammanfallande då man ser till svaren från primärvårdens och specialsjukvårdens personal med något större frekvenser inom primärvården för gemensamma kriterier, klara riktlinjer, mera fysioterapi i grupper, jämlik service, tillgång till fysioterapi av hög kvalitet för alla åldrar samt satsas på förebyggande arbete. Totalt sett var visionsomfånget större i primärvårdens personals svar.

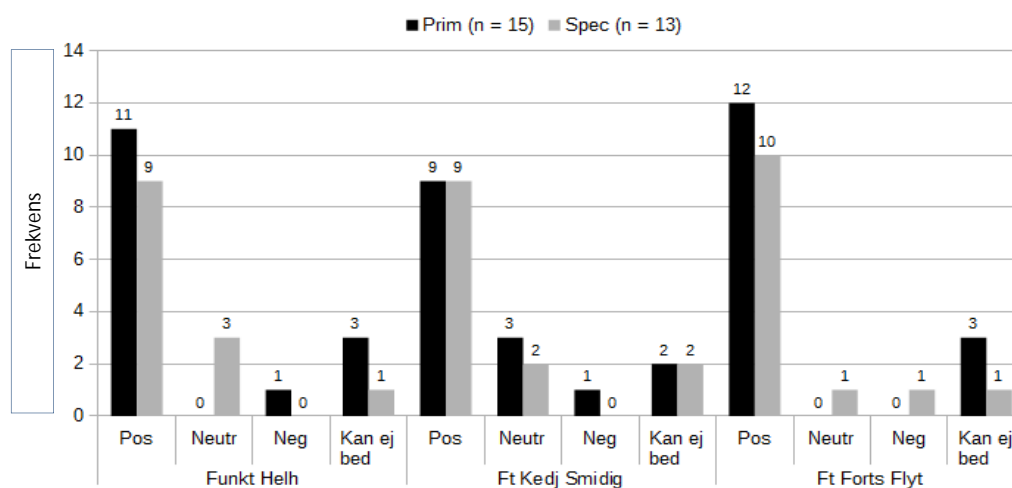
Tabell 7. Personalens verksamhetsvision om situationen efter två år. Deltagarnas (n=28) svar angivna i frekvens.

SAMLANDE UTTRYCK	Primär (n=15)	Special (n=13)	Sammanlagt
En integrerad organisation	5	4	9
Ökat, bättre samarbete	8	9	17
Direkt access till fysioterapi	2	3	5
Jämlik service	3	0	3
Gemensamma kriterier, klara riktlinjer	5	1	6
Ökat kunnande	2	0	2
Flera med samma specialkunnande, ansvarsområden	3	3	6
Platser för effektiv rehabilitering	0	1	1
Ökad fysioterapi i hemmet	3	1	4
Ökad grupp fysioterapi	5	1	6
Tillgång till fysioterapi av hög kvalitet för alla åldrar	3	0	3
Satsas på förebyggande arbete	3	0	3
Både preventivt och rehabiliterande	2	0	2
Smidigare rehabiliteringskedja	2	2	4
Rehabilitering som stöder möjligheten att bo hemma	2	0	2
Kartläggning, rådgivning, eget ansvar för sin hälsa	2	0	2
Tidtabellen stram för vision	3	1	4
Totalt	53	26	79

6.1.2 Fysioterapikontinuitetsinverkan av en integrering

6.1.2.1 Fysioterapikontinuitetsinverkan av en integrering, kvantitativ fas

För att representera denna områdesgrupp valdes från den kvantitativa fasens enkät de tre tydligast beskrivande påståendena och de svar som personalen gav (se figur 4).



- En integrerad fysioterapiverksamhet kan öka möjligheterna att fungera som en funktionell helhet (Funkt Helh)
- En integrering gör fysioterapikedjorna smidigare (Ft Kedj Smidig)
- Skapandet av en funktionell helhet möjliggör en smidig och snabb fortsatt fysioterapeutisk rehabilitering (Ft Forts Flyt)

Figur 4. Personalens syn på fysioterapikontinuitetsinverkan av en integrering. Deltagarnas (n=28) svar angivna i frekvens.

Svaren på alla tre påståendena var likartade inom primärhälsovården och specialistsjukvården, påståendena a. och c. gav starkt positiva svar medan påstående b. gav en viss spridning mellan de övriga alternativen. Diagram på samtliga påståenden, som hör till denna grupp, kan ses i bilaga 10. Vid mätning av avvikelserna i svaren mellan primärhälsovårds- och specialistsjukvårdspersonal framkom inte signifikanta skillnader i påstående a. ($p = 0.207$), i påstående b. ($p = 1.000$) eller i påstående c. ($p = 0.449$).

6.1.2.2 Fysioterapikontinuitetsinverkan av en integrering, kvalitativ fas

Resultaten som beskrivs härnäst erhöles via undersökningens andra fas, den kvalitativa. Temaintervjuerna analyserades genom kvalitativ innehållsanalys. Resultaten presenteras utgående från skapade begrepp, baserade på fastställda kategorierna och beskriver de utsagor i svarsmaterialet som de grundar sig på. I tabell 8 är resultatet från den kvalitativa innehållsanalysen sammanfattad och tabellen över de kondenserade meningensheterna, koderna och kategorierna kan ses i bilaga 11.

Tabell 8. Kategorier för personalens syn på vilken fysioterapikontinuitetsinverkan en integrering kan ha och skapade begrepp.

PERSONALENS SYN PÅ VILKEN FYSIOTERAPIKONTINUITETSINVERKAN EN INTEGRERING KAN HA	
Kategori	Begrepp
Helhetskoordinering ger överskådlighet och regional verksamhetsutformning	Regional utformning
Sammanlänkade skeden under hela behovsperioden	Sammanfogning
Expertis finns tillgänglig och når behovet	Expertis når behovet
Genomgående fysioterapisynlighet och delat ansvar	Synlighet och ansvar
Personaladministration i balans	Personalresursbalans
”Ro i själen”	Harmoni

Regional utformning. Verksamheten blir enhetligare då allt är samma organisation med en linje, ett system och det inte är frågan om nivåskillnader. Patienten hålls då inom det egna, samma området och allting sköts från början till slut. Man har team, som rehabiliterar inom hela servicekedjan, med möjlighet till terapeutbyte vid behov och betalningsförbindelser skrivs inte längre till privata yrkesutövare. Sammanfattat står kategorin;

Helhetskoordinering ger överskådlighet och regional verksamhetsutformning, för att verksamheten stannar inom egen organisationshelhet där helhetsfysioterapin tryggas. Verksamhetshelheten är kontrollerad och funktionen är strukturerad och likvärdig.

Sammanfogning. Genom en integrering förbättras kontinuiteten genom att uppehåll, som orsakar tillbakagång i utvecklingen, kan undvikas. Det är både tidssparande samtidigt som ökad effektivitet nås. Både planering och förverkligande sköts gemensamt och man får hela fysioterapikedjan att fungera. Specialkunniga, som behövs, eller som bäst lämpar sig för det aktuella problemet kan smidigare och snabbare kopplas in. Mångsidig beredskap finns att tillgå på ställen dit patienten flyttas inom den regionala verksamheten ända tills fysioterapi inte längre behövs. Samtidigt ökar samarbetet och kunskapen om fysioterapikedjorna och hur de fungerar förbättras. Sammanfattat står kategorin; *Sammanlänkade skeden under hela behovsperioden*, för att via en integrering utvecklas kontinuiteten på basen av mera långsiktig planering och förverkligande, vilket förebygger tillbakagång i hälsotillstånd och har en effektiverande inverkan. Delaktighet i fysioterapihelheten möjliggörs, fysioterapikedjan åskådliggörs och tillgängligt kontinuerligt specialkunnande gynnar patienterna.

Expertis når behovet. Det är lättare att utgå från patientens individuella behov, nivån spelar inte in. Regionalt finns en bred kunskap hos personalen, indelad i team enligt specialkunskap och som stöder varandra kliniskt. Viktigt är att det fortsättningsvis går lätt att kontakta läkare och övrig specialiserad hälso- och sjukvårdspersonal. Sammanfattat står kategorin; *Expertis finns tillgänglig och når behovet*, för att kontinuiteten gynnas av att behovet och det specialiserade fysioterapikunnandet sammanförs i en integrerad verksamhet. En viktig faktor i helheten är fortsatt tillgång till många yrkesgrupper som kan kopplas in enligt behov.

Synlighet och ansvar. Man får klarhet i vem som sköter vad hela linjen ut, i nuläget och fortsättningen och samtidigt fungerar informationsgången. Eventuellt fortsätter samma fysioterapeut hela behovsperioden ut, förtroende byggs upp. I en samorganisering växer förutsättningarna för en ökning av gruppverksamhet med kombinerad funktionsträning och hälsorelaterad faktainformation i preventivt syfte innan patienternas skick har försämrats och med poängterande av det egna hälsoansvaret. Sammanfattat står kategorin;

Genomgående fysioterapisynlighet och delat ansvar, för att den kollegiala kännedomen, om att patienten erhåller sakkunnig fysioterapi, åskådliggörs. Möjligheterna till långvarigare terapeutkontakter tilltar samtidigt som också sambehandling av patienter redan i preventivt syfte blir mera tillgängligt.

Personalresursbalans. Avbrott i fysioterapikontinuiteten kan undvikas, till exempel vid sjukledigheter, det finns tillgång på vikarier. Oberoende av vilken tidsperiod i patienternas fysioterapibehov det är frågan om, så är det samma personer som arbetar och lönesättningen blir följaktligen lika. Sammanfattat står kategorin; *Personaladministration i balans*, för att personaltillgången tryggas och lönesättningen blir jämställd.

Harmoni. Stressupplevelsen, grundad på dåligt samvete som orsakas av känslan av att inte kunna något tillräckligt bra, uteblir. Patientuppgifterna med information om tidigare fysioterapi är tillgänglig genom hela fysioterapikedjan. Sammanfattat står kategorin; *”Ro i själen”*, för att de kollegiala insatserna, som inbegriper kunskap och stöd till varandra, har en stärkande funktion och patientinformationsflödet förbättras.

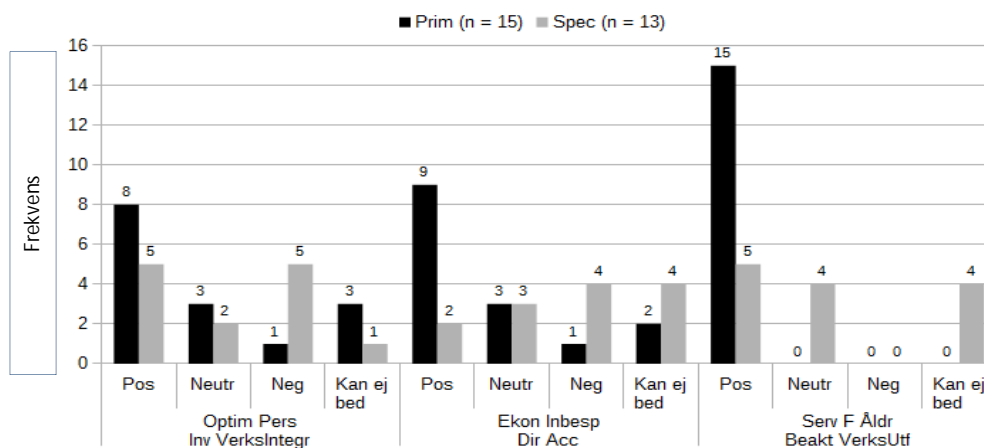
6.1.2.3 Sammanfattning av fysioterapikontinuitetsinverkan av en integrering

Enkätsvaren på alla tre representerande påståenden, vilka handlade om en ökning i möjligheten att fungera helhetsmässigt, erhålla smidiga fysioterapikedjor och snabb fortsatt fysioterapi var likartade inom primärvården och specialsjukvården, det första och tredje påståendet gav starkt positiva svar medan påstående nummer två gav en viss spridning mellan de övriga alternativen. Signifikanta skillnader kom inte fram.

Begreppen som på basen av kategorierna skapades via den kvalitativa innehållsanalysen utgjordes av regional utformning, sammanfogning, expertis när behovet, synlighet och ansvar, personalresursbalans samt harmoni (se tabell 8).

6.1.3 Avviker primärhälsovårds- och specialsjukvårdspersonalens åsikter

För att representera mest avvikande svar mellan primärhälsovården och specialsjukvården valdes ur den kvantitativa fasens enkät följande tre påstående områdesvis (se figur 5).

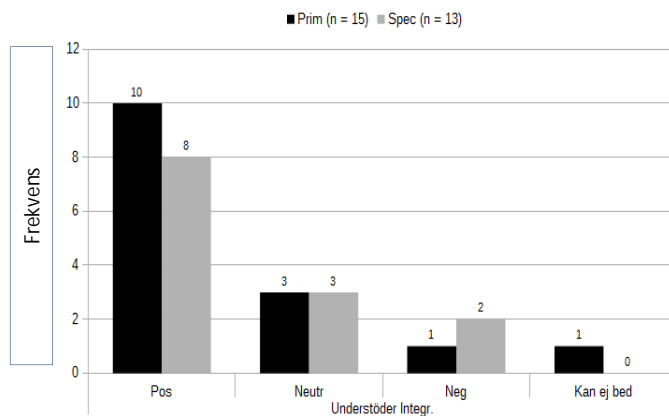


- Avlägsnande av dubbla verksamheter optimerar personalanvändningen (Optim Pers)
- Direkt tillgång till fysioterapi kan leda till ekonomisk inbesparing, eftersom självremitterande patienter lämnar bort läkarbesök (Ekon Inbesp)
- Det finns behov att förnya servicesystemet speciellt för att trygga servicen för den åldrande befolkningen (Serv F Åldr)

Figur 5. Mest varierande svar per delområde: Fysioterapikontinuitetsinverkan av en integrering; Direkt access till fysioterapi i en integrerad verksamhet; Faktorer att beakta vid utformningen av en integrerad verksamhet. Deltagarnas (n=28) svar angivna i frekvens.

Det första inom området för fysioterapikontinuitetsinverkan av en integrering, det andra inom området för direkt access till fysioterapi och det tredje inom området för faktorer att beakta vid verksamhetsutformning I det återstående området som gällde personalens delaktighet i verksamhetsplaneringen fanns inget speciellt påstående med tydliga olikheter. Personalens svar kan avläsas ur figur 5. Diagrammen som presenterar samtliga svar inom grupperna finns i bilaga 10. Avvikelsen i svaren mellan primärhälsovårds- och specialsjukvårdspersonal mättes och följande resultat och p-värden erhöles: för påstående a. var skillnaden inte signifikant ($p = 0.253$) och inte heller för påstående b. ($p = 0.087$). Men för påstående c. framkom däremot signifikant skillnad ($p = 0.000$).

Enkäten inkluderade även ett påstående som gällde personalens ställningstagande till tanken om en verksamhetsintegrering (se figur 6).



d. Jag understöder tanken på en integrering av fysioterapiverksamheterna inom den offentliga sektorn i västra Nyland. (Understöder Integr.)

Figur 6. Understöd av tanken på en integrering. Deltagarnas (n=28) svar angivna i frekvens.

I fråga om detta påstående föll åsikterna (n = 28) närapå identiskt mellan primärvårds- och specialsjukvårdspersonalen. Skillnad i svaren mellan primärvårds- och specialsjukvårdspersonal mättes och resultatet påvisade att svaren för påstående d. inte avvek från varandra ($p = 0.922$).

Avvikelserna som framkom i den kvalitativa delen, i temaintervjuerna, var rätt små, åsikterna mellan primärvårdens och specialsjukvårdens personal sammanföll till största delen. Olikheter som framkom var i frågan om tillgången på läkare och specialutbildad personal. Inom specialsjukvården upplevdes tillgången på läkare och övrig specialarbetar- och sjukvårdspersonal vara god och samarbetet vara fungerande, medan tillgången på läkare är skral inom primärvården.

6.1.4 Situationsbedömning gällande en verksamhetsintegrering

Denna del fanns inte med i den kvantitativa fasen, enkäten, utan utgör en fördjupning i reflektionen om en möjlig förändring.

6.1.4.1 Styrkor i nuläget

Nuläget inom den offentliga sektorn med separata fysioterapiverksamheter. På basen av kategorierna för personalens syn på styrkor i nuläget skapades beskrivande begrepp, se tabell 9.

Tabell 9. Kategorier för personalens syn på styrkor i nuläget och skapade begrepp.

PERSONALENS SYN PÅ STYRKOR I NULÄGET	
Kategori	Begrepp
Patientselektivitet verkställd	Selektivitet
Specifikt tillgängligt kunnande i utveckling, varierar beroende av vårdnivå	Kunskapsvariation
Arbetsmiljö och välmående: "Vi-känsla"	"Vi-känsla"

Selektivitet. Personalen ansåg att en styrka i nuvarande organisationssituation är att rehabiliteringsplaneringen finns inom en mindre enhet och att det är lätt att rikta servicen rätt. Därtill är storleken på nuvarande verksamhetsområde lätt att greppa och även randområdena beaktas. Man ansåg att det är bra att patienterna styrs selektivt nu vilket betyder att man är mera beredd. Fördelningen är naturlig och man upplever att patienten flyttar med naturliga steg från specialistsjukvården vidare till primärhälsovården. Sammanfattat står kategorin; *Patientselektivitet verkställd*, för att man kan se att planeringen i en mindre enhet är lätt att styra och att patientströmmarna styrs selektivt och fördelas på ett naturligt sett.

Kunskapsvariation. Personalen ansåg att samarbetet i nuläget fungerar i viss utsträckning och att det är lätt för primärvården att kontakta fysioterapin inom specialistsjukvården för att få handledning vid behov. På en del saker har man både större bredd och mera fördjupad kunskap och insikt samtidigt som man också känner till var och ens individuella kunnande. Tillgången på patientjournaluppgifter är bra inom den egna organisationen, inom specialistsjukvården finns det bra tillgång på läkare och övrig specialiserad personal. Tanken om det är bättre eller sämre då man tänker på förhållandet mellan längre avstånd och bättre fysioterapi ingav tvivel. Sammanfattat står kategorin; *Specifikt tillgängligt kunnande i utveckling, varierar beroende av vårdnivå*, för att man kan konstatera att personalen har ett fördjupat kunnande inom vissa områden och att tillgången på kompetent personal och patientinformation är kopplad till organisation. Kollegial handledning kan erhållas vid behov, men synen på ökat avstånd kontra bättre fysioterapi var konfliktfylld.

"Vi-känsla". Utrymmena är dimensionerade med tanke på nuvarande verksamhet samtidigt som de är utformade så att man kan finna arbetsro för att kunna koncentrera sig.

Avstånden är inte för närvarande alltför långa och därmed upplevdes närheten som en bra sak. Gemenskapen i arbetsgruppen är bra, man känner varandra och det är lätt att kontakta varandra. Sammanfattat står kategorin; *Arbetsmiljö och välmående: "Vi-känsla"*, för att möjligheten till arbetsro uppfylls nu utan större olägenheter och man har bra relationer inom arbetsgruppen.

6.1.4.2 Svagheter i nuläget

Nuläget inom den offentliga sektorn med separata fysioterapiverksamheter. På basen av kategorierna för personalens syn på svagheter i nuläget skapades beskrivande begrepp, se tabell 10.

Tabell 10. Kategorier för personalens syn på svagheter i nuläget och skapade begrepp.

PERSONALENS SYN PÅ SVAGHETER I NULÄGET	
Kategori	Begrepp
Organiserings- och förändringsbehov för enhetlighet finns	Oenhetlighet
Systemhierarki och olikheter i organisationskultur	Organisationskulturskillnad
Fokuseringssplit och uteblivna resurssynergier	Splittring
Haltande universal systemdesign	Systemdesignmiss

Oenhetlighet. Personalen ansåg att det i nuvarande läge är omöjligt att ge samma service åt alla, det är lättare på en del ställen än andra bland annat på grund av avstånden. Det finns störningar i informationsgången, organisationernas olika dataprogram är en försvårande och även hindrande faktor och därtill finns det också kontaktsvårigheter och haltande samarbete. En bättre organisering behövs, vi har en liten befolkning och förändringar i befolkningsstrukturen är i intågande, därtill ansågs att det finns behov av att hela rehabiliteringen (inte enbart fysioterapi) är gemensam, under samma tak. Sammanfattat står kategorin; *Organiserings- och förändringsbehov för enhetlighet finns*, för att det nu finns avsaknad av jämlikhet för patienter/klienter, informationsgången är försvårad och den kommande ändringen i befolkningsstrukturen ytterligare påverkar behovet.

Organisationskulturskillnad. Alla arbetar med fysioterapi, men man fungerar olika, tänker annorlunda och har olika fokus. Inom specialistsjukvården och primärhälsovården har man olika linjer gällande rehabilitering, var och hur intensivt den skall förverkligas.

Det är inte klart var patienterna skall behandlas, tydliga riktlinjer saknas och dessutom fanns det åsikter om att primärhälsovård och specialsjukvård av patienter klassas olika, på det viset att specialsjukvården uppskattas mera och anses bättre. Sammanfattat står kategorin; *Systemhierarki och olikheter i organisationskultur*, för att klara riktlinjer saknas och det finns åsikter om en vårdnivåskillnad i hälso- och sjukvårdssystemet med skillnad i uppskattning. Det finns olikheter i tankevärld, fokusering och praxis trots att fysioterapin är en gemensam nämnare.

Splittring. Personalen lyfte fram att arbetsbilden är splittrad i och med att man skall vara specialiserad på alla områden och det inte finns möjlighet att rikta in sig på en sak. Samtidigt saknade man möjligheter att kunna rådfråga mera insatta och konstaterade ett behov av mera kunskap om vissa saker. Specialkunskande kunde utnyttjas bättre, men på grund av nuvarande organisationsgränser blir det outnyttjat. Med tanke på resursutjämnningen är det sårbart med små enheter och man känner inte till vilka lösningar andra gjort, som man kunde ha utbyte av. Sammanfattat står kategorin; *Fokuseringssplit och uteblivna resurssynergier*, för att personalens arbetsbild är för bred, och i och med att erhållandet av behövlig specialkunskap saknas, haltar kunskapsdelandet. Små enheter är sårbara och begränsade och resurseringen ojämn.

Systemdesignmiss. Nuvarande tudelade system med olika organisationer leder till avbrott i rehabiliteringen. Överflyttandet och uppföljningen är svårare, samtidigt som det är besvärligt för patienterna att förstå de olika vårdnivåerna samt gestalta och veta vart de hör. I regionen saknas servicebussar och de kommunala fortskaffningsmedlen är bristfälligt anpassade för personer med funktionshinder och sålunda också för brukare av hjälpmedel. Sammanfattat står kategorin; *Haltande universal systemdesign*, för att nivåindelningen försvårar orienteringen för patienterna, det blir avbrott i rehabiliteringsflödet och tillgänglighetsbristerna, gällande kommunala fortskaffningsmedel, är problematisk för framkomligheten.

6.1.4.3 Möjligheter vid integrering

En integrerad verksamhet som gäller den offentliga hälso- och sjukvårdens fysioterapi-verksamheter. Utgående från kategorierna för personalens syn på möjligheter i en integrerad fysioterapiverksamhet skapades beskrivande begrepp, se tabell 11.

Tabell 11. Kategorier för personalens syn på möjligheter i en integrerad fysioterapiverksamhet och skapade begrepp.

PERSONALENS SYN PÅ MÖJLIGHETER I EN INTEGRERAD VERKSAMHET	
Kategori	Begrepp
Regional verksamhetsprofilering	Samprofilering
Regionalt förenhetligande av fysioterapiprocesserna	Processenhetlighet
Synergiskapande samordnad enhetlig helhetsrehabilitering	Helhetsrehabilitering
Fysioterapikontinuitet	Kontinuitet
Proaktiv individcentrerad funktionsstärkande rehabilitering	Proaktiv rehabilitering
Resultatförbättring genom tillgänglighet till specialkunskap	Tillgänglig specialkunskap
Koordinering av personalresurserna	Resurskoordinering

Samprofilering. Personalen ansåg att en integrering skapar stora fördelar och möjligheter. Man erhåller lika verksamhet på hela området, vilket föranleder bättre jämlikhet, flexiblare och mindre sårbar verksamhet. Effektiv regional och lokal rehabilitering med mångprofessionalitet och språkkunnighet, med svenska som tyngd. Sammanfattat står kategorin; *Regional verksamhetsprofilering*, för att en integrering öppnar möjligheter att beakta individuella behov bland befolkningen och erhålla ökad grad av stabilitet, jämlikhet och flexibilitet i verksamheten.

Processenhetlighet. Med en integrerad fysioterapi kan man skapa team med olika specialkunnande och man får möjlighet att arbeta inom sin specialitet. Därmed når man mera mångsidigt, bredare och djupare kunnande. Samtidigt får man ökat kliniskt stöd, sakkunskap delas och skolning kan ordnas gemensamt. Ett enande behövs i regionen, som inte är så stor, och då möjliggörs ett smidigare, bredare och bättre samarbete. Samtidigt kan också rehabiliteringen bli mera mångprofessionell. Sammanfattat står kategorin; *Regionalt förenhetligande av fysioterapiprocesserna*, för att man genom en enig region i samarbete, erhåller mångsidig expertis, delad kunskap och kollegialt stöd.

Helhetsrehabilitering. Genom en integrering ser man helheten, som då även kan organiseras bättre så att en större, starkare enhet skapas istället för att det finns många små. Verksamheten förenhetligas, klara riktlinjer utarbetas och jourbesöken minskar. Energi frigörs när hela regionen har samma system. Sammanfattat står kategorin; *Synergiskapande samordnad enhetlig helhetsrehabilitering*, för att en helhetsorganiserad, starkare rehabiliteringsenhet kan utarbetas där helheten synliggörs och patienten genast riktas rätt. Samtidigt ger enhetligheten en energiskapande effekt.

Kontinuitet. Fysioterapikedjan skulle inte bli bruten, man har koll hela vägen och vet då hur patienterna klarar sig. Uppföljningen blir bättre vilket gör att saker inte faller på sidan om. Då man vet hur och av vem fysioterapin sköts vidare, orsakas mindre stress. Sammanfattat står kategorin; *Fysioterapikontinuitet*, för att man har kontroll, kontinuiteten fungerar och man vet kedjans struktur och patientens situation.

Proaktiv rehabilitering. Individens erhåller bättre fysioterapi, individuell bedömning görs och man tar itu med besvär tidigare och på ett mera mångsidigt sätt. Förebyggande arbete lyfts fram och på så vis kan man undvika försämring och de medföljande problemen. Tanken är att rehabilitera innan problemen har hunnit uppstå. Rehabiliteringen sträcker sig över en längre tidsperiod och klienterna klarar sig längre hemma. Dessutom beaktas även att yngre personer är i behov av specialrehabilitering. Sammanfattat står kategorin; *Proaktiv individcentrerad funktionsstärkande rehabilitering*, för att förebyggande och uppföljande rehabilitering betonas, effektivare interventioner görs och rehabiliteringen är långsiktig samt baserar sig på behov.

Tillgänglig specialkunskap. Avlägsnande av gränserna mellan primärhälsovård och specialistsjukvård leder till att patienterna bättre erhåller specialkunskande. Genom att specialkunskapen utnyttjas över hela området, når den flera, och patienten riktas bättre rätt. Kunskandet fördelas då jämnare, vilket förbättrar resultaten. Rädsla och osäkerhet, för att inte ha tillräcklig kunskap inom något visst område, minskar hos fysioterapipersonal. Sammanfattat står kategorin; *Resultatförbättring genom tillgänglighet till specialkunskap*, för att gränsradering breddar expertisspridningen och specialkunskaperna utnyttjas specificerat och når flera. Det har en reducerande inverkan på kompetensosäkerhet hos fysioterapipersonal.

Resurskoordinering. I en integrerad verksamhet kan man ha möjlighet att ambulera, cirkulera, och på så vis kunna bekanta sig med annat än man brukar göra. Bra att det är en chef om vi är under samma tak och är ledningen bra så försvinner inte människor fast verksamhetsområdet är stort. Positivt vore också att bland annat utvärdering, undersökning och tester inte skulle göras dubbelt. Sammanfattat står kategorin; *Koordinering av personalresurserna med välfungerande ledarskap*, för ökad rörlighet över regionen för personalen, gemensam utveckling i stället för dubblering och ett gott gemensamt ledarskap.

6.1.4.4 Risker vid integrering

En integrerad verksamhet som gäller den offentliga hälso- och sjukvårdens fysioterapi-verksamheter. Utgående från kategorierna för personalens syn på risker i en integrerad fysioterapiverksamhet skapades beskrivande begrepp, se tabell 12.

Tabell 12. Kategorier för personalens syn på risker i en integrerad fysioterapiverksamhet och skapade begrepp.

PERSONALENS SYN PÅ RISKER I EN INTEGRERAD VERKSAMHET	
Kategori	Begrepp
Prioriteringsutmaningar, serviceutbud och -fördelning	Serviceutmaningar
Försummelse i systemet orsakar utebliven fysioterapi	Fysioterapibortfall
Kulturförändringens tidsperspektiv	Utdragen förändring
Förändrad omfattning, arbetsbild och mönster för beslutsfattande	Uppgiftsjustering
Personalomstrukturering	Personalomstrukturering

Serviceutmaningar. Risk finns att en del saker räknas som viktigare än andra, eventuellt kan något område krympa till följd av att man måste följa upp behovet hos befolkningen. Det kan till och med leda till att en del försvinner helt. Följden kan även vara att vissa saker bara erhålls på vissa ställen. Ifall specialkunskapen finns på ett ställe, som ger service för ett större område, blir vägen till servicen längre. Sammanfattat står kategorin; *Prioriteringsutmaningar, serviceutbud och -fördelning*, för att varierande värdering kan leda till att osynlighet uppstår. En omstrukturering med komprimering av viss sorts verksamhet skapar ojämn utbudsprofilering.

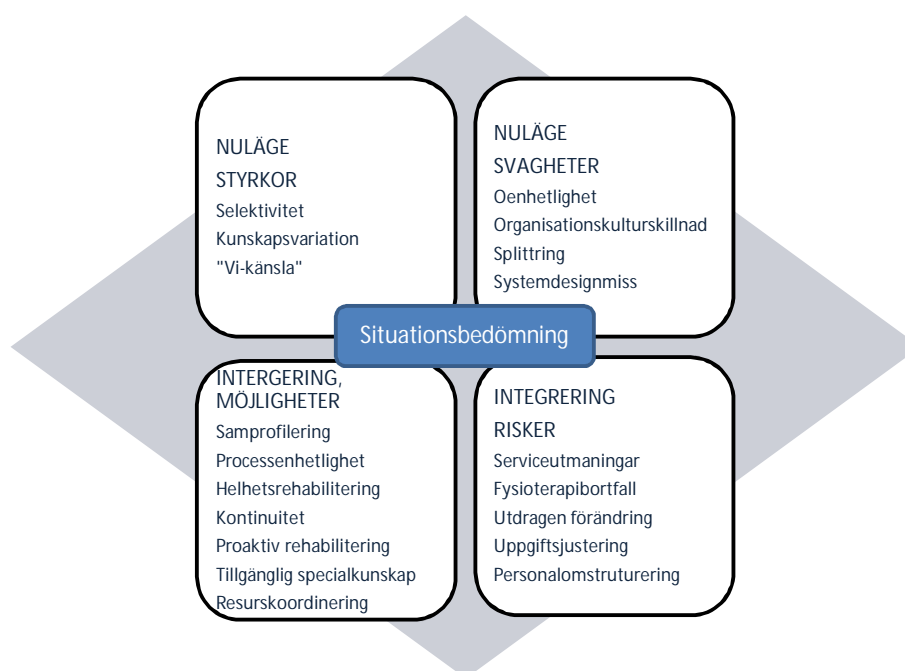
Fysioterapibortfall. Det är möjligt att fysioterapi uteblir trots att det skulle vara till nytta genom att läkare inte vet när de skall eller kan ordinera fysioterapi. Om det finns oklarheter om vem i fysioterapipersonalen som ansvarar för vilken patient så kan det leda till öskötta patienter. Sammanfattat står kategorin; *Försummelse i systemet orsakar utebliven fysioterapi*, för att det finns risk för att personers fysioterapibehov inte blir tillfredsställt och att luckor i systemet leder till bortfall av service.

Utdragen förändring. En integrering medför svårigheter i början, det är svårt att sammanslå verksamheterna eftersom arbetssätt och traditioner är olika, det är frågan om två olika världar. Det är tänkbart att bra arbetssätt kan försvinna från vissa enheter. Sammanfattat står kategorin; *Kulturförändringens tidsperspektiv*, för att den första tiden i en integrering är utmanande, eftersom de olika vårdnivåerna upplevs som två skilda världar och det finns risk för att god praxis försvinner.

Uppgiftsjustering. Om organisationen blir stor, så fungerar den kanske inte lika smidigt som nu. Det är oklart var och av vem besluten görs och risk för att man inte har så mycket möjlighet att inverka på innehållet i sitt arbete. Frågeställningar om vad förändringen betyder för mig och mitt arbete, både innehållsmässigt och på vilket sätt det formar sig, aktualiseras. Dessutom konstateras att chefens arbetstid i en integrerad verksamhet helt går åt till att sköta ledarskapsuppgifter. Sammanfattat står kategorin; *Förändrad omfattning, arbetsbild och mönster för beslutsfattande*, för att en ökad verksamhetsomfattning kan betyda minskad smidighet, reducerad möjlighet att påverka arbetsinnehållet och oklarheter gällande beslutfattandet. Att vara chef blir en heltidsuppgift.

Personalomstrukturering. Nuvarande personal behövs, men finns det vid en integrering risk för att antalet minskas, att det anses att man är för många? Risk för arbetsplats och ersättande arrangemang är något som kan inverka på arbetsatmosfären och gemenskapsandan. Sammanfattat står kategorin; *Personalomstrukturering*, för att osäkerhet finns om en samordnad verksamhet kan innebära minskad personal med inverkan på atmosfären.

6.1.4.5 Sammanfattning av personalens situationsbedömning



Figur 7. Begreppskarta enligt personalens situationsbedömning.

I bedömningen av nuläget ansåg personalen att en styrka var att rehabiliteringsplaneringen finns inom en mindre enhet och att det är lätt att rikta servicen rätt, att det är bra att patienterna riktas selektivt, utrymmena dimensionerade för nuvarande verksamhet och gemenskapen i arbetsgruppen är bra. Som svagheter lyfte de upp att servicen nu är ojämnt fördelad och att bättre organisering behövs samt att hela rehabiliteringen borde vara under samma tak, inte bara fysioterapin. Därtill är informationsgången bristfällig och tankevärld, fokusering och praxis skiljer sig från varandra. Det råder splittring, och man ansåg att små enheter är sårbara och har begränsad resursering, dessutom blir specialkunnande outnyttjad på grund av organisationsgränser. Nivåindelningen försvårar orienteringen för patienterna, svårare att hitta rätt och leder till avbrott i rehabiliteringen (se figur 7).

Angående möjligheten med integrerad verksamhet ansåg personalen att det medför ökad jämlikhet och samtidigt mindre sårbar och flexibla verksamhet. Man kan skapa team med specialkunnande och därmed nå mera mångsidigt, bredare och djupare kunnande. Med hjälp av en samarbetande enig region erhålls mångsidig expertis, delad kunskap och samtidigt även kollegialt stöd, samt energi genom gemensamma system. Eftersom man ser helheten bättre så kan den bättre organiseras, den är starkare, verksamheten blir mera

enhetlig, riktlinjer skapas och jourbesöken minskar. Fysioterapikedjan blir inte heller bruten utan kontinuiteten fungerar och därmed blir också uppföljningen bättre. Man ansåg också att individen erhåller bättre fysioterapi, mera förebyggande och att man snabbare och på ett mångsidigare sätt tar itu med besvär, vilket leder till att rehabiliteringen blir både mera långsiktig och effektiv. Man såg också risker med en integrering såsom att vägen till rehabiliteringen kan bli längre, varierande värdesättning med ojämn utbudprofilering och luckor i systemet. En integrering ger svårigheter i början och verksamhets sätt, som ansetts bra, kan försvinna. Det kan också bli svårare att påverka arbetsinnehållet och finnas risk med reducering av personal samt sämre atmosfär (se figur 7).

6.1.5 Sammanfattning av genomförbarhet av en integrerad fysioterapi-verksamhet

Det har framkommit flera värdefulla synpunkter i personalens reflektioner angående styrkor och svagheter i nuläget med tre separata organisationer samt möjligheter och risker med en samordnad, integrerad verksamhet. Ur styrkorna i nuläget kan selektiviteten av patientutbudet och den nära gemenskaps känslan lyftas fram medan det som svagheter bland annat konstaterades råda splittring, oenhetlighet och kulturskillnader mellan organisationerna. Möjligheter med en integrering ligger till exempel i samprofilering, processenhetlighet, fysioterapikontinuitet, resurskoordinering och tillgänglighet av specialkunskap. Som risker med en integrering sågs däremot aspekter såsom serviceutmaningar, fysioterapibortfall, uppgiftsjustering och omstrukturering i fråga om personalen.

Enligt personalen kunde en integrering ha flera effekter på fysioterapikontinuiteten, så som sammanlänkade skeden under hela behovsperioden och att expertis skulle finnas tillgänglig samt nå behovet. Dessutom skulle en helhetskoordinering ge överskådlighet och verksamhetsutformningen skulle vara regionomspännande samtidigt som ansvaret skulle vara delat och fysioterapisynligheten skulle gynnas. Från resultaten kan återkopplingar göras till tidigare teori vilket tas upp senare i diskussionsdelen. Personalens främsta tankar angående verksamhetsvisionen inom en tid på två år var ökat, bättre samarbete, en organisation, gemensamma kriterier, klara riktlinjer, indelning i ansvarsområden med flera som har specialkunnande och mera fysioterapi i grupper. Man ansåg även att två år var en stram tid för att visionerna. Primärhälsovårds- och specialistsjukvårdspersonalens svar var

till stor del sammanfallande. Till tanken på en integrering ställde sig största delen av personalen positivt, medan några ställde sig neutralt, negativt och kunde ej bedöma.

Den kvantitativa fasens frekvensanalys och Fishers exakta test för avvikelser gällande enkätsvaren visade att personalens åsikter till övervägande del sammanföll vid jämförelse mellan primärvårds- och specialistsjukvårdspersonal. Signifikanta skillnader fanns i personalens åsikter gällande behovet av förnyande av servicesystemet speciellt för att trygga servicen för den äldre befolkningen.

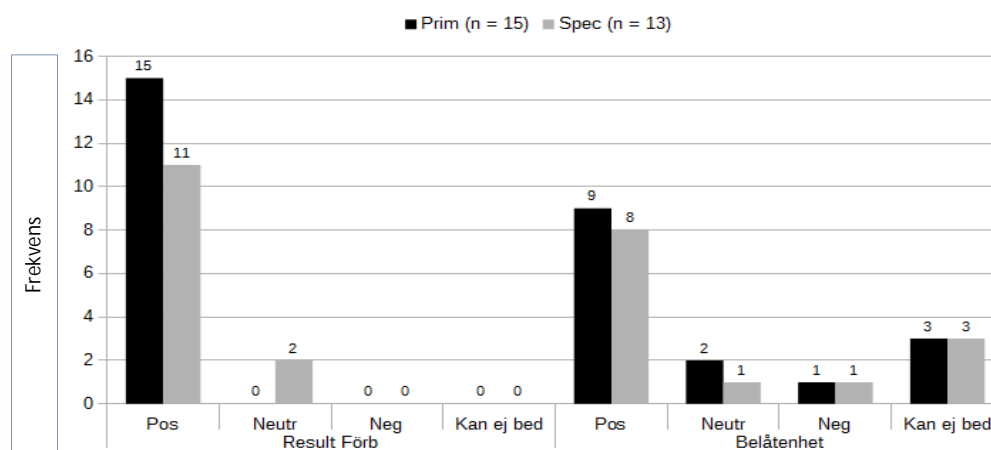
6.2 Utformning av en integrerad fysioterapiverksamhet

I detta avsnitt presenteras personalens åsikter angående de temaområden som behandlar utformningen av en integrerad verksamhet. Dessa är direkt access till fysioterapi, personalens deltagande i verksamhetsplaneringen och vilka faktorer som skall beaktas vid utformningen av en integrerad fysioterapiverksamhet.

6.2.1 Direkt access till fysioterapi i en integrerad verksamhet

6.2.1.1 Direkt access till fysioterapi, kvantitativ fas

För att representera denna områdesgrupp valdes från den kvantitativa fasens enkät två tydligast beskrivande påståenden och de svar som personalen gav (se figur 8).



- Tidig tillgång till fysioterapibehandling ger bättre resultat (Result Förb)
- Remissfri fysioterapimottagning, dvs. tidig tillgänglighet till undersökning, bedömning samt individuell behandling, ger nöjda patienter (Belåtenhet)

Figur 8. Personalens syn på direkt access i en integrerad verksamhet. Deltagarnas (n=28) svar angivna i frekvens.

På påstående a. svarade alla utom två i personalen med alternativet för positivt. På påstående b. var de givna svaren likartat fördelade inom primärhälsovården och specialistsjukvården med större delen positivt alternativ. Diagram på samtliga påståenden, som hör till denna grupp, kan ses i bilaga 10. Avvikelsen i svaren mellan primärhälsovårds- och specialistsjukvårdspersonal mättes och signifikanta skillnader framkom inte för påstående a. ($p = 0.206$) och inte heller avvikelser i påstående b. ($p = 1.000$).

6.2.1.2 Direkt access till fysioterapi, kvalitativ fas

Resultaten som beskrivs härnäst erhöles via undersökningens andra fas, den kvalitativa. Temaintervjuerna analyserades genom kvalitativ innehållsanalys. Resultaten presenteras utgående från skapade begrepp, baserade på fastställda kategorierna och beskriver de utsagor i svarsmaterialet som de grundar sig på. I tabell 13 är resultatet från den kvalitativa innehållsanalysen sammanfattad och tabellen över de kondenserade meningsenheterna, koderna och kategorierna kan ses i bilaga 11.

Tabell 13. Kategorier för personalens syn på direkt access till fysioterapi i en integrerad fysioterapiverksamhet och skapade begrepp.

PERSONALENS SYN PÅ DIREKT ACCESS TILL FYSIOTERAPI I EN INTEGRERAD VERKSAMHET	
Kategori	Begrepp
Smidig, tidig behovsfokusering ”Starta snabbt och smart”	Tidig fokusering
Fastslagna flödes- och handlingsprogram, processbeskrivning	Processbeskrivning
Ansvarsfyllt löpande, effektivt arbets- och patientflöde	Flödeseffektivitet
Breddad verksamhetsprofilering	Verksamhetsbredd
Effektiverad resursanvändning	Resursfördelning

Tidig fokusering. Direkt access har en positiv effekt både på patienterna och på själva verksamheten. Smidigheten, samarbetet och friskvården ökar och likaså invånarnas eget ansvar, vilket är viktigt. Invånare hålls i gott skick och arbetsföra, det lönar sig att söka hjälp i god tid innan problemen blir svårare. Fysioterapeuterna bedömer att de kan

konstatera om läkare behövs, men man upplever att samarbetet mellan fysioterapeut och läkare fungerar lättare inom specialsjukvården. Sammanfattat står kategorin; *Smidig, tidig behovsfokusering "Starta snabbt och smart"*, för att betydelsefullt är det egna ansvaret och lyhördheten för egna signaler och att åtgärda besvär i god tid. Dessutom behövs flexibilitet i det löpande professionssamarbetet.

Processbeskrivning. Det behövs klara riktlinjer för att avgöra för vilka patientgrupper eller vilken sorts patienter direkt access passar och någon form av inledande gallring eller indelning. Indelningen kan basera sig på ett för ändamålet utarbetat formulär eller en bedömning gjord av en annan yrkeskunnig person inom hälso- och sjukvården. Inledningen kunde även ske via det virtuella sjukhusystemet. Uppenbart är dock att det behövs olika spår som man kan följa för att nå den behövliga fysioterapin. Det finns till exempel sådana personer som inte söker sig till fysioterapi trots att de skulle ha behov av det. Sammanfattat står kategorin; *Fastslagna flödes- och handlingsprogram, processbeskrivning*, för att riktlinjer behövs för hur processen skall fortlöpa samt en fördelningssluss inledningsvis vid fysioterapiefterfrågan. Det förutsetts alternativa spår som leder till fysioterapi, via vilka man även kan fånga upp personer som annars blir utan.

Flödeseffektivitet. Verksamheten blir väldigt stor, med ökade patientströmmar, köer och risk för överbelastning. Resurserna behöver utvidgas och det ökade ansvaret skall leda till löneökning för fysioterapeuterna. Patienterna får direkt möjlighet till specialkunskap och lösningen med specialkunniga team lämpar sig bra i detta sammanhang. Risker med läkarnas förbiseende gällande fysioterapibehov minskar. Direkt access passar bra till exempel vid nack- och ryggbesvär, men även en del screeningar borde utföras för att kunna åtgärda tidigare. Sammanfattat står kategorin; *Ansvarsfyllt, löpande, effektivt arbets- och patientflöde*, för att utsvällande patientströmmar belastar och förpliktar, men genom direkt access kan man erbjuda omgående specifik behandling i alla skeden.

Verksamhetsbredd. Direkt access till fysioterapi borde lyckas och vara ett fungerande koncept inom den offentliga hälso- och sjukvården. Men det kan finnas risk för att man undgår något viktigt och det konstateras att det finns behov av specifik utbildning. Direkt access är dock inte helt nytt utan är redan delvis i bruk både inom primärhälsovården och specialsjukvården. Men man upplever också att ett breddande av det konceptet kan te sig

konstigt bland allmänheten. Sammanfattat står kategorin; *Breddad verksamhetsprofilering*, för att kliniskt sett behövs balans i relationen kompetens – utmaningar och en lyhördhet för att åsikterna om en ändring i arbetsprocessen är tudelade.

Resursfördelning. Enligt personalen är det många gånger onödigt att anlita läkare, det finns inte råd att uppta läkartider i onödan och dessutom är tillgången på läkare skral. Fysioterapeuterna har definitivt bättre kunnskap. Kostnadsmässigt är direkt access till fysioterapi en bra lösning, det frigör läkarresurser. Sammanfattat står kategorin; *Effektiverad resursanvändning*, för att yrkesgruppers kunnskap skall utnyttjas där det gör bäst nytta och man skall upphöra med resursödande arbetskraftsanvändning. Detta koncept utgör en förbättrad ekonomisk lösning.

6.2.1.3 Sammanfattning av direkt access till fysioterapi

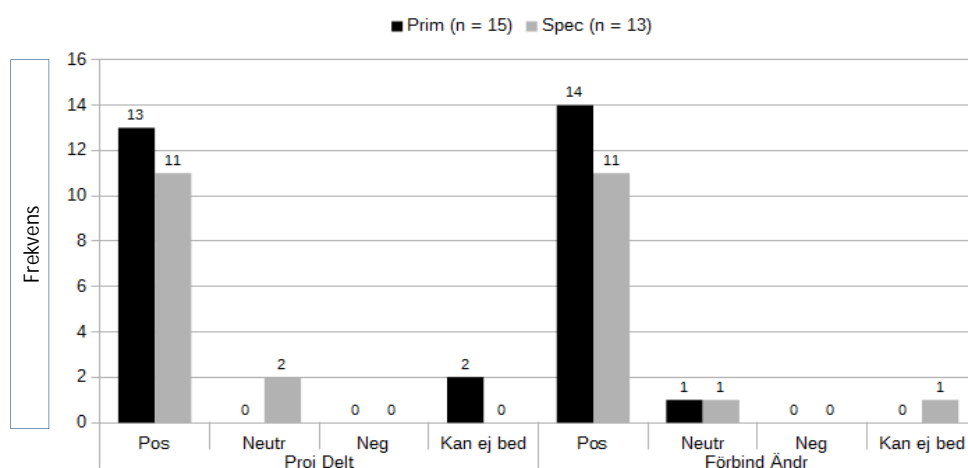
I resultaten från den kvantitativa fasen med besvarad enkät framkom inte signifikanta skillnader i svaren mellan personaldeltagarna från de tre olika organisationerna. I detta delområde gällde de två representerande påståendena dels att tidig tillgång till fysioterapibehandling ger bättre resultat och dels att remissfri fysioterapimottagning ger nöjda patienter.

Utgående från kategorierna baserade på personalens syn på direkt access till fysioterapi i en integrerad fysioterapiverksamhet skapades, via vidare kvalitativ bearbetning, de samlande begreppen tidig fokusering, processbeskrivning, flödeseffektivitet, verksamhetsbredd samt resursfördelning (se tabell13).

6.2.2 Personalens perspektiv av delaktighet i verksamhetsplaneringen

6.2.2.1 Personalens delaktighet i verksamhetsplaneringen, kvantitativ fas

För att representera områdesgruppen gällande personalens åsikter om personaldelaktighet i verksamhetsplanering, valdes från den inledande, kvantitativa fasens enkät två mest beskrivande påståenden och de svar som personalen gav (se figur 9).



- a. Jag ställer mig positivt till att delta i utvecklingsprojekt, som påverkar arbetstagarnas verksamhet (Proj Delt)
- b. Deltagandet möjliggör att arbetstagarna lättare förbinder sig till förändringen (Förbind Ändr)

Figur 9. Personalens syn på delaktighet i verksamhetsplaneringen. Deltagarnas (n=28) svar angivna i frekvens.

Personalens svar var övervägande positiva på båda påståendena och lika, oberoende av om svaren representerade specialistsjukvårds- eller primärhälsovårdspersonal. Diagram på samtliga påståenden, som hör till denna grupp, kan ses i bilaga 10. Avvikelsen i svaren mellan primärhälsovårds- och specialistsjukvårdspersonal mättes och följande resultat erhöles: för påstående a. ($p = 0.235$) och för påstående b. ($p = 0.722$). Signifikanta skillnader framkom inte.

6.2.2.2 Personalens delaktighet i verksamhetsplaneringen, kvalitativ fas

Resultaten som beskrivs härnäst erhöles via undersökningens andra fas, den kvalitativa. Temaintervjuerna analyserades genom kvalitativ innehållsanalys, efter transkribering. Resultaten presenteras utgående från skapade begrepp, baserade på fastställda kategorier och beskriver de utsagor i svarmaterialet som de grundar sig på. I tabell 14 är resultatet från den kvalitativa innehållsanalysen sammanfattad och tabellen över de kondenserade meningsenheterna, koderna och kategorierna kan ses i bilaga 11.

Tabell 14. Kategorier för personalens syn på betydelsen av delaktighet i verksamhetsplaneringen och skapade begrepp.

PERSONALENS SYN PÅ BETYDELSEN AV DELAKTIGHET I VERKSMHETSPLANERINGEN	
Kategori	Begrepp
Arbetsmotivation och förbindande genom medbestämmande och medarbetarskap	Förbindande medarbetarskap
Processdelaktighet gynnar vital arbetskultur. ”Födas utan överflödig smärta”	Arbetskulturfördel
Utvecklingsinnovationsteam	Utvecklingsteam

Förbindande medarbetarskap. Bra att få åsikter och ta reda på intresse från arbetsfältet, av dem som gör arbetet i praktiken. Det blir mera flyt och får man med egna idéer känns det mera meningsfullt. Sedan väljs det bästa alternativet eller den gyllene medelvägen. Men har man varit delaktig så känns det som om ens egen handstil finns med, man vet varför en förändring görs och då kan man acceptera den. Man blir motiverad och kan då förbinda sig till den. Sammanfattat står kategorin; *Arbetsmotivation och förbindande genom medbestämmande och medarbetarskap*, för att det är betydelsefullt att utforska utförarperspektivet och därigenom möjliggöra en känsla av att vara genuint involverad. Förslagsbaserade avvägda val görs vilket skapar motivation till förändringacceptans.

Arbetskulturfördel. Personalens delaktighet genom att i samarbete gå igenom förändringar är viktig för atmosfären, välmåendet och motivationen. En förändring är en process som tar tid, personalen behöver känna att den blir hörd och att ändringen inte sker alltför snabbt. Det behövs diskussion, dialog och öppenhet. Är personer inte delaktiga så kan det leda till att de ställer sig på tvären och blir man tvungen att utföra sådant, som man inte kan prestera, så mår man dåligt. Sammanfattat står kategorin; *Processdelaktighet gynnar vital arbetskultur. ”Födas utan överflödig smärta”*, för att öppen dialog och transparens ger positiv arbetskultur medan utanförskap kan föda motstånd. Kravrealism skall iaktas för att inte, på grund av avsaknad på det, skapa illamående. Det behövs en vital process-dialog och möjlighet till inflytande för personalen.

Utvecklingsteam. Det existerar alltid rädsla för vad förändringar betyder vilket antyder att det ända från början är mycket viktigt att diskutera tillräckligt länge innan beslut görs. Eftersom planeringsarbetet försvåras om alltför många personer deltar, kan personalens delaktighet förverkligas via mindre planeringsgrupper som, på grund av att de är effektivare, föredras. Sammanfattat står kategorin; *Utvecklingsinnovationsteam*, för att förnyelser bör ges tid att mogna, eftersom oro för följder är förknippade med förändringar. För förändringsplanering föredras intensifierade utvecklingsgrupper.

6.2.2.3 Sammanfattning personalens delaktighet i verksamhetsplaneringen

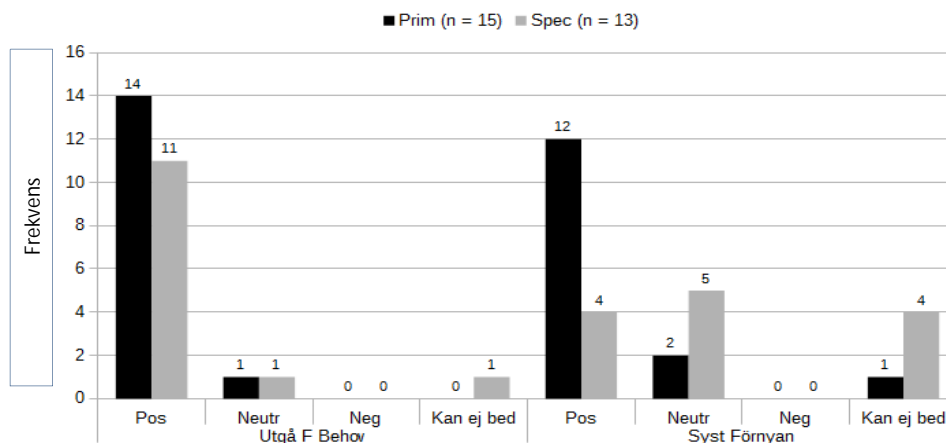
Påståendena angående inställningen till deltagande i utvecklingsprojekt och att deltagandet har en positiv inverkan på personalens förbindande till förändring, representerade denna områdesgrupp Personalens ställde sig övervägande positivt till båda påståendena och signifikanta skillnader kom inte fram mellan personalens åsikter beträffande var de var anställda.

Utgående från kategorierna för personalens syn på betydelsen av delaktighet i verksamhetsplaneringen skapades begreppen förbindande medarbetarskap, arbetskulturfördel och utvecklingsteam (se tabell 14).

6.2.3 Faktorer att beakta vid utformningen av en integrerad verksamhet

6.2.3.1 Faktorer att beakta vid verksamhetsutformningen, kvantitativ fas

För att representera denna områdesgrupp valdes från den kvantitativa fasens enkät de två tydligast beskrivande påståenden, samt personalens svar, som dels handlade om att man vid utformning av verksamheten skall utgå från behovet, samt att nuvarande system behöver genomgå förändring eftersom efterfrågan sannolikt kommer att öka (se figur 10).



- a. En integrerad fysioterapiverksamhet skall utformas utgående från kundernas och patienternas behov (Utgå F Behov)
- b. Det finns behov att förnya servicesystemet eftersom efterfrågan på hälsovårdsservice antas öka (Syst Förnyan)

Figur 10. Faktorer att beakta vid verksamhetsutformningen av en integrerad verksamhet. Deltagarnas (n=28) svar angivna i frekvens.

Personalen svar var övervägande positiva till det första medan det andra gav mera spridning, dvs. personalen inom specialsjukvården hade större spridning på sina svar. Ingen hade dock valt det negativa svarsalternativet. Diagram på samtliga påståenden, som hör till denna grupp, kan ses i bilaga 10. Avvikelsen i svaren mellan primärhälsovårds- och specialsjukvårdspersonal mättes och följande resultat erhöles: för påstående a. ej avvikelser ($p = 0.722$), men för påstående b. framkom däremot signifikant avvikelse ($p = 0.038$).

6.2.3.2 Faktorer att beakta vid verksamhetsutformningen, kvalitativ fas

Resultaten som beskrivs härnäst erhöles via undersökningens andra fas, den kvalitativa. Temaintervjuerna analyserades genom kvalitativ innehållsanalys. Resultaten presenteras utgående från skapade begrepp, baserade på fastställda kategorierna och beskriver de utsagor i svarmaterialet som de grundar sig på. I tabell 15 är resultatet från den kvalitativa innehållsanalysen sammanfattad och tabellen över de kondenserade meningsenheterna, koderna och kategorierna kan ses i bilaga 11.

Tabell 15. Kategorier för personalens åsikter om faktorer att beakta vid verksamhetsutformningen och skapade begrepp.

PERSONALENS ÅSIKTER OM FAKTORER ATT BEAKTA VID VERKSAMHETSUTFORMNINGEN	
Kategori	Begrepp
Kulturell tidskrävande sammansvetsande organiseringsprocess	Tidskrävande enighetsprocess
Utarbetande av verksamhetsstrategi med helhetsperspektiv	Helhetsstrategi
Holistisk fysioterapi i rätt tid och som omspanner behovet under hela människans livscykel	Universellt anpassad fysioterapi
Ekonomisk fördel	Ekonomifördel
Fysioterapiutnyttjande inom optimalt tidsfönster ger betydande långtidseffekt	Fysioterapi i optimal tid
Fysioterapipersonal med genretäckande specialkunskap	Kunskapsomfattning
Regionöverspännande effektiv och välresurserad fysioterapi med en verksamhetskärna	En kärna – regional täckning
Mångsidigt fysioterapiutbud anpassat till individuellt utvecklingsskede	Utbudsspecificering
Individcentrerad när- och fjärrfysioterapi enskilt eller tillsammans med andra, med ökad fokusering på äldre	Individcentrering och seniorfokusering
Profylaktiska och förberedande funktionsstimulerande satsningar med eget hälsoansvar som grund	Profylax och eget ansvar
Regionalt och multiprofessionellt samarbete och utredning av befolkningens hälsotillstånd	Multisamarbete och hälsoscreening

Tidskrävande enighetsprocess. Hela förändringstiden pågår många år, det är frågan om att förbereda sig på en långtidsprocess i ett tidsperspektiv sett. Inledningsvis finns svårigheter som sedan övergår till förnöjsamhet. Verksamheten skall ses som en helhet, utan nivåskillnader, utan gränser. Integreringen innebär kulturförändring där attityder spelar in och det krävs tid att lära känna varandra, samtidigt som man behöver berömma både varandra och sig själv. Sammanfattat står kategorin; *Kulturell tidskrävande sammansvetsande organiseringsprocess*, för att förändring är tidskrävande och går via svårigheter till tillfredsställelse, vikten av uppskattning av andra och sig själv skall inte underskattas. Det är en kulturförändring med attitydpåverkan där verksamhetsinnebörden blir ”gränslös fysioterapi”.

Helhetsstrategi. Verksamheten ses som en helhet, inte som primärhälsovård och specialistsjukvård. Gemensamma överenskomna linjer, ramar, kriterier, priser behöver utarbetas med personalen delaktig i planeringsarbetet. Organisering behövs för att få det att fungera på alla plan, veta vad verksamheten skall innehålla, vilka behov som finns att fylla och inte undgå något. Sammanfattat står kategorin; *Utarbetande av verksamhetsstrategi med helhetsperspektiv*, för att beakta verksamhetshelheten på alla plan, skapa gemensamt uppgjorda verksamhetskriterier och klarlägga verksamhetsinnehållet.

Universellt anpassad fysioterapi. Fysioterapiverksamheten är bred, specialområdena många, patienternas problem allt från akuta till kroniska. Satsning behövs på alla områden inom fysioterapin, under hela livstiden, från vaggan till graven. Hela området skall utvecklas med tanke på åldersstrukturen och se till att fysioterapikedjorna, kontinuiteten fungerar. Intervention direkt när behov finns, med specialiserat kunnande, för undvikande av långvarigare besvär. Förebygga, åtgärda tidigt med specialiserad kunskap, stöda snabbt och rätt när det behövs. Sammanfattat står kategorin; *Holistisk fysioterapi i rätt tid och som omspanner behovet under hela människans livscykel*, för att beakta hela livscykeln och utvecklingen med satsning på alla fysioterapiinriktningar, varierande besvär från akuta till kroniska. Se till att fysioterapikedjorna är ”vattentäta” och följ principen för att tidig specialbaserad fysioterapi lönar sig.

Ekonomifördel. Ekonomin måste beaktas och genom gemensam verksamhet är man konkurrenskraftigare vid anskaffningar. Sammanfattat står kategorin; *Ekonomisk fördel*, för att samordnad verksamhet ger ekonomisk vinning.

Fysioterapi i optimal tid. Låg tröskel för att kontakta fysioterapin, som skall vara lättillgänglig. Betydelsefullt att erhålla rehabilitering snabbt, direkt, vilket reducerar fortsatta besvär. Tidig, bra satsning ger friska, fungerande seniorer och åldringar. Direkt access med tidiga interventioner, råd, instruktioner, träning i tidigt skede. Se sambandet i helheten såsom hur en dåligt skött åkomma, såsom axelskada, försvårar, drar ut på besvär och lidande i takt med åldrandet och blir kroniskt. Rikta patienterna snabbare direkt till fysioterapi, fysioterapeuterna har ofta bättre sakkunskap. Sammanfattat står kategorin; *Fysioterapiutnyttjande inom optimalt tidsfönster ger betydande långtidseffekt*, för att

lättillgänglig fysioterapi med tidig intervention är betydelsefull för funktionsförmågan och snabb satsning minskar framtida besvär. Beakta sambandet: dåligt skött i yngre år – utdraget besvär långt i åldrandet. Kunnig fysioterapi direkt - läkarbelastning onödig.

Kunskapsomfattning. Tillräcklig specialkunskap för olika områden skall finnas. Tyngd skall läggas på ökande av specialkunskapen eftersom det förbättrar effektiviteten. Dessutom skall det befintliga kunnandet utnyttjas över hela regionen. Det individuella intresset hos personalen skall tas i beaktande vid utbildning och skapande av specialiseringsgrupper, team för olika fysioterapiområden. En större grupp sporrar till att utveckla kunskap och fördjupa den. Sammanfattat står kategorin; *Fysioterapipersonal med genretäckande specialkunskap*, för att man behöver försäkra sig om att tillräcklig specialkunskap existerar inom de många fysioterapigrenarna och att den utnyttjas regionalt. Möjlighet till önskad specialisering och teambildning som täcker de olika inriktningarna.

En kärna – regional täckning. En verksamhetskärna skall finnas i regionen samt lokalt placerade verksamhetspunkter. Arbetstagaren behöver en fast punkt. Verksamheten skall rätt så långt hållas på samma ställe med beaktande av apparatur, utrustning och redskap. Både utrustning och specialkunnande inverkar på var fysioterapin förverkligas. Att personalen reser tar mycket tid, därför behövs också nytänkande till exempel anordnande av servicebussar. Å andra sidan är flexibilitet viktig, personalen är inte lika bunden till en plats, man kan erhålla fysioterapi på olika ställen såsom på sjukhus, mottagningar, skolor, daghem, i festsalar. Träning bör också kunna fås i den miljö som man behöver färdigheten. Resurser behövs till alla verksamhetsområden samtidigt, man skall undgå att missa något för att det är trend på något visst. Sammanfattat står kategorin; *Regionöverspännande effektiv och välresurserad fysioterapi med en verksamhetskärna*, för en regional verksamhetskärna samt lokala servicepunkter. Resursering över hela regionen och varierande ställen för fysioterapins förverkligande. Resande är tidskrävande och alternativa lösningar behövs. Befintlig sakkunskap och utrustning utnyttjas på det ställe där de finns.

Utbudsspecificering. De olika utvecklingsskedena i livet beaktas, lämplig träning under hela fysioterapi-behovslinjen skall väljas och ordnas. Förverkligande individuellt och i grupp, information, råd, instruktioner, handledning ges och medicinska hjälpmedel överläts. Aktivering både virtuellt och till olika fysiska ställen, även hemma då behovet gäller

att klara sig i hemmiljö. Sammanfattat står kategorin; *Mångsidigt fysioterapiutbud anpassat till individuellt utvecklingsskede*, för att behövlig träning anordnas i alla individuella utvecklingsskeden. Via många olika kanaler och platser ett brett utbud av fysioterapi.

Individcentrering och seniorfokusering. Förverkligande enligt individuellt behov, såsom individuell behandling och i grupp med andra. Dessutom finns behov av funktionscreeningar och en ökning av gruppverksamhet, inom vilken även ges information och fakta med tillhörande uppföljning. Uppmuntran till egen aktivitet och informations-spridning om verksamhet som tredje sektorn såsom föreningar anordnar. Utvecklingsprojektet av virtuellt sjukhus framskrider i bra tempo, är användbart i alla skeden och möjligheterna med det skall utnyttjas. Det omfattar både förebyggande, virtuell mottagning och kontaktmöjlighet samt utgör ett komplement i varje rehabiliteringsskede. Därtill finns stort behov att utveckla fysioterapin som helhet för äldre personer, även i form av hembesök. Sammanfattat står kategorin; *Individcentrerad när- och fjärrfysioterapi enskilt eller tillsammans med andra, med ökad fokusering på äldre*, för mångfacetterad fysioterapi individuellt och i grupp med poängterande av eget aktivitetsinitiativ och givande av sektoröverskridande information. Satsa på utveckling av virtuellt sjukhus för komplementär användning i alla skeden. Dessutom helhetsutveckling av fysioterapin för äldre personer.

Profylax och eget ansvar. Viktigt att uppehålla funktionsförmågan genom förebyggande satsningar för att bibehålla befolkningens ”funktionsduglighet”. Förutom patientens eget ansvar för att sköta sig själv så är även de anhörigas och närståendes ansvar betydelsefullt. Träning bör förverkligas redan på förhand, till exempel före kommande operation, då är man i bättre vigör efteråt och har lättare att komma igång. Sammanfattat står kategorin; *Profylaktiska och förberedande funktionsstimulerande satsningar med eget hälsoansvar som grund*, för vikten av satsning på preventivt arbete och uppehållande av funktionsförmågan. Lyfta fram det egna ansvaret för sin hälsa samt utförande av förberedande träning som underlättar återhämtningen.

Multisamarbete och hälsoscreening. Utbildning och handledning av övrig personal till exempel i förflyttningsteknik, användning av hjälpmedel och genomföra funktions-screeningar. Använd vid hälsoundersökningar överenskomna funktionstest och övriga

test som fysioterapipersonal eller annan hälsovårdspersonal kan använda sig av. Ta itu med behov redan tidigt i utvecklingen. Utarbeta, med tanke på den äldre befolkningen, test som hemvården kan utföra såsom screening för att förebygga funktionsnedgång och samtidigt minska risker. Sätta in preventiv träning för att klara sig självständigt och leva ett aktivt liv. För närvarande blir befolkningen som är i övre tonåren och i arbetande ålder utanför trots att en del har arbetsplatshälsovård. Det finns oklarheter och skäl till bättre förebyggande. Sammanfattat står kategorin; *Regionalt och multiprofessionellt samarbete och utredning av befolkningens hälsotillstånd*, för handledning av övrig hälso- och sjukvårdspersonal. Utarbeta och ta i bruk allmänna funktionsscreeningar och hälsoundersökningar hos befolkningen. Notera och lyfta upp uteblivna befolkningsgrupper.

6.2.3.3 Sammanfattning av faktorer att beakta vid verksamhetsutformningen

Enkätens påstående om att en integrerad fysioterapiverksamhet skall utformas utgående från kundernas och patienternas behov fick liknande svar av primärvårds- och specialsjukvårdspersonal, men däremot delade påståendet om att det finns behov att förnya servicesystemet eftersom efterfrågan på hälsovårdsservice antas öka, deltagarnas åsikter, till och med till signifikant grad.

På basen av kategorierna för personalens åsikter om faktorer att beakta vid verksamhetsutformningen skapades begreppen tidskrävande enighetsprocess, helhetsstrategi, universellt anpassad fysioterapi, ekonomifördel, fysioterapi i optimal tid, kunskapsomfattning, en kärna – regional täckning, utbudsspecificering, individcentrering och seniorfokusering, profylax och eget ansvar samt multisamarbete och hälsoscreening (se tabell 15).

6.2.4 Sammanfattning om verksamhetsutformningen vid en integrering

Enkäten och temaintervjuerna baserade sig på bakgrundsteorin, tidigare forskning och utvecklingsarbeten inom ämnet. I resultaten från denna studie kan flera återkopplingar göras till tidigare teori och tas upp i diskussionen. Signifikanta skillnader, vid jämförelse av svar givna av personal inom primärhälsovård och specialistsjukvård, kom inte fram inom övriga påståenden än det som handlade om behovet av att förnya servicesystemet på grund av förutspådd ökad efterfrågan på hälsovårdsservice. I fråga om det påståendet var avvikelser signifikant (se 6.2.3.1). Deltagarna såg nytta med direkt access till fysioterapi,

ansåg att fysioterapin skall grunda sig på kundernas och patienternas behov och var överlag positivt inställda till att delta i utvecklingsprojekt som inverkar på det egna arbetet.

Personalen ansåg att direkt access, som redan delvis är i bruk har en positiv effekt både på patienterna och själva verksamheten och att det leder till en ökning i invånarnas ansvar, att friskvården tilltar, samtidigt som samarbetet och smidigheten ökar. Det konstaterades finnas en osäkerhet gällande risk för att stora patientströmmar kunde belasta och ett förpliktande till ökad specifik kunskap. Däremot ansågs remissfrihet vara positivt för brukarna som har möjlighet att direkt erhålla specialkunnande, samt att det även är lyckat med tanke på minskade helhetskostnader. Personalens delaktighet i verksamhetsplaneringen ökar motivationen, acceptansen och förbindandet till förändring. Öppenhet och diskussion gynnar både arbetskulturen och medarbetarskapet inom organisationen. Förändringar inger rädsla och skall beredas tid att genomföra, förnyelser behöver mogna, men framom samtligas aktiva planeringsdeltagande föredras mindre, effektiva grupper, som representerar personalen.

En förändrande integreringsprocess är tidskrävande, den skall beakta helheten och utarbetande av gemensam verksamhetsstrategi behövs. Fysioterapin anpassas till individuella behov och förverkligas med specialkunnande i fråga om besvär och problem, ålder och livssituation. Ett holistiskt fysioterapigrepp behövs som sträcker sig från preventiv och proaktiv, till akut och fortsatt fysioterapi, samt vidare till att omspanna fortsatt autonom rehabiliterande och konditionsfrämjande träning. För kontakt till fysioterapin skall principen om låg tröskel fungera med bra tillgänglighet och tidiga, effektiva satsningar för reducering av långtgående besvär. Tillräcklig specialkunskap skall existera inom de olika fysioterapigrenarna och utnyttjas över hela regionen. En större grupp sporrar till kunskapsutveckling och -fördjupning, samtidigt som teammedlemmarna kan vikariera varandra. Verksamheten skall företrädesvis hållas till en verksamhetskärna med lokalt placerade verksamhetspunkter, samt även rehabilitering i hemmiljö och på övriga tillgängliga punkter i enlighet med utvärderat behov. I funktionsfrämjande syfte förespråkas ett brett befolknings- och samarbetsperspektiv.

6.3 Integreringsgenomförbarhet och verksamhetsutformning

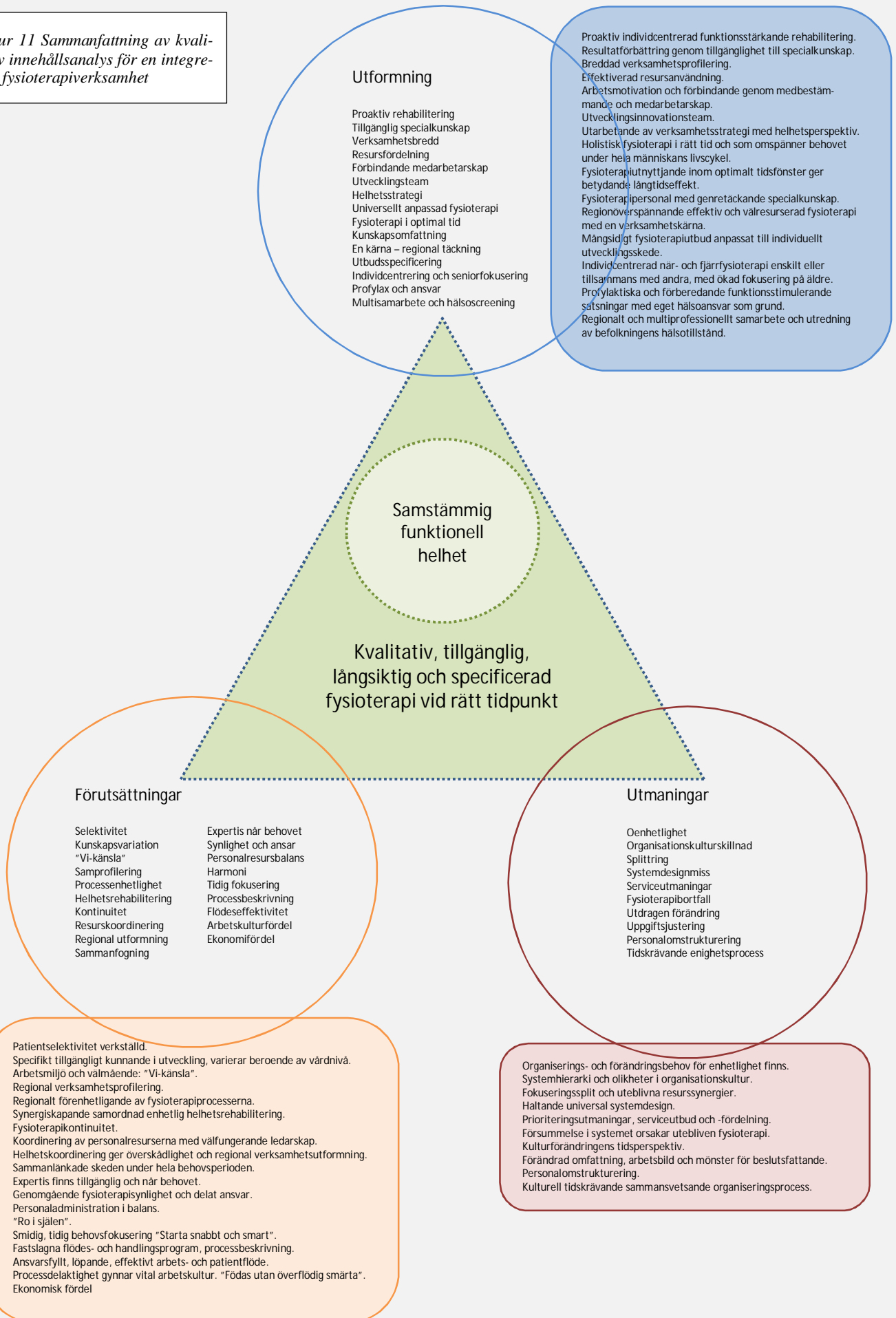
6.3.1 Sammanfattning av frekvensanalys

Resultaten från den kvantitativa fasen och frekvensanalysen visade att personalen huvudsakligen var positivt inställd och resultaten vid jämförelse mellan primärvårds- och specialistsjukvårdspersonal, sammanlagt tre organisationer, var till största delen sammanfallande. Signifikanta skillnader fanns i personalens åsikter gällande behovet av förnyande av servicesystemet speciellt för att trygga servicen för den åldrande befolkningen där samtliga anställda inom primärvården gav jakande svar, endast cirka en tredjedel av specialistsjukvårdspersonalen svarade jakande medan de övriga varken tog ställning för eller emot. Signifikant skillnad, om än mindre än i föregående fall, framkom i fråga om behovet att förnya servicesystemet eftersom efterfrågan på hälsovårdsservice antas öka, på vilket närapå alla inom primärvården svarade positivt medan en knapp tredjedel inom specialistsjukvården svarade positivt och de övriga var neutralt inställda eller avstod från bedömning.

6.3.2 Sammanfattning av kvalitativ innehållsanalys

Resultaten från den kvalitativa fasen, den kvalitativa innehållsanalysen är som helhet presenterade i figur 11. De som svarar på forskningsfrågan, om en integrering av fysioterapiverksamheterna är genomförbar står under rubrikerna **Förutsättningar** och **Utmaningar** och de som svarar på forskningsfrågan hur fysioterapiverksamheten skall utformas står under rubriken **Utformning**. Kategorierna presenteras i de färgade rektanglarna och begreppen i cirklarna. Förutsättningarna, utmaningarna och utformningen bildar triangelns hörn och utgör domäner i helheten. I triangelns centrum ses huvudkategorin: **Kvalitativ, tillgänglig, långsiktig och specificerad fysioterapi vid rätt tidpunkt** samt motsvarande huvudbegrepp: **Samstämmig funktionell helhet**. Samtliga kategorier och begrepp är presenterade tidigare i studiens resultatavsnitt och utgår från koderna och de kondenserade meningsenheterna som i sin tur grundar sig på meningsenheterna från de transkriberade temaintervjuerna. Temaintervjuerna i fokusgrupperna följer upplagda teman och är i sin tur påbyggda och fördjupade utgående från enkäten vars påståenden utarbetats på basen av tidigare forskning och utvecklingsarbeten samt litteratur.

Figur 11 Sammanfattning av kvalitativ innehållsanalys för en integrerad fysioterapiverksamhet



Ur den i figur 11 illustrerade sammanfattningen kan man utläsa personalens åsikter om vilka förutsättningar och utmaningar som är sammanlänkade med ett utvecklingsarbete som innefattar en integrering av fysioterapiverksamheten samt, som tredje helhet hur verksamheten skall utformas och vilka faktorer som i det sammanhanget skall beaktas.

Huvudkategorin; *Kvalitativ, tillgänglig, långsiktig och specificerad fysioterapi vid rätt tidpunkt*, i triangelns mitt har formats ur det samlade innehållet i svars materialet och baserar sig på manifest data, det som personalen lyft fram, men innehåller även i någon mån latent data och är en produkt av konkreta utsagor med viss grad av tolkning av materialet. Huvudkategorin kan även ses som en målsättning i den regionala fysioterapiverksamheten och handlar om det samlande huvudbegreppet; *Samstämmig funktionell helhet*. Det avser att allt är överensstämmande, fysioterapin utgående från individens behov, inbegripet det egna ansvaret och närståendes. Vidare innehåller det bättre individuell och regional tillgänglighet, mera långsiktig rehabilitering, bättre hälsa och funktionsförmåga samt mindre lidande. Här inbegrips även bättre resursutnyttjande vilket är gynnsamt både för kunderna, patienterna och övriga invånare, liksom snabbhet i åtgärdande av problem, kontinuitet i fysioterapin, kunskapsutveckling och personalens delaktighet. Rätt kunskap, rätt expertresurs, rätt tidpunkt och rätt plats utgör alla i varierande mån grundläggande utmaningar och förutsättningar för att lyckas skapa en optimal integrerad fysioterapiverksamhet i samklang med resultaten baserade på personalens perspektiv.

6.3.3 Flerdimensionell sammanfattning

Genomförbarheten av en integrering och utformningen av fysioterapiverksamheten innehåller aspekter i flera dimensioner, vilket är sammanfattat i kärnbegreppet; *Flerdimensionell funktionell samstämmighet* (se figur 12). *Den vertikala dimensionen* står för fysioterapi under hela behovslinjen, både i förhållande till befolkningens, klienternas och patienternas behov under hela sin livstid, med alla varierande besvär, samt för kontinuitet genom hela fysioterapikedjan utan hälso- och sjukvårdens nivåskillnader. *Den horisontala dimensionen* står för gemensam organisering, gemensamma processer och riktlinjer, utrymmen och utrustning samt en verksamhetskärna med lokala serviceställen, den

gemensamma grunden i en integrerad verksamhet. *Den sagittala dimensionen*, genomstrålar de andra och står för den fysioterapeutiska substansen, kunskapen och färdigheterna, specialkunnandet inom fysioterapins många delområden, utvecklingen och för tillgängligheten till den, för var och en i befolkningen enligt individuella behov inom hela regionen. Alla delarna samverkar och har sin oundgängliga plats i en välfungerande helhet.



Figur 12. Illustrering av kärnbegreppet; Flerdimensionell funktionell samstämmighet. Vertikal, horisontal och sagittal dimension.

Flerdimensionell funktionell samstämmighet. Helheten, som inbegriper alla delar i en regional integrerad fysioterapiverksamhet är sammanflätad i kärnbegreppet som skapats utgående från personalens situationsbedömning och syn på fysioterapikontinuitetsinverkan av en integrering, dess verksamhetsvision samt syn på direkt access till fysioterapi, på personalens delaktighet i verksamhetsplaneringen samt på faktorer att beakta vid utformningen av en integrerad fysioterapiverksamhet inom den offentliga sektorn i västra Nyland.

7 DISKUSSION

Samarbetet mellan kommunerna och specialsjukvården skall utökas och som ett förberedande arbete inför kommande inverkan av ny social- och hälsovårdslag har Västra Nylands sjukvårdsområde begärt en utredning angående samordning av specialsjukvårdens och primärhälsovårdens fysioterapiverksamheter. Strävan genom denna studie har varit att på basen av personalen åsikter klargöra om en fysioterapiintegrering mellan de tre organisationerna: specialsjukvårdens Västra Nylands sjukvårdsområde, Raseborgs primärhälsovård och Hangö primärhälsovård är genomförbar och hur verksamheten skall utformas. För att i detta hänseende erhålla mångsidig kunskap har forskningens huvudfrågor om genomförbarhet och utformning, utökats med underfrågor. Då det gällde genomförbarheten bestod de av; fysioterapikontinuitet, åsiktsavvikelser mellan specialsjukvårds- och primärhälsovårdspersonal samt situationsbedömning. I fråga om utformningen; direkt access till fysioterapi, personalens delaktighet i utvecklingsarbete samt faktorer att beakta vid själva utformningen.

7.1 Resultatdiskussion

En integrering av fysioterapiverksamheterna kan anses genomförbar men förverkligandet av processen är enligt resultaten sammankopplat till ett flertal förutsättningar och utmaningar. Även i utformningen av verksamheten behöver man beakta flera faktorer vilket är presenterat i sammanfattningen av resultaten för genomförbarhet och verksamhetsutformning (6.3) och illustrerat i figur 11. En utförligare beskrivning av innehållet finns i den delområdesvisa resultatpresentationen. Varje del har byggts upp baserat på personalens svarsmaterial, först via enkäten och därpå via temaintervjuerna i fokusgrupper. Förutsättningarna, utmaningarna och utformningsfaktorerna är belägna inom olika dimensioner av verksamhetsfunktionerna. Helheten i en integrerad fysioterapisverksamhet är flerdimensionell (figur 12); den vertikala dimensionen står för kontinuitet genom tid och rum oavsett skede i livet eller sjukdomsförlopp; den horisontala dimensionen, står för de grundläggande strategierna, riktlinjerna och konstruktionerna i verksamheten samt resurserna i fråga om personal, utrymmen och utrustning; den sagittala dimensionen genomstrålar de två andra och utgörs av den fysioterapeutiska substansen, specialkunnandet och tillgängligheten av det för att motsvara behovet.

Förutsättningar för genomförbarheten är processenhetlighet, regional samprofilering och verksamhetsutformning, koordinering av personalresurserna med välfungerande ledarskap, sammanlänkade skeden, tillgänglig expertis, tidig behovsfokusering och effektivt arbets- och patientflöde. Genomförbarheten innehåller även många utmaningar, såsom prioritering, serviceutbud och -fördelning, förändrad omfattning, arbetsbild och beslutsfattande, personalomstrukturering och en tidskrävande kulturell enighetsprocess. Vid utformningen skall beaktas en breddad verksamhetsprofilering, effektiverad resursanvändning, arbetsmotivation och medarbetarskap, team med genretäckande specialkunskap, regionöverspännande välresurserad fysioterapi med en verksamhetskärna, mångsidig fysioterapi anpassad till individuellt utvecklingsskede, individcentrerad när- och fjärrfysioterapi med ökad fokusering på äldre, profylaktiska och förberedande satsningar baserat på eget hälsoansvar samt multiprofessionellt samarbete och hälsoscreening.

Kraven för en lyckad samorganisering är mångfaktoriella i enlighet med resultaten och likaså, är även de krav som skall uppmärksammas vid utformningen av en integrerad fysioterapi, mångfaktoriella. Personalen lyfte fram att en integrering har en mångfaldig inverkan, bland annat kunde fysioterapikontinuiteten förbättras genom att man har ett gemensamt system med överskådlighet, med samma team som rehabiliterar inom hela servicekedjan, inget nivåtänkande, verksamhetshelheten är kontrollerad och funktionerna strukturerade och likvärda, med långvarig planering, samtidigt som hela fysioterapikedjan åskådliggörs. Direkt access till fysioterapi inverkar, enligt personalen, förbättrande genom att man omgående kan erbjuda specifik behandling i alla skeden, men att det även behövs alternativa spår som leder till fysioterapi för att fånga upp behovande. Kliniskt sett behövs balans mellan kompetens – utmaningar och flödes- och handlingsprogram behöver utarbetas. Direkt access ansågs effektivera resursanvändningen, yrkesgruppers kunskande skall utnyttjas där det gör bäst nytta och man skall upphöra med resursödande arbetskraftsanvändning, vidare har konceptet ekonomisk betydelse. Personalens delaktighet i verksamhetsplaneringen sågs som mycket viktig i allt förändringsarbete, upplevelse av utanförskap kan bidra till motstånd och alltför höga krav leda till illamående. Delaktighet är betydelsefull för motivationen och atmosfären, det behövs diskussion, dialog och öppenhet och tid för förnyelser att mogna. Några signifikanta skillnader mellan åsikterna hos primärhälsovårdens och specialistsjukvårdens personal förekom inte. Därmed kan konstateras att samtliga forskningsfrågor kunde besvaras.

Datainsamlingsinstrumenten i denna studie baserade sig på bakgrundsteorin, på tidigare forskning och utvecklingsarbeten som gjorts inom ämnet samt erkänd litteratur. Flera återkopplingar från resultaten i denna studie kan göras till tidigare teori. I fråga om tidigare forskning om kontinuitet har Russel et al. 2012 (3.7.1) kommit fram till att en viktig strategi är att ha samma fysioterapeut under hela behandlingsserien vilket även personalen i denna studie lyft fram som betydelsefullt. Att relation och information är betydelsefulla för patienternas upplevelse av kontinuitet inom rehabiliteringen har konstaterats av Medina-Mirapeix et al 2011, vilket sammanfaller men personalens åsikter. Lindberg har 2003 kunnat konstatera (3.7.1) att samordningsproblem inte alltid handlar om informationsöverföring organisationer emellan, utan även om att personal är separerade från varandra i fråga om tid och rum och att det således är svårt att se konsekvenserna med sitt eget handlande och vad som sker inom följande vårdinstans. I denna studie anses att en integrering kan inverka på fysioterapikontinuiteten så att då verksamheten blir enhetligare möjliggörs helhetskoordinering som ger överskådlighet och regional verksamhetsutformning samtidigt som helhetsfysioterapin kan tryggas. Även enligt Sörbo & Rydenhag 2001 behövs det ett arbetssätt som överskrider klinikgränser så att samarbetet blir som ett nätverk med parallella insatser (3.7.1).

Direkt tillgänglighet till fysioterapi förespråkas av Fysioterapins världsförbund WCPT 2011 (3.7.2) och även i denna studie har personalens syn varit att direkt access har en positiv effekt både på patienterna och själva verksamheten och att det leder till en ökning i invånarnas ansvar och att friskvården tilltar. Ojha et al. 2014 (3.7.2) har i tidigare forskning kommit till att direkt access till fysioterapi är förbunden med förbättrade patientresultat och minskade kostnader och att en ekonomisk satsning på remissfri tillgång till fysioterapi minskar kostnader samt stimulerar och uppmuntrar till optimala patientresultat, även Bury & Stokes har 2013 konstaterat klinisk effektivitet och kostnadseffekt vilket även är likartat med personalåsikter här, att direkt access som frigör läkarresurser är ett bra koncept. I denna studie hörde påståendet, om ekonomisk inbesparing till följd av införande av direkt access, till de påståenden i hela det kvantitativa materialet som innehöll mest varierande svar och inom direkt access-området det som hade mest olika svar, vilket kan avläsas ur diagrammet (6.1.3) samt bilaga 10.

Jette et al. 2006 (3.7.2) har konstaterat att fysioterapeuternas korrekta beslutsprocent ligger vid 79 – 88% beroende på sjukdomstillstånd. I denna undersökning har personalen ansett införande av direkt access som effektiviserad resursanvändning och att anlita läkare många gånger är överflödigt, eftersom fysioterapeuterna ofta besitter bättre kunskaper. Riktlinjer behövs för hur processen skall fortlöpa och alternativa spår som leder till fysioterapi. Personalen har här framfört en rädsla över stora patientströmmar, att bli överbelastade, medan däremot Scheele et al. 2014 (3.7.2) framhåller att de brukare, som valt direkt access, erhöll färre behandlingar och att inte någon ökning i antalet patienter kunde ses. Det har framkommit att personalen anser att det lönar sig att söka hjälp i god tid innan problemen blir svårare, att vara lyhörd för egna signaler, att fysioterapeuterna kan konstatera om läkare behövs, men att det samtidigt behövs flexibilitet i professionssamarbetet. Från det kan man dra paralleller till Leenrijse et al. som 2008 (3.7.2) har konstaterat att patienter som erhöll direkt tillgång till fysioterapi fick färre behandlingsgångar jämfört med remitterade patienter och att resultaten var positiva, samtidigt som det visade sig att de hade en annorlunda profil än de som remitterats av läkare. Huvudsakligen var personalen positivt inställd till direkt access, främst gällande införande av konceptet i begränsad utsträckning, och de såg flera positiva aspekter med det, se representerande diagram (6.2.1), samt samlade diagram i bilaga 10.

För att bemästra en förändring, är det enligt Stenvall & Virtanen 2012 (3.7.3) viktigt att systematiskt höra personalens åsikter, göra personalen delaktig. I denna studie ansåg deltagarna att personalens delaktighet är viktig i förändringsprocesser för atmosfär, välmående och motivation, att få känna att man blivit hörd. Det behövs diskussion, dialog, personalen är en aktiv aktör i utvecklingsarbetet. Öppenhet och transparens ger positiv arbetskultur. Personalens synpunkter, om att eftersom en förändring inger rädsla med tanke på vad det kan betyda, behövs en längre tids diskussion innan beslut görs, överensstämmer med Stenvall & Virtanens 2012 (3.7.3) påpekande att varje organisationsmedlem på individnivå skall reflektera över vad som håller på att ske, varför förändringen sker och hur den påverkar mig. Trots att utveckling och förändring inte alltid upplevs som behaglig, stärker öppenheten med tiden tankesättet att söka och finna något nytt. Här i studien kom man fram med att ifall man vet varför en förändring sker, så kan man också acceptera den. Har man varit delaktig så blir man också motiverad och kan förbinda sig till den och får man med egna idéer så känns det mera meningsfullt. Stenvall & Virtanen

har också konstaterat att trots att arbetstagarna har idéer, synpunkter och tankar hur organisationernas verksamheter borde utvecklas, så har man sällan i praktiken inom den offentliga sektorn effektivt lyckats utnyttja och förbinda arbetstagarna i utvecklingsarbetet. Ur diagrammen som representerar personalens syn på delaktighetens betydelse (6.2.2) kan man avläsa att personalen har intresse av att delta i förändringsprojekt och att delaktigheten gör att man bättre kan förbinda sig till förändringen.

Gällande faktorer att beakta vid utformningen av en integrerad verksamhet lyfte personalen fram ett flertal gånger tidsfaktorn som inverkar vid en förändring. Processen är tidskrävande och trots att man når tillfredsställelse efteråt så går man igenom svårigheter, det är frågan om en kulturförändring där attityderna påverkar. Även Stenwall & Virtanen 2012 (3.7.3) konstaterar att ledarna, utvecklarna och hela personalen blir tvungna att förflytta sig ut ur sitt eget bekvämlighetsområde och att det ibland dessutom är skäl att förorsaka en känsla av osäkerhet, obehag och en känsla av att man faktiskt strävar efter något nytt. Återkommande i resultatet i denna studie var också vikten av att se verksamheten som en helhet, utan gräns- och nivåtänkande med gemensamt uppgjorda verksamhetskriterier.

7.2 Metoddiskussion

Den valda och använda mixade metoden, med den förklarande sekventiella designen bestod av en inledande kvantitativ fas och en efterföljande kvalitativ fas. Efter kvantitativ och kvalitativ dataanalys integrerades resultaten, i enlighet med designen, med varandra temaområdesvis. Faserna hade olika datainsamlingsinstrument, vilka var länkade till varandra genom temaområdena och bakgrundsteorin. Genom den kombinerande metoden kunde materialinsamlingen ske inom ett brett spektrum och svarsaterialets mängd och djup var avsevärt större än det skulle ha varit vid användning av en metod med endast en fas. Studien, som grundar sig på personalens syn på en samordning av den offentliga sektorns fysioterapiverksamheter i västra Nyland, riktade sig till samtliga anställda i fysioterapipersonalen och även till de tre organisationernas ledande läkare, vilket betydde att åsikterna även av de medicinskt ansvariga kunde erhållas. Det gav en utvidgad delaktighet, samtidigt som läkarna bistods med information och insikt om fysioterapiverksamheten. Genom det deduktiva närmelsesättet, som utgick från tidigare teori och på förhand

valda teman, strävades till att både presentera för personalen aktuella forskningsresultat från den fysioterapeutiska vetenskapsinriktningen, samt till att leda in personalen i temaintervjuens tankesfär.

Använd mixad metod kan även ses som möjliggörande av en process som omspanner hela den sammanlagda svarperioden, vilket på sitt sätt medverkade till en långvarigare reflektering. Då temaintervjuerna förverkligades hade deltagarna redan haft tillfälle att bilda sig en uppfattning om ämnena, efter besvarad enkät som även kunde besvaras anonymt, samt sedan tillsammans i gruppen reflektera vidare och djupare. Det är tänkbart att denna process har föranlett diskussioner och meningsbyten deltagarna emellan vilket kan ha påverkat givna svar. Om det är en styrka eller svaghet är svårt att avgöra men retroaktivt kan man via resultaten anta att det haft en stödande effekt på en eventuell framtida förändring. Det märktes att flera tankar och frågeställningar hade vuxit fram hos personalen efter besvarandet av enkäten och man kunde direkt gå djupare i processen vid intervjutillfällena. Under studiens gång har avsikten genomgående varit att bibehålla öppenhet och transparens, vilket värde även skattats högt både i bakgrundsteorin och i personalens svar.

Valet av en metod bestående av tvåfaser grundade sig på avsikten att i det kvantitativa skedet erbjuda möjlighet för personalen att sätta sig in i vad en integrering av verksamheterna kan bestå av och föra med sig. Vid reflektion efteråt var valet lyckat, och fungerade även i praktiken på det tilltänkta sättet. Tudelningen kan dock ha fört med sig en styrande inverkan på personalåsikterna i intervjuskedet, resultaten kunde ha varit avvikande utan ett första skede. Någon uppenbar negativ inverkan har inte framkommit, däremot gick det att smidigt fortsätta djupare i temaområdena i intervjuerna och man kunde ana att personalen under tiden som förflöt mellan kvantitativt och det kvalitativt skede, bearbetat olika faktorer inom temaområdena.

Deltagarna i undersökningen bestod av den personalen som direkt berörs av en möjlig integrering och innehar autentisk kunskap och erfarenhet om ämnet i fråga. Svarsmaterialet utgjordes av enkätsvaren som analyserades med hjälp av kvantitativa metoder och temaintervjuerna som analyserades via deduktiv kvalitativ innehållsanalys med induktiva

inslag. För erhållande av stark tillförlitlighet/trovärdighet – reliabilitet har forskningsförloppets varje del samt forskningen som helhet, beskrivits noggrant för att presentera för läsaren hur man gått till väga, samt därmed följa principen om öppenhet för analys och erhållande av resultat. I vilken utsträckning resultaten överensstämmer med deltagarnas uppfattning har inte kontrollerats, Enligt Eskola & Suoranta är det däremot inte säkert att trovärdigheten kunde utökas genom att föra tolkningarna till deltagarna för att utvärderas, eftersom deltagarna kan vara förblindade av sin erfarenhet och situation. (Eskola & Suoranta 2014 s. 212) Strävan har varit att allt igenom forskningstexten beskriva det logiska förfarandet samt synliggöra tolkningen genom att beskriva hur materialinsamlingen har skett och hur man därefter har gått till väga. Även detta i enlighet med Eskola & Suorantas påpekande om att materialtolkningen är reliabel när det inte förekommer motsägelser. (Eskola & Suoranta 2014 s. 213)

Enkäten med sammanlagt femtiosex påståenden gav numerisk data samt kvalitativ data på de öppna frågorna. Påståendena grupperades för att motsvara forskningsfrågorna och svarsalternativen ändrades från sex till fyra; de två positiva svarsalternativen och de två negativa alternativen kombinerades sinsemellan med varandra för att erhålla mera komprimerad data. Detta förfarande ändrade lite på svarsvariationen, men förblev likvärdig med tanke på axeln positivt-negativt. Temaintervjumaterialet som transkriberades gav cirka hundra sidor text, varefter meningsenheter registrerades och skrevs ut till cirka trettio textsidor. Meningsenheterna kondenserades på så vis att innebörden bibehölls, varefter kategorier och begrepp skapades. Materialet kan anses tillräckligt. Undersökningen kan upprepas beträffande den kvantitativa fasen, men sannolikt inte den kvalitativa med erhållande av samma resultat. För deltagarna utgjordes det totala tidsperspektivet, för genomförande av de två faserna, av närapå sex veckor, vilket kan anses förhållandevis kort. Så var även avsikten, för att bevara processen levande, så att den mixade metoden formades till en sammanvävd helhet.

Giltighet - validitet avser, enligt Hirsjärvi et al., hur beskrivningen och de därtill kopplade tolkningarna och förklaringarna överensstämmer med varandra, samt hur mätinstrumentet och forskningsmetoden mäter just det som är avsett att mäta. (Hirsjärvi et al. 2008 s. 226-227) Här kan framhållas att mätinstrumenten skapats utgående från tidigare teori, som erhållits via systematiska litteraturstudier, samt relevanta utvecklingsarbeten och

erkänd litteratur inom ämnet i avseende av temaområdena. Mätinstrumenten i vardera fas relaterade till varandra och studien har baserat sig på åsikterna hos den personal som direkt berörs av en integreringsförändring. Enkätens påståenden var dock rätt långa och hade flera komponenter, vilket kan ha lett till misstolkningar och därav påverkat svaren. Kategori- och begreppsbyggandet har följt principerna för kvalitativ innehållsanalys och har tidigare beskrivits i detalj.

Överförbarhet – generaliserbarhet visar i vilken utsträckning resultat från en undersökning ger mening utöver just denna undersökning och oberoende av om ett forskningsprojekt grundar sig på kvantitativa eller kvalitativa ansatser vill man som forskare kunna dra slutsatser utöver de omedelbara insamlade uppgifterna. Överförbarheten avser ifall man kunnat etablera, även i andra sammanhang, användbara beskrivningar, begrepp och förklaringar. (Johannessen & Tuft 2010 s. 125) Forskningsresultaten i denna studie är inte i sin helhet överförbara, men kan till en viss del ge en spegling till motsvarande situation i en liknande kontext. Oklart är om här formade begrepp och beskrivningar är användbara i andra sammanhang än fysioterapeutiska, men dock tänkbart även inom övrig medicinsk rehabilitering.

Forskningen kändes stor, vid, utmanande och ansvarsfylld. Vilket slutresultatet skulle bli var länge oklart. Under arbetets fortskridande blev det alltmera medryckande och i processen skapades både positiv energi och framtidsförhoppningar om en högkvalitativ regionalt gemensam fysioterapiverksamhet. Intressant var att de genuina tankarna och åsikterna hos personalen till största delen var så allmänt överensstämmande, trots att det även förekom skillnader och tvivel. Genom det kunde man förnimma att i takt med att processen fortskred, så har personalen både inom primärhälsovården och specialistsjukvården mognat inför en möjlig kommande förändring, samt ärligt engagerat sig genom att lyfta fram både faktorer av positiv karaktär och aspekter som upplevs tunga, som inger osäkerhet och motstånd. Det föder en tanke om att det funnits tillitsfullhet och trygghet under processens gång för att kunna ta upp även svårare tankar inför en förändring.

Intressant och givande är att kunna konstatera att det finns en stor gemensam vilja och ärlig strävan till att utveckla den regionala fysioterapiverksamheten till en samstämmig funktionell helhet i vår region, där tyngdpunkten ligger relativt balanserat mellan effektiv,

kunnig fysioterapi för invånarnas, klienternas och patienternas bästa, utveckling och ökning av sakkunskapen, delaktighet och förbindandet till arbetet samt därtill att beakta helhetsekonomi i fråga om effektiv resursanvändning, förebygga och åtgärda i god tid med poängterande av individcentrering och det egna hälsoansvaret.

Hur arbetstagaren ser på organisationen kan variera (4.5.3), vilken erfarenhet och roll personen har, vilket skall beaktas vid tolkning av resultat. Då utvecklingen baserar sig på personalens åsikter formas kunskapens väsen, såsom Stenwall & Virtanen skriver ur en erfarenhetsbaserad och autentisk synvinkel. Man skall ge akt på kopplingen och mellan det insamlade materialet och verkligheten inom organisationen, vilket i denna studie kan vara både en fördel och nackdel genom att utföraren av studien är arbetstagare inom specialsjukvårdsorganisationen och därtill förman för den fysioterapipersonal som därifrån deltagit i undersökningen. Analysen har baserat sig på det manifesta materialet samtidigt som man har strävat till att utesluta det latenta innehållet. Genom hela forskningens gång har det funnits en medveten strävan att utesluta en partisk inställning. Eventuellt är ett uteslutande inte helt möjligt vilket kan anses som en svaghet i studien. Samtidigt kan det även vara en fördel med tanke på att det är frågan om ett utvecklingsarbete som utgått från arbetsgivaren, som därmed möjliggjort en utveckling utgående från arbetstagarna och att frågan har varit om en gemensam utvecklingsprocess som i samarbete skall stärka regionens verksamhet för att bättre motsvara befolkningens behov.

Närpå samtliga personer i personalen deltog både i den kvantitativa och den kvalitativa fasen, bortfallet var litet och baserade sig på naturliga, motiverade orsaker. Engagemanget var inledningsvis till en del något trevande, men växte kontinuerligt och utvecklades till aktivt deltagande och gruppdiskussioner mellan, och i stöd av, kolleger i likställd position. Efteråt kan man konstatera att metodvalet av mixad metod gav en brett och djupt processlikt förverkligande av forskningen.

Risker som personalen tog upp i fråga om en omstrukturering var eventuella minskade personalresurser i samband med integrering, vilket kan kopplas till hälso- och sjukvårdslagen som säger att kommun, samkommun eller sjukvårdsdistrikt skall tillräckligt många yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården och att sammansättningen skall motsvara verksamhetsbehovet för att främja befolkningens hälsa och välfärd samt hälso- och

sjukvårdstjänster (2). Servicen skall vara högkvalitativ, säker och bedrivs på behörigt sätt samt grunda sig på evidens och god vårdpraxis och vara tillgänglig på samma villkor inom ansvarsområdet (4.7). Samma aspekter är inbegripna i resultaten i denna studie och utgör viktiga grundstenar i utformningen av en integrerad verksamhet.

Att verksamhetsområdet är stort med många delområden och specialkunnande är viktigt för att nå effektivitet och ändamålsenlighet kan man bra förstå med tanke på att fysioterapin utgör en del av den medicinska rehabiliteringen som omfattar rådgivning, handledning, utredning av funktions- och rehabiliteringsbehovet, terapier och övriga rehabiliteringsfrämjande åtgärder, med förbättring och upprättande av funktionsförmågan som mål (4.7). Personalen har väl uppmärksammat och kunnat notera det stora verksamhetsfältet som man inom den offentliga hälso- och sjukvården skall ansvara för och att man i en gemensam helhet har bättre förutsättningar att klara denna uppgift. Det har framkommit att det är frågan om ett tidskrävande utvecklingsarbete med många utmaningar, men även att det kan leda till en bättre belåtenhet både för brukare och utförare, samt till fördel för själva organisationen.

8 SLUTSATSER

Såsom konstaterats kunde samtliga forskningsfrågor besvaras (7.1). Resultat i denna studie ligger parallellt med strategin i HNS med strategiska mål som patientorienterad vård i rätt tid, effektiv och konkurrenskraftig verksamhet samt ett mera utvecklat partnerskap med primärvården (1). Det tangerar den västnyländska åtgärdsplanen om att nuvarande samarbete mellan kommunen och sjukvårdsområdet skall utökas (1) med strävan att främja de regionala samarbetsfunktionerna vid producering av hälsovårdstjänster och servicesamorganisering. Personalen har konstaterat vikten av kvalitativ fysioterapi, med specifikt kunnande i rätt tid och med delat ansvar samt motsvarande det individuella behovet, vilket även finns inbegripet i lagen (2) som säger att verksamheten skall motsvara det medicinskt och hälsovetenskapligt bedömda behovet av välbefinnande och hälsotillstånd. Betydelsen av var och ens personliga ansvar att förebygga försvårade besvär har poängterats i studien vilket har motsvarighet i lagens utsago om förebyggande, botande, lindrande av lidande samt handledning för ökning av patientens engagemang i sin vård och egenvård (2). Lagen tar vidare upp att den medicinska rehabiliteringen skall

bilda en funktionell helhet tillsammans med den behövliga vården (4) och i anslutning till patienternas sjukvård, vilket resultatet i denna studie stöder. Här hänvisas också till vikten av att det mångprofessionella samarbetet fungerar och att det även fortsätter ifall man går in för en integrering. Man kan konstatera att personalen har ett fördjupat kunnande inom vissa områden och att tillgången på kompetent personal och patientinformation är kopplad till organisation. Kollegial handledning kan erhållas vid behov, men synen på ökat avstånd kontra bättre fysioterapi är konfliktfylld. Åsikter framkom om behov att beakta utrymmesdimensioneringen, avstånden och gemenskapen.

En integrering öppnar möjligheter att beakta individuella behov bland befolkningen och erhålla ökad grad av stabilitet, jämlikhet och flexibilitet i verksamheten. Som fördelar med en mindre enhet ansåg personalen att planeringen i en sådan är lättare att styra, att patientströmmarna styrs selektivt och fördelas på ett naturligt sett. Hur man kunde lösa detta även i en större helhet bestående av både primärhälsovård och specialistsjukvård är oklart. Verksamhetsprofileringen borde breddas med en ökning av andelen direkt access, vilket redan fungerar i flera länder. På samma sätt som det centrala målet för fysioterapi är bra funktionsförmåga hos människan, med mångfaktoriell sammansättning där alla delar tillsammans bildar helheten i flera plan, så behöver också fysioterapiverksamheten, för att lyckas, vara mångdimensionell. Genomförbarheten av en integrering är kopplad till många krav, men leder i bästa fall till kontinuerlig utveckling utan stagnation.

Ur svarsmaterialet kunde den samlande huvudkategorin skapas: Kvalitativ, tillgänglig, långsiktig och specificerad fysioterapi vid rätt tidpunkt. Den innehåller förutsättningar, utmaningar och utformningsfaktorer för en integrering av fysioterapiverksamheterna inom den offentliga hälso- och sjukvården (figur 11). Huvudbegreppet som motsvarar det sammanfattas till: Samstämmig funktionell helhet, vilket speglar och abstraherar huvudkategorin. Inom huvudkategorin och huvudbegreppet kan man finna olika skikt och de tre verksamhetsdimensionerna som presenterats: Den vertikala, den horisontala och den sagittala, vilka utgör delarna i kärnbegreppet: Flerdimensionell funktionell samstämmighet.

Vid utformning av fysioterapiverksamheten och för att erhålla en flerdimensionell funktionell helhet är följande fokusering och utveckling att rekommendera: 1. Inriktning på

fysioterapikontinuitet med fortlöpande gränslösa fysioterapikedjor där brukarna erhåller fysioterapi smidigt över hela behovsperioden. Resurserna används då effektivt, informationsflödet fungerar fortgående, ställningstaganden och rehabiliteringsplanering är inom samma helhet. Det är ändamålsenligt för brukare, personal och för helhetsekonomi, ett förfarande som torde gynna alla parter. Möjlighet att erhålla fysioterapi med samma fysioterapeut som under föregående behovsperiod, alternativt erhålla fysioterapi inom det sakkunniga teamet för det aktuella problemområdet. 2. Kombination av direkt access och remissbaserad fysioterapiverksamhet för att öka tillgängligheten. Införande av direkt tillgång till fysioterapi med remissfrihet alltid då det är möjligt samt även remissbaserad, när brukarens hälsotillstånd så kräver eller fysioterapi i annat fall skulle utebli trots befintligt behov. 3. Utnyttja en gemensam verksamhetskärna och lokala serviceställen samt fysioterapi även i hem och på övriga ändamålsenliga punkter. Ändamålsenliga utrymmen och utrustning. 4. Utveckla fysioterapeutiska kompetensteam med koncentrerad erfarenhet och specialkompetens. Förbättrad funktionsförmåga och minskat lidande.

En stärkt profil med tätare samverkan och bredare utnyttjande av fysioterapeutisk sakkunskap för en större del av invånarna är att rekommendera. Låg tröskel till kontakt och ökad tillgänglighet med stöd av lagen att en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården får utgående från sin utbildning, erfarenhet och uppgiftsbeskrivning inleda behandlingen utifrån patientens symtom, den tillgängliga informationen och en bedömning som personen i fråga gör av vårdbehovet (4.6). En central fråga i förändringsarbete är ett bra ledarskap, vilket framkommit både i resultaten och konstateras av Finlands fysioterapeuter, som framhåller att fysioterapeuternas expertis och yrkeskunskande endast kan utvecklas av fysioterapeuterna själva via fysioterapeutisk forskning och vetenskaplig kunskapsbas som grund (4.7).

Resultaten i studien kan tillföra arbetslivet information, insikt och en bättre medvetenhet om mångfalden i innebörden av en integrering sett ur personalperspektiv. Kraven och förväntningarna baserade på personalens åsikter är omfattande för en optimal integrering av fysioterapiverksamheterna. En målmedveten strategi behövs för genomförandet och man bör beakta tidsfaktorn samt vara medveten om att en förändring utgörs av en ständig rörelse. Den kan föda förhoppningar och tillit samtidigt som den skapande processen kan te sig tung. Gemensam är strävan mot bättre hälsa och funktionsförmåga hos befolkningen

kombinerat med välmående och delaktighet. Denna studie har baserat sig på personalens åsikter om en integrering. Den har lämnat flera andra perspektiv obehandlade, som man i vidare forskning kunde lägga fokus på. Forskning om genomförbarhet och utformning av en integrering sett ur brukarnas och arbetsgivarnas perspektiv eller ur en samhällsvetenskaplig och ekonomisk synvinkel, kunde göras i fortsättningen.

Utveckling och förändring kan samtidigt ses som både stärkande och som ökande av osäkerhetskänslan och förmågan att stå ut med det är kombinerat med innovationskapaciteten. Denna studie har erbjudit personalen en möjlighet att stiga ut ur sitt bekvämlighetsområde i visionen om en regional integrerad fysioterapiverksamhet. Förväntan finns att kunna nå en samklang som bär vidare med delaktig personal som förbinder sig till gemensamma verksamhetsprinciper och kontinuerlig utveckling, som formas till en harmonierande helhet på individ-, brukar- och utförarnivå. Samtidigt som personalen är och skall vara mångstämmig med alla olika områden och individuella skillnader, så är det en konst och färdighet att utvecklas till samstämmighet där skilda röster harmonierar i helheten. Det utgör också den bärande grunden för gemensam verksamhetsutveckling i att finna flerdimensionell funktionell samstämmighet.

Personalen var överraskande starkt positivt inställda till en integrering, något som inte var väntat på förhand. Det kunde ha varit nära till hands att ett starkare gränstänkande och uppfattning om bibehållande av eget revir, eftersom verksamheterna traditionellt varit både ideologiskt och organisatoriskt åtskilda. Det verkar som om fysioterapipersonalen inom den offentliga sektorn i västra Nyland i grund och botten känner en gemenskap på ett djupare plan i strävan efter utveckling av välfärds- och hälsoaspekter och organisering av fysioterapin och rehabiliteringen. En gemenskap att bygga vidare på, som framkommer i värderingarna och återspeglar sig som en vilja att utveckla fysioterapiverksamheten tillsammans i andan av förbättrad och fördjupad samverkan.

KÄLLOR

Berney, S., Haines, K., Skinner, E. et Denehy, L. 2012, Safety and Feasibility of an Exercise Prescriptin Approach to Rehabilitation Across the Continuum of Care for Survivors of Critical Illness. *Physical Therapy*, vol. 92 nr. 12, s. 1524-1535. Tillgänglig: <http://ptjournal.apta.org/content/92/12/1524.long>. Hämtad: 30.11.2015.

Bury, Tracy J. & Stokes, Emma K. 2013, Direct access and patient/client self-referral to physiotherapy: a review of contemporary practice within the European Union, *Physiotherapy*, nr.99, s. 285-291. Elsevier Ltd. Tillgänglig: <http://dx.doi.org/10.1016/j.physio.2012.12.011>. Hämtad 11.6.2015.

Bury, Tracy J. & Stokes, Emma K. 2013, A Global View of Direct Access and Patient Self-Referral to Physical Therapy: Implications for the Profession, *Physical Therapy*, nr.4 vol. 93, s. 449-459. Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite. Hämtad 14.12.2015.

Creswell, John W. & Clark, Vicki L. 2011, *Designing and conducting mixed methods research*, 2 uppl., Thousand Oaks, USA: SAGE Publications, Inc., 457 s.

Dawson, Angus & Sim, Julius. 2012, Physical therapy and a public health ethics perspective, *Physical Therapy Reviews*, vol. 17, nr. 3, s. 143-148. Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite. Hämtad 15.12.2015.

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon fysioterapioiden integraation loppuraportti. Fysiatrian yksikön toiminta 1.1.2015. Taloustyöryhmä 12.11.2014. Tillgänglig: [https://webdom.mikkeli.fi/kunnari/internet_mikkeli.nsf/64436ab8f406db5ac225657c0062b8ac/e2d054ac59ae4387c2257dbf0023f649/\\$FILE/Loppuraportti_fysioterapia%20.pdf](https://webdom.mikkeli.fi/kunnari/internet_mikkeli.nsf/64436ab8f406db5ac225657c0062b8ac/e2d054ac59ae4387c2257dbf0023f649/$FILE/Loppuraportti_fysioterapia%20.pdf). Hämtad 9.6.2015.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha. 2014, *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*, 10 uppl., Tammerfors, Vastapaino, 268 s.

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. ”*Palvelujärjestelmän kehittäminen Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystyöryhmässä – EKSOTEALUE*”. Loppuraportti. 2011-2013. Tillgänglig: http://www.eksote.fi/Fi/Eksote/Tutkimus_kehittaminen/Paatyneet_hankkeet/Documents/Eksote-alue%20loppuraportti%20liitteinen.pdf. Hämtad: 9.6.2015.

Etelä-Savon uusi sote-palvelukonsepti – perusterveydenhuollon, sosiaalipalveluiden ja erikoissairaanhoidon integroitu toimintamalli. 2014-2016. Tillgänglig: <https://www.innokyla.fi/web/hanke916482>. Uppdaterad 5.6.2015. Hämtad 9.6.2015.

Finlands fysioterapeutförbund r.f. 2014, *Fysioterapia ammattina, Hyvä fysioterapiakäytäntö.* Tillgänglig: <https://www.suomenfysioterapeutit.fi>. Hämtad 24.6.2015.

Finlands fysioterapeutförbund r.f. 2015, *Fysioterapian johtaminen.* Tillgänglig: <https://www.suomenfysioterapeutit.fi>. Hämtad 24.6.2015.

Finlands kommunförbund r.f. Tillgänglig: <http://www.kommunerna.net/sv/kommuner/sjukvardsdistrikt/Sidor/default.aspx>. Hämtad 6.6.2015.

Forsberg, Christina & Wengström, Yvonne. 2008, *Att göra systematiska litteraturstudier*, 2 uppl., Stockholm, Sverige, Natur och Kultur, 216 s.

Forskningsetiska delegationen. 2012, *God vetenskaplig praxis och handläggning av miss-tankar om avvikelser från den i Finland.* Tillgänglig: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. Hämtad: 11.6.2015.

Forskningsetiska delegationen. 2002, *Etiska principer.* Tillgänglig: <http://www.tenk.fi/sv/etikpr%C3%B6vning-inom-humanvetenskaperna/etiska-principer>. Hämtad 11.6.2015

Graneheim, U.H. & Lundman, B. 2004, Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness, *Nurse Education Today*, vol. 24, nr. 2, s. 105-112. Tillgänglig: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691703001515>. Hämtad: 15.1.2016.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula. 2008, *Tutki ja kirjoita*, uppl. 13-14, Keuruu, Otavan kirjapaino Oy, 448 s.

Holdsworth, Lesley K., Webster, Valerie S. & Rafferty, Daniel. 2012, Defining, Agreeing on, and Testing an International Physical Therapy Core Data Set: Results of a Feasibility Study Involving Seven Countries, *Physical Therapy*, nr.3 vol. 92, s. 378-387. Tillgänglig: <http://ptjournal.apta.org>. Hämtad 15.12.2015.

HNS strategi 2012-2016, HNS – en föregångare. Effektiv vård för patientens bästa. Helsingfors- och Nylands sjukvårdsdistrikt. Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt. Tillgänglig: <http://www.hus.fi/sv/om-hns/Sidor/default.aspx>. Hämtad 9.6.2015.

Hälso- och sjukvårdslagen 30.12.2010/1326, Finlands författningssamling. Beaktats t.o.m. FörFS 731/2015. Tillgänglig: Finlex <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326> s. 29. Hämtad 1.3.2015.

Jette, Diane U., Ardleigh, Kerry, Chandler, Kellie & McShea, Lesley. 2006, Decision-Making Ability of Physical Therapists: Physical Therapy Intervention or Medical Referral, *Physical Therapy*, vol. 86, nr. 12, s. 1619-1629. Tillgänglig: <http://ptjournal.apta.org/content/86/12/1619>. Hämtad: 14.12.2015.

Johannessen, Asbjørn & Tufte, Per Arne. 2010, *Introduktion till samhällsvetenskaplig metod*, uppl. 1:3, Malmö, Liber Ab, 280 s.

Körner, Svante & Wahlgren, Lars. 2015, *Statistiska metoder*, 3:1 uppl., Studentlitteratur AB Lund, 220 s.

Lag om patientens ställning och rättigheter 17.8.1992/785, Finlands författningssamling. Beaktats t.o.m. FörFS 731/2015. Tillgänglig: Finlex <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785> s. 10. Hämtad 26.6.2015.

Lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården 28.6.1994/559, Finlands författningssamling. Beaktats t.o.m. FörFS 731/2015. Tillgänglig: Finlex <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1994/19940559>. s. 33. Hämtad 26.6.2015.

Lammintakanen, Johanna & Rissanen Sari. 2011, Sosiaali- ja terveystoiminta 2020-luvulla. I: Rissanen, S. & Lammintakanen, J., red, *Sosiaali- ja terveystoiminta*, 1 uppl., WSOYpro Oy, 304 s.

Leemrijse, Chantal, Swinkels, Ilse & Veenhof, Cindy. 2008, Direct Access to Physical Therapy in the Netherlands: Results From the First Year in Community -Based Physical Therapy, *Physical Therapy* vol. 88, nr. 8 s. 936-946. Tillgänglig: <http://ptjournal.apta.org>. Hämtad: 14.12.2015.

Lindberg, Kajsa. 2003, Organisering mellan organisationer. Vårdkedja som handlingskedja. GRI-rapport 2003:5. Handelshögskolan vid Göteborgs universitet, s. 1-12. Tillgänglig: https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/3008/1/2003-5_lindberg.pdf. Hämtad 4.9.2015.

Medina-Mirapeix, Francesc, Oliveira-Sousa, Silvana, Sobral-Ferreira, Marta, Del Bano-Aledo, Maria Elena, Escolar-Reina, Pilar, Montilla-Herrador, Joaquina & Collins, Sean M. 2011, Continuity of rehabilitation services in post-acute care from the ambulatory outpatients` perspective: A qualitative study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, vol. 43, s. 58-64. Tillgänglig: <http://www.medicaljournals.se/jrm/content/?doi=10.2340/16501977-0638>. Hämtad 30.10.2015.

Nordeman, Lena, Nilsson, Björn, Möller, Margareta & Gunnarsson, Ronny. 2006, Early Access to Physical Therapy Treatment for Subacute Low Back Pain in Primary Health Care. A Prospective Randomized Clinical Trial. *Clinical Journal of Pain*, vol. 22, nr. 6, s. 505-511. Tillgänglig: <http://ovidsp.tx.ovid.com/sp3.16.0b/ovidweb.cgi?weblink>. Hämtad: 18.9.2015.

Nordeman, Lena. 2011, Direkt access. Sjukgymnasten som första bedömare vid remissfri mottagning, *Fysioterapi* vol.11, s. 34-39. Tillgänglig: http://www.fysioterapi.se/admin/filer/forskning_pagar_fysioterapi%20nr%2010_11.pdf. Hämtad 11.6.2015.

Ojha, Heidi A., Snyder, Rachel S. & Davenport, Todd E. 2014, Direct Access Compared With Referred Physical Therapy Episodes of Care: A Systematic Review. *Physical Therapy*, vol. 94, nr. 1, s.14-30. Tillgänglig: <http://ptjournal.apta.org/content/94/1/14.full>. Hämtad: 14.12.2015.

Okoro, T., Ramawath, A, Howarth, J., Jenkinson, J., Maddison, P., Andrew, J. & Lemmey, A. 2013, What does standard rehabilitation practice after total hip replacement in the UK entail? Results of a mixed methods study, *BMC Musculoskeletal Disorders*, vol.14:91. Tillgänglig: www.biomedcentral.com/1471-2474/14/91. Hämtad 30.10.2015.

Patel, Runa & Davidson, Bo. 2011, *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*, 4:6 uppl., Studentlitteratur AB Lund, 149 s.

Rapport om rehabilitering i västra Nyland 2013. Arbetsgrupp för rehabilitering inom specialsjukvård och primärhälsovård i västra Nyland.

Raseborgs stad. Tillgänglig: <http://www.raseborg.fi>. Hämtad 8.6.2015

Rennstam, Jens & Wäterfors, David. 2011, Att analysera kvalitativt material, I: *Handbok i kvalitativa metoder*, Ahrne, Göran & Svensson, Peter, red., 1 uppl., Liber AB, Malmö, 245 s.

Rose, DK., Schaffer, J. & Conroy, C. 2013, Extending the continuum of care poststroke: creating a partnership to provide a community-based wellness program, *Journal of Neurologic Physical Therapy*, vol.37. Tillgänglig: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23703370>. Hämtad 30.10.2015.

Russell, David, Rosati, Robert J., Andreopoulos, Evie. 2012, Continuity in the Provider of Home-Based Physical Therapy Services and Its Implications for Outcomes of Patients. *Physical Therapy*, vol. 92 nr.2, s. 227-235. Tillgänglig: <http://ptjournal.apta.org/content/92/2/227.long>. Hämtad: 30.10.2015.

Sabini, R., Dijkers, M. & Raghavan, P. 2013, Stroke survivors talk while doing: Development of a therapeutic framework for continued rehabilitation of hand function post stroke in patients' own environment, *J Hand Ther*, vol. 26(2), s. 1-15. Tillgänglig: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3631437/. Hämtad: 30.10.2015.

SBU. 2014, *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok*, 2 uppl., Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering, 185 s. Tillgänglig: www.sbu.se/sv/var_metod/Utvardering-av-metoder-i-halso-och-sjukvarden--En-handbok/. Hämtad 2.11.2015.

Scheele, Jantine, Vijfvinkel, Frank, Rigter, Marijn, Swinkels, Ilse C.S., Bierman-Zeinstra, Sita M.A., Koes, Bart W. et Luijsterburg, Pim A.J. 2014, Direct Access to Physical Therapy for Patients With Low Back Pain in the Netherlands: Prevalence and Predictors, *Physical Therapy*, vol. 94, nr. 3, s. 363-370. Tillgänglig: <http://ptjournal.apta.org/content/early/2013/10/03/ptj.20120330.full.pdf>. Hämtad: 14.12.2016.

Shoemaker, Michael J. 2012, Direct Consumer Access to Physical Therapy in Michigan: Challenges to Policy Adoption, *Physical Therapy*, vol. 92, nr. 2, s. 236-250. Tillgänglig: <http://ptjournal.apta.org/content/92/2/236>. Hämtad: 14.12.2015.

Statistikcentralen. Tillgänglig: <http://www.stat.fi/til/>. Hämtad 8.6.2015

Stenvall, Jari & Virtanen, Petri. 2012, *Sosiaali- ja terveystalvelujen uudistaminen. Kehittämisen mallit, toimintatavat ja periaatteet*. Tietosanoma Oy, Helsingfors, 282 s.

Sörbo, Ann & Rydenhag, Bertil. 2001, Sammanhållen vårdkedja ger bättre prognos vid svår hjärnskada, *Läkartidningen*, nr. 11, vol. 98, s. 1244-1247. Tillgänglig: <http://larkiv.lakartidningen.se/2001/temp/pda22581.pdf>. Hämtad 12.6.2015.

Terveystalvelujen järjestämissuunnitelma 2013-2016. HUS Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue, Hanko, Inkoo, Raasepori.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli. 2013, *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*, 10. uudistettu laitos. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsingfors, 182 s.

Vejde, Olle. 2011, *Statistik med SPSS. IBMSPSS Statistics 19. Grunderna*, 1 uppl., Borlänge, Olle Vejde Förlag, 194 s.

Wand, Benedict, Bird, Christien, McAudley, James, Doré, Caroline, MacDowell & Souza, Lorraine. 2004, Early Intervention for the Management of Acute Low Back Pain, *Spine*, vol. 29, nr. 21, s. 2350-2356. Tillgänglig: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15507794. Hämtad: 18.9.2015.

Webster, Valerie, Holdsworth, Lesley, McFadyen, Angus & Little, Helen. 2008, Self-referral, access and physiotherapy: patients' knowledge and attitudes – results of a national trial, *Physiotherapy*, vol. 94, s. 141-149. Tillgänglig: www.researchgate.net/profile/A_McFayden/publication/222818040. Hämtad: 18.9.2015.

Wikström-Grotell, Camilla et al. 2006, *Fysioterapiasuosituskäsikirja*. Tillgänglig: <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php/materiaalisalkku/hyvae-fysioterapia-kaeytaentoe/fysioterapiasuositukset/170-fysioterapiasuosituskaesikirja/file>. s. 52. Hämtad 24.6.2015.

World Confederation of Physical Therapy. Policy statements. 2011, Tillgänglig: http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/WCPT_Policy_statements_2013.pdf. s. 124. Hämtad 24.6.2015.

BILAGOR

BILAGA 1

Fysioterapikontinuitet. Litteraturstudiens forskningsartiklar. *Inkluderade studier.*

Författare, titel, år	Syfte	Metod och urval	Resultat	Konklusion
1. Okoro, T. et al., What does standard rehabilitation practice after total hip replacement in the UK entail? Results of a mixed methods study, 2013.	Undersöka standard-rehabiliteringen i England efter total endoprotos-operation av höften (TEP-höft) samt fastställa om progressiv resistanssträning utgör en del av standardvården.	Mixed metod-studie. På basen av en fokusgruppintervju med fysioterapeuter, som regelbundet behandlade TEP-höft-patienter, utvecklades en enkät gällande rehabiliteringspraxis. En elektronisk enkät som undersökte ordinerade övningar och rehabiliteringspraxis postoperativt utvecklades och sändes till fysioterapeuter vid sjukhus i England (jan.-maj 2011)	106 svar. Fysioterapeuterna ansåg att de viktigaste musklerna att fokusera på i alla rehabiliteringsfaser var höftabduktorer (62,2), quadriceps (16,9%) och övriga (21%). Ingen konsensus gällande favorisering av typ av övning; belastning, funktionella, i säng/förflyttning/posturala.	Den standardfysioterapeutiska rehabiliteringen varierar, den verkar sällan inkludera progressiv resistanssträning. Detta kan vara en faktor av betydelse för förlängd svag funktionsförmåga hos en del av patienterna.
2. Sabini, R. et al., Stroke survivors talk while doing: Development of a therapeutic framework for continued rehabilitation of hand function post stroke in patients' own environment, 2013.	Efter en hemipares p.g.a. stroke, förblir patienters handfunktion ofta bestående nedsatt. Man känner dåligt till den funktionsmässiga tillfriskningsmekanismen. Patientperspektivet för dessa kommuninvånare med kronisk stroke, beträffande deras begränsade handfunktion och återhämtning, fastställdes i avsikt att utveckla en teoretisk struktur för att förstå tillfrisknandets fortlöpande process.	Kvalitativ studie. Åtta post-stroke-hemiparespatienter intervjuades och videofilmades medan de utförde en uppgift sammansatt av 20 övningar för övre extremitet. Kvalitativ analys gjordes av två undersökare självständigt →fastställande av allmänna tema och utvecklande av uppstigande koncept.	Fyra kärnteman uppstod: 1. Spasticitet kan övervinnas genom aktiv uppgiftsspecifik användning av arm och hand, 2. Användning av den affekterade armen kan faciliteras genom utnyttjande av antigravitationspositioner eller positioner där gravitationen fungerar rörelse-assisterande, 3. Upprepning av specifika komponentövningar i olika situationer, 4. Ett mentalt förhållningssätt att "lossa fokus" kan öka motivationen till användning av armen.	Dessa teman tyder på en terapeutisk struktur för en fortgående rehabilitering av övre extremiteten i egen livs-omgivning för att maximera den funktionsmässiga tillfriskningen en lång tid efter stroke och genererar hypoteser som kan leda till en utveckling av nya terapeutiska protokoll.
3. Medina-Mirapeix, F. et al., Continuity of rehabilitation services in post-acute care from the ambulatory outpatients' perspective: a qualitative study, 2011.	Undersöka ambulerande patienters erfarenheter och uppfattningar i postakuta vårdssammanhang och hur erfarenheterna kan ha lett till upplevda luckor i fortlöpandet av rehabiliteringen.	Kvalitativ studie med modifierad grundad teori som ansats. Data insamlades via nio fokusgrupper. Inspelning, transkribering och tematisk analysering. 57 vuxna i rehabilitering inom öppen vård och som erhållit över 10 fysioterapiggr. för muskuloskeletal besvär/-skador.	Tre huvudteman i kontinuitet: relation (multiprofessionellt rehab.team, och en etablerad utförar-patient relation), information (transfer mellan utförarna och en ackumulerad kunskap om patientens erfarenheter av funktionshinder) och ledning (vårdforts. gällande utförarna, flexibilitet till ändring enligt funktionsförändring och teaminvolvering för pat.samarbete)	Luckor finns i olika typer av kontinuitet i vården i postakut rehab.service i öppen vård. Patienter erfar ofta att rehabiliteringen är osammanhängande eller oenhetlig i ett längre tidsperspektiv.
4. Rusell, D. et al., Continuity in the Provider of Home-Based Physical Therapy Services and Its Implications for Outcomes of Patients, 2012.	Evaluera om graden av utförarkontinuitet i fysioterapi är relaterad till resultat hos en population bestående av patienter som erhöll hälsovård i hemmet.	Retrospektiv observationsstudie. Via ett kliniskt och administrativt register erhöles data om populationen som bestod av vuxna patienter som erhölet fysioterapi vid en hälsovårdsanstalt 2009. Deskriptiva och multivariabla analyser användes för att få fram hur graden av utförarkontinuitet varierade i karakteristika och resultat.	Patienter med lägre grad av utförarkontinuitet hade signifikant högre hospitaliseringsrisk och mindre odds för förbättring i antalet aktivitetsbegränsningar och svårighetsgraden i dessa då man jämför före och efter perioden av vård i hemmet.	Kontinuitet i patient-utförar-relationen är en viktig avgörande faktor för patientresultat.

5. Berney, S., et al., Safety and Feasibility of an Exercise Prescription Approach to Rehabilitation Across the Continuum of Care for Survivors of Critical Illness, 2012.	Avsikten med studien är att beskriva en rehabiliteringsmodell avsedd för överlevare efter en kritisk sjukdom samt att jämföra modellen med lokal standardvård samt rapportera programmets säkerhet och genomförbarhet.	En kohortstudie. En del av en större RCT-studie. 74 deltagare tilldelades randomiserat 5 dagar efter intagning till intensivvårdsavd (IVA), ett fastställt rehabiliteringsprogram med början på IVA och fortsättning på akutvårdsavdelning samt vidare 8 veckor efter utskrivning till öppen vård. Rörelseträningen fastställdes baserat på kvantitativa mätresultat för att få fysiologisk träningsrespons.	Under den akuta sjukhustiden kunde 60% av träningssessionerna förverkligas. De vanligaste träningshindren var patientsäkerheten och -vägran p.g.a. trötthet/utmattning. Data påvisar att patienter mobiliserades oftare och under längre perioder jämfört med standardbehandling. Öppenvårdspatienterna behandlades i liten mån, endast 41% slutförde över 70% av träningsgångerna i öppenvård.	Övningar som påbörjas på IVA och fortsätter vidare till ett öppenvårdsprogram är säkert och genomförbart för dem som överlever en kritisk sjukdom. Ytterligare forskning behövs för att utarbeta modeller som maximerar patienternas delaktighet på ett continuum.
--	--	--	---	--

BILAGA 2. Fysioterapikontinuitet.			
Kvalitetsgranskning av kvalitativa studier	Stu- die	Stu- die	Stu- die
Studie nummer J=Ja / N=Nej	1	2	3
Är designen av studien relevant för att beskriva frågeställningen?	J	J	J
Är urvalskriterier för undersökningsgruppen tydligt beskrivna?	J	J	J
Är undersökningsgruppen lämplig?	J	J	J
Är fältarbetet tydligt beskrivet?	J	J	J
Är data systematiskt samlade?	J	J	J
Är analys och tolkning av resultat diskuterade?	J	N	J
Är resultaten trovärdiga?	J	J	J
Är resultaten pålitliga?	J	J	J
Finns stabilitet och överensstämmelse?	J	J	J
Är resultaten återförda och diskuterade med undersökningsgruppen?	N	N	N
Är de teorier och tolkningar som presenteras baserade på insamlade data?	J	J	J
Kan resultaten återkopplas till den ursprungliga forskningsfrågan?	J	J	J
Har resultaten klinisk relevans?	J	J	J
Diskuteras metodologiska brister och risk för bias?	J	N	J
Håller du med om slutsatserna?	J	J	J
Poäng sammanlagt (Ja svar/ totalt)	14/15	12/15	14/15
Kvalitetsnivå (Hög 11-15, Medel 6-10, Låg 1-5)	H	H	H

Kvalitativa studier. Modifierad ur Forsberg & Wengström. (2008 s. 206-210)

BILAGA 3. Fysioterapikontinuitet.		
Kvalitetsgranskning, observationsstudier	Studie	Studie
Studie nummer J=Ja / N=Nej / O=Okänt / Et=Ej tillämpligt	4	5
Var de observerade grupperna rekryterade på ett tillräckligt likartat sätt?	J	J
Var de jämförda gruppernas sammansättning tillräckligt lika vid studiestart?	J	J
Har korrigerings av obalanser i baslinjevariabler mellan grupper med olika exponering/behandling gjorts på ett adekvat sätt i den statistiska analysen?	J	O
Var villkoren för grupperna under behandlingstiden tillräckligt likartade?	J	Et
Var utfallsmåttet okänsligt för bedömningsbias?	O	O
Var personerna som utvärderade utfallet blindade för studiedeltagarnas exponeringsstatus?	O	J
Var personerna som utvärderade utfallet opartiska?	J	J
Var utfallet definierat på ett lämpligt sätt?	J	J
Mättes utfallet på ett adekvat sätt med standardiserade/definierade mätmetoder?	J	J
Mättes utfallet på ett adekvat sätt med validerade mätmetoder?	O	J
Har variationer i exponering över tid tagits med i analysen?	O	O
Har utfallet mätts vid optimal(a) tidpunkt(er)?	O	J
Var observatörsöverensstämmelsen acceptabel?	J	J
Har studien tillämpat ett lämpligt statistiskt mått för rapporterad effekt/samband?	J	J
Var bortfallet tillfredsställande lågt i förhållande till populationens storlek?	J	N
Var bortfallet lika stort inom grupperna?	O	Et
Var den statistiska hanteringen av bortfallet adekvat?	O	J
Följde studien ett i förväg fastlagt studieprotokoll?	J	J
Mättes biverkningar/komplikationer på ett systematiskt sätt?	Et	J
Föreligger, baserat på författarnas angivna bindningar och jäv, låg eller obefintlig risk att studiens resultat har påverkats av intressekonflikter?	J	J
Föreligger baserat på uppgifter om studiens finansiering, låg eller obefintlig risk att studien har påverkats av en finansiär med ekonomiskt intresse i resultatet?	J	J
Poäng sammanlagt (Ja svar/ totalt)	13/21	15/21
Kvalitetsnivå (Hög 15-21, Medel 8-14, Låg 1-7)	M	H

Observationsstudier. Modifierad ur Mall för kvalitetsgranskning av observationsstudier. (SBU 2015)

Direkt access. Litteraturstudiens forskningsartiklar. *Inkluderade studier.*

Författare, titel, år	Syfte	Metod och urval	Resultat	Konklusion
1. Ojha H.A et al., Direct Access Compared With Referred Physical Therapy Episodes of Care: A Systematic Review, 2014. (Cinahl, PubMed)	Jämföra hälsovårdskostnader och resultat hos patienter då det är fråga om direkt access versus remitterad fysioterapi. Undersökningen gällde patienter med muskuloskeletal skador.	Systematisk litteraturstudie, 4 databaser. Inkluderade studier jämförde data gällande fysioterapi som direkt tillgång med den som remitterades av läkare och undersökte kostnader samt resultat i avseendet nytta eller skada. 1501 artiklar screenades av vilka 8 inkluderades (grad 3 till 4 på CEBM skalan).	Man erhöll statistiskt sett signifikanta och betydelsefulla fynd om att tillfredsställelsen och resultaten var högre samtidigt som besöksgångerna, ordinerad bildtagning och mediciner samt ytterligare övriga besök än fysioterapibesök, var färre hos de grupper som erhöll direkt access jämfört med remitterade episoder. Direkt access är förbunden med förbättrade patientresultat och minskade kostnader.	Direkt access-fysioterapi kan tygla/inskränka hälsovårdskostnader och främja högkvalitativ hälsovård. Ekonomisk satsning på direkt access rekommenderas för att minska hälsovårdskostnader och stimulera/uppmuntra till optimala patientresultat.
2. Shoemaker M. J., Direct Consumer Access to Physical Therapy in Michigan: Challenges to Policy Adoption, 2012. (Cinahl, PubMed)	Trots att brukarna i 45 stater har möjlighet att erhålla fysioterapi som direkt access, utan läkarremiss, kräver Michigan fortfarande läkarremiss. Direkt access kunde vara en potentiell lösning till hindren mot att patienterna erhåller muskuloskeletal vård i rätt tid. Avsikten är att analysera varför försöket att avlägsna ordinationskravet i Michigan inte antogs.	Retrospektiv. Den triangulära ansatsen för att analysera handlingsprogram antogs. I den beaktas, såsom i detta sammanhang behövs, de relevanta aktörerna, processerna och kontexten. Analysen gällde orsaken till att Michigan House Bill 5618 inte antogs. Data källor som inkluderades var ståndpunkter och redogörelser av relevanta berörda parter, myndighetsdokument intressentanalyser och en systematisk litteratursökning.	Multipla datakällor inklusive den systematiska litteratursökningen påvisade att direkt access inte utgör någon risk för allmän säkerhet och kan resultera i bättre resultat i fråga om kostnader och vårdkvalitet. Michigans misslyckande att ta i bruk direkt access 2006 berodde på konflikter i praxis och olika politiska kontexter och processer.	Direkt fysioterapiaccess för brukare framstår som en sund hälsovårdspolitik vilket borde omprövas i Michigans lagstiftning för att lindra produktbristen inom primärvården gällande muskuloskeletal funktionshinder.
3. Bury T.J & Stokes E.K., A Global View of Direct Access and Patient Self-Referral to Physical Therapy: Implications for the Profession, 2013. (Cinahl)	Internationellt förespråkas direkt access, men det har varit okänt i vilken mån det förekommer globalt sett. Avsikten med studien var att kartlägga förekomsten av direkt access till fysioterapi inom WCPT:s medlemsorganisationer inom kontexten för fysioterapi-mottagningar och hälsovårdssystem.	En mixed metodstudie, deskriptiv, med två faser. Ett sampel av WCPT-medlemsorganisationer finslipade undersökningsinstrumentet, varpå en webbaserad undersökning sändes till samtliga medlemsorganisationer. Dataanalys gjordes med användning av deskriptiv statistik och innehållsanalys användes för analysering av öppna svar för temaidentifiering.	Svarsprocenten var 68% (72/106). Direkt access till fysioterapi rapporterades av 58%, prevalensen var större inom privata sektorn. I 69% av länderna utrustade den professionella utbildningen fysioterapeuter för direkt access. Man antog att nationella fysioterapiförbund (89%) och allmänheten (84%) understöder direkt access, men däremot mindre understöd av politiker (35%) och läkare (16%). Fysioterapeuternas möjlighet att bedöma, diagnostisera och remittera vidare patienter till specialister var mera prevalent vid förekomst av direkt access.	Den professionella lagstiftningen, läkarkåren, politiker och politiskt beslutsfattande uppfattas fungera både som hindrande och underlättande faktorer i fråga om direkt access. Bevisen för klinisk och kostnadsmässig effektivitet samt exempen på god praxis ses som vitala resurser vilka kunde delges internationellt. Det professionella ledarskapet har en viktig roll för att underlätta förändring och opinionsbildning.
4. Leemrijse I.C.S. et al., Direct Access to Physical Therapy in the Netherlands. Results From the First	2006 infördes direkt access i Nederländerna. Innan det kunde fysioterapi erhållas endast via läkarremiss. Här undersöks hur många patienter som använder sig av direkt access och fastställa om dessa patienter har en	Kohort-, RTC-studie. Elektronisk hälsovårdsdata från National Information Service for Allied Health Care (LiPZ), ett nätverk som representerar 93 holländska fysioterapeuters arbete på 43	2006 kom 28% av patienterna till fysioterapeut via direkt access. Patienter som inte hade några vidare specifika ryggsproblem, patienter med ospecifika nackbesvär och högre utbildade patienter var i större grad benägna att remittera sig själv	En stor specifik grupp använde sig av självremittering, men det totala antalet patienter som besökte en fysioterapeut förblev lika. Viktigt är att i fortsättningen att utvärdera

Year in Community-Based Physical Therapy, 2008. (Cinahl)	annorlunda profil än remitterade patienter.	privata mottagningar, användes.	till en fysioterapeut än patienter med hälsoproblem som varat mindre än 1 månad. Yngre patienter utnyttjade mera direkt access. Patienter med återkommande besvär remitterade sig själva oftare än de som tidigare hade erhållit fysioterapibehandling. De som valt direkt access fick färre behandlingar. Jämfört med 2005 så sågs ingen ökning i antalet patienter som besökte en fysioterapeut.	konsekvenserna av direkt access, både då det gäller kvalitetsaspekter och kostnadseffektivitet.
5. Jette, D.U., Decision-Making Ability of Physical Therapists: Physical Therapy Intervention or Medical Referral, 2006. (Cinahl)	Motståndare av direkt access till fysioterapi hävdar att fysioterapeuter kan förbise allvarliga medicinska tillstånd. Det behövs mera information för att fastställa fysioterapeuternas förmåga att verka tryggt i direkt access-omgivning. Studien syftar till att beskriva fysioterapeuternas förmåga att göra beslut i hantering av patienter i direkt access-sammanhang.	Kohort-, RTC-studie. 394 medlemmar (Privat praktik sektionen av American Physical Therapy Association / APTA) av ett slumpmässigt sampel på 1000, deltog. En enkät innehöll 12 hypotetiska scenarier. Deltagarna fastställde för varje case om de skulle gå in för intervention utan remiss, intervention och remiss eller remiss före intervention. De procentuellt rätta besluten gällande varje scenariegrupp kalkylerades för varje deltagare och deltagarna klassificerades enligt rätta beslut för 100% eller mindre. Därtill gjordes en logisk regression i tre steg för att fastställa deltagarkarakteristika i relation till beslutskategorierna.	De korrekta besluten var 87% för muskuloskeletala tillstånd, 88% för okritiska tillstånd och 79% för kritiska medicinska tillstånd. Ca 50% av deltagarna gjorde korrekta beslut i alla case inom varje grupp. Odds för att fatta rätta beslut ifall fysioterapeuten hade en ortopedisk specialisering, var 2.23 vid muskuloskeletala tillstånd och 1.89 vid kritiska medicinska tillstånd.	Fysioterapeuter med ortopedisk specialisering var nästan dubbelt så ofta benägna att fatta rätta beslut vid kritiska medicinska och muskuloskeletala tillstånd.
6. Scheele, J. et al., Direct Access to Physical Therapy for Patients With Low Back Pain in the Netherlands: Prevalence and Predictors, 2014. (PubMed)	Direkt access introducerades 2006 i Nederländerna. Studiens syfte var att undersöka prevalensen av direkt access till fysioterapi för patienter med smärta i ländryggen 2006-2009, att undersöka samband mellan accessform (direkt versus remitterad) och patientkarakteristika samt att beskriva svårighetsgraden i ryggåkomman vid inledning och avslutning av behandlingen vid direkt access och remissbaserad fysioterapi.	En tvärsnittsstudie utfördes med användning av erhållen registrerad longitudinal data gällande fysioterapeuter. Datan var från National Information Service for Allied Health Care, ett registreringsnätverk för holländska fysioterapeuter. Accessform (direkt/remissbas.) hade registrerats för varje fysioterapi-period vid ryggsmärta 2006-2009. För att undersöka sambanden mellan accessform och patient-/kliniska-karakteristika användes logistisk regressionsanalys.	Det procentuella antalet behandlingsepisoder som patienterna fick/sökte sig till i form av direkt fysioterapeut access ökade från 28.9% år 2006 till 52.1% år 2009. Kännetecknen som hade samband med direkt access var: medelhög eller högre utbildningsnivå, tidigare fysioterapi, återkommande ryggsmärta, varaktigheten av ryggsmärta <7 dagar och åldern >55 år.	Den procentuella användningen av direkt access-episoder ökade under åren 2006-2009. Kännetecknande för sambandet av accessform var utbildningsnivå, ryggsmärtans varaktighet, tidigare fysioterapibehandling och ålder.

BILAGA 5. Direkt access.			
Kvalitetsgranskning av kvalitativa studier	Stu- die	Stu- die	Stu- die
Studie nummer J=Ja / N=Nej	1	2	3
Är designen av studien relevant för att beskriva frågeställningen?	J	J	J
Är urvalskriterier för undersökningsgruppen tydligt beskrivna?	J	J	J
Är undersökningsgruppen lämplig?	J	J	J
Är fältarbetet tydligt beskrivet?	J	J	J
Är data systematiskt samlade?	J	J	J
Är analys och tolkning av resultat diskuterade?	J	J	J
Är resultaten trovärdiga?	J	J	J
Är resultaten pålitliga?	J	J	J
Finns stabilitet och överensstämmelse?	J	J	J
Är resultaten återförda och diskuterade med undersökningsgruppen?	N	N	N
Är de teorier och tolkningar som presenteras baserade på insamlade data?	J	J	J
Kan resultaten återkopplas till den ursprungliga forskningsfrågan?	J	J	J
Har resultaten klinisk relevans?	J	J	J
Diskuteras metodologiska brister och risk för bias?	J	J	J
Håller du med om slutsatserna?	J	J	J
Poäng sammanlagt (Ja svar/ totalt)	14/15	14/15	14/15
Kvalitetsnivå (Hög 11-15, Medel 6-10, Låg 1-5)	H	H	H

Kvalitativa studier. Modifierad ur Forsberg & Wengström. (2008 s. 206-210)

BILAGA 6. Direkt access.			
Kvalitetsgranskning, observationsstudier	Studie	Studie	Studie
Studie nummer J=Ja / N=Nej / O=Okänt / Et=Ej tillämpligt	4	5	6
Var de observerade grupperna rekryterade på ett tillräckligt likartat sätt?	J	J	J
Var de jämförda gruppernas sammansättning tillräckligt lika vid studiestart?	J	J	Et
Har korrigering av obalanser i baslinjevariabler mellan grupper med olika exponering/behandling gjorts på ett adekvat sätt i den statistiska analysen?	O	O	J
Var villkoren för grupperna under behandlingstiden tillräckligt likartade?	J	J	J
Var utfallsmåttet okänsligt för bedömningsbias?	J	O	J
Var personerna som utvärderade utfallet blindade för studiedeltagarnas exponeringsstatus?	O	O	O
Var personerna som utvärderade utfallet opartiska?	J	J	J
Var utfallet definierat på ett lämpligt sätt?	J	J	J
Mättes utfallet på ett adekvat sätt med standardiserade/definierade mätmetoder?	J	J	J
Mättes utfallet på ett adekvat sätt med validerade mätmetoder?	J	N	J
Har variationer i exponering över tid tagits med i analysen?	J	O	J
Har utfallet mätts vid optimal(a) tidpunkt(er)?	O	J	O
Var observatörsöverensstämmelsen acceptabel?	J	J	J
Har studien tillämpat ett lämpligt statistiskt mått för rapporterad effekt/samband?	J	J	J
Var bortfallet tillfredsställande lågt i förhållande till populationens storlek?	J	J	J
Var bortfallet lika stort inom grupperna?	Et	Et	Et
Var den statistiska hanteringen av bortfallet adekvat?	O	J	J
Följde studien ett i förväg fastlagt studieprotokoll?	J	J	J
Mättes biverkningar/komplikationer på ett systematiskt sätt?	Et	Et	Et
Föreligger, baserat på författarnas angivna bindningar och jäv, låg eller obefintlig risk att studiens resultat har påverkats av intressekonflikter?	J	J	J
Föreligger baserat på uppgifter om studiens finansiering, låg eller obefintlig risk att studien har påverkats av en finansiär med ekonomiskt intresse i resultatet?	J	J	J
Poäng sammanlagt (Ja svar/ totalt)	15/21	14/21	16/21
Kvalitetsnivå (Hög 15-21, Medel 8-14, Låg 1-7)	H	M	H

Observationsstudier. Modifierad ur Mall för kvalitetsgranskning av observationsstudier. (SBU 2015)

Hur skall fysioterapiverksamheten organiseras och förverkligas inom den offentliga sektorn i vår region i framtiden?

Kommunernas och den specialiserade sjukvårdens målsättning att utveckla ett intensivare samarbete inom hälso- och sjukvården i västra Nyland utgör bakgrunden till detta utvecklingsarbete, som är initierat av ledningen för Västra Nylands sjukvårdsområde. Syftet är att utreda möjligheterna till en integrering av den offentliga fysioterapiverksamheten i västra Nyland.

Din medverkan och Dina svar är värdefulla för att klarlägga nuläget och möjligheterna för en utveckling och nyorganisering av verksamheten. Forskningen består av två delar, varav den första delen utgörs av denna enkät (tidsåtgång för ifyllandet uppskattas till cirka 45minuter) och den andra delen av senare efterföljande fokusgruppintervju.

Enkäten är uppdelad i kategorier som behandlar nuvarande verksamhet, en integrering samt innehåll och riktlinjer för verksamheten. Välj det alternativet som passar bäst och svara så ingående som möjligt. Utredningen utförs i samarbete mellan Västra Nylands sjukvårdsområde och yrkeshögskolan Arcada och utgör samtidigt mitt masterarbete.

Inlämna eller sänd vänligen Dina svar senast den 25.2.2016 för att de skall hinna med i behandlingen:

Fysioterapiavdelningen, Kerstin Frondén, Västra Nylands sjukvårdsområde, PB 1020, 10601 EKENÄS eller kerstin.fronden@hus.fi

Närmare uppgifter om utredningen och enkäten kan erhållas av Kerstin Frondén
tfn: 019-224 2257, e-post: kerstin.fronden@hus.fi

Raseborg den 29.1.2016

Med vänlig hälsning

Kerstin Frondén
Fysioterapiavdelningsskötare
HNS, Västra Nylands sjukvårdsområde
Yrkeshögskolan Arcada

Handledare för masterarbetet:
Camilla Wikström-Grotell
HvL, Prorektor, Prefekt
Institutionen för hälsa och välfärd
Yrkeshögskolan Arcada
tfn: 020 7699 421
camilla.wikstrom-grotell@arcada.fi

ENKÄT OM FYSIOTERAPIVERKSAMHETEN INOM

DEN OFFENTLIGA HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN I VÄSTRA NYLAND

Inom hälso- och sjukvården är flera förändringar aktuella. I planeringsarbetet ingår en frågeställning som gäller omorganisering av fysioterapiverksamheten inom den offentliga sektorn i västra Nyland.

Genom denna enkät önskas Dina åsikter och ställningstaganden angående en integrering av primärhälsovårdens och specialistsjukvårdens fysioterapiverksamheter (Raseborgs HVC, Hangö HVC och VNS). Du kan välja mellan att svara elektroniskt eller i pappersform. Du blir tillsänd båda varianterna av enkäten.

Påståendena är uppdelade i kategorier som behandlar nuvarande verksamhet, en integrering samt innehåll och riktlinjer för verksamheten. Välj det alternativet som passar bäst och svara vänligen så ingående som möjligt. Dina synpunkter är viktiga. Genom dem kan du bidra och påverka planeringen av en välfungerande fysioterapiverksamhet i vår region.

Utredningen utförs i samarbete mellan Västra Nylands sjukvårdsområde och yrkeshögskolan Arcada.

A. DELTAGARINFORMATION

1. Namn:
2. Profession:
3. Arbetsgivare:
4. Arbetsuppgifter:

B. ALLMÄNT OM NULÄGET INOM DEN OFFENTLIGA SEKTORN I VÄSTRA NYLAND

5. Jag känner till vilka principer och värderingar som styr fysioterapiverksamheten.
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma
6. Verksamheten baserar sig på god fysioterapipraxis.
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma
7. Personalsammansättningen och -antalet motsvarar fysioterapibehovet för hälso- och sjukvårdstjänster.
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma
8. Patienternas behov av medicinsk rehabilitering beaktas.
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma
9. Invånarna erhåller tillräckligt fysioterapitjänster.
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma

10. Fysioterapeutisk rådgivning erbjuds för att främja barnets sunda utveckling och främja barns och ungas välbefinnande.
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma
11. Fysioterapeutisk rådgivning erbjuds för äldre, för att främja funktionsförmågan, sunda levnadsvanor, välbefinnande och hälsan samt för att förebygga sjukdomar och olyckor.
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma
12. Fysioterapeutisk handledning erbjuds för att förbättra engagemanget i egen rehabilitering och egenvård.
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma
13. Nödvändiga fysioterapeutiska hälsoundersökningar för hälsa och välfärd genomförs.
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma

C. INTEGRERAD (SAMORDNAD) FYSIOTERAPIVERKSAMHET

14. Fysioterapin inom primärvården och specialistsjukvården i västra Nyland borde fungera som en funktionell helhet.
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma
15. En integrerad fysioterapiverksamhet inom primärvården och specialistsjukvården skulle bättre motsvara invånarnas behov.
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma
16. En integrering av fysioterapiverksamheterna förstärker sakkunskapen.
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma
17. Avlägsnande av dubbla verksamheter optimerar personalanvändningen.
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma
18. En integrerad fysioterapiverksamhet kan öka möjligheterna att fungera som en funktionell helhet.
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma
19. En integrerad fysioterapiverksamhet skall utformas utgående från kundernas och patienternas behov.
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma
20. En samordning främjar möjligheten för fysioterapeuterna att se konsekvenserna av sitt eget handlande gällande hela fysioterapiprocessen.
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma
21. En integrering av fysioterapiverksamheterna kan förbättra resultaten.
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma
22. En integrering kan främja fysioterapipersonalens välmående i arbetet.
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma
23. Behovet är stort att bilda en gemensam rehabiliteringsenhet inom vilken olika former av rehabiliteringstjänster erbjuds.
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma

D. FYSIOTERAPIKONTINUITET (OBRUTEN FYSIOTERAPIKEDJA)

24. En integrering gör fysioterapikedjorna smidigare.
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma
25. Det finns ett ömsesidigt beroende emellan olika rehabiliterande organisationer för att erhålla en fungerande fysioterapikedja.
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma
26. Det behövs en satsning på fysioterapikedjans alla skeden, både akutskede och resterande del, för att erhålla bästa resultat och ett bra liv.
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma
27. Det behövs ett arbetssätt som överskrider organisationsgränser, så att samarbetet får utformningen av ett nätverk.
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma
28. Skapandet av en funktionell helhet möjliggör en smidig och snabb fortsatt fysioterapeutisk rehabilitering.
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma
29. Det finns behov att förnya servicesystemet eftersom efterfrågan på hälsovårdsservice antas öka.
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma
30. Det finns behov att förnya servicesystemet speciellt för att trygga servicen för den äldre befolkningen.
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma
31. Fysioterapi i hemmet (hemrehabiliteringen) borde ökas avsevärt.
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma
32. Hemmet är den mest betydande platsen för förverkligande av fysioterapin.
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma

E. DIREKT ACCESS (TILLTRÄDE) TILL FYSIOTERAPI

33. Remissfri fysioterapimottagning avser tidig tillgänglighet till undersökning, bedömning samt individuell behandling. Jag anser att vi allmänt skall gå in för detta.
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma
34. Jag anser att vi endast i en del av patientverksamheten skall gå in för direkt tillgång till fysioterapi.
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma
35. Tidig tillgång till fysioterapibehandling ger bättre resultat.
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma
36. Direkt tillgång till fysioterapi kan öka den kliniska effektiviteten.
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma

37. **Direkt tillgång till fysioterapi kan förbättra kostnadseffekten.**
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma
38. **Remissfri fysioterapimottagning är riskfri.**
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma
39. **Tidpunkten för när fysioterapiinterventionen infaller, påverkar framstegen i fråga om psykosociala faktorer.**
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma
40. **Det är betydelsefullt att inleda fysioterapiinterventionen då motivationen är hög, då patienterna är mera mottagliga för egenvårdsinstruktioner.**
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma
41. **Tidig intervention minskar ett beteende som innefattar rädsla och undvikande, och ger sålunda bättre resultat på lång sikt.**
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma
42. **Behovet av behandlingsgånger är lägre då direkt tillgång till fysioterapi tillämpas, jämfört med behovet av behandlingsgånger för remitterade patienter.**
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma
43. **Det existerar ett behov av valmöjlighet hos invånarna gällande när (i vilket skede) fysioterapi inleds.**
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma
44. **Direkt tillgång till fysioterapi kan leda till ekonomisk inbesparing, eftersom självremitterande patienter lämnar bort läkarbesök.**
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma
45. **Remissfri fysioterapimottagning, dvs. tidig tillgänglighet till undersökning, bedömning samt individuell behandling, ger nöjda patienter.**
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma
46. **Ledarskapet kan underlätta och främja en förändring som gäller ibrukttagande av direkt tillgång till fysioterapi.**
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma

F. DELAKTIGHET I VERKSAMHETSPLANERINGEN

47. **Jag ställer mig positivt till att delta i utvecklingsprojekt, som påverkar arbetstagarnas verksamhet.**
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma
48. **Deltagandet möjliggör att arbetstagarna lättare förbinder sig till förändringen.**
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma
49. **Arbetstagarna har idéer, synpunkter och tankar hur organisationens verksamhet borde förnyas och utvecklas.**
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma
50. **Organisationen lever aldrig i ett tillstånd av stagnation, utan har alltid kapacitet att förverkliga förändringar.**
 Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma

51. Personalen är en aktiv aktör i utvecklingsarbetet och vid förnyandet av organisationen.

Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma

52. Vid utveckling av servicen behövs en synvinkel som sträcker sig till brukarens (användarens) vardag.

Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma

53. Interpersonell högaktning, äkta bemötande och växelverkan återspeglar en harmonisk brukarbaserad verksamhet.

Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma

54. Vår organisationskultur signalerar glädje och tillfredsställelse hos arbetstagarna och patienterna.

Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma

55. Vår gruppgemenskap är en källa till styrka.

Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma

56. Jag understöder tanken på en integrering av fysioterapiverksamheterna inom den offentliga sektorn i västra Nyland.

Instämmer helt/ Instämmer delvis/ Neutral/ Tar delvis avstånd/ Tar helt avstånd/ Kan ej bedöma

G. VERKSAMHETSVISION

57. Så här tänker jag att den offentliga sektorns fysioterapiverksamhet i vår region ser ut om 2 år:

58. Dessutom önskar jag framföra följande:

Ett varmt tack för ditt deltagande!

Kerstin Fronden

Fysioterapiavdelningsskötare vid VNS

019 224 2257, kerstin.fronde@hus.fi

Masterarbete vid yrkeshögskolan Arcada

FOKUSGRUPPINTERVJU OM EN INTEGRERAD FYSIOTERAPIVERKSAMHET INOM DEN OFFENTLIGA SEKTORN I VÄSTRA NYLAND 2016

- A. **INLEDNING.** Fokusgruppintervjuns 5 temaområden innefattar nuläge, inverkan av en verksamhetsintegrering, fysioterapikontinuitet, direkt tillgång till fysioterapi och personalens delaktighet i planeringen. Deltagare är hela personalen som berörs av utvecklingsprojektet, 5-6 personer/grupp, 1 gruppintervjutillfälle /person. Med den besvarade enkäten som bakgrund leds deltagarna via intervjun djupare in i ämnet.

- B. **NULÄGET INOM DEN OFFENTLIGA SEKTORN I VÄSTRA NYLAND. NUVARANDE ORGANISATIONSFORM HAR SEPARATA FYSIOTERAPIVERKSAMHETER INOM PRIMÄRHÄLSOVÅRD OCH SPECIALSJUKVÅRD**

1. Vilka fördelar och nackdelar anser du att nuvarande organisationsform har?

- C. **EN INTEGRERAD FYSIOTERAPIVERKSAMHET AVSER EN GEMENSAM AVDELNING SOM INNEFATTAR BÅDE PRIMÄRHÄLSOVÅRD OCH SPECIALSJUKVÅRD**

2. Vilken inverkan på verksamheten har en integrering?

2.1 Vilka utvecklingsområden finns? Vilka möjligheter?

2.2 Vilka centrala utmaningar finns? Vilka risker eller hot?

- D. **FYSIOTERAPIKONTINUITET (OBRUTNA FYSIOTERAPIKEDJOR)**

3. Vilken betydelse har en integrering för kontinuiteten av fysioterapi (för patienterna, för personalen)?

3.1 Hur skapar vi servicekedjor så att fysioterapin fungerar smidigt utan avbrott från akutskede till det att fysioterapin kan avslutas?

3.2 Hur kan vi utforma den integrerade fysioterapiverksamheten så att den fungerar utgående från patienternas och kundernas behov?

- E. **DIREKT ACCESS (TILLTRÄDE, ÅTKOMST) TILL FYSIOTERAPI**

4. Hur ser ni på genomförbarheten av direkt tillgång inom fysioterapin?

4.1 Hur påverkar det fysioterapiverksamheten (patienterna, kostnaderna)?

4.2 Med hjälp av vilka strategier kan vi införa en verksamhetsprofil som baserar sig på detta? (För beslutsfattandet om profiländring, kvalitativ fysioterapi, utveckling och välmående hos fysioterapipersonalen)

4.3 Vilken kunskap/utbildning och erfarenhet behövs för att svara på befolkningens behov av hälso- och sjukvårdstjänster?

- F. **PERSONALENS DELAKTIGHET I VERKSAMHETSPLANERINGEN**

5. Vilken är betydelsen av att personalen är delaktig i planeringen av en förändring av verksamheten?

5.1 Vad är betydelsefullt ur personalens perspektiv för att kunna förverkliga en integrering?

5.2 Hur påverkar det prestationerna och resultaten?

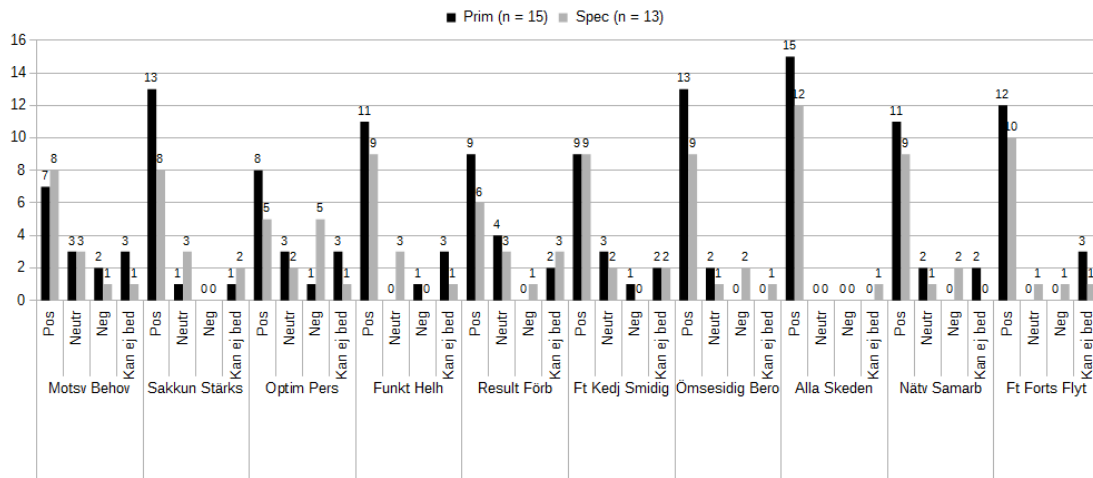
5.3 Vilken betydelse för arbetsklimatet?

5.4 Hur påverkas välmåendet i arbetet?

- G. **ÖVRIGT**

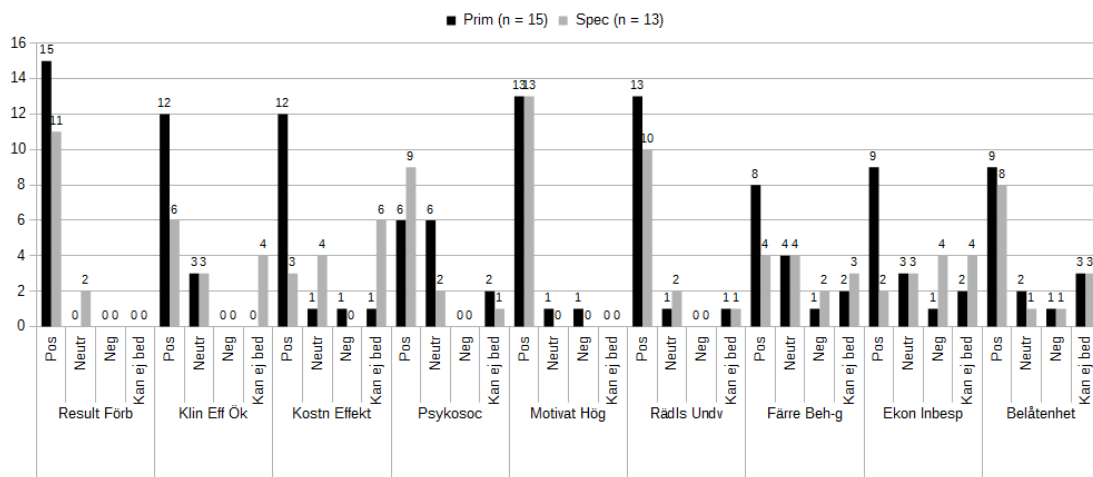
Kerstin Frondén, Masterarbete. HNS, Västra Nylands sjukvårdsområde och Yrkeshögskolan Arcada

1.



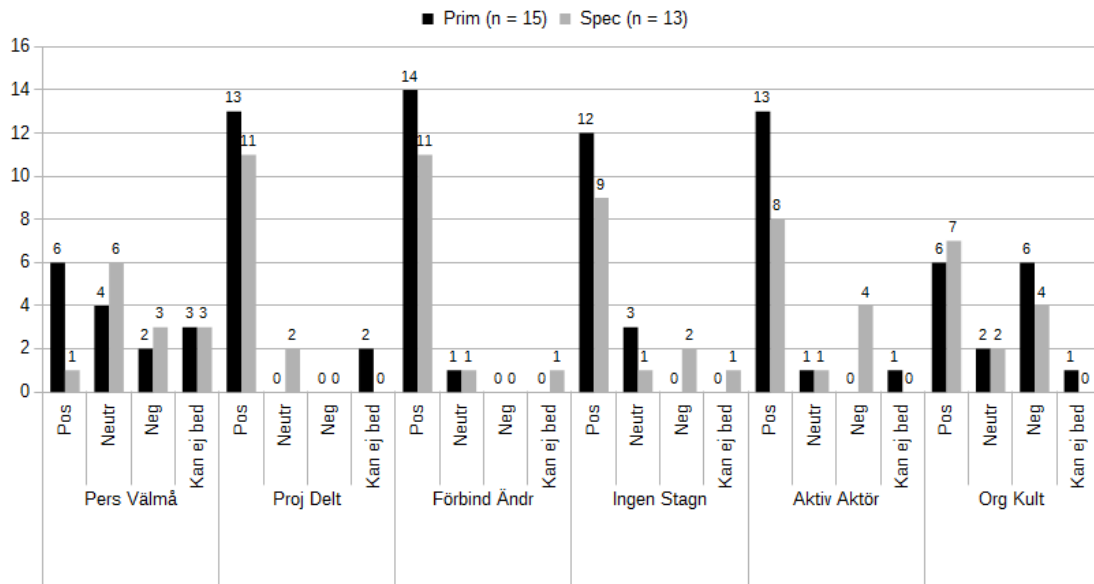
- Inverkan på fysioterapikontinuitet av en integrering
- En integrerad verksamhet inom primärhälsovården och specialistsjukvården skulle bättre motsvarainvånarnas behov (Motsv Behov)
 - En integrering av fysioterapiverksamheterna förstärker sakkunskapen (Sakkun Stärks)
 - Avlägsnande av dubbla verksamheter optimerar personalanvändningen (Optim Pers)
 - En integrerad fysioterapiverksamhet kan öka möjligheterna att fungera som en funktionell helhet (Funkt Helh)
 - En integrering av fysioterapiverksamheterna kan förbättra resultatet (Result Förb)
 - En integrering gör fysioterapikedjorna smidigare (Ft Kedj Smidig)
 - Det finns ett ömsesidigt beroende mellan olika rehabiliterande organisationer för att erhålla en fungerande fysioterapikedja (Ömsesidig Bero)
 - Det behövs en satsning på fysioterapikedjans alla skeden, både akutskede och resterande del, för att erhålla bästa resultat och ett bra liv (Alla Skeden)
 - Det behövs ett arbetsätt som överskrider organisationsgränser, så att samarbetet får utformningen av ett nätverk (Nätv Samarb)
 - Skapandet av en funktionell helhet möjliggör en smidig och snabb fortsatt fysioterapeutisk rehabilitering (Ft Forts Flyt)

2.



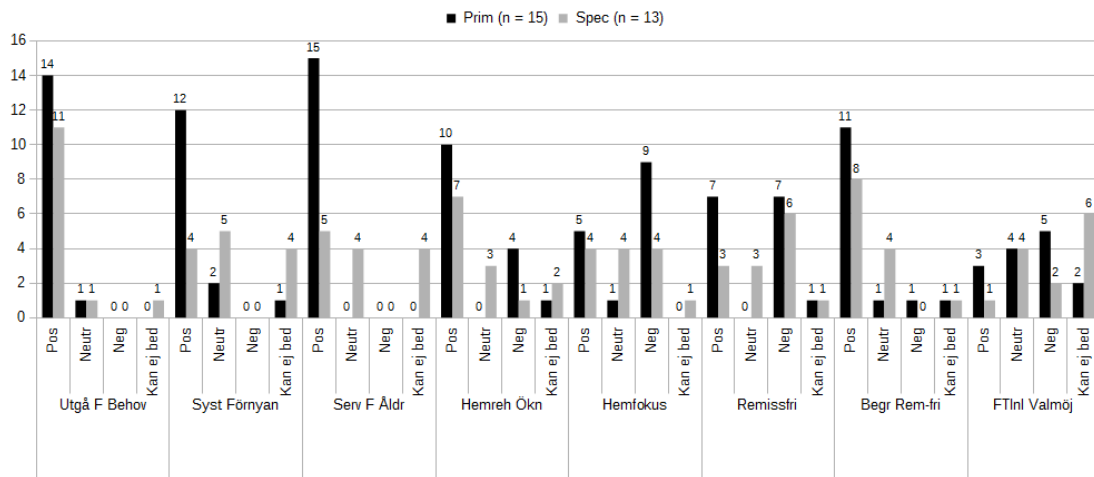
- Direkt access till fysioterapi
- Tidig tillgång till fysioterapibehandling ger bättre resultat (Result Förb)
 - Direkt tillgång till fysioterapi kan öka den kliniska effektiviteten (Klin Eff Ök)
 - Direkt tillgång till fysioterapi kan förbättra kostnadseffekten (Kostn Effekt)
 - Tidpunkten för när fysioterapiinterventionen infaller, påverkar framstegen i fråga om psykosociala faktorer (Psykosoc)
 - Det är betydelsefullt att inleda fysioterapiinterventionen då motivationen är hög, då patienterna är mera mottagliga för egenvårdsinstruktioner (Motivat Hög)
 - Tidig intervention minskar ett beteende som innefattar rädsla och undvikande, och ger sålunda bättre resultat på lång sikt (Rådsl Undv)
 - Behovet av behandlingsgångar är lägre då direkt tillgång till fysioterapi tillämpas, jämfört med behovet av behandlingsgångar för remitterade patienter (Farre beh-g)
 - Direkt tillgång till fysioterapi kan leda till ekonomisk inbesparing, eftersom självremitterande patienter lämnar bort läkarbesök (Ekon Inbesp)
 - Remissfri fysioterapimottagning, dvs. tidig tillgänglighet till undersökning, bedömning samt individuell behandling, ger nöjda patienter (Belåtenhet)

3.



- Vikt av personalens delaktighet i verksamhetsplaneringen
1. En integrering kan främja fysioterapipersonalens välmående i arbetet (Pers Värmå)
 2. Jag ställer mig positivt till att delta i utvecklingsprojekt, som påverkar arbetstagarnas verksamhet (Proj Delt)
 3. Deltagandet möjliggör att arbetstagarna lättare förbinds sig till förändringen (Förbind Ändr)
 4. Organisationen lever aldrig i ett tillstånd av stagnation, utan har alltid kapacitet att förverkliga förändringar (Ingen Stagn)
 5. Personalen är en aktiv aktör i utvecklingsarbetet och vid förnyandet av organisationen (Aktiv Aktör)
 6. Vår organisationskultur signalerar glädje och tillfredsställelse hos arbetstagarna och patienterna (Org Kult)

4.



- Faktorer att beakta vid verksamhetsutformningen
1. En integrerad fysioterapiverksamhet skall utformas utgående från kundernas och patienternas behov (Utgå F Behov)
 2. Det finns behov att förnya servicesystemet eftersom efterfrågan på hälsovårdsservice antas öka (Syst Förnyan)
 3. Det finns behov att förnya servicesystemet speciellt för att trygga servicen för den äldre befolkningen (Serv F Äldr)
 4. Fysioterapi i hemmet (hemrehabilitering) borde ökas avsevärt (Hemreh Ökn)
 5. Hemmet är den mest betydande platsen för förverkligande av fysioterapi (Hemfokus)
 6. Remissfri fysioterapiintagning avser tidig tillgänglighet till undersökning, bedömning samt individuell behandling. Jag anser att vi allmänt skall gå in för detta (Remissfri)
 7. Jag anser att i en del av patientverksamheten skall gå in för direkt tillgång till fysioterapi (Begr Rem-fri)
 8. Det existerar ett behov av valmöjlighet hos invånarna gällande när (i vilket skede) fysioterapi inleds (FTInl Valmøj)

PERSONALENS SITUATIONSBEDÖMNING GÄLLANDE EN VERKSAMHETSINTEGRERING

BILAGA 11

Nuläge, styrkor

Tema	Kondenserade meningssenheter	Koder	Kategorier
Nuläge Styrkor	Rehabiliteringsplaneringen finns inom en mindre enhet. Servicen riktas lätt rätt. Storleken på nuvarande verksamhetsområde är lätt att greppa. Blir randområdena på sidan om? Patientströmmen är selektiv nu, vilket är bra. En viss sorts patienter styrs hit. Det betyder att man är mera beredd. Det är en naturlig fördelning nu, naturliga steg från spec. vidare till prim.	Planeringen i mindre enhet lätt att styra Patientströmmar styrs selektivt, naturlig fördelning	Patient-selektivitet verkställd
	Det är lätt att kontakta fysioterapi inom specialistsjukvården för att få handledning. Samarbetet fungerar i nuläget i viss utsträckning. Man har fördjupad kunskap och insikt, större bredd på en del saker. Man vet personernas individuella kunskande. Bra tillgång på läkare och övrig specialiserad personal inom specialistsjukvården. Tillgången på patientjournaluppgifter är bra. Tvivel. Känsla av konflikt, längre avstånd kontra bättre fysioterapi.	Handledning från fysioterapi inom specialistsjukvården är tillgänglig Fördjupat kunnande inom vissa områden Tillgång på kompetent personal och information finns Ökat avstånd kontra bättre fysioterapi	Specifikt tillgängligt kunnande i utveckling, varierar beroende av vårdnivå
	Utrymmena är dimensionerade för nuvarande verksamhet. Möjligt med arbetsro. Man kan koncentrera sig, man störs inte av andra. Avstånden är inte alltför långa. Närheten är bra nu. Bra gemenskap i arbetsgruppen. Man känner varandra. Lätt att kontakta.	Möjlighet till arbetsro uppfylls, endast små olägenheter / störningar Bra relationer inom arbetsgruppen	Fysikaliskt och psykologiskt arbetsplatsvillmående: "Vi-känsla"

PERSONALENS SITUATIONSBEDÖMNING GÄLLANDE EN VERKSAMHETSINTEGRERING

Nuläge, svagheter

Tema	Kondenserade meningssenheter	Koder	Kategorier
Nuläge Svagheter	Behov finns att hela rehabiliteringen är gemensam, under samma tak. Vi har en liten befolkning och förändringar i befolkningsstrukturen och behovet kommer. Bättre organisering behövs.	Befolkningsstrukturen ändras och påverkar behovet Avsaknad av jämlikhet	Organiserings- och förändrings-behov för enhetlighet finns
	Omöjligt att ge samma service åt alla. (Avstånden) Nu är det på en del ställen lättare att få service än på andra ställen. Störning i informationsgången. Skilda datasystem försvårar, hindrar. Kontaktsvårigheter. Samarbetet svårare.	Försvårad informationsgång	
	Primär- och specialistsjukvård klassas olika. Special- uppskattas mera, klassas som bättre. Vi har olika fokus, vi tänker annorlunda. Alla håller på med fysioterapi, men fungerar olika. Inom spec. och prim. har man olika linjer gällande rehabilitering, var och hur intensivt den skall ske (sända till rehabiliteringsinrättning eller inte) Inte klart var patienterna skall behandlas, det finns inte klara riktlinjer.	Vårdnivåskillnad, klassas olika Avvikande tankevärld, fokus och praxis trots att allt är fysioterapi Klara riktlinjer saknas	Systemhierarki och olikheter i organisations-kultur

forts. Nuläge Svag- heter	<p>Neckdel att vi skall sköta allt, man kan inte rikta sig in på en sak. Splittad arbetsbild. Man skall vara specialiserad på allt.</p> <p>Saknar att kunna fråga sådana som är mera insatta. Skulle behöva mera kunskap om vissa saker.</p> <p>Specialkunskap blir outnyttjad p.g.a. gränserna som finns. Specialkunskandet kunde utnyttjas bättre än nu.</p> <p>Resursutjämningen kunde / borde vara bättre.</p> <p>Sårbart med små enheter med tanke på resursutjämning, vikarier osv. Man vet inte vilka lösningar andra har gjort, som man kunde ha nytta av.</p>	<p>Personalens verksamhetsbild är för bred</p> <p>Erhållande av behövlig specialkunskap saknas</p> <p>Kunskapsdelandet haltar</p> <p>Resursutjämningen är ojämn</p> <p>Små enheter är sårbara och begränsade</p>	<p>Fokuseringsplit och uteblivna resurssynergier</p>
	<p>Patienterna har svårt att gestalta och veta vart dom hör, de har svårt att förstå de olika vårdnivåerna. Uppföljningen och överflyttandet är svårare.</p> <p>Det är tuddelat nu. Det blir avbrott i rehabiliteringen eftersom det är olika organisationer.</p> <p>Kommunala fortskaffningsmedel bristfälligt anpassade för personer med funktionshinder, för användning av hjälpmedel. Servicebusslinjer saknas.</p>	<p>Nivåindelningen försvårar orienteringen för patienterna</p> <p>Avbrott i rehabiliteringsflödet</p> <p>Brister i tillgänglighet gällande kommunala fortskaffningsmedel</p>	

PERSONALENS SITUATIONSBEDÖMNING GÄLLANDE EN VERKSAMHETSINTEGRERING

Integrering, möjligheter

Tema	Kondenserade meningsenheter	Koder	Kategorier
Integrerat Möjligheter	<p>Lika verksamhet på hela området. Bättre jämlikhet. Flexiblere. Mindre sårbarhet. Stora fördelar. Stora möjligheter.</p>	<p>Ökad grad av stabilitet, jämlikhet och flexibilitet i verksamheten</p>	Regional verksamhetsprofilering
	<p>Lokal/Regional effektiv rehabilitering, mångprofessionell, samt språkkunskap, svenska.</p>	<p>Besakta individuella behov bland befolkningen</p>	
	<p>Skapas team med olika specialiteter, arbete inom sin specialitet. Bredare, mera, mångsidigare, djupare kunskap och kunskande. Mera mångprofessionellt inom rehabiliteringen. Bättre kliniskt stöd, sakkunskap delas. Gemensam skolning.</p>	<p>Mångsidig expertis, delad kunskap och kollegialt stöd</p>	Regionalt förenhetligande av fysioterapiprocesserna
	<p>Smidigare och bättre samarbete. Bredare samarbete. Regionalt enande behövs. Regionen är inte så stor.</p>	<p>En enig region i samarbete</p>	
	<p>Större, starkare enhet. Hela rehabiliteringen blir starkare. Genom en integrering ser man helheten. Det är frifigare, vettigt samarbete.</p>	<p>Helhetsorganiserad, starkare rehabiliteringshelhet</p>	Synergiskapande samordnad enhetlig helhetsrehabilitering.
	<p>Helheten kan organiseras bättre. I stället för att det finns många små som inte vet om varandra.</p>	<p>Helheten synliggörs</p>	
	<p>Minskade jourbesök. Förenhetligande av verksamheten; sätten och systemen att arbeta på. Klara riktlinjer.</p>	<p>Patienten riktas genast rätt</p>	
	<p>Energi frigörs när hela regionen har samma system.</p>	<p>Enhetlighet är energiskapande</p>	Fysioterapikontinuitet
<p>Fysioterapikedjan skulle inte bli bruten, kontinuitet. Man vet hur och av vem fysioterapi sköts vidare, det orsakar mindre stress. Man har koll hela vägen, vet hur patienterna klarar sig. Bättre uppföljning. Saker behöver inte falla på sidan om.</p>	<p>Man vet kedjans struktur och patientens situation</p> <p>Kedjan blir inte bruten</p> <p>Man har kontroll</p>		

forts. Integr. möjl.	Man sköter saker tidigare och mångsidigare Individuell bedömning. Bättre fysioterapi för individen.	Effektivare interventioner	Proaktiv individcentrerad funktionsstärkande rehabilitering
	Klienterna klarar sig längre hemma. Rehabiliteringen sträcker sig över en längre tidsperiod. Yngre insjuknade har behov av specialrehabilitering.	Långsiktig behovsrelaterad rehabilitering	
	Förebyggande. Undvika försämring och de problem som följer med. "Rehabilitera före problemen finns".	Förebyggande och uppföljande rehabilitering	Resultatförbättring genom tillgänglighet till specialkunskap
	Specialkunskap utnyttjas bättre på hela området och når flera. Patienten riktas bättre till den som har specialkunskapen.	Specialkunskaperna utnyttjas specificerat och når flera	
	Avlägsnande av gränserna mellan primär- och specialjukvård gör att patienterna bättre når specialkunskaper.	Gränsradering breddar expertisspridningen	
	Mindre rädsla och osäkerhet hos fysioterapeuter, för att man inte har rätt / tillräcklig kunskap om ett visst område. Jämnare fördelning av kunskaper, vilket leder till bättre resultat.	Reducerad kompetensosäkerhet	Koordinering av personalresurserna med värfunderande ledarskap
Om det är bra ledning så försvinner inte vissa människor, fast det är stort. Bra, en chef om vi är under samma tak.	Gemensamt gott ledarskap		
Man kan ha ambulering. Möjlighet att bekanta sig med annat. Cirkulera om man vill.	Ökad rörlighet inom området		
Utvärdering, undersökning, tester osv. skulle inte göras dubbelt.	Dubblering behövs ej, gemensam utveckling istället		

PERSONALENS SITUATIONSBEDÖMNING GÄLLANDE EN VERKSAMHETSINTEGRERING

Integrering, risker

Tema	Kondenserade meningenheter	Koder	Kategorier
Integrerat Risker	En del saker räknas som viktigare. Risk att vissa saker försvinner. Människor "försvinner".	Variation i värdering, osynlighet uppstår	Prioriterings- utmaningar, serviceutbud och - fördelning
	Viss service ges bara på vissa ställen. Om specialkunskapen finns på ett ställe, service ges där för ett större område, så blir det längre väg.	Omstrukturering, ojämn utbudsprofilering	
	Går det så att något område krymper för att man måste följa upp behovet hos befolkningen?	Komprimering av viss verksamhet som följd av nya innehållskrav?	Försummelse i systemet orsakar utebliven fysioterapi
	Läkarna vet inte alltid när de skall / kan ordinera fysioterapi. Möjligt att fysioterapi uteblir, fast det skulle vara till nytta.	Patientens fysioterapibehov verkställs inte?	
	Om det inte är klart vem / vilken fysioterapeut som ansvarar för en patient så kan någon falla igenom systemet / bli oskött.	Bortfall p.g.a. luckor i systemet	
	Svårt i början, olika arbetssätt och olika traditioner. Svårt att stå ett ihop.	Första tiden utmanande	Kultur- förändringens tidsperspektiv
	Det är olika värder.	"Olika värder"	
Bra arbetssätt från vissa enheter kan försvinna.	Förlorad god praxis		

forts. Integr. Risker	<p>Vad betyder det för mig och mitt arbete? Vad betyder det innehållsmässigt för arbetet? Hur formas arbetet?</p> <p>Risk för att man inte har så mycket möjlighet att inverka på innehållet i sitt arbete.</p> <p>Var och av vem görs besluten?</p> <p>Om organisation blir stor, så fungerar den eventuellt inte lika smidigt som nu.</p> <p>Cherens tid går helt åt till att vara chef.</p>	<p>Hur påverkas mitt arbete?</p> <p>Reducerad möjlighet att påverka arbetsinnehållet</p> <p>Öklarheter gällande beslutsfattandet</p> <p>Ökad storlek - mindre smidighet?</p> <p>Vars chef - en heltidsuppgift</p>	<p>Förändrad omfattning, arbetsbild och mönster för beslutsfattande</p>
	<p>Finns det risk för personalminskning? Anses det att man är för många? Resurserna behövs.</p> <p>Hur inverkas arbetsatmosfären och gemenskapsandan om det blir frågan om arbetsplatsen och ersättande?</p>	<p>Minskas personalresurserna?</p> <p>Hur påverkas atmosfären?</p>	

PERSONALENS SYN PÅ VILKEN FYSIOTERAPIKONTINUITETSINVERKAN EN INTEGRERING KAN HA

Tema	Kondenserade meningenheter	Koder	Kategorier
Fysio- terapi- konti- nuitet	<p>En linje, samma organisation, ett system, samma nivå, enhetligare.</p> <p>Patienten hålls inom eget / samma område.</p> <p>Allting sköts från början till slut.</p> <p>Team som (möjlighet till terapeutbyte) sköter från början till slut.</p> <p>Vi sköter allt själva, inga betalningsförbindelser skrivs till privata yrkesutövare.</p>	<p>Likvärdig strukturerad funktion</p> <p>Kontrollerad verksamhetslighet</p> <p>Helhetsfysioterapi tryggas</p> <p>Verksamheten stannar inom egen organisationshet</p>	<p>Helhetskoordinering ger överskådighet och regional verksamhetsutformning</p>
	<p>Kontinuitet, inget uppehåll som orsakar tillbakagång i utvecklingen. Sparar tid och ökad effektivitet nås.</p> <p>Planering och förverkligande gemensamt. Få hela kedjan att fungera (hälsovårdscentral, förhandsinfo, preoperativt, på avdelning, postoperativt/efter avdelningsperiod, rehabilitering efteråt, uppföljning, även virtuellt dvs. hela linjen)</p> <p>Smidigare, snabbare koppla in den specialkunniga som behövs eller bäst lämpar sig för det aktuella problemet.</p> <p>Mångsidig beredskap dit som patienten flyttas, tills fysioterapi inte längre behövs.</p> <p>Ökat samarbete, så man vet fysioterapiedjorna och hur de fungerar.</p>	<p>Kontinuiteten förebygger tillbakagång och effektiviserar</p> <p>Långsiktigare planering och förverkligande</p> <p>Kontinuerligt specialkunnande som gynnar patienten</p> <p>Fysioterapikedjan åskådliggörs</p> <p>Delaktighet i fysioterapihelheten</p>	
	<p>Det är viktigt att det fortsätter med att det är lätt att kunna kontakta läkare och annan specialiserad personal.</p> <p>Lättare att utgå från patientens behov, inte p.g.a. i vilket fack/nivå hen finns.</p> <p>Vi har regionalt bred kunskap.</p> <p>Team med specialkunnande. Man får stöd av varandra.</p>	<p>Fortsatt tillgång till många yrkesgrupper, inkoppling enligt behov</p> <p>Behov och specialiserat fysioterapiförverkligande sammanförs</p>	<p>Expertis finns tillgänglig och når behovet</p>

forts. Fys. kontin.	Öka gruppsamhet kombinerat med info (t.ex. vid andningsproblem) redan i primärskede, innan patienterna är i sämre skick. Obs! Det egna ansvaret.	Sambehandling av patienter i preventivt syfte	Genomgående fysioterapysynlighet och delat ansvar
	Man vet vem som sköter vad hela linjen ut. Det skulle vara tydligt och klart hur det fortsätter. Lätt att kontakta.	Kollegial kännedom om att patienten får sakkunnig fysioterapi	
	Eventuellt samma fysioterapeut hela behovsperioden ut. Förtroende byggs upp.	Långvarigare terapeutkontakter	Personal-administration i balans
	Sjukledigheter hindrar inte kontinuiteten, tillgång på vikarier finns.	Personaltillgången gynnas	
	Samma personer, samma lönesättning oberoende av tidsperioden för fysioterapibehovet.	Jämställd lönesättning	
Mindre dåligt samvete, stress för att man inte kan något tillräckligt bra.	Kollegiala insatser, kunskap och stöd	"Ro i själen"	
Man hittar patientuppgifter om tidigare fysioterapi.	Bättre informationsflöde		

PERSONALENS SYN PÅ DIREKT ACCESS TILL FYSIOTERAPI I EN INTEGRERAD VERKSAMHET

Tema	Kondenserade meningsenheter	Koder	Kategorier
Direkt access	Det blir bra, smidigare, ökat samarbete. Fysioterapeuterna konstaterar om läkare behövs. Lättare med samarbetet fysioterapeut-läkare inom specialsjukvården.	Flexibilitet i löpande professionssamarbete	Smidig, tidig behovs-fokusering "Starta snabbt och smart"
	Patientens eget ansvar viktigt. Direkt access skapar det. Direkt access påverkar patienterna positivt. Friskvården skulle öka. Bra om personen söker hjälp i god tid, innan problemen blir svårare. Håller folk i skick /arbetsföra.	Eget ansvar och lyhördhet för egna signaler och åtgärda i god tid	
	Klara linjer behövs. Utarbetat formulär att fylla i först. Någon form av gallring, indelning behövs. Bra med det virtuella sjukhuset.	Fördelningsstuss behövs inledningsvis	Factslagna flödes- och handlings-program, process-beskrivning
	Man behöver besluta om vilka patienter det passar för. Det behövs olika spår / linjer längs vilka man kommer till fysioterapi.	Riktlinjer behövs för hur processen skall fortlöpa	
	En del söker sig inte till fysioterapi fast de skulle behöva t.ex. psyk.	"Hur fånga upp behövande?"	
	Det blir väldigt stor verksamhet, köer. Det behövs utvidgade resurser. Vi kan bli överbelastade, stor patientströmning. Ökat ansvar, ökad lön för fysioterapeuterna.	Utsvällande patientströmningar belastar och förpliktar	Anovarsfyllt, löpande, effektivt arbets- och patientflöde
	Bra med team för olika specialkunskande, en smart lösning. Patienterna får direkt möjlighet till specialkunskap. Läkare förbiser när fysioterapi behövs (pat. får piller istället). Bra för nack- och ryggpatienter, genast i början. En del screeningar skulle behövas.	Omgående specifik behandling i alla skeden	
Det kan finnas risk ifall man undgår något viktigt. Det finns behov av specifik utbildning. Det borde lyckas, fungera inom offentliga sjukvården.	Kliniskt sett behövs balans i relationen kompetens - utmaningar	Breddad verksamhets-profilering	
Direkt access är redan delvis i bruk hos oss. En sådan ny möjlighet kan kännas / verka konstig på stan.	Åsikterna är tveksamma om ändring i arbetsprocessen		

<p>forts. Direkt access</p>	<p>Det är många gånger onödigt med läkare. Fysioterapeuterna har definitivt bättre kunnskap.</p> <p>Läkaren skall inte vara gummistämpel. Inte råd att uppta läkartider. Det finns inte läkare heller.</p> <p>Kostnadsfritt bra lösning, det frigör läkarresurser.</p>	<p>Utnyttja yrkesgruppers kunnskap där de gör bäst nytta</p> <p>Resursöande arbetskraftsanvändning</p> <p>Förbättrad ekonomisk lösning</p>	<p>Effektiverad resursanvändning</p>
-------------------------------------	--	--	--------------------------------------

PERSONALENS PERSPEKTIV AV DELAKTIGHET I VERKSAMHETSPLANERINGEN

Tema	Kondenserade meningsenheter	Koder	Kategorier
<p>Personal, delaktighet</p>	<p>Det gör ett det blir flyt. Peja intresset. Bra att få åsikter från fältet, av dem som gör det i praktiken.</p> <p>Det känns mera meningsfullt om man får egna idéer med, man kan förbinda sig då. Det känns som att ens egen handstil finns med.</p> <p>Sen väljer man det bästa alternativet eller den gyllene medelvägen.</p> <p>Man accepterar en förändring om man vet varför. Då blir man motiverad och förbinder sig.</p> <hr/> <p>Samarbetet är viktigt, ett nå processa det, känns att personalen hörs, inte ändring alltför snabbt. Det är en process.</p> <p>Om man inte är med så blir man tvärtom.</p> <p>Blir man satt att göra något, som man inte kan prestera så mår man dåligt.</p> <p>Personalens delaktighet är viktig för atmosfären, välmåendet och motivationen. Viktigt med diskussion, dialog och öppenhet.</p> <hr/> <p>Diskutera tillräckligt länge före beslut. Jätte viktigt i alla förändringar, ända från början.</p> <p>Det finns alltid rädsla för vad förändringar betyder.</p> <p>Delaktighet i form av arbetsgrupper. Mindre grupper är effektivare. Om man är för många blir det inget.</p>	<p>Utforska utförarperspektivet</p> <p>Känsla av att vara genuint involverad</p> <p>Förslagsbaserade avvägda val görs</p> <p>Motivation till förändringsacceptans</p> <hr/> <p>Vital processdialog och möjlighet till inflytande</p> <p>Utanförskap föder motstånd</p> <p>Kravrealism – annars skapas illamående</p> <p>Öppen dialog och transparens ger positiv arbetskultur</p> <hr/> <p>Ge förmyelsen tid att mogna</p> <p>Oro för följder</p> <p>Intensifierade utvecklingsgrupper</p>	<p>Arbetsmotivation och förbindande genom medbestämmande och medarbetskap</p> <hr/> <p>Processdelaktighet gynnar vital arbetskultur. "Födas utan överflödig smärta"</p> <hr/> <p>Utvecklingsinnovationsteam</p>

PERSONALÅSIKTER OM FAKTORER ATT BEAKTA VID VERKSAMHETSUTFORMNINGEN

Tema	Kondenserade meningenheter	Koder	Kategorier
Beakta vid verks. utformning	Förändringsprocessen tar många år i ett tidsperspektiv sett. Det är en långtidsprocess att förbereda sig på. Det är svårigheter i början, men sen blir man nöjda. Se verksamheten som helhet, slopa gränserna och nivåtänkandet; "gränslös" fysioterapi. Det är frågan om en kulturförändring. Attityder inverkar. Man behöver lära känna varandra. Berömma varandra och sig själv.	Förändring tar tid Via svårigheter till tillfredsställelse "Gränslös fysioterapi" Kulturförändring med påverkan av attityder Uppskattning av andra och sig själv	Kulturell tidskrävande sammansvetsande organiseringsprocess
	Bestämma vad vi skall hålla på med. Vad skall ingå i vår verksamhet. Arbetets innehåll, vilka behov och trender finns? Gemensamma överenskomna linjer, ramar, regler, kriterier, priser. Personalen med i planeringen, hur det skall fungera. Det krävs organisering för att fungera på alla plan, inte glömma något. Se hela verksamheten som en helhet, inte som primär och special.	Klarlägga verksamhetsinnehållet Gemensamt uppgjorda verksamhetskriterier Beakta verksamhetshelheten, alla plan	Utarbetande av verksamhetsstrategi med helhetsperspektiv
	Fysioterapi under människans hela livscykel. Utveckla hela området med tanke på åldersstrukturen. Satsning behövs på alla områden inom fysioterapi, hela åldersskalan från nyfödda till döende, från vaggan till graven. Fysioterapiverksamheten är bred och problemen är allt från akuta till kroniska och dessutom finns det många specialområden. Se att fysioterapikedjorna / -kontinuiteten fungerar, och att ingen faller emellan. Satsa direkt när behov finns, med specialiserat kunnande, då bildas mindre långvarigare besvär. Förebygg, satsa tidigt med specialiserad kunskap. Åtgärda, hjälp, stöd snabbt och rätt när det behövs.	Beakta hela livsytan och åldersstrukturen Satsa på alla fysioterapiområden Beakta olika specialinriktningar och besvär från akuta till kroniska "Vattentäta" fysioterapikedjor Tidig fysioterapi baserad på specialkunnande lönar sig	Holistisk fysioterapi i rätt tid och som omspannar behovet under hela människans livscykel
	Genom gemensam verksamhet är man konkurrenskraftigare vid anskaffningar. Ekonomin skall beaktas. Det skall vara låg tröskel för att kontakta, fysioterapin skall vara lättillgänglig. Satsa tidigt och bra, det ger friska och fungerande seniorer, åldringar. Viktigt är att få rehabilitering snabbt, direkt. Satsa på snabb tillgänglighet, då blir skadorna och besvären mindre i fortsättningen. Direkt access. Inventioner, åtgärder, råd, instruktioner, träning i tidigt skede vid besvär, innan det blir större problem.	Samordnad verksamhet ger ekonomisk vinning Lättillgänglig fysioterapi Tidig intervention är betydande för funktionförmågan Snabb satsning minskar framtida besvär	Ekonomisk fördel Fysioterapiutnyttjande inom optimala tidsfönster ger betydande långtidseffekt

forts. Verks. utformn.	<p>Se sambandet i helheten. Åldersmässigt samt hur en dåligt skött åkomma (t.ex. axel) inverkar, försvårar, drar ut på besvär och lidande i takt med åldrandet, blir kronisk.</p> <p>Rikta snabbare direkt till fysioterapi. Onödigt och dyrt att gå via läkare. Fysioterapeuterna har bättre sakkunskap ofta.</p>	<p>Se sambandet: dåligt skött i yngre år - utdraget besvär långt i åldrandet</p> <p>Kunnig fysioterapi direkt - läkarbelastning onödig</p>	
	<p>Skall finnas tillräckligt specialkunskap för olika områden. Mera vikt på specialisering, brett kunskapsområde. Viktigt med specialiserad kunskap i det fysioterapiområdet, som man sköter för att det skall vara effektivt.</p> <p>Utnyttja specialkunskande på hela området.</p> <p>Möjlighet att specialisera sig enligt eget intresse, bilda team. Gemensamma skolningar och meetings.</p> <p>Team, bilda specialiseringsgrupper. En större grupp sporrar till att utveckla kunskap och fördjupa den.</p>	<p>Tillräckligt specialkunskap inom de många fysioterapi-grenarna</p> <p>Kunskandet utnyttjas regionalt</p> <p>Möjlighet till önskad specialisering</p> <p>Teambildning med specialkunskande i olika fysioterapiinriktningar</p>	Fysioterapipersonal med genretäckande specialkunskap
	<p>En verksamhetskärna skall finnas. Ett kärnställe i regionen samt lokala punkter.</p> <p>Ha verksamheten rätt så långt på samma ställe, besakta apparatur, utrustning och redskap. Utnyttjande av utrymmen bör beaktas. Befintlig apparatur och utrustning inverkar på var fysioterapiinriktning. Även var specialkunskap finns.</p> <p>Resor tar mycket tid. Det behövs också nytänkande t.ex. anordnande av servicebuss.</p> <p>Man kan få fysioterapi på olika ställen: på sjukhus, mottagning, skolor, dagis, i feststalar osv.. Personalen är inte lika bunden till ett ställe. Får resa mera. Träning behövs också i den miljö där man behöver färdigheten.</p> <p>Resurser till alla verksamhetsområden samtidigt, inte missa något t.ex. p.g.a. trender i något visst. En fast punkt för arbetstagaren behövs.</p>	<p>En regional verksamhetskärna samt lokala punkter</p> <p>Utnyttja befintlig sakkunskap, apparatur och utrustning på ställe</p> <p>Resor är tidskrävande, hitta alternativ</p> <p>Variations ställen för fysioterapiinriktningar</p> <p>Resursering över hela regionen</p>	Regionöver- spännande effektiv och väresurserad fysioterapi med en verksamhetskärna
	<p>Man skall hitta och ordna lämplig träning under hela fysioterapi-behovslinjen. Ta i beaktande utvecklingskedan i livet.</p> <p>Aktivera virtuellt, till mottagningar (resor tidskrävande), till hem då så behövs om behovet är att klara sig hemma, till dagis, till skolor. Individuellt, grupper, info, råd, instruktioner, handledning, hjälpmedel.</p>	<p>Anordna behövlig träning i alla individuella utvecklingskedan</p> <p>Brett utbud av fysioterapi, via många olika kanaler och platser</p>	Mångsidigt fysioterapiutbud anpassat till individuellt utvecklingskede
	<p>Individuellt viktigt. Grupper passar inte för alla. Fysioterapi individuellt, i grupper och funktionsscreeningar. Ökad gruppsamhet, också information och fakta behöver finnas med inbaket. Det ger en känsla av att någon håller koll på en.</p> <p>Uppmuntra till egen aktivitet. Informera om verksamhet som andra ordnar t.ex. tredje sektorn, såsom föreningar.</p> <p>Tror mycket på projektet med virtuellt sjukhus, att utveckla och utnyttja möjligheterna med det, användbart i alla skeden. Utveckla den virtuella delen, virtuellt mottagning, kontakt, som komplement till varje skede, utarbeta officiella web-sidor.</p> <p>Utveckla fysioterapi för äldre som helhet. Hembesök också.</p>	<p>Mångfacetterad fysioterapi individuellt och i grupp</p> <p>Poängtera eget aktivitetsinitiativ och ge sektoröverskridande information</p> <p>Satsa på utveckling av virtuellt sjukhus för komplementär användning i alla skeden</p> <p>Helhetsutveckling av fysioterapi för äldre personer</p>	Individcentrerad när- och fjärrfysioterapi enskilt eller tillsammans med andra, med ökad fokusering på äldre

<p>forts. Verks. utformn.</p>	<p>Sköta det profylaktiska. Satsning på förebyggande arbete för att hålla befolkningen "funktionsduglig".</p> <p>Upphållande av funktionsförmågan är viktig.</p> <p>Patientens eget, de anhörigas och närståendes ansvar. Poängtera individens eget ansvar för att sköta sig väl.</p> <p>Träna på förhand t.ex. före en operation, då är man i bättre skick och har lättare att komma igång efteråt.</p> <hr/> <p>Skola och handled övrig personal t. ex. i förflyttningsteknik och användning av hjälpmedel, funktionsscreening.</p> <p>Använd vid hälsoundersökningar överenskomna funktionstest – övriga test, som fysioterapeut (resurskrävande) eller annan hälsovårdspersonal kan använda sig av.</p> <p>I dagisåldern, skolan, tonåren: Ta itu tidigt i utvecklingen via övrig personal, via screeningar (allmänna, rådgivning, dagis, skola)</p> <p>För den äldre befolkningen: Utarbeta test som hemvården kan göra (screening). Förebygga funktionsnedgång. Minska risker.</p> <p>Sätta in förebyggande träning, inventioner (balans, muskelfunktion, kondition) för att klara sig självständigt, leva ett aktivt liv</p> <p>Nu blir befolkningen som är i övre tonåren och i arbetande ålder utanför, fast en del har arbetsplatshälsövård, mycket oklart, förebyggandet är viktigt.</p>	<p>Viktigt att satsa på förebyggande arbete</p> <p>Upphålls funktionsförmågan</p> <p>Lyft fram ansvaret för den egna hälsan</p> <p>Förberedande träning underlättar återhämtningen</p> <hr/> <p>Handledning av övrig hälso- och sjukvårdspersonal</p> <p>Utarbeta och ta i bruk allmänna funktionsscreeningar och hälsoundersökningar hos befolkningen</p> <p>Notera och lyft upp uteblivna befolkningsgrupper</p>	<p>Profylaktiska och förberedande funktionsstimulerande satsningar med eget hälsoansvar som grund</p> <hr/> <p>Regionalt multiprofessionellt samarbete och utredning av befolkningens hälsotillstånd</p>
---------------------------------------	---	--	--