

Implementering av direktmottagning av fysioterapi inom den offentliga hälsovården

Magisteravhandling
Statskunskap med förvaltning
Svenska social- och kommunal-
högskolan vid Helsingfors universitet
Våren 2022
Aala Koski

Sammandrag

Fakultet: Svenska social- och kommunalhögskolan vid Helsingfors universitet

Utbildningsprogram: Magisterprogrammet i samhällsvetenskaper

Studieriktning: Statskunskap med förvaltning

Författare: Aala Koski

Arbetets titel: Implementering av direktmottagning av fysioterapi inom den offentliga hälsovården

Arbetets art: Magisteravhandling

Månad och år: 01/2022

Sidantal: 100

Nyckelord: Direktmottagning av fysioterapi, implementering, förändringsprocess, goda praxis, sote-reformen

Handledare: Stefan Sjöblom (Soc & kom), Salla Sainio (THL)

Förvaringsställe: Helsingfors Universitet

Syftet med min avhandling är att ta reda på hur tre olika organisationer inom primärhälsovården har implementerat direktmottagning av fysioterapi. Direktmottagning av fysioterapi betyder att en kund med problem i stöd- och rörelseorgan kan kontakta sin hälsostations tidsbeställning och få direkt tid till fysioterapeut utan läkarremiss.

I Finland har regeringen satt ramarna för social- och hälsovårdsreformen. Kommunerna får själva bestämma inom ramen för lagen hur de utför reformen för att uppfylla kraven för vården. Hur hälsocentralerna organiserar servicen beror på deras resurser. Direktmottagning av fysioterapi är en modell av vård som kan förhindra att muskuloskeletal problem blir kroniska, underlätta läkarnas arbetsbelastning samt sänka hälsovårdskostnader på lång sikt.

Detta är en kvalitativ fallstudie med temaintervju som forskningsmetod. Första delen av forskningen förklarar organisationers bakomliggande faktorer. Den andra delen handlar om förändringsprocessen. Med hjälp av de Woots-modellen operationaliserar jag, granskar dimensioner och analyserar dess implementation. De Woots-modellen delar förändringsprocessen i fem faser: förändringstryck, gemensam vision, förändringskapacitet, genomförbart projekt och utfall. Till forskningen valdes enheter från olika delar av landet för att illustrera implementeringen under olika omständigheter: en traditionell samkommun, en integrerad samkommun samt en stor kommun för att illustrera implementeringen. De tre intervjuade organisationerna hade olika tillvägagångssätt. En hade skapat sin egen modell, den andra hade utvecklat sin verksamhet under många år i mindre delar för att uppnå en helhet och den tredje skickade projektledarna på tre rundturer kring sjukvårdsdistrikten för att kartlägga kunskanndet i enheterna, gå igenom projektskeden samt för att rota den nya verksamhetsmodellen i enheterna. Organisationerna hade beaktat olika skeden i förändringsprocessen och lyckats implementera verksamheten enligt områdets behov. Av de Woots-modellens faser förekom det mest brister i enheternas förändringskapacitet.

Goda praxis hade åstadkommit i alla enheter. Ett exempel var att kunden utgående från sin egen bedömning av sitt vårdbehov direkt kunde gå till mottagningen eller beställa tid per telefon eller på nätet. Ett annat exempel var att personalen hänvisades till att ge direkt respons till varann. Enligt ett tredje demonstrerar fysioterapeuterna verksamheten genom att göra en undersökning till läkarna eller mottagningspersonalen.

Via intervjuer fick jag en helhetsbild av implementeringsprocessen. Syftet med den här undersökningen var att visa, hur de här olika enheterna har utfört processen för att ge idéer för andra som behöver stöd i sin implementeringsprocess. Samt för att hitta goda praxis för att sprida ut till hälsovårdsfältet. Resultaten kan inte generaliseras, men de kan utnyttjas i praktiken.

Tiivistelmä

Tiedekunta: Svenska social- och kommunalhögskolan vid Helsingfors universitet

Koulutusohjelma: Yhteiskuntatieteiden maisteriohjelma

Opintosuunta: Valtio-oppi ja hallinto

Tekijä: Aala Koski

Työn nimi: Fysioterapian suoravastaanoton toimeenpano julkisessa terveydenhuollossa

Työn laji: Maisterintutkielma

Kuukausi ja vuosi: 01/2022

Sivumäärä: 100

Avainsanat: Fysioterapian suoravastaanotto, toimeenpano, muutosprosessi, hyvät käytänteet, sote-uudistus

Ohjaaja tai ohjaajat: Stefan Sjöblom (Soc & kom), Salla Sainio (THL)

Säilytyspaikka: Helsingin yliopisto

Tutkielmani tavoite on selvittää, miten kolme erilaista perusterveydenhuollon organisaatiota ovat toteuttaneet fysioterapian suoravastaanoton toimeenpanon. Fysioterapian suoravastaanotto tarkoittaa, että tuki- ja liikuntaelinvaivoista kärsivä asiakas voi oman terveysasemansa ajanvarauksen kautta hakeutua suoraan fysioterapeutin vastaanotolle ilman lääkärin lähetettä.

Suomessa hallitus on määritellyt raamit sosiaali- ja terveydenhoidon uudistukselle. Kunnat saavat lain puitteissa itse päättää, miten toteuttavat uudistuksen hoidon vaatimusten mukaisesti. Terveyskeskusten palvelujen järjestämiseen vaikuttavat käytettävissä olevat resurssit. Fysioterapian suoravastaanotto on hoitomalli, jonka katsotaan tuovan ratkaisun tuki- ja liikuntaelinongelmien kroonistumisen ehkäisyssä, keventämään lääkäreiden työtaakkaa ja laskemaan terveydenhuollon kustannuksia pitkällä aikavälillä.

Tämä on kvalitatiivinen tapaustutkimus, jossa käytän haastattelua tutkimusmenetelmänä. Tutkimukseni ensimmäisessä osassa selvitetään organisaatioiden taustatekijöitä. Toinen osa käsittelee muutosprosessia, jossa de Wootsin mallin avulla operationalisoin, tarkastelen dimensioita ja analysoin toimeenpanoa. De Wootsin mallissa muutosprosessi jaetaan viiteen vaiheeseen: muospaine, yhteinen visio, muutoskapasiteetti, toteuttamiskelpoinen hanke ja lopputulos. Tutkimukseen on valittu yksiköt eri puolilta maata. Mukana on perinteinen kuntayhtymä, integroitu kuntayhtymä sekä suuri kunta antamassa kuvaa, kuinka toimeenpano sujuu eri toimintaympäristöissä. Haastatelluissa kolmessa organisaatiossa oli hyvin erilaiset menettelytavat. Yksi oli luonut oman mallin, toinen oli kehittänyt toimintaa monien vuosien aikana pienemmissä osissa saavuttaakseen kokonaisuuden ja kolmas laittoi hankejohtajat kiertämään sairaanhoitopiiriin kolmeen kertaan: kartoittamaan osaamista yksiköissä, käymään läpi hankkeen eri vaiheet ja juurruttamaan uusi toimintamalli yksiköihin. Organisaatiot olivat huomioineet kaikki muutosprosessin vaiheet ja onnistuneet toimeenpanemaan muutoksen alueen tarpeiden puitteissa. De Wootsin mallin vaiheista eniten puutteita kaikilla haastatelluilla yksiköillä oli muutoskapasiteetissa.

Hyviä käytänteitä löytyi kaikista haastelluista yksiköistä. Esimerkiksi yhdessä kunnassa asiakas arvioi hoidon tarpeen ja voi tulla hoitoon suoraan kadulta tai varata ajan puhelimitse tai netissä. Toisessa ohjataan henkilökuntaa antamaan suoraa palautetta toisilleen ja kolmannessa fysioterapeutit tekevät tutkimuksen lääkäreille tai vastaanottohenkilökunnalle perehdyttääkseen omaan toimintaansa.

Haastattelujen kautta sain kokonaisvaltaisen kuvan toimeenpanoprosessista. Tutkimuksen ajatus oli näyttää, miten eri yksiköt ovat toteuttaneet prosessin ja antaa ideoita muille, jotka tarvitsevat tukea oman toimeenpanoprosessinsa kanssa. Tarkoitus oli myös löytää hyviä käytänteitä jaettavaksi terveydenhuollon kentälle. Tuloksia ei voida yleistää, mutta niitä voidaan hyödyntää käytännössä.

Innehållet

Sammandrag	2
Tiivistelmä	3
1. Inledning	6
2. Bakgrund	8
3. Syfte och forskningsfråga	11
4. Organisering av hälsovårdstjänster i Finland	13
4.1. Hälso- och sjukvårdslag	13
4.2. Social- och hälsovårdsreformen	15
4.3. Aktörer bakom hälsovården	16
4.4. Kommunformer	17
4.5. Vårdlandskap - hälsovårdens framtid	18
4.6. Direktmottagning av fysioterapi i Finland	20
5. Implementering	23
5.1. Implementeringsstyrning	23
5.2. Implementering inom hälsovården	24
5.2.1. Teorier av implementering inom hälsovårdsförändring	24
5.2.2. Tillämpning av de Woots-modell	24
5.2.2.1. Förändringstryck	25
5.2.2.2. Gemensam vision	26
5.2.2.3. Förändringskapacitet	26
5.2.2.4. Genomförbart projekt	31
5.2.3. Slutsatser om implementering i hälsovården	35
5.3. Hur driver man reformen? - Ledarskap	36
5.4. Sammanfattning av implementering	38
6. Metod och material	41
6.1. Kvalitativ fallstudie	41
6.2. Enheter	43
6.3. Temaintervju	44
6.3.1. Forskningsintervjuer	44
6.4. Innehållsanalys av intervjuerna	50

7. Implementering av direktmottagning av fysioterapi	53
7.1. Övre Savolax sote	53
7.1.1. Förändringstryck	53
7.1.2. Gemensam vision	54
7.1.3. Förändringskapacitet	54
7.1.4. Genomförbart projekt	56
7.1.5. Utfallet av reformen	57
7.2. Esbo	58
7.2.1. Förändringstryck	59
7.2.2. Gemensam vision	59
7.2.3. Förändringskapacitet	60
7.2.4. Genomförbart projekt	62
7.2.5. Utfallet av reformen	64
7.3. Södra Österbotten	65
7.3.1. Förändringstryck	66
7.3.2. Gemensam vision	66
7.3.3. Förändringskapacitet	67
7.3.4. Genomförbart projekt	70
7.3.5. Utfallet av reformen	71
8. Analys	73
8.1. Resultaten	73
8.2. Goda praxis	77
9. Slutsatser	79
9.1. Från problem till lösning	79
9.2. Teori vs. praktik	83
10. Diskussion	90
Referenser	94
Bilaga 1	97
Bilaga 2	98

1. Inledning

Det här är en sann historia om en medelålders man, som hade ont i armen. Han ringde till hälsostationens mottagning och fick en tid till en läkare. Läkaren tyckte att det var någonting fel med nacken och gav honom en stark smärtlindrare mot symptom som var som värst på natten. Läkaren skrev också remiss till fysioterapi där mannen fick instruktioner för gymna på egen hand för att förstärka nackens muskler samt råd i ergonomi och val av dyna. Allt gick bra nästan ett år, men sedan kom symptomen tillbaka och var ännu värre. Mannen träffade läkaren igen och fick starka smärtlindrare igen, men symptomen försvann inte. Då skickade läkaren honom till en specialist som gjorde en kartläggning av nerver i armen som är en obehaglig undersökning. Läkarna började planera en operation som skulle ha varit riskabel, för man måste operera cervikala kotor. Då kom mannen att tänka på fysioterapeutens instruktioner, för han hade glömt dem helt när symptomen hade försvunnit för ett år sen. Han började gymna varje dag och behövde ta mindre smärtlindrare tills han hade helt sluppet smärtan. Alltså istället för att äta en hästkur av smärtlindrare, gå till en dyr nervundersökning och vara rädd för en kommande farlig operation, behövde han bara en påminnelse om fysioterapeutens instruktioner för att lära sig att leva med sitt problem utan smärta.

Likt detta exempel har man skött människor tidigare: med onödiga undersökningar, smärtlindrare som är bara en snabb lindring eller operationer som kostar mycket för samhället. Direktmottagning av fysioterapi har givit en möjlighet att få rätt vård genast för problem med stöd- och rörelseorgan. Härnäst beskriver jag hur direktmottagning av fysioterapi fungerar här i Finland.

Direktmottagning av fysioterapi betyder att när man tidigare behövde läkarens remiss till fysioterapi, kan man nu kontakta sin hälsostations tidsbeställning och få direkt tid till fysioterapeuten. I tidsbeställningen avgör skötaren vilken slags vård kunden behöver. Om kundens problem är rörelseorganrelaterat kan skötaren i tidsbeställningen reservera tid till fysioterapi. Fysioterapeuten får sedan avgöra hurdan vård kunden behöver, hur många träffar med fysioterapeuten kunden behöver samt kan även enligt sin bedömning skriva sjukledigt upp till fem dagar. Fysioterapeuten ger också råd i användning av smärtstillande medicin. Ifall fysioterapeuten anser att kundens problem behöver läkarvård, kan fysioterapeuten antingen själv konsultera en läkare eller skicka kunden vidare till läkare.

I denna avhandling belyser jag bakgrunden till behov av direktmottagning av fysioterapi i Finland. Utöver direkt behov finns det även en bredare samhällslig betydelse i denna utveckling av verksamheten. Sedan beskriver jag de faktorer som påverkar organisering av direktmottagning inom offentlig hälsovård. Hälsovårdslagen behandlar jag endast utgående från de punkter som jag anser ha den största inverkan på direktmottagning av fysioterapi. Jag tar även upp sote-reformen eftersom den spelar en viktig roll i formulering av hälsovårdstjänster.

För att belysa verksamhetsmiljöns bakgrund beskriver jag de olika aktörer som deltar i organiseringen av hälsovårdstjänster samt presenterar olika kommunformer. Enligt sote-reformen kommer ansvaret för hälsovården att delas upp i så kallade vårdlanskap men vid tidpunkten för denna avhandling är denna lagstiftning ännu inte stadfäst av riksdagen. Riktlinjerna vågar man dock presentera redan i det här skedet. Kraven för organisering av direktmottagning av fysioterapi avslutar kapitlet om organisering.

I teoridelen behandlar jag implementering: först lite allmänt om implementeringsstyrning, sedan presenterar jag utmaningar i implementering av förändring inom hälsovården. Med hjälp av de Woots-modellen operationaliserar jag, granskar dimensioner och analyserar dess implementation. I teoridelen tar jag upp modernt ledarskap, som spelar en viktig roll i implementering av förändring. Efter teorin kommer metod och material. Som metod använder jag temaintervju och beskriver noggrannare de aspekter man måste ta hänsyn till. För att få erfarenheter om implementering av direktmottagning av fysioterapi på fältet, har jag intervjuat tre olika primärhälsovårdens enheter från olika delar av Finland, som har valt egna strategier enligt verksamhetsmiljöns behov. I analysdelen har jag kopplat teorin till enheternas erfarenheter av implementering och har delat dem enligt de Woots-modell. Jag presenterar där också de goda praxis som enheterna har tagit fram. I slutsatserna lyfter jag upp problem och möjliga lösningar till dem. Sedan speglar jag teorin mot praktiken för att presentera noggrannare organisationernas erfarenheter. I slutdiskussionen tar jag upp de aspekter som jag har lämnat bort från den här avhandlingen och hoppas på att ge tips åt någon annan som planerar att börja forska kring det här ämnet.

2. Bakgrund

Briggs, Chan och Slater har skrivit 2016 en artikel om tillvägagångssätten för implementering och utvärdering av vård för stöd- och rörelseorganens hälsa som används under olika vårdomständigheter i världen. Den heter “Models of Care for musculoskeletal health: Moving towards meaningful implementation and evaluation across conditions and care settings” som jag anser att motivera bra, varför mitt ämnesval är viktigt och sätter det till en större samhällelig kontext.

Briggs et al.:s artikel handlar om vårdmodeller för stöd- och rörelseorganens hälsa. Vårdmodellerna utformar empiriskt bevis, dvs. ‘det som fungerar’, till en policy och till sist till klinisk praktik. Vårdmodeller ger en plattform till ett hälsosystems reformagenda genom att visa hurdan slags vård som skall levereras och hur den skall levereras. Artikeln presenterar reformens betydelse på tre systemnivåer. Makronivån beskriver samhällelig nivå som tar hänsyn till omgivningen med till exempel socioekonomiska faktorer. Mesonivån beskriver hälsoservicenivån som organisationsnivå. Mikronivån beskriver den klinisk gränssyta dvs. operativ nivå. (Briggs, Chan och Slater 2016, 359) Makronivån omfattar funktionalitet och omfattning av hälsosystemen eller –organisationer, hälsopolicy, infrastruktur och allokering av resurser samt socioekonomiska faktorer. Eftersom stöd- och rörelseorganens problem är sällan associerade till mortalitet, tycks hälsosystemen och policyn beakta sådana problem i en mindre grad och de sätter mindre tyngd på utvecklandet av policyer och programmen för att adressera dem. Tillgänglighet till hälsovård av stöd- och rörelseorgan varierar enligt geografi vilket betyder att vården blir ojämlik. (Briggs, Chan och Slater 2016, 361)

Mesonivån omfattar hälsoservicen: den kliniska arbetskraften och kunskapen, yrkespersonal och studerande av hälsovård, system för serviceproduktion, finansieringsmodeller och klinisk infrastruktur. Den bästa modellen för vård av människor med problem av stöd- och rörelseorgan kräver mera än bra kunskap och kompetens av vårdpersonal. Ytterligare krävs tillräcklig finansiering samt effektiv samvård. Det sist nämnda därför att kroniska problem av stöd- och rörelseorgan förekommer ofta tillsammans med mentala problem. (Briggs, Chan och Slater 2016, 361)

Mikronivån hänvisar till personens eget deltagande i sin vård. Hur mycket man deltar i sin egen vård beror på ens kunnighet att förstå sin egen hälsa, detta kräver naturligtvis tillgänglighet av nödvändig information om ämnet samt förståelse av det man lär sig. Ansvar för att konstruera denna kapacitet ligger hos meso- och makronivån. (Briggs, Chan och Slater 2016, 361)

Makro-, meso- och mikronivåerna måste integreras för att garantera en effektiv vård med hållbara resultat. Förutsättning för samarbete mellan dessa olika nivåer kräver en sektorsövergripande, multidisciplinär och partnerskap-driven deltagande, stött om möjligt av administration. (Briggs, Chan och Slater 2016, 360) För närvarande betonas i Finland själva serviceutbudet, inte kundernas behov. Brist av samarbete på olika sektorer och organisationer försvårar kontinuitet av vård och service och ökar kostnader. (Hujala et al. 2019, 600)

Problem med stöd- och rörelseorganen leder till nedsatt kvalitet av livet, funktion och mentalhälsa. Samhälleligt betyder sjukdomar av stöd- och rörelseorgan nedsatt arbetsförmåga och tidig pensionering, mindre skatteintäkter samt större förmånskostnader i många länder. (Briggs, Chan och Slater 2016, 360) I Finland orsakar ländryggsmärta mest arbetsoförmåga. Ryggsmärta är vanligast mellan 30–54-åringar som är med i arbetslivet. Ryggsmärta och –sjukdomar orsakade 2011 för över 2,1 miljoner sjukpenningdagar och de kostade 119,8 miljoner euro för samhället. På samma år var 26 600 människor på invaliditetspension för ryggsjukdom. Pensionskostnaderna var 346,6 miljoner euro. (Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N, 2011).

En vårdmodell är evidensbaserad policy eller ett ramverk som beskriver det optimala sättet hurdan individuell vård borde erbjudas och hur. En vårdmodell syftar till att beskriva vårdprinciperna för gängse fall samt vägledning om hur de här principerna kan lokalt implementeras. Tanken är att ge rätt vård, i rätt tid, av rätt team, i rätt ställe med rätta resurser. Vårdmodellerna syftar till att minska gapet mellan teorin av sammanställt bra praxis och verklighet genom att beskriva vad det är man skall göra och hur man gör det inom hälsosystem med tanke på makro-, meso- och mikronivåer. Vårdmodellen är inte bara en klinisk riktlinje av praktik, utan den ger råd om bra praxis under kundens hela vårdtid utan att glömma bort inverkan av lokala omständigheter. (Briggs, Chan och Slater 2016, 361)

Vårdmodellerna är viktiga för att översätta evidens till praktisk vägledning. Vetskap om implementering behövs för att förbättra implementeringsinitiativen. Effektiv implementering består av hållbara överenskommelser om olika sektorer, stöd till kliniska och administrativa förespråkare, justering av existerande hälsopolicyer och systemramverk samt om utvärdering av implementeringsinsatser med tanke på kundrapporterade och systemrelevanta utfall.

Enligt Briggs et al. (2016, 363) beskriver teorier om vårdmodellens implementering väldigt bra hurdan vård som behövs för att effektivt kunna förhindra problem av stöd- och rörelseorgan, men de påstår

att det finns brist på undersökning om hur effektiv implementation skall översättas från evidens till praktik.

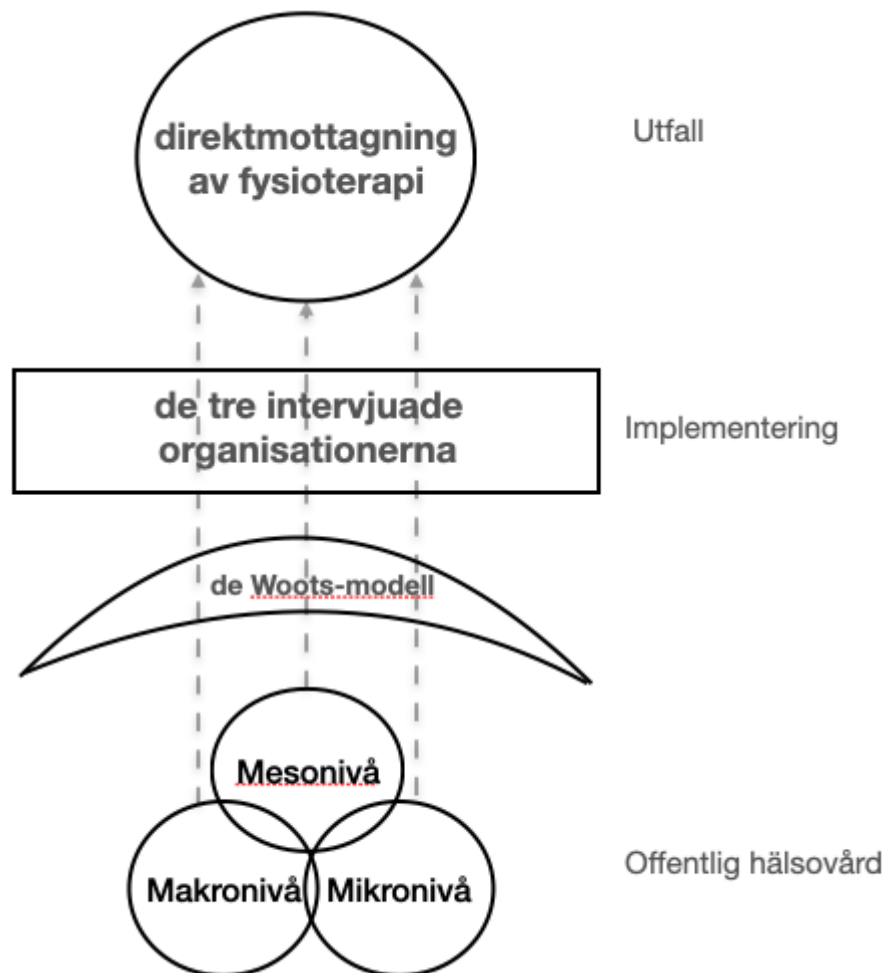
Bra mottagning är ursprungligen ett amerikanskt koncept. På utvecklingsenheten vid Landstinget i Jönköpings län, Qulturum, har arbetsmodellen anpassats till svenska förhållanden år 2004. Sedan har den spritts över landet i Sverige och under senaste åren också hos oss i Finland. Problemet är om patienterna får vänta för länge på en första kontakt med vårdpersonalen. När köer är långa blir personalen stressad och känner sig otillräckliga. Bra mottagning-modellens lösning är då att dela in kunderna tydligare i vem som hör hos sjukskötare, vem till fysioterapeut och vem som måste träffa en läkare. Med dylik organisering har man fått fina resultat: nöjdare kunder och mindre stressad personalen med ökad arbetstillfredsställelse. (<https://www.dagensmedicin.se/alla-nyheter/nyheter/bra-mottagning-kortade-koer-och-forbatttrade-arbetsmiljon/>)

I Finland har regeringen format ramarna för social- och hälsovårdsreformen. Redan namnet låter förstå att det är en sektorsövergripande reform. Kommunerna får själva bestämma inom ramen för lagen hur de utför reformen för att uppfylla kraven för vården. THL (Institutet för hälsa och välfärd) ger råd och delar ut information för att hjälpa kommuner i processen. En del av kommuner har valt att samarbeta med andra för att få mera kapacitet till verksamheten. Allt det här pågår på makronivå. På mesonivå finns hälsocentralernas egen organisering av service som är beroende av givna resurser. Men oberoende av kommunens storlek eller geografiskt läge borde servicen till kunder vara likadan runt landet. Här kommer vi till mikronivå där medborgarnas möjlighet att sköta sig själva eller påverka i hälsoservicens innehåll finns. I Finland har vi bra möjligheter att hitta information och i vår nya organisationskultur i hälsovården tar man hänsyn till kundernas åsikter från planeringsskede upp till kontinuerlig respons om verksamheten.

För att mäta mottagningsverksamhet rekommenderar THL användning av resultatindikator T3 (third available time for a visit to a doctor or nurse) som beskriver den tredje möjliga mottagningstiden. Den här indikatorn används internationellt för att beskriva tillgänglighet av vård. (<https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/hyva-vastaanotto>)

3. Syfte och forskningsfråga

Syftet med min avhandling är att ta reda på hur tre olika organisationer har utfört implementering av direktmottagning av fysioterapi. Forskningen är tvådelad. Första delen förklarar faktorer i organisationers bakgrund som påverkar implementeringen. Den grundas på Briggs, Chan och Slater (2016) indelning av hälsosystem i makro-, meso- och mikronivåer. Den andra delen handlar om förändringsprocessen. Där använder jag de Woots-modellen som perspektiv, att operationalisera, granska dimensioner och analysera implementeringen.



Figur 1. Forskningens olika aspekter

I min avhandling är aktörerna på makronivån social- och hälsovårdsministeriet, Institutet för hälsa och välfärd (THL) och hälsopolicyer som lagstiftning och sote-reformen. Mesonivå omfattar hälsoservicen och där tar jag upp kommunerna och deras olika former. Sedan berättar jag om

hälsocentraler och sjukvårdsdistrikten för att beskriva klinisk infrastruktur. Mikronivå som gäller personens eget deltagande i sin vård kommer med i form av enheternas beskrivningar av deltagande i verksamhetens utvecklande samt kundrespons för att stöda kontinuerlig utvärdering. Direktmottagning av fysioterapi är en vårdmodell som man ser vara en lösning för att undvika att problem av stöd- och rörelseorganen blir kroniska samt för att underlätta läkarnas arbetsbelastning och sänka hälsovårdskostnader på lång sikt. Och för att ta reda på den här helheten har jag formulerat min forskningsfråga så här:

Vilka egenskaper i den organisatoriska miljön förklarar att reformen lyckas eller misslyckas?

- 1. Hur har förändringsprocessen genomförts i olika slags organisationer?**
- 2. Vilka goda praxis har organisationer hittat?**

En oberoende variabel är verksamhetsmiljön som innehåller organiseringsformen och enhetens storlek. Reformutfall är en beroende variabel.

4. Organisering av hälsovårdstjänster i Finland

I det här kapitlet berättar jag om hur den offentliga hälsovården är organiserad i Finland. Jag börjar kapitlet med de viktigaste delarna av hälsovårdslag som påverkar fysioterapiverksamhet direkt eller indirekt. Jag har valt med 2§ lagens syfte, 4§ hälso- och sjukvårdens verksamhetsbetingelser och 5§ skyldighet som gäller fortbildning. Sote-reformens anda är beskriven i korthet efter lagen. Sedan beskriver jag aktörer som behövs för att få en fungerande hälsovård nationellt. På makronivå har vi Social- och hälsovårdsministeriet, THL, Regionförvaltningsverken och Valvira som ansvarar för vår hälsopolicy. På mesonivå finns kommuner, sjukvårdsdistrikten och hälsocentraler, som hör till hälsovårdens levereringssystem. Beskrivning av kommunformer ger bakgrund till olika organiseringsformer som är den oberoende variabeln i min avhandling. Och den leder till presentationen av vårdlandskap. Där delas områdena på nytt till större ansvarshelheter av hälsoservice. Till sist kommer vi till organisering av direktmottagning av fysioterapi. Och där behandlar jag innehållet av verksamhet, kraven till fortbildning och lönetillägg.

4.1. Hälso- och sjukvårdslag

I det här kapitlet har jag tagit upp de tre lagparagrafer från hälso- och sjukvårdslag som gäller de saker som påverkar direktmottagning av fysioterapi direkt eller indirekt. För att undvika tolkning har jag tagit lagtexten som citat.

2 § Lagens syfte är att

- 1) främja och upprätthålla befolkningens hälsa, välfärd, arbets- och funktionsförmåga och sociala trygghet,
- 2) minska hälsoskillnaderna mellan befolkningsgrupperna,
- 3) sörja för lika tillgång, kvalitet och patientsäkerhet när det gäller den service som befolkningen behöver,
- 4) öka klientorienteringen i hälso- och sjukvårdstjänsterna, och
- 5) förbättra primärvårdens verksamhetsbetingelser och samarbetet mellan aktörerna inom hälso- och sjukvården, mellan de olika kommunala verksamheterna och med andra aktörer när det gäller att främja hälsa och välfärd och att ordna social- och hälsovården.”

"4 § Hälso- och sjukvårdens verksamhetsbetingelser

Kommunerna ska anvisa tillräckliga resurser för främjandet av hälsa och välfärd, som utgör grunden för statsandelen för den kommunala basservicen, och för hälso- och sjukvårdstjänster. Kommunen eller samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ska förfoga över ett tillräckligt antal yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården för att kunna fullgöra uppgifterna inom hälso- och sjukvården.

Ledningen för en verksamhetsenhet ska ha sådan multidisciplinär kompetens som främjar en högkvalitativ och säker vård, samarbetet mellan olika yrkesgrupper och utvecklandet av vård- och verksamhetsmetoder.

Hälso- och sjukvårdspersonalen i en kommun eller en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ska sammansättningsmässigt och numerärt svara mot behovet av verksamhet som främjar hälsa och välfärd och av hälso- och sjukvårdstjänster hos befolkningen i området.

För funktioner inom hälso- och sjukvården ska kommunen eller samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt förfoga över ändamålsenliga lokaler och ändamålsenlig utrustning."

"5 § Skyldighet som gäller fortbildning

En kommun eller en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ska se till att hälso- och sjukvårdspersonalen, inklusive de anställda hos privata serviceproducenter som kommunen eller samkommunen köper tjänster av, i tillräcklig utsträckning deltar i fortbildning inom hälso- och sjukvård. Den fortbildningen ska utformas med beaktande av längden på den grundutbildning som personalen har, hur krävande arbetet är och uppgifternas innehåll.

Bestämmelser om de vad som ingår i fortbildningen och om uppföljningen av utbildningen får utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet"

(<https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326>)

Av de ovannämnda är de centrala aspekterna för min undersökning främjandet och upprätthållandet av befolkningens hälsa, välfärd samt arbets- och funktionsförmåga, för det är målet av fysioterapi gällande hälsa av stöd- och rörelseorgan. Klientorienteringen i hälsovårdstjänsterna och samarbetet mellan olika aktörerna är nyckelbegrepp i dagens utveckling av verksamhet inom offentlig hälsovård.

Om verksamhetsbetingelser ska jag betrakta antalet av yrkesutbildade personer inom direktmottagning. Ledningens roll att främja samarbetet mellan olika yrkesgrupper är också en viktig aspekt.

Den femte paragrafen gäller fortbildning. En kommun eller en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ska se till att hälso- och sjukvårdspersonalen i tillräcklig utsträckning deltar i fortbildning inom hälso- och sjukvård och det här är en viktig aspekt att ta hänsyn till gällande fortbildning av fysioterapeuter som jobbar inom direktmottagning.

4.2. Social- och hälsovårdsreformen

Statsrådets strategiska helhet 3.6. - ett rättvist, jämlikt och inkluderande Finland - är ett arv efter statsminister Rinnes regering, men reformen ingår också i statsminister Marins regeringsprogram. De centrala utgångspunkterna är att inom social- och hälsovården ska uppgifterna i större utsträckning fördelas mellan olika yrkesgrupper. Utveckling av arbetsfördelningen garanterar vårdens kontinuitet och verkningsfullhet, flexibla tjänster och kostnadskontroll.

Social- och hälsovårdsministeriet konstaterar på sina hemsidor att social- och hälsovårdsreformen överför tyngdpunkten på basservice och på tidiga insatser för att förebygga problem. Målet är att människorna ska få vård snabbare och hjälp så tidigt att ett litet problem inte ska bli stort. Tidigt ingripande i problemen minskar behovet av och kostnaderna för specialiserad sjukvård och krävande specialtjänster. Visionen för framtidens social- och hälsocentraler är att man ska få den hjälp man behöver redan vid den första kontakten. Det betyder att tjänsterna måste utvecklas och samordnas så att yrkesutbildad personal inom social- och hälsovården hänvisar människorna till sådana tjänster där de får den individuella hjälp de behöver i rätt tid.

Utöver utvecklandet av tjänsterna kräver social- och hälsovårdsreformen också en reform av strukturerna. För närvarande är det kommunerna som ordnar social- och hälsovårdstjänsterna. I fortsättningen ska de självstyrande områden som ansvarar för att ordna dem vara större än kommunerna. Förvaltningsstrukturen reformeras för att garantera välfärden i Finland också under de kommande årtiondena.

(<https://valtioneuvosto.fi/sv/marin/regeringen/regeringsprogrammet/strukturen-av-social-och-halsotjansterna>)

4.3. Aktörer bakom hälsovården

Det finns många aktörer på hälsovårdssektorn med en egen roll att skapa ett fungerande levereringssystem. Jag presenterar här nu först aktörer på makronivå och sedan aktörer på mesonivå. Och kapitlet slutar till innehållet av fysioterapi på offentlig sektorn.

Styrning av social- och hälsovård i Finland utförs av Social- och hälsovårdsministeriet (SHM). Deras roll är att bereda lagstiftningen och leda genomförandet av dem. Ministeriet anger riktlinjerna för social- och hälsovårdspolitiken, bereder de centrala reformerna och leder genomförandet och koordinering av dem. Den svarar också för kontakterna med politiska beslutsfattare. Institutet för hälsa och välfärd (THL) svarar för forskning och utveckling inom SHM:s förvaltningsområde. Regionförvaltningsverken styr och övervakar den kommunala och privata social- och hälsovården och utvärderar kvaliteten och tillgången till kommunernas basservice. Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira) styr, övervakar och administrerar tillståndsförvaltningen inom social- och hälsovården.

Kommunerna svarar för ordnandet av social- och hälsovården. De kan producera social- och primärvårdstjänsterna ensamma eller grunda samkommuner sinsemellan. Kommunerna kan också köpa social- och hälsovårdstjänster av andra kommuner, organisationer eller privata serviceproducenter. (<https://stm.fi/sv/social-och-halsotjanster/organisation-och-ansvar-inom-social-och-halsovardssystemet>)

För ordnandet av den specialiserade sjukvården ska varje kommun tillhöra ett sjukvårdsdistrikt. Det finns 20 sjukvårdsdistrikt och de bildar fem specialupptagningsområden med ett universitetscentralsjukhus som centrum. Enligt hälso- och sjukvårdslagen är sjukvårdsdistriktets uppgift att producera specialiserade sjukvårdstjänster som utgår från befolkningens behov så att primärvården och den specialiserade sjukvården bildar en funktionell helhet. Sjukvårdsdistriktet ansvarar för att specialiserad sjukvård ordnas på enhetliga medicinska grunder. Det ansvarar för styrningen av utvecklingen och övervakningen av kvaliteten på medicinsk rehabilitering. I samarbete med hälsocentralerna har sjukvårdsdistriktet hand om forskningen, utvecklingen och utbildningen inom sitt uppgiftsområde och om samordningen av den kommunala hälso- och sjukvårdens informationssystem. (<https://www.kommunforbundet.fi/social-och-halsovard/halso-och-sjukvard/specialiserad-sjukvard>)

Hälsovårdstjänsterna indelas i primärvård och specialistsjukvård. Med primärvård avses uppföljning av befolkningens hälsotillstånd, främjande av befolkningens hälsa och andra tjänster som kommunen ordnar. Primärvårdstjänsterna produceras vid kommunens hälsovårdscentraler. (<https://stm.fi/sv/halsotjanster>) Det finns cirka 160 hälsocentraler i Finland. Nästan alla hälsovårdscentraler har flera hälsostationer. (<https://stm.fi/sv/halsovardscentraler>)

Kommunen ordnar medicinska rehabiliteringstjänster för invånarna i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen. Fysioterapi hör till medicinsk rehabilitering och där ingår rehabiliteringsrådgivning och rehabiliteringshandledning, utvärdering av funktions- och arbetsförmågan och rehabiliteringsbehovet, rehabiliteringsundersökning för att reda ut rehabiliteringsmöjligheterna, terapier och andra nödvändiga åtgärder för att förbättra och upprätthålla funktionsförmågan, hjälpmedelsservice, anpassningsträning, perioder av rehabilitering vid anstalt eller den öppna vården. Behovet av medicinsk rehabilitering, syftet med rehabiliteringen och innehållet i rehabiliteringen ska beskrivas i rehabiliteringsplanen. Kommunen svarar också för handledningen och uppföljningen av rehabiliteringstjänsterna. (<https://stm.fi/sv/medicinsk-rehabilitering>)

4.4. Kommunformer

I Finland har vi en del stora kommuner, som kan producera hälsovårdstjänster ensam. Största delen av kommuner behöver samarbeta med andra för att kunna garantera alla tjänster för sina invånare. Så kallade samkommuner kan också ha olika slags nivåer i samarbetet och här beskriver jag nu de principer som finns i samarbetsformer.

Primärvård- och socialtjänster tillhandahålls av 74 kommuner i egen regi. I dessa kommuner bor 48% av befolkningen. Det finns 59 samarbetsområden och de organiserar social- och hälsovårdstjänster i 220 kommuner omfattande 52% av befolkningen.

Samarbetsområdena kan utforma en samkommun, som är en kommunal sammanslutning till vilken kommunerna har överlåtit kommunala uppgifter. Den andra modellen av samarbetsområde är att det finns en ansvarig kommun, som sköter kommunala uppgifter också för de andra kommunerna med stöd av avtal.

Omsorgsnämnden eller social- och hälsovårdsnämnden ansvarar i allmänhet för social- och hälsovården i kommunen, men dessa nämnder kan också ha uppgifter som inte gäller social- och hälsovård. En annan möjlighet är att kommunen delegerar ansvaret för social- och hälsovårdsuppgifterna i enlighet med livscykelmodellen till flera organ.

Samkommunerna har olika möjligheter att organisera primärvården och socialtjänsterna. De kan antingen ta ansvar endast för primärvården eller för vissa eller alla socialtjänster eller en del av dem. Det finns 26 samarbetsområden som följer modellen av en ansvarig kommun, som ansvarar för organiseringen av både den egna kommunens social- och hälsovård och för avtalskommunernas del utöver primärvården för alla eller en del av socialtjänsterna. En modell är också att ansvariga kommuner ansvarar endast för primärvården i avtalskommunerna.

Det finns sammanlagt 133 hälsocentraler i Finland. 74 av hälsocentraler drivs av en kommun, 33 av en samkommun och 26 av en ansvarig kommun. 68 hälsocentraler har ett befolkningsunderlag på mindre än 20 000 invånare och 65 hälsocentralerna har ett befolkningsunderlag på mer än 20 000 invånare.

<https://www.kommunforbundet.fi/organiseringen-av-social-och-halsovarden-2020-0>

4.5. Vårdlandskap - hälsovårdens framtid

Enligt sote-reformen ska i fortsättningen självstyrande områden som ansvarar för att ordna hälsovårdstjänster vara större än kommuner. De här områdena kommer att heta vårdlandskap. Här presenterar jag regeringens proposition till riksdagen från 15.6.2020. Där finns med förslag till lagstiftning om inrättande av vårdlandskap och om en reform av ordnandet av social- och hälsovården. Syftet med reformen av social- och hälsovårdstjänsterna är att minska skillnaderna i välfärd och hälsa, trygga likvärdiga och högklassiga social- och hälsovårdstjänster, förbättra tillgången till tjänster samt tjänsternas tillgänglighet och säkerhet, trygga tillgången på yrkeskunnig arbetskraft och svara på de utmaningar som förändringar i samhället för med sig och bromsa kostnadsökningen.

Enligt propositionen ska det i Finland bildas 21 vårdlandskap. De uppgifter inom social- och hälsovården som kommunerna för närvarande ansvarar för överförs till vårdlandskap. Nyland utgör ett

undantag. Helsingfors stad ska fortfarande ha ansvaret för att ordna sina egna tjänster. Ytterligare ansvarar fyra andra vårdlandskap i Nyland för ordnandet av tjänsterna samt HUS-landskapssammanslutningen. Ansvaret ska med andra ord fördelas mellan vårdlandskapen, Helsingfors och HUS-landskapssammanslutningen. Främjandet av välfärd och hälsa ska fortfarande höra till kommunernas uppgifter, men också till vårdlandskapens uppgifter. De nya vårdlandskapen motsvarar visavi område de nuvarande landskapen med Nyland och Östra Savolax sjukvårdsdistrikt som undantag.

Vårdlandskapens högsta beslutande organ är vårdlandskapsfullmäktige som utses genom val. I lagen om vårdlandskap föreskrivs om vårdlandskapens verksamhet, ekonomi och förvaltning samt om granskningen av ekonomin. Genom lagen om ordnande av social- och hälsovården överförs ansvaret för att ordna den kommunala social- och hälsovården till de nya vårdlandskapen. I syfte att säkerställa det regionala samarbetet och en ändamålsenlig servicestruktur inom social- och hälsovården bildas fem samarbetsområden. De vårdlandskap som hör till ett samarbetsområde gör vart fjärde år upp en samarbetsplan. I denna stadgas det noggrannare om vårdlandskapens organiseringsansvar och mera detaljerat om möjligheterna att anskaffa social- och hälsovårdstjänster av en privat tjänsteproducent.

Det har föreslagits att statens möjlighet att styra social- och hälsovården stärks. Statsrådet ska vart fjärde år fastställa strategiska mål för social- och hälsovården. Vårdlandskapen bör beakta målen i sin egen verksamhet och även vid beredningen av samarbetsavtalen. Social- och hälsovårdsministeriet förhandlar dessutom årligen med vårdlandskapen om genomförandet av den social- och hälsovård som de ansvarar för att ordna.

Vårdlandskapens verksamhet finansieras huvudsakligen med statlig finansiering och delvis med kundavgifter som bärs av dem som använder tjänsterna. Finansieringen bestäms kalkylmässigt i huvudsak utifrån vårdlandskapets behov av tjänster samt omgivningsfaktorer. När finansieringsansvaret överförs från kommunerna på staten måste statens inkomster ökas och kommunernas inkomster minskas i motsvarighet till överföringen.

Det första landskapsvalet förrättas den 24 januari 2022 (med undantag av Helsingfors). Tanken är att ansvaret för att ordna social- och hälsovården överförs från kommuner och samkommuner på vårdlandskapen vid ingången av 2023. De lagar som hänför sig till propositionen avses i huvudsak träda i kraft 2023. Lagen om införande av reformen avses träda i kraft den 1 juli 2021.

(<https://soteuudistus.fi/sv/utkast-till-lagforslag-15.6.2020>)

4.6. Direktmottagning av fysioterapi i Finland

I Finland har det funnits direktmottagning av rörelseorganens fysioterapi inom den offentliga sektorn i över tio år. I december 2018 hade 150 kommuner direktmottagning på gång och 50 kommuner planerade att starta den. En del av sjukvårdsområden har tagit direktmottagning i bruk i samarbete med hela sjukvårdsdistriktet som till exempel i Södra Karelen och Centrala Finland.

På den privata sektorn har kunden alltid kunnat söka sig direkt till fysioterapeut utan läkarremiss. Remissens betydelse har varit att få FPA:s delkompensation av vården. Skillnaden mellan den offentliga och den privata sektorns fysioterapiverksamhet är att på den privata sektorn har fysioterapeuten inte rätt att skriva ut sjukledigt eller rekommendera smärtstillande medicin enligt riktlinjerna för god medicinsk praxis.

Enligt internationella undersökningar från Australien, Nederländerna (t.ex. Leemrijse, C.J., Swinkels, I.C.S. & Veenhof, C. 2008), Stor-Britannien och USA har man fått goda erfarenheter av direktmottagning av fysioterapi. Det har till exempel lett till betydande besparingar. Kunder, läkare med annan personal och själva fysioterapeuterna har varit nöjda med verksamheten. Patientsäkerheten har inte blivit svagare. Fysioterapeuterna har väl kunnat identifiera allvarliga hälsotillstånd som krävt läkarvård. Forskningarna i Finland visar likadana resultat (t.ex. Karvonen E., 2020).

Innan enheten kan påbörja direktmottagning av fysioterapi måste fysioterapeuterna få komplementutbildning. Innehållet och omfattandet av utbildningen har varierat mycket på landsomfattande nivå. Suomen Fysioterapeutit och Suomen Fysiatriyhdistys har tillsammans formulerat en rekommendation för direktmottagningsutbildning innehållande de centrala punkterna som utbildningen bör inbegripa. Fortbildningen omfattar minst 15 studiepoäng och har tre mål: 1. utvecklande av klinisk undersökning och härledningskunnande visavi symptomens bakomliggande orsaker och därtill behövlig rehabilitering. 2. Bättre bedömning av vårdbehov och instruktion av egenvård och självständiga övningar. 3. Utvecklande av behandling och rehabilitation.

De aspekter som man måste ta hänsyn till vid bruktagning av direktmottagning av fysioterapi är att mottagningspersonalen måste skolas regelbundet, samt att processen introduceras till alla nya läkare. Ytterligare ska statistik uppföljas kontinuerligt, kundernas respons observeras och fysioterapeuterna

fortbildas regelbundet. Arbetsgivaren försäkrar att fysioterapeuterna får nödvändig tilläggsutbildning. Fysioterapeuterna är själva ansvariga för sitt eget arbete och att de besitter tillräckligt med kunskaper. En fysioterapeut ska kunna urskilja huruvida hans kompetens räcker till vid kundbesöket.

Fysioterapiarbetets nya krav måste också synas i lönesättning. Fysioterapiförbundet rekommenderar minst 350 euros lönehöjning för de fysioterapeuter som jobbar i direktmottagning.

Om arbetsfördelning måste avtalas tillsammans och skriftligt. Fysioterapeuten måste ha full kännedom om innehållet av sina arbetsuppgifter, till exempel hur lång sjukledig hen får skriva ut och hur mycket hen kan rekommendera smärtstillande medicin. Vid behov måste fysioterapeuten ha möjlighet att konsultera läkare och de här tillvägagångssätten ska också beskrivas tydligt.

Antalet personal ska betraktas ur hela fysioterapienhetens synvinkel även om alla inte jobbade med direktmottagning. Arbetsgivarens uppgift är att se till att arbetstagarna orkar och att arbetsgemenskapen mår väl. Fysioterapeuterna måste också få själva bestämma om de vill ta emot nya arbetsuppgifter relaterade till direktmottagningen. Övrig personal måste instrueras hur kunder hänvisas till fysioterapeut istället för läkare. Den här nya arbetsfördelningen kräver att hela arbetsgemenskapens verksamhet utvecklas.

<https://www.suomenfysioterapeutit.fi/fysioterapia/ammatin-kehittaminen/fysioterapeuttien-suoravastaaotto/>

Om fysioterapiens nya roll inom den offentliga hälsovården finns en doktorsavhandling från 2017 av Heli Kangas, *Trust and social division of labour between experts in public healthcare. A phenomenographic case study of physiotherapists' and general practitioners' views of trust and the division of labour in two municipal organizations*. Forskningsresultaten visar att tillit mellan läkarna och fysioterapeuter baseras på kultur av social delning av uppgifter som personalen har adopterat. Vårdpersonal har dålig kunskap om kompetens och arbetets innehåll av andra vårdpersonal. Den mest produktiva arbetsfördelning fanns i sådana hälsovårdsenheter där delning av uppgifter mellan vårdpersonal baserades på ömsesidighet, om att arbeta och lära sig tillsammans. Största orsaken att arbetsfördelningen misslyckas är överlappning. Forskningen visar att det är viktigt för läkarna och fysioterapeuter att förbinda sig till sina arbeten samt att lära sig och utveckla tillsammans. Utan de här aspekterna är det omöjligt att uppnå den önskade sociala delningen av arbetsuppgifter.

De aspekter som jag ser vara relevanta för den här forskningen är fysioterapeuternas utbildning och fortbildning samt hur lönesättningen är organiserad. I sote-reformens anda är jag speciellt intresserad av multi-professionellt samarbete som en fungerande direktmottagning av fysioterapi kräver. Av stor vikt är den samtliga vårdpersonalen känner till varandras arbetsuppgifter och här har läkarnas och mottagningspersonalens introduktion till direktmottagning en central roll. Dessutom krävs nära samarbetsrelationer och flytande kommunikation bland personalen.

5. Implementering

5.1. Implementeringsstyrning

Tidigare forskning gällande mitt forskningsämne gäller implementering och ledarskap i vilka det finns interna och externa faktorer. Den teoretiska ramen i min avhandling gäller implementering av en organisationsförändring i vilken ledarskap ingår som en faktor.

Vedung (2016) konstaterar: "Implementera betyder genomföra, realisera, förverkliga, verkställa, iverksätta. Implementering syftar på det som pågår mellan beslut och resultat."

Implementeringsforskning som vetenskap har utvecklats i tre faser. I början fokuserade implementeringsforskningen på fallstudier som beskrev implementeringsprocessens komplexitet för att fånga implementeringens dynamik. Den andra fasen av implementeringsforskning har försökt förklara huruvida implementeringen har lyckats eller misslyckats. Implementeringsprocessen bygger på en antingen uttrycklig eller en underförstådd modell av en policy för implementering. (Goggin, Bowman, Lester och O'Toole, Edited by Palumbo & Calista 1990, 182–183.) Den tredje fasen av implementeringsforskningen har emfas på konceptuellt klagörande. Man ska ta noggrann hänsyn till operationalisering och mätning av variabler. De analytiska teknikerna för policy måste vara komparativa och långsgående. De här kriterierna har lätt till användning av mixedmetod i forskning av implementeringens dynamik. (Goggin, Bowman, Lester och O'Toole Edited by Palumbo & Calista 1990, 195).

Organisationens kapacitet påverkar implementeringen. Med organisationens kapacitet menas tillbörlig administrativ struktur, personal och ekonomiska resurser. Skickliga och motiverade administrativa aktörer är i huvudroll av implementering en ny policy till verksamhet. Goda ekonomiska resurser underlättar alltid processen. (Goggin, Bowman, Lester och O'Toole 1990, 132 - 133).

5.2. Implementering inom hälsovården

Implementering inom hälsovården har sina speciella särdrag. Här kommer jag att ta upp olika aspekter av hälsovårdsförändringen och börjar med teorier. Sedan presenterar jag de Woots-modellen, som används som referensram i ledande av förändringen. Och enligt den modellen har jag kategoriserat olika aspekter av teorin. I sammanfattningen behandlar jag de olika dimensioner som jag har skapat på basen av teorin och igen kategoriserat enligt de Woots-modellen.

5.2.1. Teorier av implementering inom hälsovårdsförändring

Det finns två slags teorier: utfalls- och processteorier av implementering. Utfallsteorierna beskriver hypoteser och antaganden om hur någon specifik intervention bidrar till önskad förändring och dess anledning, effekter och faktorer som avgör förbättras hälsovård eller inte. Processteorier hänvisar till aktiviteterna inom implementeringen: hur de är planerade, organiserade och schemalagda för att vara effektiva (organisatorisk plan) och hur målgruppen ska utnyttja aktiviteterna (utnyttjningsplan). (Grol, Wensing, Bosch, Hulscher, Eccles 2013, 20).

En sak som man inte kan påverka men måste beakta är teorier av inflytande av bredare ekonomisk och social kontext. Där finns marknadsreglering, konkurrens, ersättningsystem och finansiella incitament som bör identifieras när implementering av förändring inom hälsovård påbörjas. (Grol, Wensing, Bosch, Hulscher, Eccles 2013, 33)

5.2.2. Tillämpning av de Woots-modell

Den belgiske Philippe de Woots har forskat förändringar på universitetsnivå, men den av hans modeller som är presenterad i publikationen *Managing Change at University* (1992) kan generaliseras till vilken organisation som helst. Gustafsson och Marniemi (2012) rekommenderar att den här modellen används som referensram i ledande av förändringen. Den här modellen använder också THL i sina presentationer gällande förändringsprocess.

Figur 2. de Woots modell (Gustafsson & Marniemi 2012)

Förändringstryck	Gemensam vision	Förändringskapacitet	Genomförbart projekt	Lyckad förändring
	Gemensam vision	Förändringskapacitet	Genomförbart projekt	Förändring utan innehåll
Förändringstryck		Förändringskapacitet	Genomförbart projekt	Förändring utan ändamål
Förändringstryck	Gemensam vision		Genomförbart projekt	Förändring skapar ängslan
Förändringstryck	Gemensam vision	Förändringskapacitet		Förverkligande av förändringen har misslyckats

Tanken med den här modellen är att betrakta förändringen via fem olika faser: 1. förändringstryck, 2. gemensam vision, 3. förändringskapacitet, 4. genomförbart projekt och 5. utfallet av förändringen. De Woots påstår att om en av de här faserna fattas, leder det antingen till att förändringen blir utan innehåll, utan ändamål, förändringen skapar ängslan eller förverkligande av förändringen misslyckas.

För att klargöra dessa fasers innehåll har jag systematiserat min teori enligt de Woots-modellen, vilken jag också har använt som basis för intervjufrågornas kategorisering.

5.2.2.1. Förändringstryck

Förändringstryck är det tryck som föder behovet för förändring.

Motiven till att förbättra vårdprocesser och bästa praxis ligger inte så mycket i riktlinjer, protokoll eller nya procedurer som i allmänhet har visat sitt värde utan oftast baseras de på problemen i

vårdleverans som lett till fel, slöseri eller ineffektivitet. Dylika problem upptäcks p.g.a. patientklagomål, vårdgivarnas erfarenheter eller genom att betrakta vårdprocessen. I sådana här fall finns det sällan någon färdig lösning utan det måste skapas som en del av implementeringen. Den här processen börjar nerifrån istället för en uppifrån bestämd implementering. (Grol och Wensing 2013, 83)

5.2.2.2. Gemensam vision

Gemensam vision är en vision som enhetens medlemmar har av verksamheten när förändringsprocessen är färdig.

Att planera en implementeringsstrategi kräver en förståelse av existerande uppfattningar, behov och problem samt av de realiteter av arbetsomständigheter som berör de individer som i sista hand ska genomföra implementeringen. Idealt är att ha målgruppen med i framtagandet av förändringsförslag samt även i de följande implementeringsfaser som gäller planering, utveckling och testande av mätningar och strategier. (Grol och Wensing 2013, 43)

Det finns många organisatoriska strategier för att förbättra hälsovårdspraxis. Organisatoriska strategier är ofta komplexa och det förblir oklart vilka av deras komponenter har bidragit till deras inverkan. Organisatoriska strategier har vanligen ett brett sortiment av objekt där förbättrad professionell prestation och förändringens utfall är bara några av dem. Strategier kan också ha som mål att reducera kostnader, öka volymen av vårdade patienter, bemöta specifika sociala förväntningar eller lösa problem gällande personalens arbetsbelastning. (Wensing, Laurant, Ouwens och Wollersheim 2013, 248)

5.2.2.3. Förändringskapacitet

Förändringskapacitet är den kapacitet som enheten besitter för att utföra förändringen. Innan man kan börja en implementeringsprocess måste man kartlägga enhetens kapacitet på alla olika nivåer.

Olika faktorer kan vara viktiga under varje skede och steg i förändringsprocess. Enskilda vårdgivare har sin kunskap, skicklighet och personlighet, sitt självförtroende, sina attityder, värden och vanor. I social kontext finns kunder (med respektive kunskap, attityder, beteende, förväntningar, erfarenheter och prioriteter), kollegors attityder och beteende, det sociala nätverkets kultur och ledarnas åsikter. I organisatorisk kontext finns finansiella resurser, organisering av vårdprocesser, kvalificerad personal, institutionella policyer, uppgiftsdelning och ledarskap. Till sist finns ännu ekonomisk och laglig kontext med belöning, kontrakt, regler, regleringar och lagar. (Grol och Wensing 2013, 53)

För att effektivt kunna introducera en innovation som direktmottagning av fysioterapi kan det vara nödvändigt att jobba på flera nivåer samtidigt. Aktiviteterna på olika nivåer, d.v.s. central, lokal, avdelning/praktik eller individuell, har då olika innehåll och mål. På central nivå kan professionella organisationer, beslutsfattare och betalare erbjuda stöd och skapa goda förutsättningar för innovationens implementering genom att ombesörja den nödvändiga infrastrukturen, bestämmelser och regleringar. Dessutom kan de bidra till en lyckad implementering med en positiv attityd gentemot förändring. Lokala vårdgivarorganisationer eller institutioner kan främja en lyckad förändring genom att komma överens om samarbete med alla som innovationen berör eller kommer att beröra. De kan också bistå förändringsprocessen genom aktiv kommunikation och genom att bistå med nödvändiga organisatoriska och strukturella förutsättningar. På avdelnings-, team- eller praktikinivå finns det vanligen en tvärvetenskaplig grupp av vårdgivare som godkänner och implementerar förändring eller innovation. På den sista nivån bör individuella vårdgivarna vara motiverade och hållas informerade och därför bör de delta i utbildning, revidering, responsprogram o.dyl. (Grol och Ouwens 2013, 296)

Teorier som gäller faktorer relaterade till organisatorisk kontext ser strukturella, administrativa eller organisatoriska egenskaper och reformer som de faktorer som möjliggör förändring i patientvård. Sådana saker är till exempel bättre organiserad vårdprocess, en annorlunda uppdelning av uppgifter och roller, förändrad kultur i arbetsmiljö eller samarbete mellan personalen. (Grol, Wensing, Bosch, Hulscher, Eccles 2013, 25–27) Revision av personalens roller finns på olika områden i hälsovården: barnmorskan ger obstetrikvård, apotekaren ger råd i medicin som tidigare har varit sjukvårdarnas och läkarnas ansvar eller fysioterapeuten diagnostiserar specifika symptom och ger vård. Revision av roller kan också betyda utvidgning av rollen för att inkludera nya uppgifter. (Grol, Bosch och Wensing 2013, 174). Man har funnit att revision av personalens roller kan ha en positiv effekt på professionellt presterande, medan vårdens resultat antingen blir oförändrad eller förbättras. (Wensing, Laurant, Ouwens och Wollersheim 2013, 242)

Grol et al. (2013, 22) presenterar Ajzens tanke från 1991 att en av de mest använda teorier gäller planerat beteende och som postulerar att allt beteende av personal är påverkat av individuella avsikter att bete sig på ett specifikt sätt och på basen av de här avsikterna finns attityder om beteendet, uppfattade sociala normer och uppfattad kontroll. Alla de här faktorerna kan ingå i implementeringen. Personalen kan också ha olika motiv att förhålla sig till och förbereda sig för förändringen. Enligt Grol et al. (2013, 22–23) har Tassone och Heck 1997 forskat sjukvårdare och fysioterapeuter och visar att den viktigaste orsaken till att delta i fortbildning var att förbättra sin egen professionella kompetens. Man märkte också att frivilligt deltagande ledde mera sannolikt till förändring än om man var tvungen att delta i fortbildningen.

Vuxna lär sig lättare sådana saker som de har själva upplevt vara problematiska i sina arbeten och saknar lösning till än sådana saker som är abstrakta som till exempel riktlinjer. (Grol, Wensing, Bosch, Hulscher, Eccles 2013, 22). Grol et al. (2013, 22) hänvisar till Lewis och Bolden som har skrivit 1989 om fyra olika stilar att lära sig. Det finns entusiaster som gillar nya erfarenheter och därför mottar men också överger innovationer snabbt. Den andra gruppen är reflektiva professionella som vill överväga alla möjligheter före förändringen. Den tredje gruppen är teoretiska inlärare som föredrar en rigorös analys och noggrant tänkande för att förklara varför förändringen behövs. Och till sist finns det pragmatiker som vill agera på basen av praktisk erfarenhet av en innovation. (Grol, Wensing, Bosch, Hulscher, Eccles 2013, 22).

Det är viktigt att integrera implementeringsplanet till existerande strukturer och kommunikationskanaler för informerande och för att överhuvudtaget genomföra implementeringsprojektet i samarbete med alla berörda parter. Man ska använda den median som målgruppen är redan bekant med, litar på den och kan använda utan extra ansträngning. På central nivå har man vetenskapliga och professionella journaler och nyhetsbrev från professionella organisationer. Institutet har kvalitetsprogram, kvalitets- och säkerhetskommittéers möten, ackrediteringsprogram och övervakningssystem. Lokala grupper kan ha studiegrupper, vårdteammöten, utbildningskurser och lokala gruppmöten mellan professionella, kliniska diskussioner och teammöten. På individnivå finns olika undervisande initiativ. (Grol och Ouwens 2013, 297)

Det är av kritisk vikt att ta hänsyn till komplexiteten av vanlig patientvård när man försöker förändra rutiner av klinisk praktik. Det finns många saker som kan förhindra eller stöda processen. När man förbereder en förändringsprocess måste man vara uppmärksam till organisatoriska och praktiska

aspekter av implementeringen. Till exempel att det finns tillräckligt expertis, budget, tid och schema. En viktig aspekt är också personalens motivation att påbörja förändringsprocessen. Innan man kan uppnå en äkta förändring, måste målgruppen vara medveten om behovet av förändring och innehållet av förändringen samt förstå förändringens möjligheter. (Grol och Wensing 2013, 41)

Attityder kan bearbetas för att bli mer gynnsamma gentemot förändringen genom diskussion med en tillförlitlig expert som erbjuder ett lockande perspektiv och övertygande bevis (Grol, Bosch och Wensing 2013, 168).

Många teorier beskriver hur effektiv kommunikation kan påverka attityder och beteende. Effektiv kommunikation måste ta hänsyn till alla olika faser av att överföra budskapet. Först ska budskapet väcka uppmärksamhet, sedan måste man förstå argumenten och slutsatsen, minnas innehållet av budskapet och till sist byta attityd. Individuella särdrag borde också minnas när man anpassar budskapet: hurdana kunskaper och intressen har mottagaren och hurdan roll har avsändaren från mottagarens perspektiv gällande status och trovärdighet. I teorin om socialt inlärande tar man hänsyn till kontextuella faktorer som hälsovårdspersonalens arbetsomgivning. Viktiga kontextuella faktorer är belöningen som man får från andra (till exempel positiva kommentarer) men också modellering av andras beteende. Personliga faktorer är sådana kunskaper man lär sig via erfarenhet, genom eget informationssökande eller genom att observera andras beteende. Beteendefaktorer syftar på individens förmåga att de facto bete sig på ett önskat sätt. (Grol, Wensing, Bosch, Hulscher, Eccles 2013, 23–24).

Grol och Ouwens (2013, 295–296) presenterar Mittman et al.:s åsikter från 1992 gällande tre typer av situationer som kräver olika slags strategier för att förmedla information: små grupper, medelstora grupper och stora grupper. I fråga om små grupper på två eller tre människor är de bästa strategierna att utbildad personal instruerar ansikte mot ansikte, man har en möjlighet att individuellt konsultera en expert samt personlig kontakt med kollegor. Medelstora grupper kan bestå till exempel av en sjukhusavdelnings personal, ett vårdteam, en hälsocentral eller lokala grupper av läkare eller ambulanspersonal. Deras strategi kunde vara att använda åsiktsledare, organisera interaktiva studiegrupper, förbereda konsensusöverenskommelser, utföra kliniska revisioner och ha kvalitetscirklar, men också att övervaka verksamheten och erbjuda finansiella incitament. Stora grupper kan formas av till exempel alla ledarna av en professionell grupp, alla vårdgivarna inom området eller alla sjukhusen i landet. De kan använda massmedia eller offentlig rapportering för att förmedla information samt utveckla nationella riktlinjer.

När man väljer lämpliga strategier för att stöda implementering av förändring, är det bra att skilja mellan effektiv distribution, dvs. spridning av information för att få människorna ta emot innovationen, från effektiv implementation där innovationen blir absorberad och integrerad till vanliga rutiner och vårdprocesser. Somliga problem kan tacklas på nationell eller regional nivå med till exempel finansiell kompensation för extra arbete. Men andra problem kräver uppmärksammande på professionell, praktisk eller gruppnivå genom till exempel respons av pågående implementering. Praktisk integrering av det nya sättet att arbeta till vanliga rutiner i praktiken är avgörande för att undvika tillbakafall till gamla rutiner. Varje systematiska försök att förändra praxis borde planeras så att det innehåller mätningar och utvärderingar genom hela processen med hjälp av lämpliga indikatorer och lättillgängliga datakällor. (Grol och Wensing 2013, 44)

I förändringsprocessen är det viktigt att ta hänsyn till de faktorer som kan främja eller hindra processen. Enligt Hujala et al. 2019 är främjande faktorer i förändringsprocessen en enad struktur, tillräckligt med tid för samarbete, att de professionella känner varandra och innehållet av varandras arbete, positiv attityd gentemot samarbete, enighet om gemensamma mål, uppskattning av andras arbete och öppen atmosfär för diskussioner. (Hujala et al. 2019, 595–597)

Hindrande faktorer i förändringsprocessen kan vara bristfälligt informationsflöde, tidsbrist, dålig kännedom om andras arbeten, lågt deltagande i samarbete, oklara gemensamma mål, oklara roller i samarbetet samt olika verksamhetskulturer och arbetsmetoder. (Hujala et al. 2019, 595–597)

För en lyckad implementering av förändring behöver man skapa ett team som har tillräcklig expertis och motivation att koordinera och stimulera projektet. Sedan måste man ta hänsyn till huruvida det finns tillräckligt med stöd för implementeringen. Målgruppen kan ha en negativ attityd gentemot förändring i allmänhet eller de kan saknas förståelse för processens inverkan på sitt arbete. Man bör noggrant kartlägga alla de som har någon slags roll i förändringsprocessen i form av åsikter eller Kooperation: individer, grupper, enheter och organisationer. Man bör ta med alla ledarna på olika nivåer, men speciellt frontlinjeledarna som "säljer" projektet till målgruppen. Sedan säkerställer man en tillräcklig budget och stöd till personal som är med i projektet. Även i mindre projekt måste man hitta tid för sådant här extra arbete. Den saken som är svår att förutse är tiden som processen kräver, men man borde ändå ha en tidtabell som ger ramen till förändringsstigen. Vanligen kräver förändringar lång tid, men samtidigt är målgruppen ivrig att se resultaten för att uppehålla motivation och inte återvända till gamla praxis. (Grol och Wensing 2013, 58–59)

Olika element av implementeringen måste vara inplanerade. De kan inte tas i bruk samtidigt för att inte överbelasta både målgruppen och organisationen. En logisk följd borde bestämmas: vad är det viktigaste att göra först och vad kan lämnas till senare? Planen borde delas till välorganiserade och hanterbara komponenter som kan introduceras och utvärderas separat. Regelbunden utvärdering och respons är också inkomponerade i planen. Det här är nödvändigt för att identifiera problem samt faktorer som bromsar processen snarast möjligt och ställa nya prioriteringar samt revidera målgruppens behov. Man bör acceptera att genomförandet av hela implementationen och förändringen kommer att ta lång tid, t.o.m. många år. Förändringen går sakta vidare, men samtidigt behövs snabbhet och djärighet för att inte förlora momentet. (Grol och Ouwens 2013, 296–297)

Grol et al. (2013) presenterar olika skribenters teorier som förklarar förändringens utförande inom en organisation. Enligt Grol et al. (2013, 27) har Damanpour skrivit 1991 om teori om innovativ organisation. Damanpour säger att innovationsförmågan kräver hög grad av specialisering, differentiering av funktioner, hög grad av professionalism, decentralisering av beslutsfattandet, bättre teknisk kunskap, bra intern och extern kommunikation, positiv attityd mot förändring bland ledarna och till sist färdighet att överkomma ekonomiska problem.

5.2.2.4. Genomförbart projekt

Genomförbart projekt är den konkreta handling som man påbörjar för att genomföra förändringen.

De viktigaste stegen i en systematisk inställning av implementering av förändring är först att formulera en konkret, väl skapat och uppnåeligt förslag för förändring i praktik med klara målen. Sedan bör man utvärdera verksamhet och kartlägga problemen i användning av den nya processen. Det tredje steget är att analysera målgrupp och omgivning och att påpeka vilka egenskaper i dem stimulerar eller förhindrar förändringsprocessen. Det fjärde steget är att utveckla eller välja mängd av strategier för förändring. Sådana strategier gäller om effektiv spridning, effektiv implementering och underhåll av förändring. Det femte steget i en systematisk inställning av implementering av förändring är utveckling och genomförandet av implementeringsplan som innehåller aktiviteter, uppgifter och tidtabell. Det sjätte steget omfattar integrering av förbättring inom vanliga

praktikrutiner. Till sist måste man utvärdera och revidera planet med kontinuerlig övervakning med lämpliga indikatorer. (Grol och Wensing 2013, 40)

Det första kravet för effektiv implementation av innovationer i patientvård är ny vetenskaplig kunskap eller bra erfarenhet med bästa praxisen. Det kräver vanligen en kombination av interventioner och mått att förbättra praktik permanent. Implementeringsplanet borde vara flexibelt för att kunna justeras kontinuerligt under implementeringen. I allmänhet bör planet beakta följande faser i förändringsprocessen: orientering, förståelse, mottagning, förändring och underhåll. Vetenskaplig forskning för att stöda planering av implementation är begränsad och de här idéerna baseras mest på kunskap som har erhållits via erfarenhet. (Grol och Ouwens 2013, 292–293)

Noggranna planer och förberedelser av implementeringsaktiviteter är ofta förutsättning för en lyckad introduktion av nya procedurer och förändringar inom hälsovårdspraktiker. Det behövs också ett entusiastiskt team med all relevant expertis för att stöda de här aktiviteterna. Först ska man skapa en positiv attityd bland de anhöriga och lära dem att ta sig för i förändringen. Man bör säkerställa att det finns medel och personal för att genomföra aktiviteter. Progress borde undersökas regelbundet och med behov justeras. Man måste erkänna att äkta förändringar i patientvård tar mera tid än kan förutses på förhand. (Grol, Ouwens och Wollersheim 2013, 74)

För att skapa förståelse om nya procedurer bör målgruppen vara intresserad av förändringen, men också förstå vad förändringen kräver och de argument som finns bakom den. Vårdgivarna borde veta exakt vad förväntas av dem och varför det är viktigt. Därför bör vårdgivarna ha tillräckligt med bakgrundkunskap och erfarenhet för att förstå given information. (Grol, Bosch och Wensing 2013, 177).

Omorganisering av en del eller helhet av vårdprocesser lyckas bäst om man fokuserar på tvärvetenskapliga vårdprocesser än om man försöker påverka professionellt beslutsfattande. Oftast betraktar man processer uppifrån neråt med en inställning styrd av ledarskap. Då analyserar man nuvarande praxisen och processer samt omprövar och formulerar dem på nytt. Sådana här inställningarna kräver organisering av ett nytt samarbete mellan vårdaren, ny fördelning av uppgifter, effektiv överföring av information, effektiv inplanering av tidsbeställning och ett helt nytt sätt att använda vårdpersonal. Man måste skapa behandlingsvägar där det är klart beskrivet att vilken slags vård är producerad av vem och när i vilken omgivning i varje del av vårdprocessen. Det här borde minska fragmentering av vårdprocesser. (Grol, Wensing, Bosch, Hulscher, Eccles 2013, 30)

Komplexitetsteori förutsätter att världen av hälsovård har blivit komplex och det är viktigt att observera och förbättra systemen som hela istället för att fokusera på skilda delar och komponenter (Grol, Wensing, Bosch, Hulscher, Eccles 2013, 31). Organisatorisk lärande anser att både individer och organisationer lär sig. Grol et al. (2013, 31) skriver om Nevis et al.:s tankar från 1995 att lärandet kan ses som särdrag av organisation därför att kunskap och expertis stannar kvar även om individer lämnar organisationen. Grol et al. (2013, 32) presenterar också Ferlie och Shortells synvinkel från 2001 till teori av organisationskultur, där de säger att för att kunna uppnå en äkta förändring i patientvård, bör organisationen skapa en kvalitetskultur som tar hänsyn till kontinuerlig lärande och grupparbete och har centralfokus i patienter. Över tiden lär organisationen sig att handla problemen. Värden och normer ges över till organisationens medlemmar och de blir inbäddad i rutiner. (Grol, Wensing, Bosch, Hulscher, Eccles 2013, 32)

Man bör först välja några förändringar som presenteras och testas inom en liten och motiverad grupp. En teori som är skapat av en grupp av experter blir vanligen någonting annat i praktiken. (Grol och Ouwens 2013, 298)

Den nästa fasen av implementeringen är formulering av konkreta målen och mätbara indikatorer med vilka förändring och framgång kan mätas. Utvärderingsmätaren borde vara integrerade till förändringsprocessen redan från början. Därför bör man formulera specifika målen och ge tidsfrister för att uppnå målen. Med ambitiösa målen kan man inte lämna utvärderingen till slutet av projektet. När man granskar implementationsplanet regelbundet, kan man märka om det inte längre stimulerar önskade förändringar och behöver adaptering. Man ska börja små, kolla att man är på rätt spår, förbättra planet och sedan vidga ut det till andra segmenten av målgrupp. (Grol och Ouwens 2013, 299)

Man kan samla ihop respons data antingen via direkt eller indirekt observation. Indirekt observation kan vara självbedömning, granskning av patientjournaler, strukturerade intervjuer och förfrågning bland personalen med frågor om deras egen beteende eller om uppskattning av kollegors beteende. Man kan också intervjua och fråga patienter om deras subjektiva eller objektiva erfarenheter om vård. Det kan också finnas data som är producerat av en tredje part till exempel statistik från sjukdomsförsäkrans som kan utnyttjas som datakälla. (Van der Weijden, Wensing, Eccles och Grol 2013, 213–214)

Informationen kan samlas in genom att observera på plats, genom självrapporter, via intervjuer, enkäter eller survey eller genom existerande datakällor. Observation på plats är möjlig om observatörens tillvaro är inte påträngande och kan inte förändra objektets beteende. Observation är ganska svårt och tidskrävande att lära sig på riktigt och resultaten kan vara svårt att analysera och sammanfatta. Ju mindre strukturerad är observationen eller mera komplex är förändringsstrategi, desto mera problematisk blir metoden. Intervjuer och enkäter kan användas antingen som regelbundna genom interventionsperiod eller som retrospektiv rapport efter interventionen är slut. Om man väljer att mäta resultaten under interventionen bör man ta hänsyn till att aktiviteter är homogena och att hur mycket finns tid att tolka samlat information samt bedöma observerade människornas tolerans för avbrytning. Om man bestämmer att samla rapporter efter interventionen, är de mest pålitliga när samlat genast efter händelsen. Användning av existerande datakällor gäller om information som är sparad rutinmässigt och är oberoende av processutvärdering. Nerteckningar kan variera från narrativa rapporter till ordentligt strukturerade dataformer som används av personalen för att följa händelser. Användning av existerande datakällor har begränsningar och de kan sällan ge allt information som behövs utan man bör ännu samla in ytterligare information. (Hulscher, Laurant och Grol 2013, 344)

Det är inte lätt att bekräfta om deltagarna gör alla avsedda aktiviteter. Det kan vara nödvändigt att välja några centrala kännetecken av strategi som man uppmärksammar. När man genomför en förändringsstrategi, är det ibland tillåtligt för förändringsprocessen att variera över lägen och tiden. Ju mera man tillåter variation, desto noggrannare bör man dokumentera processen. (Hulscher, Laurant och Grol 2013, 346)

Det är betydelsefullt att arrangera permanenta och hållbara förbättringar genom integration av nya procedurer till existerande rutiner (Grol och Ouwens 2013, 300). Grol och Ouwens (2013, 300) berättar om Gruen et al.:s 2008 litteraturoversikt där de hittade en list av villkor för en lyckad varaktig förändring: 1. Det finns kontinuerlig uppmärksamhet från ledarna. 2. Engagemang av målgrupp och lokala ledarna. 3. Förbättring är passlig generellt i organisationen. 4. Tillräckligt med personal och budget för fortsättning av den nya proceduren eller projektet i lång sikt. 5. Det finns en entusiastisk pionjär 6. Projektens positiva utfallen är synliga. 7. Förbättringsprojekt är väl ledd och koordinerat. (Grol och Ouwens 2013, 300)

5.2.3. Slutsatser om implementering i hälsovården

När man talar om förändringen, finns det många individuella faktorer som kan påverka processen. I rationella tankeprocesser väger man för- och nackdelar för att hitta det optimala resultatet. Undersökningar har visat att det är lättare att lära sig saker som man vill hitta lösning till än abstrakta saker som till exempel riktlinjer. Viktigaste orsak till att delta i fortbildningen är att förbättra egen professionell kompetens. Och frivillig deltagande i fortbildningen leder hellre till förändring än om man är tvungen.

De olika faserna av effektiv kommunikation är 1. Budskapet växer uppmärksamhet. 2. Man förstår argumenten och slutsatsen. 3. Man minns innehållet av budskapet 4. Man byter attityd. Man bör också ta hänsyn till mottagarens kunskaper och intressen samt avsändarens status och trovärdighet från mottagarens perspektiv.

Det är viktigt att när man har en grupp av personal, bör de arbeta mot samma mål. Formella ledarna och informella ledarna båda har sitt intryck i förändringsprocess. Det finns ännu sådana faktorer som inte kan påverkas men måste tas hänsyn till som till exempel bredare ekonomisk och social kontext. Sedan finns det organisatoriska och praktiska aspekter i implementeringen: expertis, budget och tid och personalens motivation. Man bör jobba på olika nivåer samtidigt: central, lokal, avdelning/praktik och individuell.

I början av implementeringsprocess bör kartläggas alla som har någon slags roll i förändringsprocessen till exempel åsikt eller Kooperation: individer, grupper, enheter och organisationer. Ledarna på olika nivåer borde också tas med, men de viktigaste är frontlinjeledarna som "säljer" projektet till målgruppen. Sedan bör man räkna budget och ta hänsyn till att det finns stöd till personalen för processen kräver extra arbete.

Noggranna planer och förberedelser av implementeringsaktiviteter leder till lyckad introduktion av nya procedurer. Planen borde delas till komponenter. Stora förändringar tar lång tid, men man får inte heller förlora momenten. Det hjälper om man har ett entusiastiskt team med all relevant expertis att driva igenom processen.

Organisatoriska strategier kan ha som syfte att reducera kostnader, att öka volym av patienter, att bemöta sociala förväntningar eller att lösa problem med personalens arbetsbelastning. Inom

hälsovården börjar en lyckad process nerifrån. Man märker problemet i praktiken och försöker hitta lösning till det. Nuförtiden har det tagits lite nytt perspektiv på fältet med revision av roller eller utvidgning av roller.

Kontrollering och utvärdering med hjälp av lämpliga indikatorer hör till implementeringen. Man bör kunna formulera konkreta målen och mätbara indikatorer för att sedan kunna utvärdera processen.

5.3. Hur driver man reformen? - Ledarskap

I litteratur gällande ledarskap finns det mycket olika modeller att tillämpa till ledarskap i organisationsförändring. Inom organisationer är det centralt hur bra ledarna kan byta sin tankeställning från fokus i organisationen till fokus i processer. Om man har fokus i organisationen, koncentrerar man på människornas beteende. Man utvärderar personalen och hittar problem i deras attityder. Man betraktar vem gjorde fel och experter bestämmer kriterier för kvalitet. I processfokuserad tänkande hittar man problem i arbetsprocesser som kan förbättras med personalens samarbete. Man sätter vikt i teamarbete och i utveckling av kunnandet. Kunden bestämmer kriterier för kvalitet. (Gustafsson och Marniemi 2012, 39)

De Woots-modell, som jag presenterade tidigare, kan ses som lämpligt verktyg för dagens ledare. När det yppas något behov för förändring antingen in i organisationen eller utifrån via politiskt beslutsfattande till exempel, kallas det förändringstryck. I de Woots-modell är nästa steg att skapa gemensam vision, där en god ledare skulle lyssna på sina arbetstagare för att tillsammans skapa målet för förändringen. Förändringskapacitet gäller ju om personalen och en god ledare känner sina arbetstagare och kan utnyttja deras kunskap på bästa sätt, när deltagande i processen också underlättar motviljan som alltid finns med i förändringen. När man utför det genomförbara projektet, bör man ha valt indikatorer som visar framsteg under processen. Personalen bör också vara medveten om vad som mäts och resultaten därför att det uppmuntrar deltagarna i processen att fortsätta. Det som är viktigt är att visa när målet är uppnått. Ledaren bör rapportera utfallet till personalen även om det ännu finns behov för förbättringar och uppföljningsmätningar. Ledaren skall visa att det här extrajobb man har gjort för förändringen har varit värt. Och om utfallet är inte lyckad, kan man betrakta modellen att se i vilken fas det finns brister som kunde korrigeras.

Ansvarsutkrävning betyder att institutioner är ansvariga till befolkningen. På offentlig sektorn gäller ansvarighet att verksamheten skall vara transparent, jämlikt, effektivt och av integritet. Det finns på förhand satta kriterier för auktoriteter att utföra verksamhet, rapporteringskrav och mekanismer av ansvarsutkrävning. Det som man måste ännu mera ta hänsyn till är kundnöjdhet och det finns olika slags medel att mäta det. (Romzek 2014, 308)

Innan man börjar förändringsprocessen är det viktigt att förklara vilka saker eller vem som kommer att motstå förändring både inne i organisation och utanför den. Och innan ledaren sätter sig i mitten av kanske ganska svår situation, måste hen reda ut sin egen angelägenhetsordning och åtaganden. (Moran & Brightman 2000, 70)

Ledaren måste ha en klar vision som hen kan presentera åt medarbetare förståeligt och berätta hur den kommer att påverka dem. Det är lika viktigt att också presentera en praktisk plan och hur man ska gå vidare med den steg efter steg. Och på varje steg måste man kunna presentera vad uppnås där och hur resultaten ska mätas. (Moran & Brightman 2000, 70)

En stor organisationsförändring kräver en stor skala av kommunikationsfärdigheter och djuphet av kunskap att ingen en person har. Även om en person kan utföra förändringen, skulle hen behöva andras hjälp att bibehålla förändringen. Gamla vanor brukar återkomma till praktiken om förändringen njuter inte bred stöd. (Moran & Brightman 2000, 70)

Om förändringsledarna kunde få människorna positivt med i förändringsprocessen och leda den motstående energin för att undersöka själva förändringen, skulle det vara snabbare att lära sig nya vanor av samarbetsmodell. Frukten att förlora styr oss att utesluta förståndet från positiv resonemang för förändring och får oss bete så att vi även förhindrar eller spårar ur förändringsinitiativet. När förändringsinitiativet är publicerad inom organisationen, måste man ta hänsyn till att det påverkar alla på olika sätt. (Moran & Brightman 2000, 71)

Om människorna kan inte integrera förändring på personlig nivå, kan de inte heller upprätthålla den på professionell- eller organisationsnivå. De faktorer som varken förhindrar eller stöder individens anpassning till extern förändring är tro (vad man tror vara sann), värden (vad håller man som god), beteende (hur beter man sig) och skicklighet (talangen och förmåga). Var och en av de här faktorerna reagerar olika till förändring på tre olika nivåer: 1) personlig nivå, 2) professionell nivå, 3) organisationsnivå. De här faktorerna förändras med olik hastighet beroende på det att vilka nivåer

känns mest krävande. Det gäller inte om motstånd av förändring, utan rädslan att man inte klarar sig av någonting nytt. (Moran & Brightman 2000, 72)

Ledarna bör lära sig att vad som styr behovet till förändring (t.ex. lagändring, riskhantering, personalrelationer, efterfrågan, ny kunskap osv.) och utveckla en nöjaktig strategi och verksamhetsplan att svara på de här utmaningarna. Ledarna borde skapa ramen till deras egen anpassning, provning på organisationsnivå och åter-kalibrering samt slutlig implementering. (Moran & Brightman 2000, 73)

Kognitiv komplexitet och social intelligens är fascinerande termer som man hittar till exempel i en artikel av Boal & Hooijberg (2000). Tidigare talade man bara om emotionell intelligens, men nuförtiden ser man djupare dimensioner i människans skicklighet. Å ena sidan kräver man mycket kunskap och skicklighet av en ledare, på andra sidan behöver hen inte klara sig ensam av uppgiften. I alla de här nya aspekterna i ledarskap betonas samarbete mellan människor. Det kan gälla nätverksarbete, ökning av arbetstillfredsställelse eller kundbetjäning, men allt kräver mötande av människor, flytande kommunikation och samarbete. I postmodernistiska tankesätt ser man ledaren som betjänt till nätverk. Ledarna betjänar människor som sedan betjänar kunder. (Clegg et al. 2015, 144) I bästa fall, är ledaren som ett socialt bindemedel som kopplar alla olika elementen ihop.

Ledarskap är alltid beroende på personligheter och personliga relationer (Clegg et al. 2015, 45). Enligt Clegg et al. (2015, 136) kräver olika tider olika slags ledare. Den person som är karismatisk och får organisationen med till förändringsprocessen, är kanske inte längre det bästa val till ledare när organisation har uppnått statligare skede i verksamheten.

5.4. Sammanfattning av implementering

Som den andra fasen av implementeringsforskning har försökt förklara om implementeringen har lyckats eller misslyckats, är det också den centrala frågan i min forskning. De Woots-modell är det medlet som jag har valt till att hjälpa mig utreda om förändringsprocessen har lyckats eller misslyckats och jag tycker att den visar bra i vilket skede har man misslyckat enligt utfallet. Jag kommer att koncentrera på olika aktiviteter inom implementeringen: hur de är planerade, organiserade och schemalagd samt hur målgruppen har tagits med i olika faser av implementeringen.

Från de Woots-modellens olika faser av förändringsprocess betraktar jag i förändringstryck om problemen har kommit inifrån organisationen upp från patienternas klagande, från vårdgivarnas erfarenheter eller genom att betrakta vårdprocessen. Utifrån organisationen kan förändringstryck ha kommit som sote-reformens krav. Om gemensam vision vill jag veta hurdan den är och vem har varit med att utforma den? Gällande kapacitet i förändringsprocessen är det viktigt att ta hänsyn till de faktorer som kan främja eller hindra processen. Med kapacitet måste man ta hänsyn till varken det finns tillräckligt med stöd till implementeringen. Hur informeras olika grupper om implementeringen och vilka kanaler används för det? Hur är fortbildningen organiserat? I fasen genomförbart projekt vill jag se om planerna innehåller kontrollering och utvärdering via hela processen med hjälp av lämpliga indikatorer och hur samlar man ihop respons data. Samt vill jag veta om organisationskultur tar hänsyn till kontinuerlig lärande och grupparbete samt har centralfokus i kunder. Ledarens roll i implementeringen kan ses i olika former av samarbete mellan personalen samt som aktivitet inom olika nätverken. I figur 3 presenterar jag de aspekterna, som jag tycker vara de mest centrala gällande implementering av direktmottagning av fysioterapi enligt teorin. Aspekter är delade enligt de Woots-modellens olika faser och till sist i höger finns de olika utfallen som de Woots påstår att blir om respektive fasen fattas.

Figur 3. Operationalisering av de Woots-modell

Olika faser i de Woots-modell	De centrala dimensionerna	Utfallet om fasen fattas
Förändringstryck	<ol style="list-style-type: none"> 1.Orsak att börja direktmottagning av fysioterapi 2. Tidpunkt att börja förändringsprocess 	Förändring utan innehåll
Gemensam vision	<ol style="list-style-type: none"> 1.Målet av implementeringen 2.Målgruppens deltagande i planering av förändringsprocess 3.Kundernas deltagande i planering 4.Skapande av en gemensam vision mellan olika professionella 	Förändring utan ändamål
Förändringskapacitet	<ol style="list-style-type: none"> 1.Medel att hjälpa med förändringsprocessen: för personal (fortbildning, lön), för kunder, för organisationer 2.Informering till målgruppen om förändringen 3.Olika informeringstaktiker för olika målgrupper 4.Valda indikatorer och mätningssätt 5.Främjande och hindrande faktorer inom organisationen 6.Ledarnas betydelse 	Förändring skapar ängslan
Genomförbart projekt	<ol style="list-style-type: none"> 1.Planens organisering: projektteam, budget, ledarnas stöd 2.Noggran planbeskrivning med varje steg 3.Planens implementering: olika roller, kundernas deltagande, mätningar 4.Insamlande av responsdata 5. Personalens arbetstillfredsställelse 6. Utvärdering av utfallet 7. Förbättringar i verksamheten 	Förverkligande av förändringen har misslyckats

6. Metod och material

För att forska implementering av direktmottagning av fysioterapi inom den offentliga hälsovården, valde jag utföra en kvalitativ fallstudie med temaintervju som instrument. I det här kapitlet kommer jag att presentera de tre organisationerna som jag valde att intervjua under hösten 2020 samt kriterier som ledde till valet. I bilaga 1 finns temana på svenska, som jag skickade åt intervjuobjekten på förhand och i bilaga 2 finns en helhet av frågorna på finska, som jag hade med mig i intervjuerna. Jag går sedan djupare in i temaintervju som metod. Jag beskriver olika aspekter av temaintervju som var viktigt att ta hänsyn till samt hur jag själv har lyckats utföra intervjuerna enligt kraven. Jag har delat intervjun till tre faser: det som man måste göra före en intervju, hur man utför en intervju och ännu vad händer efter intervjun. Till sist upplyser jag mina planer för analysering av samlat information. Men nu först är det dags att berätta lite om egenskaper av kvalitativ fallstudie.

6.1. Kvalitativ fallstudie

I kvalitativ forskningsmetod samlas information omfattande och från aktuella omständigheter. Utgångspunkten i kvalitativ forskning är att beskriva verkligheten med tanken att verkligheten formas av många faktorer som påverkar varandra. Syftet i omfattande forskning av objektet är hellre att hitta faktumen än att avslöja och fastställa dem. Svårighet med kvalitativ analys är att avskilja relevant angelägenhet från mycket komplex helhet. Forskaren själv kan också ha sina begränsningar som kan påverka till slutresultat av det analyserade data. (Esaiasson 2017, 211)

Den epistemologiska aspekten i min forskning är subjektiv. De professionella som jag intervjuade svarade enligt deras egen erfarenhet och jag använde inga andra mätaren. Den ontologiska aspekten blir enligt tidigare forskat vetenskap. Som utgångspunkt har jag läst om implementering inom hälsovården och om ledarskap. Jag har också tidigare erfarenhet om fenomenet enligt min profession som fysioterapeut. Som utgångspunkt finns en preliminär förståelse som baseras på teoretisk betraktande av fenomenet och den här förståelsen utvecklas längs forskningsprocessen. Förståelse och tolkning alternerar och uppfattning om det forskade fenomenet formas och fördjupas längs forskningsprocessen.

Beskrivande forskning söker svar till frågorna vem, var, när och hur, medan förklarande forskning vill veta varför och med vilka konsekvenser. En forskare vanligen prioriterar den ena framför den andra, även om de är sammankopplade och beroende av varandra. (Esaiasson et al. 2017, 27–28). Enligt Esaiasson et al. (2017, 27) kan en beskrivning också ta en form av en kartläggning av fenomen. Det är typiskt till en kvalitativ forskning att utgångspunkter förändras under forskningsprocessen. Man försöker inte fastställa de på förhand sätta hypoteser. Observation av forskningsmaterialet lyfter hellre fram nya begreppen och sambanden och djupare förståelse om verkligheten av forskade objektet. Mitt forskningsproblem är hellre beskrivande och kartläggande. Jag försöker få djupare förståelse om forskade fenomenet.

Min forskning koncentrerar på processen som ledde till färdig verksamhet av direktmottagning av fysioterapi. Esaiasson et al. (2017, 130) kallar studien där utfallet är väl känt på förhand en processpårande teknik. Sådana studier använder sig ofta av intervju som datainsamlingsmetod.

När man börjar forskningen förutsätter epistemisk integritet enligt Hammersly (2020, 385), att forskaren skall välja frågorna som kan undersökas tillräckligt effektivt och man förstår att det finns begränsningar. Man bör också överväga de metoder man väljer för sin undersökning. Med tanke på intervjuer bör man ta hänsyn till att hur många intervjuobjekt ska man ha, när och var ska man intervjua dem och hurdana frågor kommer man att fråga dem (Hammersly 2020, 391).

När man inte använder ett slumpmässigt urval, bör man ta hänsyn till, att resultaten är svåra att generalisera (Esaiasson et al. 2017, 189). I min undersökning kunde jag väl ha använt slumpmässigt urval, men då skulle jag ha behövt större urval av enheter samt kanske byta metoden till frågeundersökning med enkäter som inte kan vara lika djupgående som intervjuer.

Jag använde intervju som teknik men jag hade samlat bakgrundsmaterial omfattande gällande sote-reformen, data om organiseringen i kommunerna och om kraven till direktmottagning av fysioterapi. Jag valde intervjua en nyckelperson i varje enhet. Centralitet är den förekommande urvalsprincipen. Man skall först försöka påpeka den centralt placerade källan för behövlig information, men hen kan sedan peka vidare på nästa informant. (Esaiasson et al. 2017, 267) De enheterna jag valde i min avhandling är olik formulerade och meningen är inte att jämföra eller utvärdera dem utan att beskriva

hur processen har gått i de valda enheterna. Därför ville jag använda tillräckligt vida frågor som inte inleder svararen som jag tycker att strukturerade enkäter gör.

Reliabiliteten förbättras om olika faser av forskningen samt omständigheter till materialets produktion och grunder för klassificering rapporteras noggrant.

6.2. Enheter

För att välja passliga enheter till min undersökning frågade jag hjälp av THLs experter. Jag har valt tre enheter på ett sådant sätt att de representerar variation i organiseringen. De representerar också olika delar av landet: en från väster, en från öster och en från söder. Där finns ett sjukvårdsdistrikt som representerar traditionell samkommun, en integrerad samkommun och en stor kommun för att visa hur implementeringen fungerar i olika omständigheter.

De tre enheterna med i forskningen är Esbo, Övre Savolax sote och Södra Österbotten. Esbo var en av de första kommuner i Finland att påbörja den här direktmottagningen och den är också en stor kommun. Övre Savolax representerar integrerat samkommun och de har tagit i bruk direkt tidsbeställning via nätet till direktmottagning av fysioterapi. Den tredje enheten är Södra Österbotten. Till Södra Österbottens sjukvårdsdistrikt hör 18 kommuner med sammanlagt nästan 200 000 invånare och det är en traditionell samkommun.

Alla de här enheterna i min forskning är med i Social- och hälsovårdsministeriets programmet Framtidens social- och hälsocentral, som genomförs under åren 2020–2022. Målet av programmet är att alla ska få jämlik tillgång till kontinuerliga tjänster i rätt tid, flytta tyngdpunkten till förebyggande arbete, säkerställa tjänsternas kvalitet och effektivitet, stärka den multiprofessionella aspekten och samarbetet i tjänsterna samt dämpa kostnadsökningen. Programmet genomförs i form av utvecklingsprojekt på olika håll i Finland. Institutet för hälsa och välfärd (THL) stödjer och koordinerar genomförandet av regionala projekt. Social- och hälsovårdsministeriet finansierar och drar upp riktlinjer för arbetet inom programmet.

6.3. Temaintervju

Hirsijärvi och Hurme (2000) berättar om temaintervju i deras bok "*Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*". Temaintervju är en halvstrukturerad, halvstandardiserad intervjuform. Ämnet eller temat är detsamma för alla men en viss frihet i formuleringen av frågorna tilläts. I en temaintervju riktar man sig på vissa teman och diskuterar kring dessa. Även om temaintervjuns ämnesramar är definierade på förhand, finns det ingen bestämt formulering av frågor eller i vilken ordning man tänker ställa dem. Alla valda teman går igenom med de intervjuade och frågestam fungerar som en minneslista för intervjuaren. Tanken är att samtalet får förlöpa fritt under intervjun. Den här intervjuformen möjliggör ju en mångsidig diskussion mellan intervjuaren och den intervjuade. Naturligtvis kräver det att intervjuaren är bra insatt i ämnet och väljer sina intervjuobjekt noggrant för att kunna få ut den information som behövs för undersökningen.

6.3.1. Forskningsintervjuer

I min undersökning, för att få erfarenheter om implementering av direktmottagning av fysioterapi i praktik, valde jag tre olika primärhälsovårdens enheter från olika delar av Finland, som har haft sina egna strategier enligt verksamhetsmiljös behov. Organisationer varierade i storlek, kommunform och geografiskt läge. Jag kontaktade organisationer via e-post för att få veta, vem skulle vara den person som har ansvarat för förändringsprocessen och kan bäst svara på mina frågor. I varje organisation kunde den första kontakten leda mig till den rätta personen och jag förstod genast, att det lönar sig inte att intervjua andra inom organisationen, för de skulle inte ge nya aspekter till processbeskrivningen. För jag var inte efter åsikter, utan en processbeskrivning. När jag började formulera frågor, bekantade jag mig med litteratur om implementering i hälsovården, där jag hittade en del av färdiga frågor som jag kunde formulera vidare att bättre betjäna min forskning. Sedan konsulterade jag THL:s experter som gav sina idéer för att ta hänsyn till sådana aspekter som jag hade glömt bort. Jag litade på THL:s experter därför att de känner hälsovårdsfältets helhet bättre än någon annan och deras roll som organisation är att främja kunskap och samarbete inom social- och hälsovården utan egenintresse.

Jag skickade ett orienterande meddelande på förhand till mina intervjuobjekt som berättade vem jag är och varför är jag intresserad av det här ämnet samt om forskningens syfte och ungefär de teman som vi kom att diskutera om under intervjun. Jag testade mina frågor på förhand i en testintervju att teman är relevanta och frågorna är lätta att förstå. Jag informerade också mina intervjuobjekt att jag har valt dem enligt rekommendation av THLs experter för att få med organisationer av olika former. Jag förklarade hurdan nytta man önskar att ha från resultaten och hur jag kommer att spegla utfallen med sote-reformen.

Enligt Bos (2020, 160) har Dawson skrivit 2014 att man aldrig kan garantera absolut anonymitet i en forskning. Och enligt Esaiasson et al. (2017, 267) det att man inte kan ange källan, kan i vissa fall försvaga forskningens trovärdighet. I min forskning intervjuade jag tre representanter av vårdpersonal och för reliabilitetens skull var det nödvändigt att beskriva deras position i organisationen samt deras roll i förändringsprocessen. Även om det finns inga namn i texten, är det ganska lätt att ta reda på intervjuobjektens identitet om man så vill. Det står i Etiska principer för humanforskning och etikprövning inom humanvetenskaperna i Finland (2019, 34) att man inte ska lova fullständig anonymitet, när den som känner organisationen kan identifiera intervju medlemmarna. Men då kan man i det här sammanhanget påpeka att i en artikel av Allmark et al. (2009, 51) berättas om Richards och Schwartz tankar från 2002 att alla inte vill vara anonyma. På hälsovårdssektorn har man sådan kultur att man delar allt information om fungerande modeller i verksamheten och då är det viktigt att kunna kontakta rätta människor för mera information om det behövs. Då räcker det att i texten finns organisationens namn och intervjuobjektens position i den, för även om den intervjuade människan byter jobb, har hans efterföljare tillgänglighet till samma information.

Ett intervjuobjekt måste ge sitt samtycke till sin intervju. Hen måste veta på förhand vad kommer att hända, förstå möjliga effekter och känna inget tryck att delta utan man gör det frivilligt. Intervjuaren måste presentera bakgrundsinformation om forskningen: vem finansierar forskningen, vad forskas och varför och hur långt ska man reservera tid för en intervju. Ett skriftligt samtycke skulle vara bäst att ha, men till exempel när det gäller telefonintervju, måste man resignera till ett muntligt samtycke. (Healey 2014, 11.) Kvale (2007, 27) påminner att samtycke inte är ett enkelt koncept. Till exempel om chefen har givit samtycke till en intervju, men visar en av arbetstagaren att svara på den, kan arbetstagaren känna sig tvungen att göra den. Kan man då säga att hen har deltagit forskningen frivilligt? Med två organisationer var det chefen jag kontaktade först och de visade mig framåt till rätt

person, som visste mest om implementeringen av direktmottagning av fysioterapi. I tredje organisation kontaktade jag kollega på samma nivå med intervjuobjekt, som berättade att den här personen vet mest. Det är ju möjligt att intervjuobjekten kände sig tvungna att delta i intervjun, därför att det var chefen som hade rekommenderat dem eller en kollega. Eller kanske det att jag berättade att THL hade varit med att välja organisationer till forskningen. Men den här forskningen gäller om organisationens verksamhet och alla egna åsikter var utanför forskningen, så jag tycker att frivillighet spelar ingen roll i det här sammanhanget när deltagande i forskningen kan ses som en del av deras jobb.

Jag utförde mina intervjuer via en videokonferens. Jag hade bestämt välja videokonferens redan före Corona-krisen, därför att deltagarna finns på olika delar av landet. Det ger bra möjlighet för intervjuaren och deltagaren att se varandra under diskussionen. Corona-krisen har lärt oss alla att använda olika samtalsformer på nätet. Intervjuobjekt kan lättare arrangera intervjun så att det passar bäst i tidtabellen och intervjun kan anstå utan stora svårigheter. Men man har också lärt sig att det kan finnas tekniska utmaningar och därför är det viktigt att spara tillräcklig tid med möjligheten att tekniken fungerar inte genast på önskat sätt.

Med videokonferensen är det också lätt att få intervjuobjekts samtycke. I videokonferens skickar programmet automatiskt intervjuobjektet informationen om det att sessionen ska bandas och hen måste godkänna den. Men jag naturligtvis förklarade allt redan på förhand och berättade att ingen annan kommer att se videorna än jag och när avhandlingen är färdig, kommer jag att radera videorna. Jag tycker att det var absolut nödvändigt att banda intervjuer (jämför Esaiasson et al. 2017, 278).

Potter (2018, 166) betonar att det är viktigt att vinna intervjuobjekts förtroende och medel för det är att förklara noggrant på förhand undersökningens innehåll och kontext: vad är det som man vill ha ut av det och vara explicit med tidsramen man har beställt för intervjun. Man ska också förbereda sig genom att ta reda på intervjuobjekts bakgrund för att bättre förstå kontexten av svaren. I mitt fall betyder det att jag skickade orienterande meddelande och frågorna efter det på förhand. Jag hade undersökt bakgrunden av organisationer: deras storlek och organiseringsform och geografisk position. Om fysioterapiarbetet vet jag redan tillräckligt för jag har fysioterapeuts utbildning, men har jobbat som yrkesidkare och det betyder att jag känner organisationens struktur och special behov av

fenomenet, men är inte själv en del av sådant kollektiv och har inte jobbat på offentlig sektor för tjugo år.

Opartiskhet är viktigt att ta hänsyn till (Esaiasson et al. 2017, 26). Forskaren ska inte ha samband med forskade enheter och inte heller direkt samband till fenomenet som forskas. Det här var inte problematiskt för jag hade fått kontakter till enheter via THL och jag kände inga av de människor jag intervjuade på förhand.

Aho et al. (2017) rekommenderar, att innan man börjar med äkta intervjuer ska man göra en testintervju. Jag har en kollega som jobbar på hälsostation i Vanda som fysioterapeut som jag använde som testperson för hon hade varit med i implementeringsprocess av direktmottagning av fysioterapi i deras enhet. Jag gav också mina intervjufrågor till THLs experter att utvärderas på förhand, för de känner fältet bra.

Aho et al. (2017) tycker att det lönar sig att hålla dagbok om intervjuers förberedelser och genomförande. Man lär sig via erfarenhet. Dagboken ska uppfyllas genast efter intervjun och det kommer att vara nyttig när man analyserar forskningsmaterial och skriver avhandlingen. Jag skrev hela tiden mina egna anteckningar under intervjun även om jag visste att allt finns på videon. Men det kändes klarare att följa med, när jag kunde kolla, vad som var redan sagt, därför att diskussionen hoppade lite framåt och bakåt i varje intervju. Jag hade delat frågorna enligt fem faser av förändringsprocessen, men det var ju naturligt att diskussionen gick inte hela tiden logisk framåt utan sakerna kom fram i olika kontexter. Meningen var ju att få fullständig bild av implementeringen och därför var jag tacksam för allt möjligt information som jag fick om verksamheten.

Man ska påbörja intervjun med vardaglig diskussion säger Aho et al. (2017). Sedan ska man upprepa bakgrunden för rekryteringen. Intervjuaren presenterar sig själv och berättar varför hen är intresserad av det här ämnet. Avtal gällande användning och bevarande av information måste göras innan man börjar intervjua. Och avgöra om deltagaren har någonting oklart eller frågor gällande intervjun. (Aho et al. 2017)

Det skulle vara viktigt att komma ihåg några centrala saker i intervjusituation för att få mest ut av samtalet. Här finns en lista av sådana saker: visa intresse, visa okunskap, visa respekt, döma eller värdera inte, ge utrymme, ta tag (följa med i tankegång), lär dig vara tyst och tolerera tystnad. Intervjuaren får inte visa sin egen attityd mot ämnet. Man ska hålla sig neutral under intervjun. (Aho et al. 2017)

Att kunna lyssna är viktigt i en intervju. Hammersley (2020, 392) presenterar olika aspekter till att varför det är så viktigt att lyssna på sitt intervjuobjekt. Speciellt när man inte har strikt strukturerade intervju, där man kunde bara följa sitt frågeformulär. Då när intervju baseras mera på öppen diskussion, kan man formulera nästa fråga enligt sista svaret för att få diskussionen fortsätta logisk och smidig. Det är viktigt att intervjuaren visar intervjuobjekten att hen har lyssnat med till exempel sammandrag eller genom att hänvisa till någon tidigare kommentar. Man måste också uppmuntra intervjuobjekt för att visa att man är nöjd med svaren och att diskussionen går på rätt spår. (Aho et al. 2017) Diskussionen kan ibland gå lite ut från ämnet och då måste man styra den tillbaka på rätt spår. Det är också möjligt, att forskaren inte förstår, vad intervjuobjekt menar med sina påståenden och då är det forskarens ansvar att fråga om det som man förstod av saken är verkligen det som intervjuobjekt menade. Direkt språklig växelverkan med intervjuobjekt ger forskaren flexibilitet att reagera enligt situationens behov. Det betyder att forskaren kan be förklaring till någon oklar sak eller motivering till en åsikt. De här faktorerna är sådana som har stött mitt val av intervju som forskningsmetod.

Trovärdighet av intervjuades åsikter gör validiteten problematisk. Forskaren kan inte veta om intervjuade har berättat sin andemening eller någonting som de tror att de borde säga (Hammersley 2020, 392). På förhand hade jag undrat om trovärdighet skulle vara problematiskt, men sedan förstod jag, att det här ämnet gäller inte mycket om ens åsikter eller synpunkter, utan beskrivningen baseras på verkligheten.

Salminen (2004, 95) påstår att i kvalitetsledad organisation görs mest teamarbete som kräver bra kunskaper i kommunikation och samarbete bland personalen. Sådana här kunskaper gör det lättare att intervjua personalen. För mig var det ganska lätt att intervjua de valda vårdpersonal, för vi hade samma yrkesbakgrund. Mina intervjuobjekt var alla fysioterapeuter som var stor fördel för mig och inte alls självklart för i deras position kunde ha varit någon med helt annan yrkesbakgrund.

När man talar om öppna forskningsintervjuerna, gäller det ofta att man måste följa strömmen och hålla inte fast med färdigbestämda frågor (Kvale 2007, 25). Då är det svårt att vara förberedd för intervjun perfekt. Jag skickade temana (bilaga 1) till intervjuobjekten att bekanta sig på förhand. Men själv hade jag en längre lista av frågorna (bilaga 2) att kartlägga alla detaljer gällande varje tema.

Potter (2018, 163–164) presenterar Bertrand och Huges föreställningar från 2005 att intervju med öppen diskussion ger svararen möjlighet att använda sitt eget sätt att tala och uttrycka sig. Svaren kan bli längre och mera komplexa och att språket blir rikare och intressantare än de skulle bli om man skriver svaren. Om man behöver skriva sina svar till ett frågeformulär, måste man välja orden noggrannare så att de ryms. Enkäter passar bra när det finns många deltagare i undersökningen, men jag ville ha mera personlig kontakt med de människor jag intervjuade. Då kunde jag ha även ringt efter om någon information ännu fattade efter intervjun. Men gällande att svara muntligt eller skriftligt tänker jag att människorna är olika och det finns sådana som kan uttrycka sig bättre skriftligt och sådana som skulle hellre förklara allt muntligt. Därför är det dock bra att man kan fortsätta diskussion via e-post för att uppfylla det som man kanske glömt bort under intervjun. Då får man utnyttja fördelar av både muntligt och skriftligt uttryck av intervjuobjekten. Och där är jag med Potter (2018, 163) att under ansikte mot ansikte intervju är det lättare att skapa relation som sätter tröskeln lägre att vara i kontakt i framtiden vid behov.

Potter (2018, 163) säger att hon föredrar intervjuer som man kan göra ansikte mot ansikte. Hon tycker att då kan man bättre bygga upp en relation med intervjuobjekt som leder hellre till ett samarbete än bara till ett tillfälle att samla in material. Diskussionen är mera djupgående och man kan också betrakta omgivningen. Jag hade samma tanke i min forskning. Jag ville se mina intervjuobjekt för att kunna tolka deras miner. Därför tänkte jag att det är bättre att ha en videokonferens än att träffa dem på riktigt. Under Coronapandemin måste man använda munskydd i ansikte mot ansikte situationen men via video kunde jag se människans ansikte även om jag inte såg omgivningen. Jag tror att även om det skulle ha varit intressant att se omgivningen och kanske tala med andra personal, påverkar det inte mycket forskningens utfall. Potter (2018, 163) invänder att med sådana här videokonferenser finns alltid hot av tekniska problem. Jag övade tekniken på förhand och hade en expert att hjälpa mig om någonting hade yppats. Jag tycker att det var absolut nödvändigt att bända intervjuer och därför tog jag reda på olika medlen för videokonferens att hitta en som fungerade bäst att uppfylla mina

förväntningar. Via Teams kunde jag skicka en inbjudan som intervjuobjekten godkände och den påminde oss deltagare på samma dag om mötet och diskussionen var lätt att bandas.

Iphofen (2020, 206) lyfter upp problematiken med tiden forskaren lovar att undersökningen ska ta. Intervjuobjekt kan känna sig inkompetent, om hen klarar sig inte från frågorna i given tidsram. Därför är det viktigt att kontrollera tiden under intervjun. Efter intervjun måste man ännu säkerställa att deltagaren har givit allt material till intervjuarens användning. Enligt testintervju visste jag att intervjun tar tid ungefär 1½ timmar, men bad intervjuobjekten att reservera två timmar för att kunna diskutera i lugn och ro, men ändå skulle kunna hålla tidtabellen säkert. När tiden var reserverat, skickade jag temafrågorna till intervjuobjekten. Jag hade sagt i det orienterande meddelandet att flera människor får delta i intervjun om det känns bättre eller man får diskutera frågorna på förhand inom organisationen att vara förberedd. Från varje organisation intervjuade jag en nyckelperson som hade dokumenten med sig att kolla detaljer.

När intervjun var förbi, hade jag ännu tid med alla intervjuobjekten att tala lite utanför forskningen för att ge oss alla tid att komma ihåg ännu någonting viktigt att komplettera intervjun. Jag sade till intervjuobjekten att de kan skicka mig e-post, om någonting viktigt ännu kommer i minnet och i två fallen skickade jag en förklarande fråga efter, när jag förstod att den behövdes ännu.

De alla jag intervjuade hade mycket positiv attityd mot min forskning och de var aktiva. Alla var intresserade att få läsa min färdiga avhandling för att se i hurdan kontext deras intervju kommer att vara.

6.4. Innehållsanalys av intervjuerna

Som analysmetod hade jag tänkt använda innehållsanalys (Esaiasson et al. 2017, 211). Den gäller om helhet av textens innehåll. I den kvalitativa forskningen används teori snarare som ett perspektiv i analysen än något som skulle testas (Esaiasson et al. 2017, 227). Jag hade tänkt spegla mina resultat med de Woots modellen som kan användas som referensram i ledande av förändringen.

Esaiasson et al. (2017, 285) påstår att det inte är lätt att bestämma, om intervjuforskningar baseras på induktion eller på abduktion. I induktion skulle intervjuerna spela huvudroll i producering av ny kunskap. Men i abduktion gäller det hellre växelverkan mellan tidigare teori och det insamlade forskningsmaterialet från intervjuerna. Min analys ska vara abduktiv.

Under analysering av intervjusvaren tycker jag att det inte är nödvändigt att skriva ner allt text ordagrant, utan jag försöker plocka upp de viktigaste helheter från intervjuer. Man ska transkribera intervjuer för att sedan kunna analysera och kategorisera svaren och komma till slutsatser. Noggrannhet av transkribering beror på forskade ämnet. (Esaiasson et al. 2017, 278) I min undersökning var innehållet av diskussioner viktigare än intervjuobjektens attityd mot saken och därför behövde jag inte skriva ner varje suck och pauser i transkribering.

Enligt Esaiasson et al. (2017, 228) måste tolkningen göras på ett transparent och hederligt sätt och då kan man till exempel använda citat från texten att stödja forskarens tolkningar. Reliabiliteten förbättras i kvalitativ forskning, när man använder raka citaten. Deras betydelse är att göra empiriska forskningsdelar rikare och för att visa till vad slutsatser baseras på. (Esaiasson et al. 2017, 285.) Efter att ha läst Suhonens doktorsavhandling från 2007 tyckte jag att raka citaten gör texten överskådlig och lever upp den. Citaten borde inte klyvas för då blir texten svårare att läsa och förstå citatets mening. Jag tycker att långa raka citaten bland texten ger läsaren bra möjlighet att förstå och göra egna slutsatser. Jag använder långa citaten av de viktigaste kommentarer. I min avhandling måste jag vara noggrann med förklaring av citaten på svenska för mina intervjuer var på finska. Som lösning tänkte jag att skriva citaten på finska och sedan beskriva innehållet på svenska utan att översätta dem ordagrant. Även om texten är på två språk, tror jag att det är bara rikedom och ger flera människor möjlighet att bekanta sig med ämnet.

Potter (2018, 166) har gjort det klart att ingenting publiceras innan intervjuobjekt har fått läsa texten och fått föreslå förändringar. Jag skickade varje enhetens färdig transkriberat och kategoriserad text till intervjuobjekten för att reflektera innan jag började analysera svaren. Jag hade lovat ge färdiga texter från intervjuer och citaten till intervjuobjekten för att läsa igenom och föreslå förändringar, om någonting hade inte motsvarat det de hade menat. Jag fick några små förändringsönsknings, som jag gjorde gärna, för de hade inte stor betydelse för undersökningens utfall utan gjorde texten klarare att läsa.

Institutioner kan se publicitet som deltagande i en forskning ger som möjlighet att visa att deras verksamheten är transparent och ansvarig som det borde vara i en offentlig organisation (Potter 2018, 167). Hälsovårdsenheter är ju offentliga serviceproducenter så sådan här uppmärksamhet kan ha positiv betydelse för organisationen och utvecklande av deras verksamhet.

7. Implementering av direktmottagning av fysioterapi

Här presenterar jag resultaten från intervjuer, där jag frågade tre olika primärhälsovårdens organisationer - Övre Savolax sote, Esbo och Södra Österbotten - om deras erfarenheter gällande implementering av direktmottagning av fysioterapi. Jag har kategoriserat svaren enligt de Woots-modellens faser. Samt har jag granskat resultaten systematiskt enligt analysdimensionerna, där jag har tillämpat teorin till de Woots-modell, som är presenterad i Figur 3.

7.1. Övre Savolax sote

Övre Savolax Samkommunen sote ligger i norra Savolax. Samkommunens huvuduppgift är att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster, social-, miljö- och hälsoskydd, veterinär, välfärdstjänster och miljöskydd samt hälsokontrolltjänster till sin medborgare.

Ägarna och medlemskommuner i samkommunen är staden Idensalmi, staden Kiuruvesi, kommun Sonkajärvi och kommun Vieremä, med tillsammans cirka 40 000 invånare. Övre Savolax sote är grundad år 2010.

Inom Övre Savolax sote finns tillsammans 21 fysioterapeuter. Av dem jobbar en fysioterapeut hela tiden inom direktmottagning av fysioterapi och åtta fysioterapeuter som en del av deras jobb.

Jag fick intervjua områdeschef vems roll i implementeringsprocessen var rehabiliteringsenhetens chef. Intervjun tog plats 28.10.2020.

7.1.1. Förändringstryck

Inom Övre Savolax sote hade man märkt att det inte hade funnit tillräckligt mottagningstider för de halvbrådskande fallen av nack-och ryggproblem och kundernas problem hann bli kroniska innan de blev skött. Kunderna också skickades till fel vårdpersonal och det belastade akutmottagningen. Ofta de som behövde fysioterapi fick mottagningstid till läkaren. I Idensalmi hade man börjat ge akuta mottagningstider till fysioterapi år 2012 för att avhjälpa kundköer. År 2016 omordnade de

mottagningsverksamheten och den här reformen ledde till mottagning med låg tröskeln. I Idensalmi skapades en vårdservice för akuta besvären som kallades Enska. Enska är förkortning till ensikäynti ajanvaruksetta (första gång utan tidsbeställning). Kunden kan gå rakt in från gatan och ta turnummer enligt besväret (barnen går direkt till läkaren). Kunden själv får bedöma vårdbehovet och får sedan möta sjukskötare, fysioterapeut eller läkare som samarbetar inom mottagningen. Det betyder att om kunden har ont i nacken och vill möta en fysioterapeut, men fysioterapeuten utvärderar att det finns behov för medicinska undersökningar, kan hen kalla läkaren genast på plats och kunden får det skötsel hen behöver under samma mottagning. Enska-verksamhet byggs på flexibelt samarbete mellan vårdpersonal och det har ju varit en viktig aspekt inom sote-reformen.

7.1.2. Gemensam vision

Idensalmis gemensamma vision var att bemöta kundernas akuta hälsobehov. Initiativet till reformen kom från läkarnas arbetsorganisering inom rehabiliteringen.

“...sieltä havaittiin, että fysioterapeutti on, tuota, vähintään yhtä hyvä tutkimaan tuki- ja liikuntaelinvaivaisia henkilöitä kuin tällainen peruslääkäri.”

Målgruppen för förändringen enligt Idensalmi är kunder av akutmottagningen samt dess personal som innehåller läkarna, skötarna, undersökningsenheten och fysioterapi. I Idensalmi finns en kundråd med ungefär 10 aktiva medborgare och deras åsikter har frågats för att skapa en gemensam vision. Man utvecklade verksamheten enligt kundernas svar i intervjuer. Mellan vårdpersonalen har tillvägagångssätten diskuterats många gånger. Nya medlemmar i akutmottagningens personal har fått orientering till att hur mottagningsgruppen fungerar tillsammans. Akutmottagningen hade börjat redan tidigare innan fysioterapin lades till den. Det finns inga remisser mellan olika enheter inom hälsocentralen utan man kan själv reservera en mottagningstid eller personalen kan reservera en ny tid för kunden. Personalen känner bra innehållet av varandras arbete.

7.1.3. Förändringskapacitet

I Idensalmi används orientering till den nya verksamhetsmodellen (Enska). Det finns en beskrivning av verksamhetspraxis: vad innehåller mottagningen. Innan en ny person börjar jobba på akutmottagningen har arbetsgruppen diskussion om ansvaren.

Kunderna blev informerade om nya verksamhetsmodellen i tidningen samt via social media och på nätsidorna. Det finns en inre vägledning för personalen och beskrivningar om verksamheten. Informering om processen har varit en del av hälsocentralens allmänna kommunikation och Enskas och rehabiliteringens ledare har varit ansvariga för informeringen.

Fysioterapeuter som jobbar på akutmottagningen får inget lönetillägg. En del av fysioterapeuter har gått på fortbildning, men i Idensalmi ses att alla fysioterapeuter är på samma nivå gällande arbetskrav. Fysioterapeuterna har rätt att skriva sjukledig för några dagar eller ge råd i användning av smärtstillande mediciner. Till Enska-gruppen hör tre sjukskötrar, en fysioterapeut och 1–2 läkare.

“Sairaanhoidajan vastaanotolla vaik jossain kontrollissa havaitaan, että on ollu jotain tuota pidempiaikaista selkävaiavaa tai muuta tai lääkäri huomaa kontrollissa, että tarvitsis fysioterapeutin vastaanotolle mennä liikuntaohjaukseen tai oireen kartotukseen, niin he pystyvät tekemään sen ajanvarauksen sieltä...he eivät tee lähetettä, vaan he tekevät suoraan ajanvarauksen.”

Målsättningar har definierats som en del av budget och strategi. De valda indikatorerna har varit väntetid till mottagningen (tid från turnummer till mottagning), besöksantalet och besökens förändringar. Man har också räknat fysioterapins pris per gång. Resultaten rapporteras under månadsrapporten. Ledare av hälsovårdstjänster är ansvarig för definiering av målsättningar.

Processen har gått framåt målmedvetet. Förändringsviljan i kommunorganisationen har varit bra och den har fått stöd från kunder. Bara personalen har tvivlat. Potential motstånd för förändringen var begränsade resurser. Som främjande faktor hade de en innovativ försökskultur i organisationen. Förändringsprocessen krävde inte många nya faser när direktmottagning av fysioterapi insattes till Enska som var en färdig modell för akutmottagningen.

“Muutoksen läpi vienti vaatii toki johtajalta määrätietoisuutta ja suoraselkäisyyttä siinä että vie haluttua muutosta eteenpäin vaikka ensireaktioissa voi olla ja yleensä onkin vastarintaa. Asioita on vain keskusteltava yhdessä auki.”

Nyckelord i förändringsprocessen är diskussion. Det blir alltid motstånd, men om man vill få processen framåt, måste någon leda den målmedvetet. Ledare bör ha vilja att förändra verksamhet

och kunskap att se personalens olika egenskaper som fördel för grupparbete. Vårdpersonal måste vara färdig för att ta emot olika uppgifter som är kanske avvikande från den traditionella arbetsbeskrivningen. Man borde se sådana uppgifter som rikedom i jobbet och försöka utmana sin yrkeskunnighet. I en arbetsgrupp som Enska kan man göra det tryggt när läkaren genast finns på andra sidan av väggen.

7.1.4. Genomförbart projekt

Inom arbetsenheten fanns fungerande ledarskap och arbetare med sina uppdrag. Rollerna var klara. Förändringen krävde ingen extrabudget. Man såg processen som servicens inre utveckling med existerande resurser. Det finns stöd från ledarskap också i långt syfte. Kundråd har varit med i planering av direktmottagning.

“Rohkeesti lähettiin kokeilemaan. Tahtoo olla, että terveydenhuollossa meillä on kulttuuria pohtia ja arvioida ja tehdä suunnitelmia ja muita niin pitkään, että se jää se kokeiluinto sen suunnittelun jalkoihin...meillä on organisaatiossa kannatettu innokasta kokeilua, innovatiivista kokeilukulttuuria ja sitä on kyllä kovasti tehty...sillä voimalla me on menty.”

I Idensalmi har man beskrivit tyngdpunkter av utvecklingen och enligt det utvecklat uppföljning. De har två olika kundresponsautomater på tablett: i den första utvärderas servicen med femgradig klassificering. I den andra kan man ge öppen respons på plats. Resultaten av kundresponsen har funnits i nätet. Automaterna används kontinuerligt. Personalen kan ge sin respons i utvecklingsdiskussion och responsen handlas som en del av allmänt välbefinnande på jobbet. Man har också fått respons från förvaltningspersonal. Organisationen har utvecklat och centraliserad den allmänna återkopplingen. Responsen kommer kontinuerligt och den styrs direkt till enheten. Responsen handlas inom ansvarsområdet och också förvaltningens ledare har tillträde till systemet att kolla respons.

Man har redan märkt att kunderna tas emot av rätt personal. Det som ännu fattas är mätare till vårdresultatens utvärdering. Men det som mättades i början var att återkommer kunden med samma problem.

7.1.5. Utfallet av reformen

Utfallet av reformen har varit att Enska-arbetsgruppens arbetskvalitet och kunnighet har ökat med fysioterapeuts inverkan. Man har märkt att fysioterapeuterna kan fråga läkarens hjälp när det behövs. Fysioterapiverksamheten har varit effektiv men också kostnadseffektiv på det här sättet. Mottagningstider varierar mellan 10–75 minuter och de behövs inte vara fastlagda som med traditionellt tidsbekräftelsesystem.

“Kävi ilmi, että nämä ihmiset, jotka kävi fysioterapeutilla sen vanhan toimintamallin lääkärin sijaan, niin loppujen lopuksi ne heidän uusintakäynnit oli harvempia kuin mitä sillä vanhalla toimintamallilla eli he pärjäisivät niiden, vaikka kroonisten selkäkipujen kanssa sillä tavalla pidempään ennen kuin tulivat seuraavalle käynnille.”

Man hinner sköta mera kunder än med det gamla systemet. Fysioterapeut är den som bedömer vårdbehovet. Idensalmi har varit nöjd med utfallet av reformen. Som framtidsmöjlighet har de börjat planera distansmottagning via videosamtal.

Den här modellen av Enska är unik och andra kommuner har varit intresserade av den. Övre Savolax sote består av fyra kommuner där Enska fungerar i två kommuner. I andra kommuner finns inte tillräckligt kundvolym att ordna sådan verksamhet, men de har traditionell direktmottagning av fysioterapi.

När direktmottagning av fysioterapi startade som en del av Enska-verksamhet, blev privat sektor orolig, därför att de fick färre kunder. Det är ju sant, att om fysioterapigång på offentlig sektorn kostar 11 euro och är lätt tillgänglig, väljer kunder hellre den. Så det blev lite som överraskning till alla, att offentlig sektor blev kritiserade för att vara för effektiv. Besöksantal på mottagningen har varit betydande större än i omkringliggande kommuner och det väcker en fråga: är tröskeln redan för låg?

Sådant här multiprofessionellt samarbete utvecklar yrkeskunskap och undersökningsfärdigheter. Kunden själv bedömer vårdbehovet. När man tar turnummer visas det att till vem ska man gå med sina symptom. Med sådan här mottagning sparas onödiga undersökningar till exempel magnetisk resonanstomografi. Den är också klokt sätt att utnyttja fysioterapeuters kunskap och underlätta läkares arbetsbelastning. Också fysioterapiarbetets innehåll blir rikare och mångsidigare.

Man har börjat nu ge möjlighet för att reservera första mottagningstid i nätet. Det som önskas ännu är jämförelse av kostnadseffektivitet. Det är ett bra medel till arbetets organisering. Personalen uppmuntras till arbetsrotation.

Figur 4. Summering av Övre Savolax sote

Övre Savolax	Integrerad samkommun
Förändringstryck	<ul style="list-style-type: none"> - inte tillräckligt mottagningstider för de halvbrådskande fallen av nack-och ryggproblem, kundernas problem hann bli kroniska
Gemensam vision	<ul style="list-style-type: none"> - bemöta kundernas akuta hälsobehov - personalen var med i planering - en kundråd var med i planering
Förändringskapacitet	<ul style="list-style-type: none"> - alla fysioterapeuter betraktades vara på samma nivå gällande arbetskrav, inget lönetillägg i direktmottagning - nyckelord i förändringsprocessen var diskussion - indikatorer: väntetid till mottagningen, besöksantalet och besökens förändringar
Genomförbart projekt	<ul style="list-style-type: none"> - man såg processen som servicens inre utveckling med existerande resurser - klara roller - två olika kundresponsautomater på tabletter vid hälsovårdscentralema - kunderna tas emot av rätt personal
Utfallet	<ul style="list-style-type: none"> - fysioterapiverksamheten har varit effektiv men också kostnadseffektiv

7.2. Esbo

Esbo är en stor stad med nästan 290 000 invånare. Esbostaden består av koncernförvaltningen, bildningssektorn, social- och hälsovårdssektorn och teknik- och miljösektorn. De styrs av de politiska organen: fullmäktige, stadsstyrelsen, nämnderna och direktionerna. Tillsammans med helägda dotterbolag och stiftelser, samkommuner och delägda bolag bildar staden en koncern. På social- och hälsovårdssektorn finns 3 300 anställda som sköter den kommunala hälsovården, familje- och socialtjänsterna och äldreomsorgen i Esbo. Inom rehabilitering av öppenvård jobbar 31 fysioterapeuter och 11 av dem har fått utbildning till direktmottagning, men på tillfället bara sju av dem jobbar i direktmottagning.

Jag intervjuade 3.11.2020 avdelningschef, vems roll i förändringsprocessen var att leda utvecklingsarbete.

7.2.1. Förändringstryck

Esbo påbörjade förberedningar för direktmottagning av fysioterapi redan år 2007. Då köpte de utbildning utanför organisationen och åtta fysioterapeuter deltog i den. Utbildningen gällde om vård av patienter med ländryggsmärta. I Esbo hade man märkt att de här patienterna var en stor kundgrupp som fick fördel av snabb tillgång till fysioterapi och man ville befria läkarnas resurser från sådana här klara exemplaren till andra kunder.

“Kyllä se siitä tehtävänsiirrosta ja myös siitä terveysasemien tilanteesta ja toiveesta lähti sitten niinku sillä lailla myös, mutta että toki siinä on ollut innostusta fysioterapeuttienki puolelta laajentaa sitä omaa osaamista ja kouluttautua eteenpäin ja ottaa suurempaa vastuuta siinä TULE-puolella.”

Direktmottagning av fysioterapi för kunder med ländryggsmärta påbörjade 2008. År 2010 lades kunder med ont i nacken eller skulderna till direktmottagningen. År 2016 kom med axelled. Nu som sist har man börjat ordna direktmottagning av fysioterapi för underbenen på höst 2020 som kommer i gång år 2021. Tanken med direktmottagning av fysioterapi är att motta både akuta och subakuta kunder med problem av stöd- och rörelseorganen, men Esbo har implementerat förändringen i delarna under många år.

7.2.2. Gemensam vision

Som gemensam vision har Esbo haft att man skulle producera mera kvalitativ undersökning och första handledning för kunder som har problem med stöd- och rörelseorgan. Fysioterapi har längre mottagningstider än läkare och fysioterapeuters kunskap i sådana problem är bättre. Man kunde också ordna tider snabbare för kunder och förkorta väntetid till vård.

I början såg man den viktigaste kundgruppen vara människorna i arbetsåldern (18–65) och att det var viktigt att stöda deras arbetsförmåga och hastig återkommande till jobbet. I implementering av förändringsprocessen var med skötare som gör utvärdering för behovet av vård, läkare och fysioterapeuter. Man började med en diskussion där skapades processbeskrivning och bestämdes

regler för bedömning av vårdbehov, så att kunderna hänvisas till rätt personal. Ledarna från olika enheter var med i processen.

“Ohjeet on laadittu sinne hoidon tarpeen arvioon ja vieläpä niinku yksityiskohtasemmin kuin siten tällaiset yleisesittelyt ehkä ja sit on esimerkiks määritelty nää mitä ne siinä hoidon tarpeen arviossa on ollu nää niinsanotut punaset liput – red flagsit – niinku siinä että kun hoitaja tekee sitä arviointia, että ohjautuuko se lääkärille vai fysioterapeutille se asiakas.”

När direktmottagningen började, samlade Esbo systematisk kundrespons med enkäter.

7.2.3. Förändringskapacitet

Fysioterapeuter har haft vilja att vidga egen kunskap. Några fysioterapeuter har fått fortbildning i yrkeshögskolan men för stora grupper har Esbo köpt utbildning utanför. När direktmottagningen är genomfört i delarna under över tio år, har det varit praktiskt att köpa utbildning gällande just den del som nya delen av direktmottagning kommer att handla om.

I början gjorde Esbo ett systematiskt utvecklingsarbete för att stöda förändringen: utbildning för fysioterapeuter ordnades, man hade möten med behöriga aktörer av vårdpersonal, enhetens ledare skrev magisteravhandling om ämnet i Jyväskylän universitet. Man använde symptom- och hinderförfrågor, uppföljningsförfrågor och bakgrundsenkäter.

Processen är skriftligt beskriven och den är uppdaterat under åren. Under några år hade en fysioterapeut som arbetsuppgift att utveckla verksamhet. För fyra år har man använt visuella tavlor för systematiskt ledarskap.

Man följer hela tiden uppföljningsmätarnas resultat. Där följs mängd av mottagningsbesök samt det att hur de bjudna mottagningstiderna uppfylls och hur bra de bjudna mottagningstiderna räcker. Målet är att kunden får mottagningstid inom 1–3 dagar och ibland kräver det omorganisering att kunna befria mera tider för akutmottagningar. I Esbo har det gjorts en undersökning om att hur många kunder hamnar till läkare efter att ha besökt direktmottagning av fysioterapi, men det var bara ett urval, för sådan undersökning är för tidskrävande att utföra som rutin. Esbo använder Roidu-kundresponssystem där kunder kan ge respons via tablett efter mottagningen. Problemet är bara det

att man inte kan specificera på vilken mottagning kunden har gått. Man kan också ge respons via stadens nätsidor, via e-mail eller i telefon. Ledarna handlar responsen och ger de sedan till fysioterapeuter. På allmän nivå handlas responsen i tavlamöten. Vanligen har respons varit positiv.

I början märkte man motstånd från kunderna och skötarna behövde motivera kunder att varför hör de till fysioterapi och inte hos läkaren. Man har informerat kunder på nätsidorna där ämnet lyftas upp tidvis. Ibland har det funnits en bilaga i lokaltidning om stadens hälsotjänster, där också fysioterapi har fått uppmärksamhet. Men den viktigaste kanalen att ge ut information om tjänsterna är telefonservice. Specialupptagningsområdet för Helsingfors universitetscentralsjukhus har börjat samarbeta för att få direktmottagning av fysioterapi enhetlig. Man har samlat in rapporter och utarbetat rekommendationer för att publicera en rapport om det i slutet av år 2020. Olika informationssystemen har satt stora utmaningar för projektet.

Minst två gånger om året eller när det blir förändringar till exempel i personalen skickar avdelningschefen ett infobrev åt mottagningens arbetare. Orientering och anvisningar upprepas när en ny arbetare kommer med. Alla nya skötarna och läkaren får en introduktion om fysioterapiverksamhet. Skriftliga riktlinjer finns i grupparbetsutrymme på nätet och de syns åt alla stadens arbetstagare.

Målen är formulerade tillsammans med fysioterapeuter och ledarna. Fysioterapeuterna bestämmer själv innehållet av arbetskalender och det finns en överenskommelse av hur mycket och vilken slags mottagningstider där finns. Inga fysioterapeuter gör enskild direktmottagning utan också delvis annan slags mottagning. Tanken är att få betjäningens kvalitet jämn och rättvis.

“Sillon alkuun on jo määritelty se, että esimerkiksi että mikä on se kun fysioterapeutithan ite niinku rakentaa sitä ajanvarauskirjaansa ja laittaa tarjolle niitä erilaisia vastaanottoaikoja tai –lajeja, niin se että just että kuinka paljon kullakin on minkäkinlaisia aikoja tarjolla ja näin pois päin, niin kyllä meillä niistä on ihan tarkat sopimukset henkilöstön kanssa tehtynä.”

Fysioterapeuter som jobbar med direktmottagning får tjänstepremie på 97 euro per månad tillfälligt för två år per gång och deras arbetsuppgifterna beskrivs vara mera krävande än i vanlig mottagning i utvärdering av uppgifter.

Innan direktmottagningen påbörjade hade man analyserat de faktorer som kan främja eller hindra förändringen. 85% av kunder behövde inget läkarbesök efter direktmottagning av fysioterapi. Förändringsviljan tycks vara bra för fysioterapeuterna är ivriga och har hög vilja till fortbildning och de utnyttjar aktivt stipendiefonden för utbildning på egen tid.

Esbo har kartlagt noggrant deltagarna i direktmottagningen och har uppmärksammat att det krävs harmoniskt samarbete mellan vårdpersonal för att mottagningen ska fungera. Esbo har skapat en kultur där personalen ger direkt respons med låg tröskeln till varandra och inte via ledarna. Attityd är positiv och konstruktiv. Ingen blir anklagad utan man har som mål att sköta kunder så bra som möjligt.

“Tokihan niitä on niitä ongelmatilanteita meilläkin, joissa sitten just on ollut se toive, että matalalla kynnyksellä nää ammattilaiset antas toisilleen sitä palautetta että se ei lähtis kiertämään esimiesten kautta ja kokousten kautta, millon se on jo vanha asia ja sit siin vaiheessa kun se joskus kantautuu sinne ensimmäisen tekijän korviin, niin et hän ei ehkä muistakaan tilannetta, mikä se on ollu ja mistä on ollu kyse.”

Esbo är så stor stad och hälsostationer är stora och därför kan läkaren och fysioterapeuter inte ha mottagning nära varandra, men fysioterapeuter har alltid möjlighet att konsultera läkare via telefon om det behövs under mottagningen.

Kundernas behov har bestämt implementeringens ordning. Det att ledarna har samma substansbakgrund som fysioterapeuter hjälper att se till vad som behövs under implementeringen.

7.2.4. Genomförbart projekt

Rekommendationer från specialupptagningsområdet för Helsingfors universitetscentralsjukhus är enhetliga och hela sjukvårdsdistrikt förbinder sig till dem gällande direktmottagning av fysioterapi.

“Itse näkisin just niinku selkänöjana nyt ikään ku et jos tulee toi tosiaan mistä selitin tää HYKS-ERVA –alueen niinku yhtenäiset tämmöset kriteerit ja suositukset tähän, niin onhan se aina niinku sellanen painavampi, et siihen on ikään ku sitoutunu koko sairaanhoitopiiri sitten kuin versus että*

jokaisessa kunnassa tehdään omia ratkaisuja ja omanlaista vääntöä sitte mahdollisesti niin, et hienoa se ois, jos saatais käytäntöjä yhtenäistettyä.”

(* HYKS-ERVA = Specialupptagningsområdet för Helsingfors universitetscentralsjukhus som omfattar: Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt, Kymmenedalens sjukvårdsdistrikt, Södra Karelen sjukvårdsdistrikt och Päijät-Häme sjukvårdsdistrikt)

Utbildningsanslagen har riktats mot fysioterapi men annars har direktmottagningen inte krävt extra budget. Det har lagts riktlinjer att eget arbete och utvecklingsarbete hör till allas arbetsbeskrivning. Ledningen riktar sig positivt mot förändringen.

Det finns utmaningar i personalomsättning gällande orientering. Man har koncentrerat på skriftliga anvisningar för att garantera tillgänglighet till informationen.

Med fysioterapeuter finslipas servicen årligen. Man håller utvecklings- och uppföljningsmöten där fysioterapeuter får berätta sina åsikter om verksamheten. När det kommer upp oklara fall, diskuteras dem igenom bland professionella med låg tröskeln.

“On ollu joskus epäselvyyttä vähän tai et on ohjautunu niin sanotusti sitten vähän asiakkaita, jotka ei oo ihan täyttäne sitten niitä kriteerejä, mitä meillä on ollu sitte siihen keille näitä aikoja annetaan, niin siitä keskustellaan hyvin matalalla kynnyksellä ammattilaiset keskenään käyny, et olis sellasta palautteen antoa puolin ja toisin aina kun tämmöisiä haasteita tai kysymyksiä tai epäselvyyksiä ilmenee niin saman tien sitten selvitetään niitä.”

I början gjorde Esbo en systematisk kundundersökning. Nu har de tänkt att det behövs göras på nytt i samband med verksamhetens utvidgning. Esbo planerar också att ta i bruk en chat-kanal och de har intervjuat kunder på mottagningen för att få deras åsikter om saken.

Det behövs en kontinuerlig diskussion om riktlinjer så att gemensam riktning hålls. Under åren har Esbo investerat till verksamhetens standardisering så att enheterna inte sysslar egna saker. Men utvecklingsidéer från personalen hörs gärna.

“Kyllä se vaatii sellasta jatkuvaa keskusteluyhteyttä niin kun omienkin fysioterapeuttien tai omien työntekijöiden kanssa, että et jotkut yhteiset suuntaviivat niinku pysyy sellasena kun tarkoitus oli.”

I Esbo mätas fyra gånger om året arbetstillfredsställelse av hela personalen med en “tyhy-puntari” som är en gemensam mätare för alla under social- och hälsovårdssektorn att mäta välbefinnande i arbetet. Olika områdena i tyhy-puntari är arbetets fungerande, förmåga att orka, chefens stöd och uppmuntrande samt medarbetarens stöd och uppmuntrande. Ännu frågas där om man har upplevt opassande beteende eller diskriminering. Vartannat år utför de Kunta10-undersökning, som är Arbetshälsoinstitutets forskning om arbete av kommunernas personal och dess förändringar samt påverkning av förändringar till personalens hälsa och välbefinnande.

Esbo märker att när verksamheten blir vardaglig, glömmar man utvecklingsprocessen och systematisk utvärdering lätt. Samtidigt är det svårt att hitta lämpliga mätare till kontinuerlig kontroll. Kundens ansvar är att göra egenvård enligt instruktioner. Man undviker att ge rutinmässigt kontrolltider utan man kan till exempel individuellt passa tid för samtal att kolla behov för terapins fortsättning.

7.2.5. Utfallet av reformen

Esbo tycker att utfallet av reformen har varit lyckad. Men det kräver kontinuerlig utvärdering. Skötarna anser direktmottagning av fysioterapi vara meningsfullt för de är ju vana vid systemet där skötarna kollar kunden innan hen skickas till läkaren om det behövs.

“Suurempia takapakkeja ei ole ollut, mutta toki HTA-hoitajien perehdytys on jatkuvaa, jotta suoravastaanottoajat saadaan täyttymään optimaalisella tavalla eli oikeanlaiset asiakkaat oikeilla vastaanottoajoilla.”*

(HTA= hoidon tarpeen arviointi = bedömning av vårdbehov)

Man har börjat utveckla Omaolo-symptombedömningsystem för direktmottagning av fysioterapi. Den första delen kommer att omfatta ryggsmärta. Meningen är att kunden kan göra själv bedömning av vårdbehov. Sådan service kommer att underlätta belastning av telefontjänster.

“Asiakkaat, jotka on tottuneita näihin digitaalisiin palveluihin, ni tottuvat käyttämään just vaik tätä omaolo- tai näit sähköisiä oirearvioita, niin asiakkaan ei tarvitse soitella näihin

ajanvarausnumeroihin ja odotella takasinsoittoajoja ja hän voi missä ajassa vuorokautta tahansa tehdä sen sähköisen hoidontarpeen arvion ja sitä kautta sitten etenee se asia. Et näkisin niissä kyllä aika paljon sellasta potentiaalia sujuvoittaa näitä prosesseja ja jättää sitä resurssia sinne puhelinpalveluun niinku niille asiakkaille, joilla ei vielä suju nää digipalveluiden käyttämiset niin hyvin.”

Esbo hade börjat planera distansrehabilitation redan före corona-krisen. Man önskar också att kunna omsätta tjänster i produkter för att kunna göra kostnadsberäkningar i framtiden. Men att få pålitliga mätare till fysioterapi har alltid varit krävande.

Figur 5. Summering av Esbo

Esbo	En stad
Förändringstryck	<ul style="list-style-type: none"> - patienter med ländryggsmärta var en stor kundgrupp som gynnades av snabb tillgång till fysioterapi samtidigt som man ville befria läkarresurser
Gemensam vision	<ul style="list-style-type: none"> - Producera mera kvalitativ undersökning och att kunna erbjuda en första handledning för kunder som har problem med stöd- och rörelseorgan
Förändringskapacitet	<ul style="list-style-type: none"> - Fysioterapeuter i direktmottagningen fick tjänstepremie på 97€ och arbetsuppgifterna ansågs vara mera krävande än i vanlig mottagning - Indikatorer: mängd av besök på mottagningen, hur uppfylls och hur bra räcker mottagningstiderna - det krävs harmoniskt samarbete mellan vårdpersonal för att mottagningen ska fungera - personalen ger direkt respons med låg tröskeln till varandra och inte via ledarna
Genomförbart projekt	<ul style="list-style-type: none"> - mäter fyra gånger om året hela personalens arbetstillfredsställelse - det behövs en kontinuerlig diskussion om riktlinjer så att gemensam riktning hålls
Utfallet	<ul style="list-style-type: none"> - Utfallet av reformen har varit lyckad, men det kräver kontinuerlig utvärdering

7.3. Södra Österbotten

Södra Österbottens organisation formas av verksamhetsområdena, som delas vidare till verksamhets- och ansvarsenheter. Sju aktörer är ansvariga för organisering av primärhälsovård. Population i Södra Österbottens sjukvårdsdistrikt är ca. 192 000 och där jobbar 38 fysioterapeuter i direktmottagningen inom primärhälsovård och 5–6 fysioterapeuter inom specialistvård. Det betyder att ingen tar emot bara direkt utan en del av deras tider är reserverad till direktmottagning.

Jag intervjuade fysioterapeut som jobbar på rehabiliteringspoliklinik i specialistvård och hade varit ansvarig med en rehabilitationsplanerare i förändringsprocessen på hela sjukvårdsdistrikt.

7.3.1. Förändringstryck

På hösten 2011 började man kartlägga ryggpatienternas tjänstelinje hos Seinäjoki centralsjukhusets poliklinik för rehabiliteringsmedicin. Man märkte att rehabiliteringen hade inte alls börjat inom primärvård utan kunden skickades direkt till specialistvård. Kunder med ryggsmärta visste inte om fysioterapeutens tjänster och de hade inte lett till fysioterapi. Då förstod man behovet för att utvärdera och utveckla hela tjänstekedjan.

“Käytännön työssä törmäsin siihen ongelmaan, että kun mun potilaat tuli mun vastaanotolle erikoissairaanhoidon ja ne oli kulkenu jo pitkän tien tavallaan. Oli saattanu mennä puol vuotta ennen ku ne oli mun vastaanotolla ja siinä se hämmästys, et ne ei ollu koskaan tavannu fysioterapeuttia. Se ei pitäis niin olla. Niitten pitäis tavata se siellä alkuvaiheessa. Ja tää oli meillä se lähtökohta tavallaan: se, että saatais se niin ku oikea-aikainen hoito, eikä ne oo kroonisessa vaiheessa mulla, ku ne olis voitu akuutissa vaiheessa hoitaa”

7.3.2. Gemensam vision

Under åren 2013–2015 blev projektets mål konkreta. Man ville förhindra ryggbesvären samt förlängning av dem via att aktivera kunden till självförsörjning av arbets- och handlingsförmågas förbättrande och underhåll. Hälsovårdens resurser används till effektiv vård och rehabilitering. Man förstärker expertis om problem av rörelseorgan och rehabilitering av dem. Projektet började från ryggkunder men utvidgades genast att omfatta alla kunder med besvär av stöd- och rörelseorgan när man bestämde börja direktmottagning av fysioterapi.

“se alkuhan meillä oli, missä semmonen näin, et me lähetään vaan kartottaan, mikä tää on, että piti olla vuoden prosessi, mutta kun sitte todettiin, että tää ei toimi missään, ni sittehän se lähti tähän suoravastaanottoon...tää tuliki ihan erilaiseks hankkeeks ku alunperin oli tarkoitus”

I Södra Österbottens sjukvårdsdistrikt satt man två experter från specialistvård att ta ansvar av förändringsprocessen: en fysioterapeut och en rehabilitationsplanerare som hade skötare utbildning. De här två ansvariga projektledarna tog tre rundturer kring alla kommuner inom sjukvårdsdistrikten. Första gång kartlade de nivån av kunnsighet i enheterna och märkte att skillnaderna var stora. Andra gången gällde om genomgång av projektets olika skeden. På tredje gång ville de rota den nya verksamhetsmodellen till enheterna.

“Kuntoutussuunnittelija...hän on hoitajapohjainen...hänellä on tällaset selkeet toimintamallit, oli kokemusta, mikä toimi, mikä ei ja sen mukaan lähetettiin etenemään...oli hyvä, että oli tämmönen ihminen, jolla oli kokemusta hankkeista...meillä oli niin loistava se yhteistyö...semmoset asiat, mitkä mulle on itsestäänselviä, ni hän osaa kyllä tosi hyvin kyseenalaistaa ja esittää sellasia kysymyksiä, jotka mulle on niin ku itsestäänselviä...ja hän osasi tosi hyvin tuoda niin ku sen laajan näkemyksen, niin ku tavallaan sekä potilaan näkemyksen, mutta tavallaan näkemykset kaikilta tasoilta elikkä mitenkä se menee yhteiskuntatasolle ja mitenkä se menee eri näissä portaissa.”

De skapade projektgrupper och styrgrupper att få alla olika behöriga aktörer med. De fick åsikter från föreningar, arbetsgivare, kunder, läkare, tidbeställningspersonal, kommunens representant i sportaktiviteter och skolornas representanter.

7.3.3. Förändringskapacitet

Södra Österbotten bad Yrkeshögskola i Seinäjoki att skapa en fortbildning för fysioterapeuter att stöda deras ny arbetsbeskrivning. Utbildningen var då av 10 studiepoäng. Senare enligt Fysioterapiförbundets rekommendation utvidgades den till fortbildning av 15 studiepoäng. Inom sjukvårdsdistrikt ordnas repetition av direktmottagning två gånger om år för en eftermiddag. Där görs praktiska övningar och deltagarna kan presentera deras egna problematiska faller också. De här repetitionseftermiddagarna hjälper nätverksarbete och sänker tröskeln till att konsultera varken kolleger eller andra vårdpersonal. Ledarna får där information om direktmottagningens gång. Individens datasekretess hindrar möjligheten att bjuda in nya alumner till nätverket.

Även om utbildningen är det samma för alla fysioterapeuter i direktmottagningen, varierar mängden av lönetillägg mycket i olika kommuner. Fysioterapiförbundet borde ha ingripit till den här saken redan tidigare, för nu har enheterna själv bestämt om lönetillägg av 100–190 €.

Alla hälsocentraler är själva ansvariga för informering av verksamhet på deras hemsidor. Men det kräver mycket aktivt arbete att få tillvägagångssätt att leva.

“ei voi lähteä toimintatapa elämään, jos sulla on yksi aika viikossa. Ei se palvele ketään. Ja aluks voi tulla tyhjäkäyntiä näissä ennen ku se tulee. Ja jos tulee tyhjäkäyntiä, niin pitää markkinoida”

En del av hälsocentraler har börjat ge en ny läkare sådan orientering till direktmottagningen, där en fysioterapeut behandlar läkaren som en kund och visar hur fysioterapeuten skulle göra en undersökning och vilka metoder ska användas.

“mä oon sanonu terveystakesuksissaki, et se akuuttiaika sille suoravastaanotolle, jos ei sinne tule potilasta ja teille tulee uusia lääkäreitä tai muita, ni ottakaa niitä niille ajoille ja tehkää se tutkiminen, jotta sille tulee tutuksi, että mitä sinä työksesi teet, koska eihän me tiedetä. Meillä voi olla joku mielikuva siitä, et mitä fysioterapeutti tekee. Tai sitte esimerkiksi joku uus lääkäri tulee terveystakesukseen, ni me ollaan suositeltu, et jos sillä tulee oma potilas, jonka se ohjaa fysioterapeutille, jos sillä on mahdollisuus, ni järjestää siinä alkuvaiheessa aika, et se tulee seuraamaan myös sitä, mitä se potilas tekee fysioterapeutin vastaanotolla tai yhteisvastaanotto, jos se on mahdollista.”

På samma sätt kan orienteras också tidsbeställningspersonalen.

“ajanvaraajilleki, esimerkiks Seinäjoen terveystakesuksessa, on ollu sillain, että on, tota niin, ne on sielläkin näyttäny, mitä ne tekee potilaalle, elikä tavallaan niin ku sen tutkimisen...se on menny niin ku paremmin perille”

För att göra det lättare för tidsbeställningspersonalen att bestämma till vilken vårdpersonal de ska sätta kunden, finns enkel regel: kunder som lider symptom efter en olycka eller som har feber går direkt till läkaren. Alla andra kunder med problem av stöd- och rörelseorgan går först till fysioterapeuten. Efter första mötet kommer alltid någon slags kontroll: via telefon eller på plats.

Multidisciplinärt sätt att arbeta är en viktig del av organisationens kultur på Seinäjokis hälsocentral. Men det finns också mera hierarkiska enheter inom sjukvårdsdistrikten. Bakgrunden till

multidisciplinärt samarbete ligger i rehabiliteringskursser som de har haft tidigare. Ledarna har varit konkret intresserade av verksamheten och projektets gång och har givit starkt stöd till det.

Primärhälsovård konsulterar mycket specialistvård och det finns flytande diskussionskanaler mellan de här två nivåer av vård.

Som indikatorn används kundnöjdhetundersökning om kundernas erfarenheter av direktmottagningen. Läkarna har frågat efter respons. Mottagningspersonalens åsikter och tankar om verksamheten hörs två gånger om året i nätverks workshoper.

Ledarskap har en stor påverkan i implementering av förändring. De svarar om utnyttjandet av vårdpersonalens kunskap i förändringsprocessen. Direktmottagningen har bevisat vara kostnadseffektivt och den har givit läkarna mera tidsresurser.

“toisissa niin ku yhteistoiminta-alueilla lähti sujuvammin just siitä, että kun tää myönteinen kanta oli siellä ylimmässä johdossa, niin heidän tavallaan sanominen sinne myös esimerkiksi just ajanvarauksiin ja näihin, ni kyllähän se toimii ihan eri tavalla sit siinä mielessä”

För att kartlägga hindrande faktorer konsulterade Södra Österbotten Helsingfors och Jyväskylä för att få tips om möjliga svårigheter och att kunna undvika dem.

Södra Österbotten ordnar fortbildningsdagar på området gällande problematik av stöd- och rörelseorgan. Fortbildning ordnas för fysioterapeuter, läkare och personal i tidsbeställning.

På Södra Österbottens sjukvårddistrikts nätsidor finns information för invånare. Där finns också tjänstestig för vård i både akuta och kroniska skede. Man ville uppmärksamma informering om projektet noggrant för att bättre uppnå målen och rota nya verksamhetsmodellen. Enligt projektets styrningsgruppens rekommendation riktades informering om ändrande verksamhetsmodeller först till aktörer. När projektet började, informerades av det i nyhetsbrev för sjukvårdsdistrikts och hälsocentralernas personal. Framsteg av projektet informerades inom primärhälsovården enligt olika faser av de tre utbildningsrundturer.

En artikel om fortbildning gällande direktmottagning publicerades i tidningen Ilkka. Lokala organisationsaktörer ordnade föreläsningsserier om problem av stöd- och rörelseorgan. På Österbottens fysioterapeuters offentliga evenemang "Katkaise kipukierre" presenterade man i samband med rygghälsa också direktmottagning av fysioterapi. Nätverkets lokala aktörer informerade kommuninvånare om direktmottagningen.

Ansvar för utbildning och orientering för personalen i tidsbeställning var hos hälsocentralers chefer. Målet är att påskynda kundens gång till vård samt öka arbetets produktivitet och meningsfullhet. Förfrågan riktad mot aktörer inom primärhälsovården visade att direktmottagningen förbättrar vårdens kvalitet. Problematiskt var olika tillvägagångssätten av vårdpersonalen i hälsostationer. Målet är att leda kunder till vård utan onödiga köar och risken att besvären blir kroniska minskas.

7.3.4. Genomförbart projekt

Man fick finansiering till projektet från undersöknings- och utvecklingspengar för sjukvårdsdistrikten. Under två år kostade projektet 35 500 euro. 76% av kostnaderna blev av lön. Andra kostnader var resor, deltagning i utbildningstillfällen samt organisering av möten. För finansiering av projektet behövde man skapa en linje om olika skeden. De ansvariga projektledarna skrev systematiska planer med större linjer samt dagliga planer för fortbildningsdagar i enheter.

Hälsocentralerna är själva ansvariga för uppföljning av verksamheten. De måste veta varför verksamheten lönar sig och ha räknat konkreta fördelar för personalen men också för samhället. Alla fysioterapeuter inom sjukvårdsdistrikt använder samma undersökningsenkäter för undersökning av nacken, ryggen och axeln. Det gör vården enhetlig.

Man följer hur mottagningstiderna uppfylls och man har redan märkt, att det kommer mera kunder i akutskede, när de tidigare kom inte innan problemet hade blivit kroniskt.

Kundnöjdhet om tillgång till direktmottagning och hur man blev hört kartlades och kunder var nöjda med både tidsbeställning och med fysioterapin. En annan förfrågan gjordes efter mottagningen och dess följande gånger eller som telefonkontroll. Fysioterapeuten ringde till kunden efter tre eller sex månader efter direktmottagningen och frågade om kunden hade sökt sig till vård eller haft sjukledig

efter direktmottagningen. Tre månader efter direktmottagning av fysioterapi hade största delen av kunder inte behövt läkarens eller fysioterapeutens vård.

För personalen i tidsbeställningen har man skapat instruktioner om vem styrs till direktmottagning av fysioterapi. De fick också orientering till det från läkare, fysioterapeuter eller från sina chefer. Utbildningen varierade från informering om vad måste ta hänsyn till eller så kallade "red flags", till direktmottagningens processbeskrivning eller att bekanta sig med direktmottagning av fysioterapis innehåll.

“malli tulee tavallaan niin ku porukalta ja niin ku tämmösestä yhteisestä sovitusta, niin se menee ehkä paremmin läpi. Ja niissä paikoissa, jossa se on paremmin vielä se ylin johto ollu sitoutunu siihen, ni niissähän se on lähteny selkeesti paremmin käyttöön”

7.3.5. Utfallet av reformen

Specialistvård och primärvård kommunicerar aktivt med varandra. Fysioterapeuten i specialistvård får inte längre kunder som inte har träffat en fysioterapeut tidigare i primärvård.

“onhan se muuttunu meillä siis sillä lailla toisaalta nyt kieltämättä niin, että mun työ on muuttunu paljon, et eihän mulle tuu semmosia enää, jotka ei ois ikinä käyny fysioterapeutin vastaanotolla, mikä oli meillä se lähtökohta”

Det finns ännu utmaningar i IT-systemen för att få informering inom sjukvårdsdistrikten fungera flytande.

Kommuninvånarnas kunskap om möjlighet att beställa tid direkt till fysioterapi har förbättrats. Det finns ännu gamla modeller, där kunden önskar få tid till läkaren att bara få snabb lindring till smärtan. Personalen i tidsbeställningen måste "sälja" direktmottagning av fysioterapi till kunder som skulle behöva den, men det finns problem om personalen känner inte fysioterapeuternas kunnighet och tillvägagångssätten. Det som också hindrar förändring av den gamla verksamhetsmodellen är förändringar i personalen.

“jos ajatellaan näitä toimintakulttuureita, ku joka terveys-, niin ku joka paikassa on oma, meillä on oma toimintakulttuuri täällä, terveyseskuksissa on oma toimintakulttuuri ja muuta, ni eihän se joka puolella mee sujuvasti”

Med fortbildning har man försäkrat pålitlighet av fysioterapeuternas kliniska beslutsfattande och patientsäkerhet. Snabb tillgång till fysioterapi har inte lett till ökande av läkarkonsultation även om det alltid finns möjlighet till det under direktmottagning.

Förändringar i tjänstekedjans verksamheter framskrider i olika takter inom sjukvårdsdistrikt. Som stöd till förändringen finns nätverk av kontaktpersoner och fortbildning. Det som Södra Österbotten fick lära sig var att den enheten, som var mest skeptisk i början av förändringsprocessen och visade största motstånd, hade slutligen kommit längst med förändringen, när man kollade situationen i uppföljningen.

Figur 6. Summering av Södra Österbotten

Södra Österbotten	En traditionell samkommun
Förändringstryck	<ul style="list-style-type: none"> - kunder med ryggsmärta kände inte till fysioterapitjänster och de hade inte blivit hänvisade till fysioterapi
Gemensam vision	<ul style="list-style-type: none"> - dirigera hälsovårdens resurser till effektiv vård och rehabilitering - alla behöriga samarbetsparter kunde delta via projektgrupper och styrgrupper
Förändringskapacitet	<ul style="list-style-type: none"> - fortbildning i samarbete med Yrkeshögskolan i Seinäjoki - fysioterapeuten demonstrerade direktmottagningsförfarandet för läkaren som för en kund - ledarskap ansvarar om utnyttjandet av personalens kunskap i förändringsprocessen
Genomförbart projekt	<ul style="list-style-type: none"> - projektledarna gjorde upp systematiska planer i större linjer samt dagliga planer för enheternas utbildningsdagar - hälsocentralerna är själva ansvariga för uppföljning av verksamheten: verksamhetens lönsamhet samt uppnötning av konkreta fördelar för personalen och för samhället - det kommer mera kunder redan i akutskede
Utfallet	<ul style="list-style-type: none"> - Förändringar i tjänstekedjans verksamheter framskrider i olika takter inom sjukvårdsdistrikt

8. Analys

Forskningsfrågan är: vilka egenskaper i den organisatoriska miljön förklarar att reformen lyckas eller misslyckas?

1. Hur har förändringsprocessen genomfört i olika slags organisationer?
2. Vilka goda praxis har organisationer hittat?

8.1. Resultaten

Som utgångspunkt hade jag de Woots-modell som påstår att om en av de rekommenderade faserna i förändringsprocessen fattas, ska utfallet misslyckas:

- Om förändringstryck fattas, blir processen utan innehåll.
- Utan gemensam vision blir förändring utan ändamål.
- Utan förändringskapacitet skapar förändring ängslan.
- Utan genomförbart projekt ska förverkligande av förändringen misslyckas.

Från den utgångspunkten kan jag säga, att alla de organisationer som jag intervjuade hade tagit hänsyn till alla olika aspekter av förändringsprocessen och därför kan man i allmänhet säga att utfallen var lyckade. Men så kan man kanske alltid säga när verksamheten slutligen är i gång. Men det som är intressant, är hur enheterna har utfört de här olika faserna och hurdan betoning där funnits.

Alla intervjuade enheter hade mest brister i förändringskapacitet. När förändringskapacitet fattas, är utfallet enligt de Woots-modellen att förändring skapar ängslan. I Övre Savolax fattades både fortbildning och lönetillägg för fysioterapeuter som arbetar i direktmottagning. De rapporterade att det hade funnits motstånd bland fysioterapeuter, som man kunde beskriva vara ängslan. I Esbo hade processen tagit så lång tid, att de hade hunnit korrigera felen längs med processen. Enligt teorin beskriven i kapitel 5 går förändringen sakta vidare, men när processen tar mycket tid, finns den faran, att man förlorar ivrighet. Men å andra sidan kan man tänka att den gemensamma visionen är kanske inte längre så klar och enligt de Woots-modellen blir då förändringen utan ändamål. Esbo påstod att det behövs kontinuerlig diskussion för att hålla gemensamma riktlinjer. I Södra Österbotten fanns förenade processer i vård och i utbildning av personalen men lönetillägg varierade mycket bland olika kommuner.

I figur 7 presenterar jag de intervjuade organisationernas tankar om förändringsprocessens viktiga aspekter. Till vänster ser man de centrala dimensioner som jag valde att betrakta men jag har tagit med i figuren bara de aspekter från varje enhet som jag tyckte vara de mest betydelsefulla. Det bör observeras att det inte finns svar till varje fråga utan numret visar vilken dimension svaret hänvisar till.

Summering av resultaten figur 7. (7.1.-7.5.)

Figur 7.1.

	De centrala dimensionerna	Övre Savolax	Esbo	Södra Österbotten
Kommunform		Integrerad samkommun	En stad	En traditionell samkommun
Förändringstryck	1.Orsak att börja direktmottagning av fysioterapi	1.inte tillräckligt mottagningstider för de halvbrådskande fallen av nack-och ryggproblem, kundernas problem hann bli kroniska	1.patienter med ländryggsmärta var en stor kundgrupp som gynnades av snabb tillgång till fysioterapi samtidigt som man ville befria läkarresurser	1.Kunder med ryggsmärta kände inte till fysioterapitjänster och de hade inte blivit hänvisade till fysioterapi
	2. Tidpunkt att börja förändringsprocess	2. 2012	2. 2007	2. 2011

Figur 7.2.

	De centrala dimensionerna	Övre Savolax	Esbo	Södra Österbotten
Gemensam vision	1.Målet av implementering	1.Bemöta kundernas akuta hälsobehov	1. Producera mera kvalitativ undersökning och att kunna erbjuda en första handledning för kunder som har problem med stöd- och rörelseorgan	1.Dirigera hälsovårdens resurser till effektiv vård och rehabilitering
	2.Målgruppens deltagande i planering av förändringsprocess	2. Personalen var med i planering		
	3.Kundernas deltagande i planering	3. En kundråd var med i planering		
	4.Skapande av en gemensam vision mellan vårdpersonal			4.Alla behöriga samarbetsparter kunde delta via projektgrupper och styrgrupper

Figur 7.3.

	De centrala dimensionerna	Övre Savolax	Esbo	Södra Österbotten
Förändringskapacitet	1. Medel att underlätta förändringsprocessen: för personal (fortbildning, lön), för kunder, för organisationer	1. Alla fysioterapeuter betraktades vara på samma nivå gällande arbetskrav, inget lönetillägg i direktmottagning	1. Fysioterapeuter i direktmottagningen fick tjänstepremie på 97€ och arbetsuppgifterna ansågs vara mera krävande än i vanlig mottagning	1. Fortbildning i samarbete med Yrkeshögskolan i Seinäjoki
	2. Informering till målgruppen om förändringen	2. Nyckelord i förändringsprocessen var diskussion		
	3. Olika informationsstrategier för olika målgrupper			3. Fysioterapeuten demonstrerade direktmottagningsförfarandet för läkaren som för en kund
	4. Valda indikatorer och mätningssätt	4. Indikatorer: väntetid till mottagningen, besöksantalet och besökens förändringar	4. Indikatorer: mängd av besök på mottagningen, hur uppfylls och hur bra räcker mottagningstiderna	
	5. Främjande och hindrande faktorer inom organisationen		5. det krävs harmoniskt samarbete mellan vårdpersonal för att mottagningen ska fungera	
	6. Ledarnas betydelse			6. Ledarskap ansvarar om utnyttjandet av personalens kunskap i förändringsprocessen

Figur 7.4.

	De centrala dimensionerna	Övre Savolax	Esbo	Södra Österbotten
Genomförbart projekt	1. Planens organisering: projektteam, budget, ledarnas stöd	1. Man såg processen som servicens inre utveckling med existerande resurser		
	2. Noggrann planbeskrivning för varje steg			2. Projektledarna gjorde upp systematiska planer i större linjer samt dagliga planer för enheternas utbildningsdagar
	3. Planens implementering: olika roller, kundernas deltagande, mätningar	3. Klara roller		
	4. Insamlande av responsdata	4. Två olika kundresponsautomater på tabletter vid hälsovårdscentralerna		
	5. Personalens arbetstillfredsställelse		5. mäter fyra gånger om året hela personalens arbetstillfredsställelse	
	6. Utvärdering av utfallet		6. Det behövs en kontinuerlig diskussion om riktlinjer så att gemensam riktning hålls	6. Hälsocentralerna är själva ansvariga för uppföljning av verksamheten: verksamhetens lönsamhet samt uppmärksamhet av konkreta fördelar för personalen och för samhället
	7. Förbättringar i verksamheten	7. kunderna tas emot av rätt personal		7. Det kommer mera kunder redan i akutskede

Figur 7.5.

	De centrala dimensionerna	Övre Savolax	Esbo	Södra Österbotten
Utfallet		Fysioterapiverksamheten har varit effektiv men också kostnadseffektiv	Utfallet av reformen har varit lyckad, men det kräver kontinuerlig utvärdering	Förändringar i tjänstkedjans verksamheter framskrider i olika takt inom sjukvårdsdistrikt

En av principerna i THLs verksamhet är att sprida bästa praxis på hälsovårdsfältet. Man försöker lära sig från andras erfarenheter för att underlätta förändringsprocessen som till exempel sote kräver för tillfället. De tre olika organisationer som jag intervjuade för den här forskningen hade helt olika tillvägagångssätt och därför tycker jag att andra organisationer kan ha nytta av deras modeller när

de tar i bruk direktmottagning eller gör förbättringar i en redan påbörjad direktmottagning av fysioterapi. Övre Savolax hade skapat sin egen modell, Esbo hade utvecklat sin verksamhet under många år i mindre delar för att uppnå en helhet och Södra Österbotten hade konsulterat Helsingfors och Jyväskylä om deras erfarenheter innan de påbörjade förändringsprocessen.

8.2. Goda praxis

Övre Savolax är en integrerad samkommun vilket betyder att kommunerna ordnar hälsovårdstjänster tillsammans. Där hade skapats en modell där kunden bedömer vårdbehovet och kan komma in rakt från gatan eller beställa tid via telefon eller nätet. Utrymmena möjliggör det att vårdpersonalen kan konsultera varandra genast för att få den hjälp kunden behöver under samma mottagning. Här uppfylls regeringens krav att fördela uppgifterna mellan olika yrkesgrupper och att människorna får vård snabbare. Kunden får den hjälp hen behöver vid den första kontakten och man har märkt att multiprofessionellt samarbete leder till ökning av yrkeskunskap och undersökningsfärdigheter. Man uppmuntrar också personalen till arbetsrotation. Gällande förbättringar i verksamheten har Övre Savolax räknat att deras modell är kostnadseffektiv för att kort väntetid betyder tidigt ingripande i problemen som minskar behovet av och kostnaderna för specialiserad sjukvård. Alla de här aspekterna är genomförda i sote-reformens anda.

Esbo är en stor stad som har tillräckligt egna resurser att organisera hälsovårdstjänster. Esbo hade även organiserat egen fortbildning för fysioterapeuter. Som mål hade man att förkorta väntetid till vård, men det behövs uppföljningsmätare för att kontrollera situationen kontinuerligt. I enlighet med soteandan har Esbo gjort sitt bästa för att få betjäningens kvalitet jämn och rättvis och verksamhetens standardisering är på gång. Men det kräver kontinuerlig diskussion om riktlinjer.

Esbo har en god praxis, där de uppmuntrar personalen till att ge direkt respons till varandra och inte via ledarna och de vill uppnå harmoniskt samarbete mellan vårdpersonalen. I Esbo organiseras utvecklings- och uppföljningsmöten. De tar emot utvecklingsidéer från personalen och mäter regelbundet personalens arbetstillfredsställelse.

Södra Österbotten är en traditionell samkommun, där många kommuner organiserar själv primärvård enligt gemensamt bestämda riktlinjer. De här riktlinjerna diskuteras i projektgrupper och styrgrupper.

De speciella särdragen i Södra Österbottens modell är att de har välfungerande diskussionskanaler mellan primärvård och specialistvård och det är också en viktig aspekt i sote. Samarbetsmodellen har sin bakgrund i specialistvård, där teamarbetet måste fungera som smort och alla i vårdpersonalen har sin viktiga roll i teamarbetet.

Södra Österbottens orienteringsmodell är någonting som man borde ta i bruk också på andra ställen. Orienteringen sker via exempel. Fysioterapeuter gör undersökningen till läkarna eller mottagningspersonalen för att visa vad de gör under mottagningen. Då lär sig mottagningens personal bäst om fysioterapi och förstår när kunden borde hänvisas dit. Den här orienteringsmodellen är verkligen effektiv och uppfyller kriterierna för god praxis.

9. Slutsatser

I det här kapitlet presenterar jag mina egna slutsatser om resultaten. Först diskuterar jag lösningar till olika problem. Sedan speglar jag teorin mot praktiken för att se hur bra de motsvarar varandra.

9.1. Från problem till lösning

Jag tar här upp mina observationer om de problem som de intervjuade enheterna lyfte fram samt de lösningar de kommit fram till för att avhjälpa dessa problem.

Det som är lite konstigt är det att olika områden har skapat sina egna sätt att bjuda direktmottagningstjänster istället för att skapa ett gemensamt system. Från Esbo berättade man i intervjun att man nu inom HUCS-specialvårdsdistriktet (Helsingfors och Nylands, Kymmenedalens, Södra Karelen samt Päijät-Hämes sjukvårdsdistriktet) fått färdigt en ram för direktmottagning av fysioterapi inom vilken fysioterapiverksamheten kommer att förenas. Jag presenterar här sammanfattningen av verksamhetsramen. Den ovannämnda arbetsgruppen hade definierat vad direktmottagning betyder och innehåller:

- fysioterapeutisk undersökning och kliniskt resonemang
- rådgivning i smärtbehandling utan medicin
- ledning till självständig övning
- rådgivning i användning av receptfria smärtlindrande läkemedel
- aktivering av rehabiliteringsverksamheten enligt enhetens tjänstmeny
- bedömning av behovet för hjälpmedel
- bedömning av behovet för sjukledigt och skriva sjukledigt enligt organisationens praxis
- bedömning av behovet för att besöka läkaren eller för någon annan ytterligare undersökning
- konsultering av en läkare vid behov
- registrering av kunduppgifter

Direktmottagning kan också innehålla användning av andra fysioterapeutiska undersöknings- och terapimetoder enligt terapeutens kunnande. (HYKS-erva suoravastaanottoiminnan yhtenäistäminen 17.7.2020/15.10.2020/25.3.2021 Hurskainen, Pelttari, Roine & työryhmä)

HUCS-specialvårdsdistriktet har ställt som kriterier för vårdhänvisning minst 16 års ålder, symptomens varaktighet samt så kallade red flags (larmsymptom). I arbetsgruppens rapport har tagits hänsyn till mätaren för kliniskt arbete men också mätaren för uppföljning av verksamheten. Verksamhetens volym bör uppföljas genom att betrakta antalet av första besök och antalet av uppföljningsbesök. Tillgänglighet till vård, patientvägledning och kunderfarenhet bör mätas med kundnöjdhet och bruksgraden av direktmottagningstider. Kostnader mäts via beräknat pris per behandlingsbesök. Om utbildning konstateras att kompletterande utbildning och fortbildning skall ordnas. Lönenivån bör fastställas enligt arbetets kriterier. Det betyder att lönen inte kan bestämmas enhetligt för alla fysioterapeuter inom direktmottagningen. (HYKS-erva suoravastaanottoiminnan yhtenäistäminen 17.7.2020/15.10.2020/25.3.2021 Hurskainen, Pelttari, Roine & työryhmä)

HUCS-specialvårdsdistriktet har lämnat dessa två aspekter, lön och fortbildning, utan att ta ställning till konkreta kriterier. Dessa är problematiska för alla enheter i hela landet. Löneförhöjning för fysioterapeuter i direktmottagning har inte varit automatiskt även om Fysioterapiförbundet rekommenderar det. Rekommendationen kom lite sent och enheterna hade redan valt sin taktik som betyder att i stället för rekommenderad minst 350 euros förhöjning varierar förhöjningens storlek från noll till 190 euro bland de enheterna som jag intervjuade. Orsaken är, att en fysioterapeut sällan arbetar endast med direktmottagning och då skall arbetsgivaren räkna ut ett relativt lönetillägg.

Figur 8. Lönetillägg i intervjuade organisationer

	Övre Savolax	Esbo	Södra Österbotten	Fysioterapiförbundets rekommendation
lönetillägg	0 €	97 €	100–190 €	350 €

Lönetillägget kan ses vara tudelat. I små kommuner måste alla fysioterapeuter sköta alla kunder med deras olika symptom och en fysioterapeut kan vara ansvarig för många olika enheter. Det lönar sig inte att specialisera sig för det finns inte tillräckligt kunder. Men i stora enheter måste man specialisera sig för att bli en expert på något område. Men om man i varje fall fortbildar sig för att specialisera sig, hur skiljer man då specialisering i direktmottagning från annan specialisering så att lönetillägg är befogat? Direktmottagningen betraktas som en utvidgning av yrkesrollen och förflyttning av uppgifterna gällande stöd- och rörelseorganens problem från läkarna till fysioterapeuterna som medför större ansvar.

Hälsovårdslagen säger om fortbildning att kommunen ska se till att hälsovårdspersonalen deltar i fortbildning i tillräcklig utsträckning. Vad som ingår i fortbildningen och om uppföljningen av utbildningen får stadgas med förordning av social- och hälsovårdsministeriet. Esbo hade ordnat fortbildning i etapper enligt behov. Södra Österbotten började samarbete med yrkeshögskolan för att uppnå nödvändig kompetens för personalen. Övre Savolax har inte sett fortbildning vara centralt för deras fysioterapeuter utan de anser att via nära samarbete lär man sig genom arbetet. Kangas (2017) konstaterar i sin doktorsavhandling att arbetsfördelningen var mest produktiv i sådana hälsovårdsenheter där uppdelning av uppgifter mellan hälsovårdspersonalen baserades på ömsesidighet, dvs. att arbeta och lära sig tillsammans. Så detta bekräftar valet som Övre Savolax har gjort, dvs. att lära sig via samarbete.

I början av förändringsprocess där man omorganiserar verksamhet ökar kostnaderna, men under tiden sparar man och organisationen måste vara förberedd på att befria personalens tidresurser samt ordna fortbildningsmöjligheter. Personalens tidsbrist är en av de största farhågor med förändring. Man kan inte förvänta sig att personalen anammar nya verksamhetsmodeller genast utan man måste förstå att processen tar tid. Även om man är positivt inställt till förändringen, är det svårt att lära sig nya verksamhetsmodeller om det finns kunder i kö. Då är ledarnas roll att visa exempel och garantera att det finns tillräckligt tid för orientering. Det räcker inte att personalen ges instruktioner om verksamheten eller uppmuntras till att ta reda på andras arbete. Ledarna måste se efter att det som bestäms på papper också sker i praktiken.

De intervjuade enheterna hade alla utfört implementeringsprocessen i etapper. I Övre Savolax hade man först skapat Enska-verksamhetsmodellen med läkare och skötare och sedan lade man till fysioterapin till den. Esbo byggde sin verksamhet från olika grupperingar av stöd- och rörelseorganproblem enligt storlek och akuthet av symptomgrupper. Södra Österbotten gjorde implementeringen i tre faser där man först kartlade situationen i olika enheter, sedan presenterades förändringsplanen och till sist etablerade man verksamheten.

Mottagningspersonalens bristande kunskap om innehållet av fysioterapeuternas arbete är det största orsaken till att kunder inte skickas rätt till fysioterapi. Förutom skriftliga anvisningar borde ny personal i tidsbeställningen få helt konkret orientering till verksamheten och ha möjlighet att till exempel följa med någon fysioterapeuts arbete under några dagar. Södra Österbotten rekommenderar till sina fysioterapeuter att demonstrera en undersökning för tidbeställningspersonalen för att dessa

får erfara själv vad fysioterapeuten gör. Den där metoden kräver inte lång tid och är effektiv. Om man använder samma metod med läkarna, blir tröskeln för samarbete lägre.

Kunderna har också sina värderingar gällande vården. Som i historien jag berättade i början, borde kunden först lära sig att lita på fysioterapi. Problemet med det här är naturligtvis det, att kunden måste jobba själv för att bli frisk och vi människor är lata.

I stora enheter är fysioterapi som egen avdelning långt borta från andra: hur kan det omorganiseras? I hälsovårdslagen står det att kommunen bör förse hälsovårdens verksamhet med ändamålsenliga lokaler. Likaledes säger lagen att ledarna borde främja multiprofessionellt samarbete: hur kan man stöda det, när olika yrkesgrupper inte befinner sig fysiskt nära varandra? En annan sak som hindrar samarbete är hierarki. Om man betraktar yrkesgrupper som olika hierarkinivåer, blir samarbete konstigt: den ena värdesätter inte den andras arbete och den andra ser sig inte kunskapsmässigt likvärdig med personalen på högre nivå. Sådant här tänkande kan ses vara gammaldags, men det är svårt att få alla bakom samma ideologi, när alla som jobbar inom hälsovården kan ses ha sin egen expertis och sitt eget värde. Med samarbete och flytande diskussion mellan vårdpersonal når man bästa resultat i kundens vård, vilket borde vara samma mål för alla i hälsovården. Lösningen till det här problemet är förändring i organisationskulturen som tar sin tid. I stora organisationer som Esbo och Södra Österbotten krävs det kontinuerlig uppföljning att alla enheter strävar mot samma mål, även om enheterna kan utföra implementeringen i egen takt.

Det finns ännu problem som ingen av de intervjuade organisationerna har kunnat lösa. Alla hälsovårdsorganisationer lider av personalförlust som leder till förlust av kontinuitet, erfarenhet och kunskap. Kommunen har ändå plikt att förse hälsovården med ett tillräckligt antal yrkesutbildade personer för att fullgöra uppgifterna inom hälsovården. Ledarna ska också enligt lagen ha sådan multidisciplinär kompetens som främjar en högkvalitativ och säker vård, samarbetet mellan olika yrkesgrupper och utvecklandet av vård- och verksamhetsmetoder. Men det här är lite idealistiskt, när vi talar om människor. Kommunerna har det inte alltid så lätt att få tillräckligt med personal till en avlägsen enhet. Ledarna kan vara ansvariga för deras enhet utan att ha fått tillräcklig utbildning i ledarskap med nutidens krav av multidisciplinär kompetens och samarbetskultur.

Sote-reformen är på gång och THL ger rekommendationer och hjälper hälsovårdsorganisationer, men ingen kan tvingas att förändra sig. Man måste bara lita på att informationen om god praxis sprids och

förståelse om kostnadseffektivitet leder till nya former i verksamheten som enheterna kanske ännu är rädda för.

9.2. Teori vs. praktik

För att ännu betrakta noggrannare olika faser av förändringen, har jag speglat teori mot praktik i det här kapitlet. Med praktik menar jag de intervjuade organisationernas erfarenheter om förändringsprocessen. De Woots-modellens dimensioner var skapade på basen av teori och jag presenterar här nedan nu först faserna och de centrala dimensionerna. I texten under öppnar jag ännu mera teoretiska aspekter och motsvarigheter från organisationernas verksamhet.

Figur 9. de Woots-modellens dimensioner

Förändringstryck	<ol style="list-style-type: none"> 1.Orsak att börja direktmottagning av fysioterapi 2. Tidpunkt att börja förändringsprocess
Gemensam vision	<ol style="list-style-type: none"> 1.Målet av implementeringen 2.Målgruppens deltagande i planering av förändringsprocess 3.Kundernas deltagande i planering 4.Skapande av en gemensam vision mellan vårdpersonal
Förändringskapacitet	<ol style="list-style-type: none"> 1.Medel att hjälpa med förändringsprocessen: för personal (fortbildning, lön), för kunder, för organisationer 2.Informering till målgruppen om förändringen 3.Olika informeringstaktiker för olika målgrupper 4.Valda indikatorer och mätningssätt 5.Främjande och hindrande faktorer inom organisationen 6.Ledarnas betydelse
Genomförbart projekt	<ol style="list-style-type: none"> 1.Planens organisering: projektteam, budget, ledarnas stöd 2.Noggran planbeskrivning med varje steg 3.Planens implementering: olika roller, kundernas deltagande, mätningar 4.Insamlande av responsdata 5. Personalens arbetstillfredsställelse 6. Utvärdering av utfallet 7. Förbättringar i verksamheten

Det som alla organisationer måste följa är nationell utveckling av riktlinjer i form av sote-reformen. Från ledarnas synvinkel kämpar de på två fronter: å ena sidan finns förändringstryck inom organisationen för att avhjälpa kundköer och å andra sidan måste man ta hänsyn till nationella riktlinjer och försöka anpassa sig till dem.

Jag hade som utgångspunkt i min avhandling att det finns sote-reform som tvingar organisationerna att förändras. Men när jag frågade enheterna om förändringstryck, svarade alla, att det hade kommit nerifrån. Ineffektiv vårdleverans fungerar bra som förändringstryck. I Övre Savolax och i Esbo hade man märkt problemet via vårdgivarnas erfarenheter. Södra Österbotten hade börjat betrakta vårdprocessen. Alla hade märkt, att kundernas symptom hade blivit kroniska och ville tackla det här problemet med förändring. Man kan tänka att även utan sote-reform, som nu tvingar enheter till förändring, skulle de här organisationerna ha introducerat direktmottagning av fysioterapi för det var en passlig lösning till deras problem. Övre Savolax började ge akuta mottagningstider till fysioterapi 2012. Esbo började förberedningar för direktmottagning av fysioterapi år 2007, förberedningar för förändringen började i Södra Österbotten 2011, när de såg behovet till att kartlägga verksamheten.

Enligt teori kan strategier ha som mål att reducera kostnader, öka volymen av patienter som med de existerande resurserna kan bli vårdade, bemöta specifika sociala förväntningar eller lösa problemen gällande personalens arbetsbelastning. Som gemensam vision hade Övre Savolax att underlätta läkarnas arbetsbelastning. Esbo ville förkorta väntetid till vård av kunder med besvär av stöd- och rörelseorgan. Södra Österbotten ville förenhetliga vårdprocessen för kunder med ryggproblem inom sjukvårdsdistrikt. I allmänhet kunde sägas, att de viktigaste motiven för intervjuade organisationer var att öka volym av vårdade kunder och lösa problemen gällande personalens arbetsbelastning.

De som planerar implementeringsstrategi borde ha en förståelse av uppfattningar, behov, problem och realiteter av arbetsomständigheterna av de individer som i sista hand ska genomföra implementeringen. Ytterligare anses det att idealt vore att ha målgruppen med (se 5.2.2.2.). Vem hade då varit med i utveckling av förslag till förändring? Övre Savolax hade frågat kundernas åsikter och talat många gånger med vårdpersonalen om att skapa en gemensam vision. I Esbo hade man med i planering skötare som gör bedömning av vårdbehovet, läkare och fysioterapeuter. Dessutom hade ledarna från olika enheter varit med genom hela processen. Södra Österbotten skapade projektgrupper och styrgrupper att få alla olika behöriga aktörer med. De fick åsikter från föreningar, arbetsgivare, kunder, läkare, tidbeställningspersonal, kommunens representant i sportaktiviteter och skolornas representanter. I alla organisationer hade man tagit med i visionskapandet alla behöriga: målgruppen,

kunderna och vårdpersonalen men planeringsgruppernas rollbesättning och omfattning varierade mycket.

Teorin tar upp betydelsen av individens personliga egenskaper att ställa sig positivt till förändringen. Sådana saker kom dock inte starkt upp i mina intervjuer. Ändå såg organisationerna att under förändringsprocessen är det viktigt med ledarnas stöd till personalen samt ledarnas kunskap om personalens professionella kunnande. Intervjuade organisationer använde utvecklingsdiskussioner som ett medel för att stöda personalens individuella utveckling under förändringsprocessen, men diskussioner ger också viktig information till ledarna om processens framsteg och om individens personliga potential.

Gällande fortbildning betonar teorin frivillighet i deltagande (se 5.2.2.3.). I Esbo var fysioterapeuter ivriga att utvidga sin kompetens via fortbildning och i Södra Österbotten samlas personalen från hela sjukvårdsdistrikt till utbildningsmöten två gånger årligen. Deltagarna har möjlighet att presentera egna kundfall att hitta lösning tillsammans. Även läkarna deltar ivrigt i de här utbildningsmötena. Jag påstår att det är lättare att integrera implementationsplanet till existerande strukturer och det var det som Övre Savolax hade gjort med Enska-projekt. De hade en fungerande verksamhetsmodell med läkare och skötare i vilken de kunde ta med fysioterapirollen utan större ansträngningar.

Det är rekommenderbart att informationen under förändringsprocessen sköts via de medier som alla målgrupper är redan bekant med, litar på och kan använda utan extra ansträngning. Detta sagt både om egen personal och kunder. För att sprida information betyder det att man måste ta hänsyn till informering både inne i organisationen och utåt till kommuninvånare och medlemsorganisationer. I teoridelen lyftes upp olika möjligheter för informering av personalen: studiegrupper, vårdteammöten, utbildningskurser och lokala gruppmöten för vårdpersonal, kliniska diskussioner och teammöten. I Övre Savolax blev kunderna informerade om den nya verksamhetsmodellen i tidningen samt via social media samt på nätet. För personalen finns det intern information och beskrivningar om verksamheten i olika former. Informering om projektets framskridande samt processen överhuvudtaget hade varit en del av hälsocentralens allmänna kommunikation som Enskas och rehabiliteringens ledare varit ansvariga för.

I Esbo där processen har skett stegvis samt under flere år, skickar avdelningschefen ett infobrev till mottagningens personal minst två gånger om året. Orientering och anvisningar går igenom med varje

ny anställd. Alla nya skötare och läkare får en introduktion till fysioterapiverksamhet. Skriftliga riktlinjer finns i grupparbetsutrymmet på nätet och de syns åt alla stadens arbetstagare.

På Södra Österbottens sjukvårdsdistrikts nätsidor finns information för invånare. Där finns också servicestugor för vård i både det akuta och kroniska skedet. Enligt rekommendation av projektets styrningsgrupp riktades informering om förnyade verksamhetsmodeller först till de aktörer som var med i implementeringsprojektet. När projektet började, informerades om det i nyhetsbrev till sjukvårdsdistriktets och hälsocentralernas personal. Primärhälsovården informerades om projektets framskridande under utbildningsrundturer. Det publicerades en artikel om utbildning gällande direktmottagning i tidningen Ilkka. Lokala organisationsaktörer ordnade föreläsningsserier om problem av stöd- och rörelseorgan. På ett allmänt evenemang ordnat av Österbottens fysioterapeuter, "Katkaise kipukierre", presenterades i samband med rygghälsa också direktmottagning av fysioterapi. Nätverkets lokala aktörer delade ut information om direktmottagningen till kommuninvånare.

Finansiell kompensation för extra arbete rekommenderas i teori, men här i Finland ser man utvecklingsarbetet att höra till hälsovårdspersonalens arbetsbeskrivning och personalen får nog ta tid för det från sin arbetstid, men finansiell kompensering får man inte för utvecklingsarbete.

Regelbunden utvärdering och respons via hela processen med hjälp av lämpliga indikatorer är en viktig aspekt i en förändringsprocess och dessa borde också vara inkorporerade i förändringsplanen. I Övre Savolax har de valda indikatorerna varit väntetid till direktmottagningen, besöksantalet samt behoven till konsultering av fysioterapeut. Man har också räknat fysioterapins pris per gång. Resultaten rapporteras i månadsrapporten. Definiering av målsättningar görs av ansvarig ledare av hälsovårdstjänster. I Esbo följer man med uppföljningsmätare som är besöksantalet till direktmottagningen, användningsgraden av de erbjudna mottagningstiderna och hur dessa räcker till. Det har gjorts en undersökning om hur många kunder hänvisas till läkaren efter att ha varit till direktmottagning av fysioterapi. Esbo använder Roidu-kundresponssystem där kunder kan ge respons via tablett efter mottagningen. Man kan också ge respons via stadens nätsidor, via e-mail eller per telefon. Ledarna behandlar responsen och ger dem sedan vidare till fysioterapeuterna. I Södra Österbotten används som indikator kundnöjdhetundersökningar om kundernas erfarenheter av direktmottagning. Två gånger om året anordnas en workshop för nätverket där mottagningspersonalen får ge åsikter och tankar om verksamheten.

Man måste ta hänsyn till de faktorer som kan främja eller hindra processen. Implementeringsteorier inom hälsovården tar upp förändringsviljan som en viktig aspekt när man börjar en förändringsprocess. Övre Savolax kommenterade att den första reaktionen av deras personal var motstånd, men organisationen har en innovativ försökskultur och de ledde processen målmedvetet. Ledarna såg personalens potential och gav sitt stöd. Kunderna tillfrågades också. Som en hindrande faktor såg Övre Savolax personalens tvivel. Eventuellt motstånd till förändringen berodde på begränsade resurser. I Esbo innan direktmottagningen började hade man analyserat de faktorer som kan främja eller hindra förändringen. Förändringsviljan tycks vara stark då fysioterapeuterna är ivriga och har motivation till fortbildning och de utnyttjar aktivt stipendiefonden för utbildning på egen tid. Södra Österbotten konsulterade Helsingfors och Jyväskylä för att kartlägga hindrande faktorer och för att få tips om möjliga svårigheter för att kunna undvika dem.

I teoridelen påstås att främjande faktorer i förändringsprocessen är en enad struktur, tillräckligt med tid för samarbete, personalens kännedom om varann och om innehållet av varandras arbete, positiv attityd gentemot samarbete, enighet om gemensamma mål, uppskattning av andras arbete och öppen atmosfär för diskussioner. I Övre Savolax fungerade uppgifternas fördelning mellan olika yrkesgrupper då personalen kände bra till innehållet av varandras arbete. Övre Savolax påstod att nyckelord i förändringsprocessen är diskussion. Esbo hade kartlagt noggrant deltagarna i direktmottagningen och hade uppmärksammat att det krävs harmoniskt samarbete vårdpersonalen sinsemellan för att mottagningen ska fungera. Esbo har skapat en kultur där personalen ger direkt respons med låg tröskel till varandra och inte via ledarna. Attityden är positiv och konstruktiv. Ingen blir anklagad utan man har som mål att sköta kunder så bra som möjligt. I Södra Österbotten är multidisciplinärt sätt att arbeta en viktig del av organisationens kultur på Seinäjokis hälsocentral. Men det finns också mera hierarkiska enheter inom sjukvårdsdistrikten. Bakgrunden till det multidisciplinära samarbetet ligger i de rehabiliteringskurser som de anordnat tidigare tillsammans. Ledarna har varit intresserade av den konkreta verksamheten och projektets gång och har givit sitt starka stöd till dessa. Det som är präglade för Södra Österbotten och ganska unikt nationellt är att primärhälsovård konsulterar mycket specialistvård och det finns flytande diskussionskanaler mellan de här två nivåer av vård.

Man behöver ett team som har tillräcklig expertis och motivation att koordinera och stimulera projektet. I Södra Österbottens sjukvårdsdistrikt satt man två experter från specialistvård att ta ansvar för förändringsprocessen: en fysioterapeut och en rehabiliteringsplanerare som hade skötarutbildning.

Det sägs i teoridelen att goda ekonomiska resurser underlättar processen. Alla tre organisationer har fått finansiering från staten i form av SHM:s projekt Framtidens social- och hälsocentral. För att hålla sin budget i en förändringsprocess kan vara krävande, men Övre Savolax genomförde sin implementering av direktmottagning av fysioterapi som inre utveckling med existerande resurser, som är passligt för en liten organisation som Övre Savolax är jämfört med de andra två jag intervjuade. En plan måste utvecklas och följas med att det finns medel och personal för att genomföra aktiviteter. I Esbo hade en fysioterapeut under några år som arbetsuppgift att utveckla verksamheten. I Esbo hade det inte heller krävts stor extrabudget för förändringen annat än fortbildningskostnader. Detta har varit möjligt eftersom de har gjort förändringen i etapper under en längre tid. Södra Österbotten ville erbjuda vård till sina kunder i rätt tid i akut skede och befria mera tidsresurser till läkarna. Den här förändringen bevisades vara kostnadseffektiv.

Till organisering av genomförbart projekt hör nytt samarbete mellan vårdarna, ny fördelning av uppgifter, effektiv överföring av information, effektiv inplanering av tidsbeställning och ett helt nytt sätt att utnyttja hälsovårdspersonal. Det som har varit krävande i implementeringsprocessen för alla organisationer är orientering av tidsbeställningspersonal, för de känner inte innehållet av fysioterapeuternas arbete. Övre Savolax hade löst problemet så, att kunden väljer mottagaren enligt sina symptom. I Södra Österbotten förenklades kategoriseringen av kunder med problem av stöd- och rörelseorgan.

Kunskap och expertis stannar kvar även om individer lämnar organisationen och därför är det viktigt att orientera ny personal ordentligt och det såg alla organisationer vara centralt i verksamhetens kontinuitet. Men för att kunna uppnå en äkta förändring i kundvård, måste organisationen skapa en kvalitetskultur som tar hänsyn till kontinuerligt lärande, grupparbete och har kunder i centralfokus. Alla organisationer hade formulerat konkreta mål och mätbara indikatorer med vilka framskridande och framgång kan mätas. Alla hade valt att samla ihop responsdata via kundrespons. I Övre Savolax har de två olika kundresponsautomater på tablett: på den första utvärderas servicen med femgradig klassificering. På den andra kan man ge öppen respons på plats. Resultaten av kundresponsen har getts ut på nätet. Automaterna används kontinuerligt. Personalen kan ge sin respons i utvecklingsdiskussion och responsen behandlas som en del av allmänt välbefinnande på jobbet. Man har också fått respons från förvaltningspersonal. Existerande datakällor som organisationer använder för mätningar är tidsbeställningskalendern, från vilken man ser hur mycket och hurdana mottagningstider behövs.

Frontlinjeledarna är fysioterapeuter i alla intervjuade organisationer och jag tycker att det är bra, för frontlinjeledarna är de som ska "sälja" projektet till målgruppen och de känner verksamhetens innehåll bäst.

I processfokuserat tänkande hittar man problem i arbetsprocesser som kan förbättras med samarbete av personal. Man sätter vikt på teamarbete och utveckling av kunnandet. Precis så här hade man gjort i alla organisationer. Man hade satt vikt på teamarbete mellan vårdpersonal och utvecklat kunnandet via fortbildning eller orientering.

De nya aspekterna i ledarskap betonar samarbete mellan människor. Det kan gälla nätverksarbete, ökning av arbetstillfredsställelse eller kundbetjäning, men allt kräver mötande av människor, flytande kommunikation och samarbete. Kommunikationens betydelse kom upp i olika faser av förändringsprocessen i de intervjuade organisationerna. Man behöver bra intern och extern kommunikation i organisationen. Diskussion behövs när man planerar, implementerar och ännu när verksamhet är på gång för att hålla riktlinjer.

Här har jag nu öppnat olika faser av förändringsprocessen gällande de tre intervjuade organisationerna och jag tycker att de Woots-modellen är ett passligt medel för att betrakta implementeringen. Den har fungerat som ramverk för att operationalisera teorin, kategorisera intervjusvaren och i analysering av resultaten. Annars betonar teorin bra samma saker som kom upp i intervjuerna. Jag hade formulerat intervjufrågorna på basen av teorin och kategoriserat frågorna enligt de Woots-modellen. Även om diskussionen under intervjun löpte ganska fritt och jag kollade min lista av frågor för att se om alla aspekter hade kommit upp, märkte jag i sammanhang av analysering, att svaren överensstämmer med de Woots-modellens olika faser. Det kom inga sådana aspekter som inte inrymdes till min teoriram, men om jag skulle ha haft större urval, kunde resultaten ha varit annorlunda.

Jag var speciellt nöjd med boken *Improving Patient Care: The Implementation of Change in Health Care* från 2013. Å ena sidan kunde man kritisera, att bokens artiklar inte baserar sig tillräckligt på vetenskaplig undersökning, men å andra sidan tycker jag att artiklar ger bra kunskap som baserar sig på konkret erfarenhet på fältet. Hälsovård kräver en helt unik synvinkel från förvaltningens sida och organisationer är mycket olika och därför är det svårt att jämföra dem med varandra. Men samtidigt finns det likadana aspekter, som det lönar sig att ta hänsyn till. Det som jag själv kände vara den viktigaste aspekten både i teorin och i praktiken var öppen diskussion och samarbete.

10. Diskussion

Jag vill ännu här dela mina tankar och erfarenheter om den här forskningen. Jag kommenterar först lite metoden och hur jag tyckte att det fungerade. Sedan berättar jag om forskningens svagheter och ger idéer för forskning i framtiden. Men jag hoppas också att läsaren får nya synvinklar till direktmottagning av fysioterapi efter att ha läst min avhandling och kanske nya idéer till utveckling av egen verksamhet.

Jag tycker att mitt val av forskningsmetod var passlig både vad gäller forskningsämnet och mina personliga egenskaper. De här temaintervjuerna var intressanta för mig själv att utföra och de betjänade forskningen bra. Jag vågar fråga saker ansikte mot ansikte och jag vet att det är inte lätt för alla. På förhand var jag lite rädd för det att mina frågor inte kommer att kartlägga implementeringsprocessen tillräckligt noggrant. Men nu efteråt känns det att, tack vare THLs experter, hade jag inte glömt någonting, utan under två timmar som intervjun räckte, hann jag få en mångsidig och ingående bild av implementeringsprocessen i varje organisation.

Den här var ju den första gången jag använde intervju som forskningsmedel även om man kan säga, att i mitt jobb som fysioterapeut är intervju ett naturligt medel man använder i början av vården och det liknar ganska mycket en temaintervju i sin form. Jag hade också fördelen att intervjua människor som var samarbetsvilliga och sakkunniga.

Skulle man få samma resultat med någon annan metod? Jag tror att någon annan som skulle använda temaintervju som metod, skulle få samma resultat, men med andra metoder skulle det kräva mycket mera arbete. Man kunde ju få samma information via enkäter och dokument, men en intervju var snabbare, enklare och intressantare att utföra. Ytterligare tror jag att via intervjuer fick jag bättre bild av verksamheten, därför att det som tycks fungera på papper, kanske inte gör det i verkligheten. Dessutom hade jag koncentrerat mig på dokument, skulle jag inte ha fått så omfattande beskrivningar av verksamheten.

Problemet med fallstudier av ett litet urval är generalisering. Det är sant, att det inte lönar sig att kopiera någon annans processbeskrivning och tro att allt går på samma sätt i egen organisation. Tanken med den här undersökningen var att visa, hur de här olika enheter har utfört processen för att

ge idéer för andra som behöver stöd i sin egen implementeringsprocess. Och att hitta goda praxis för att sprida ut på hälsovårdsfältet. Resultaten kan inte generaliseras, men de kan utnyttjas i praktiken. Det finns stora kulturskillnader mellan olika delar av Finland. Den här aspekten har jag lämnat bort i min avhandling, men det skulle vara intressant att se hur mycket kultur påverkar utförande av förändringsprocess. Vi är ju olika som individer men också produkter av den kultur vi lever i. Den här problematiken kunde man undersöka i samband med ledarskap.

Mina intervjuobjekt hade inte samma kunskap av implementeringsprocessen i deras organisation. I Esbo hade processen tagit tio år och den person jag intervjuade hade inte varit i sitt jobb så länge. Det betydde att hon kontrollerade detaljer från dokument mera än de två andra som hade varit med genom hela implementeringsprocessen. Men å andra sidan var processen i Esbo ännu på gång när en del av verksamhet ännu fattades. I Södra Österbotten och Övre Savolax hade processen varit mera kompakt och de hade uppnått uppföljningsfasen.

Det som var intressant att se var att när jag frågade om målgrupp för implementeringen, tänkte alla först på kunder. Svaret visar, att man har anammat en kundorienterad synvinkel i utvecklandet av verksamheten. Jag ser att kunder är målgruppen för slutresultatet men när vi talar om implementeringsprocessen, är målgruppen fysioterapeuter och annan personal på mottagningen. Och det skulle naturligtvis vara en bra fortsatt forskning att fråga personalens åsikter om förändringsprocessen.

Kundernas åsikter och erfarenheter har undersökts mycket även gällande implementering av direktmottagning av fysioterapi. Det som kunde vara intressant att få veta är ledarens inverkan i implementeringsprocessen. Hur mycket beror det på ledarens personlighet att de här organisationerna har lyckats i sin förändringsprocess? Man kunde även jämföra skillnader i implementeringsprocessen i två organisationer av samma storlek och kommunform. Eller ta större urval och göra samma undersökning med enkäter.

I bakgrundskapitlet berättade jag om bra mottagning-modellen från Sverige, där grundtanken är att när personalen är nöjd med sitt arbete, blir kunderna också nöjda. Därför tycker jag att det var viktigt att koncentrera mig på implementeringsprocessen för att få veta vad som hör till den. Det räcker inte att fråga vad kunderna tycker, för man måste först veta hurdan process ligger bakom verksamheten. I Finland har vi lärt oss att det viktigaste är den kundorienterade synvinkeln men personalens

belåtenhet kunde berätta ännu mera om det att hur verksamheten fungerar. Man borde ta reda på hurdana arbetsteam det finns i olika organisationer och hur man kan skapa fungerande arbetsteam.

Om de Woots-modellen måste jag säga, att även om jag tyckte att den gav mig ett bra ramverk är den ganska allmängiltig. Den är kanske lämplig för en organisation som planerar sin förändringsprocess för att förstå varför man behöver ta hänsyn till olika faser, men för analysering av huruvida verksamheten är lyckad eller misslyckad, behöver man noggrannare verktyg. Jag upplevde det speciellt krävande att förstå innehållet av begreppet genomförbart projekt, därför att jag inte själv har deltagit i det skedet av en process. Där kunde jag ha haft nytta av någon tydligare "lins" än vad de Woots-modellen gav eller av att ha egen erfarenhet. De dimensioner jag valde att betrakta baserades på teorin av implementering inom hälsovården, men om jag hade läst annan slags litteratur, skulle dimensionerna ha varit också annorlunda och då skulle synvinkeln på implementeringsprocessen kanske betonat lite olika saker än i min forskning.

Den aspekt som jag inte alls har tagit hänsyn till i min undersökning är, att hur stor betydelse politiskt beslutsfattande har i implementeringsprocessen. I bakgrunden finns alltid stora politiska processer både på statlig nivå och kommunal nivå. Detta kan bromsa förändringen eller påskynda den. Orsaken till det att jag lämnade bort den här aspekten är det, att politiska riktlinjer påverkar verksamhet på hälsocentralnivå men organisering av fysioterapi händer intern inom respektive organisation och politiskt beslutsfattande bestämmer budgeten och anger riktlinjer, men annars har den inte stor betydelse för själva organisering av verksamheten. Häri ligger ytterligare ett bra ämne för fortsatt forskning.

Det som behövs mera är svenskspråkig undersökning om fysioterapi i Finland. Det finns nog svenskspråkig undersökning om fysioterapi, men det kommer från Sverige och även om hälsovården liknar mycket varandra, tycker jag att det skulle vara viktigt att få veta om våra egna omständigheter på sitt modersmål. Tröskeln att börja läsa en undersökning är ju lägre, om man får göra det på sitt modersmål. Trenden för tillfället är att skriva undersökningar på engelska, men meningen med den här undersökningen har varit att betjäna finländsk hälsovårdspersonal.

I inledningens historia från det sanna livet fick mannen instruktioner från fysioterapin för egenvård, men varför använde han inte dem genast utan gick först till läkaren? Det finns några möjliga motiv: han kanske inte litade på fysioterapi lika mycket som på läkaren eller han var lat och ville få en snabb lindring som läkaren kan ge med medicin till en viss grad eller han var bara van vid att kontakta först

läkaren för att få vård. Oberoende av orsaken borde man sprida information om direktmottagning av fysioterapi mera. Tanken är ju att direktmottagning av fysioterapi lär människor att förstå att det finns en egen vårdstig för problem av stöd- och rörelseorgan. Att gå via läkaren endast fördröjer vården. Men först måste man förtjäna människornas förtroende för fysioterapi: att det finns egen självständig expertis i fysioterapi och denna är inte bara ett medel i läkarnas repertoar.

Jag är tacksam till mina intervjuobjekt för deras kontribution av tid och erfarenhet som de gav.

Referenser

- Aho, A.L., Aho, A.L., Hyvärinen, M., Nikander, P. & Ruusuvuori, J. 2017, *Tutkimushaastattelun käsikirja*, Vastapaino, Tampere.
- Allmark, P., Boote, J., Chambers, E., Clarke, A., McDonnell, A., Thompson, A. & Tod, A.M. 2009, Ethical issues in the use of in-depth interviews: literature review and discussion, *Research Ethics*, **5**(2), s. 48–54.
- Boal, Kimberly B. & Hooijberg, Robert *Strategic leadership research: Moving on*, The Leadership Quarterly, Volume 11, Issue 4, Winter 2000, s.515–549.
- Bos, J. 2020, *Research Ethics for Students in the Social Sciences*, 1. p., Springer International Publishing, Cham.
- Briggs, A.M., Chan, M. & Slater, H. 2016, Models of Care for musculoskeletal health: Moving towards meaningful implementation and evaluation across conditions and care settings, *Best practice & research.Clinical rheumatology; Best Pract Res Clin Rheumatol*, **30**(3), s. 359–374. DOI 10.1016/j.berh.2016.09.009.
- Clegg, S.R., Kornberger, M. & Pitsis, T. 2015, *Managing and organizations: An introduction to theory and practice*, Sage.
- Dagens medicin *Bra mottagning - kortade köer och förbättrade arbetsmiljön*. Saatavilla: <https://www.dagensmedicin.se/alla-nyheter/nyheter/bra-mottagning-kortade-koer-och-forbattrade-arbetsmiljon/>.
- Esaiasson, P., Gilljam, M., Oscarsson, H. & Wägnerud, L. 2017, *Metodpraktikan : konsten att studera samhälle, individ och marknad*, Wolters Kluwer, Stockholm.
- Finlex *Hälso- och sjukvårdslag*. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326>.
- Finnish National Board on Research Integrity 2019, *The Ethical Principles of Research with Human Participants and Ethical Review in the Human Sciences in Finland*.
- Goggin, M.L., Bowman, A.O., Lester, J.P. & O’Toole, L.J. 1990, Studying the dynamics of public policy implementation: A third-generation approach, *Implementation and the policy process: Opening up the black box*.
- Grol Richard and Wensing Michel 2013, Characteristics of successful innovations, *Improving Patient Care: The Implementation of Change in Health Care*, toim. R. Grol, M. Wensing & M. Eccles, John Wiley & Sons, Incorporated, Hoboken, s. 79–89.
- Grol Richard, Ouwens Mariëlle, Wollersheim Hub 2013, Planning and organizing the change process, *Improving Patient Care: The Implementation of Change in Health Care*, toim. R. Grol, M. Wensing & M. Eccles, John Wiley & Sons, Incorporated, Hoboken, s. 64–74.
- Grol Richard, Wensing Michel, Bosch Marije, Hulscher Marlies, Eccles Martin 2013, Theories on implementation of change in healthcare , *Improving Patient Care: The Implementation of Change in Health Care*, toim. R. Grol, M. Wensing & M. Eccles, John Wiley & Sons, Incorporated, Hoboken, s. 18–36.
- Grol, R., Bosch, M. & Wensing, M. 2013, Development and selection of strategies for improving patient care, *Improving Patient Care: The Implementation of Change in Health Care*, toim. R. Grol, M. Wensing & M. Eccles, John Wiley & Sons, Incorporated, Hoboken, s. 167–183.

- Grol, R. & Ouwens, M. 2013, Planning of change implementation, *Improving Patient Care: The Implementation of Change in Health Care*, toim. R. Grol, M. Wensing & M. Eccles, John Wiley & Sons, Incorporated, Hoboken, s. 291–302.
- Grol, R. & Wensing, M. 2013, Effective implementation of change in healthcare: a systematic approach, *Improving Patient Care: The Implementation of Change in Health Care*, toim. R. Grol, M. Wensing & M. Eccles, John Wiley & Sons, Incorporated, Hoboken, s. 40–60.
- Gustafsson, S. & Marniemi, J. 2012, *Julkisen johtamisen työkirja : kuinka kasvaa menestyväksi organisaatioksi*, Tietosanoma, Helsinki.
- Hammersley, M. 2020, On Epistemic Integrity in Social Research, *Handbook of Research Ethics and Scientific Integrity*, , s. 381–401.
- Healey, K. 2012, The Challenge of Media Research Ethics, *The International Encyclopedia of Media Studies*, , s. 65–86.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000, Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki, Finland: Yliopistopaino, .
- Hujala A, Taskinen, H., Oksman, E., Kuronen, R., Karttunen, A. & Lammintakanen, J.: Sote-ammattilaisten monialainen yhteistyö : Paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat etusijalle., 2019.
- Hulscher Marlies, Laurant Miranda, Grol Richard 2013, Process evaluation of implementation strategies , teoksessa *Improving Patient Care: The Implementation of Change in Health Care*, toim. R. Grol, M. Wensing & M. Eccles, John Wiley & Sons, Incorporated, Hoboken, s. 333–348.
- Hurskainen, Pelttari, Roine & työryhmä, HYKS-erva suoravastaanottotoiminnan yhtenäistäminen 17.7.2020/15.10.2020/25.3.2021
- Innokylä *Hyvä vastaanotto*. Saatavilla: <https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/hyva-vastaanotto>.
- Iphofen, R. 2020, Key Topics in Research Ethics: Introduction, *Handbook of Research Ethics and Scientific Integrity*, s. 203–212.
- Kangas, H. 2017, *Trust and social division of labour between experts in public healthcare. A phenomenographic case study of physiotherapists' and general practitioners' views of trust and the division of labour in two municipal organizations*.
- Karvonen, E. 2020, Physiotherapy for Low Back Pain Clients in Direct Access Practice: Competences and Implementations, *JYU dissertations*.
- Kommunförbundet a, *Organisering av social- och hälsovården*. Saatavilla: <https://www.kommunforbundet.fi/organiseringen-av-social-och-halsovarden-2020-0> (Haettu 17.4.2020).
- Kommunförbundet b, *Specialiserad sjukvård*. Saatavilla: <https://www.kommunforbundet.fi/social-och-halsovard/halso-och-sjukvard/specialiserad-sjukvard>.
- Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. 2012, Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. 2007, Ethical issues of interviewing, *Doing interviews*, , s. 24–33.
- Leemrijse, C.J., Swinkels, I.C.S. & Veenhof, C. 2008, Direct Access to Physical Therapy in the Netherlands: Results From the First Year in Community-Based Physical Therapy, *Physical Therapy*, **88**(8), s. 936–946. DOI 10.2522/ptj.20070308.

- Moran, J.W. & Brightman, B.K. 2000, Leading organizational change, *Journal of workplace learning*, .
- Potter, A. 2018, Managing productive academia/industry relations: the interview as research method, *Media Practice and Education*, **19**(2), s. 159–172.
- Romzek, B.S. 2014, Accountable public services, *The Oxford Handbook of public accountability*, , s. 307–323.
- Salminen, A. 2004, *Julkisen toiminnan johtaminen : hallintotieteen perusteet*, Edita, Helsinki.
- SHM a, *Hälsotjänster*. Saatavilla: <https://stm.fi/sv/halsotjanster>.
- SHM b, *Hälsovårdscentraler*. Saatavilla: <https://stm.fi/sv/halsovardscentraler>.
- SHM c, *Medicinsk rehabilitering*. Saatavilla: <https://stm.fi/sv/medicinsk-rehabilitering>.
- SHM d, *Organisation och ansvar inom social- och hälsovårdssystemet*. Saatavilla: <https://stm.fi/sv/social-och-halsotjanster/organisation-och-ansvar-inom-social-och-halsovardssystemet>.
- Soteuudistus *Utkast till lagförslag 15.6.2020*. Saatavilla: <https://soteuudistus.fi/sv/utkast-till-lagforslag-15.6.2020>.
- Statsrådet *Strukturreformen av social- och hälsotjänsterna*. Saatavilla: <https://valtioneuvosto.fi/sv/marin/regeringen/regeringsprogrammet/strukturreformen-av-social-och-halsotjansterna>.
- Suhonen, M. 2007a, *Osallistujaohjaus ristipaineiden keskellä : tapaustutkimus Kainuun maakuntakokeilun sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeen suunnitteluvaiheesta vuosina 2003–2004*, Oulun yliopiston kirjasto.
- Suhonen, M. 2007b, *Osallistujaohjaus ristipaineiden keskellä : tapaustutkimus Kainuun maakuntakokeilun sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeen suunnitteluvaiheesta vuosina 2003–2004*, Oulun yliopiston kirjasto.
- Suomen Fysioterapeutit *Fysioterapeuttien suoravastaanotto*. Saatavilla: <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/fysioterapia/ammatin-kehittaminen/fysioterapeuttien-suoravastaanotto/>.
- Suomen Fysioterapeutit – Finlands Fysioterapeuter ry Suomen Fysiatryhdistys – Societas Medicinae Physicalis et Rehabilitationes Fenniae ry *Suoravastaanottosuositus*. Saatavilla: <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/wp-content/uploads/2018/02/Suoravastaanottosuositus2017.pdf>.
- Valtioneuvosto *Regeringsprogrammet: ett rättvist, jämlikt och inkluderande Finland*. Saatavilla: <https://valtioneuvosto.fi/sv/rinne/regeringen/regeringsprogrammet/ett-rattvist-jamlikt-och-inkluderande-finland>.
- Van der Weijden Trudy, Wensing Michel, Eccles Martin, Grol Richard 2013, Feedback and reminders, teoksessa *Improving Patient Care: The Implementation of Change in Health Care*, toim. R. Grol, M. Wensing & M. Eccles, John Wiley & Sons, Incorporated, Hoboken, s. 210–221.
- Vedung, E. 2016, *Implementering i politik och förvaltning*.
- Wensing Michel, Laurant Miranda, Ouwens Mariëlle, Wollersheim Hub 2013, Organisational implementation strategies for change , teoksessa *Improving Patient Care: The Implementation of Change in Health Care*, toim. R. Grol, M. Wensing & M. Eccles, John Wiley & Sons, Incorporated, Hoboken, s. 240–250

Bilaga 1

Intervjufrågorna

För att kunna analysera intervjuer enligt de Woots-modell, har jag kategoriserat frågorna under de här olika faserna från tabellen:

1. Förändringstryck

- När och varför har enheten bestämt sig för att börja med direktmottagning av fysioterapi?

2. Gemensam vision

- Målet av implementering?

3. Förändringskapacitet

- Finns det specifika verktyg för att assistera förändringsprocess?
- Finns det specifika planer för att informera målgruppen om förändringsförslag?
- Hurdana indikatorer och mätningssätt har man valt?
- Har man gjort en systematisk analys om de faktorer som påverkar implementeringen positivt eller negativt?

4. Framgång i enskilt projekt

- Organisering av planen
- Implementering av planen
- Utvärdering av utfallet

5. Utfallet av reformen

Bilaga 2

Haastattelukysymykset

1. Muutospaine

- Milloin ja miksi yksikkö päätti aloittaa fysioterapian suoravastaanoton?

2. Yhteinen visio

- Toimeenpanon tavoite?
 - Mitä ollaan toimeenpanemassa?
 - Miten kuvailette kohderyhmän?
 - Miten kohderyhmä on ollut mukana muutoksen tavoitteen laatimisessa?
 - Miten asiakkaat ovat osallistuneet suunnitteluun?
 - Miten on luotu yhteinen kuva ammattilaisten kesken tavoitteista?

3. Muutoskapasiteetti

- Millaisia erityisiä välineitä (koulutus, ryhmätyö, kokoukset) löytyy muutosprosessin avustamiseksi?
 - Välineet ammattilaisille: yhteenvetoja, päätöksentekokaavioita, päätöksenteon tukijärjestelmiä?
 - Välineet asiakkaille: esitteitä, nettiaplikaatioita?
 - Välineet organisaatioille: hoitopolku, käytännöt, yhteistyön mallit?
- Miten kohderyhmälle (fysioterapiavastaanoton henkilökunta ja asiakkaat) tiedotettiin muutosehdotuksesta?
 - Löytyykö selkeää kuvausta kohderyhmästä?
 - Millaisia erilaisia lähestymistapoja on suunniteltu eri kohderyhmille?
 - Kuka vastaa viestinnästä ja tiedottamisesta? Onko tämä linkattu tk:n yleiseen viestintään?
 - Minkä kanavien kautta tietoa aiotaan levittää: kirjallisesti, suullisesti?
 - Löytyykö yksityiskohtaista kuvausta siitä, kuka on vastuussa tiedon levittämisestä?
- Millaisia indikaattoreita ja mittaustapoja on valittu?
 - Millä perusteella tavoitteet on määritelty ja kuka ne on määritellyt?
 - Mitä mittaustuloksia on käytetty muutoksen tavoitteiden määrittelyyn?
- Onko tehty järjestelmällinen analyysi niistä tekijöistä, jotka vaikuttavat toimeenpanoon positiivisesti tai negatiivisesti?
 - Muutostahto organisaatiossa?

- Onko kartoitettu kaikki osallistujat toimeenpanoprosessissa: ketkä ovat tärkeitä, kenellä on mikäkin rooli?
- Onko kartoitettu ne tekijät, jotka voivat estää tai edistää muutosta sen eri vaiheissa? (ammattilaisia, asiakkaita, hoitoprosessin ryhmiä, henkilökunnan organisatoriset kontekstit, resurssit, kulttuuri, johtajat)
- Miten johtajan ammatillinen tausta vaikuttaa prosessin sujuvuuteen?
- Onko toimeenpanosuunnitelman osatekijät priorisoitu eli laitettu tärkeysjärjestykseen: mitä tulee tehdä ensin ennen kuin voi edetä seuraavaan vaiheeseen?

4. Toteuttamiskelpoinen hanke

- Suunnitelman organisointi
 - Löytyykö projektitiimiä sopivalla johtajalla ja riittävällä osaamisella?
 - Onko päätetty budjetista ja muista keinoista / henkilökunnasta projektia varten?
 - Löytyykö johdon tukea myös pitkässä juoksussa?
 - Onko kohderyhmä ollut tarpeeksi mukana prosessin kaikissa tärkeissä vaiheissa?
 - Löytyykö konkreettista, selkeästi kuvattua suunnitelmaa joka askeleelle toimeenpanon eri vaiheissa?
- Suunnitelman toimeenpano
 - Kuinka tehtävät on allokoitu: kuka tekee mitä?
 - Miten asiakkaat ovat osallistuneet suoravastaanoton käyttöönottoon?
 - Mitä mittauksia on suunniteltu ylläpitämään muutosta tai sisällytetty muutokseen?
- Lopputuloksen arviointi
 - Onko päätetty menetelmistä palautetietojen keräämiseksi ja analysoimiseksi (henkilökunnalta, prosessiin osallistuneilta ammattilaisilta, asiakkailta, kansalaisilta)?
 - Onko suunniteltu milloin ja mitä arviointeja tullaan ajan mittaan tekemään?
 - Käytetäänkö asiakaspalautetta lopputuloksen arvioinnissa?
 - Miten uusi tapa toimia on parantanut asiakkaan palvelua ja hoitotuloksia?
 - Mitä eri tapoja on selvittää tätä asiaa?
 - Oletteko saaneet / keränneet palautetta asiasta asiakkailta?
 - Jos olette jo saaneet palautetta asiakkailta, miten olette käsitelleet ja hyödyntäneet sen?
 - Miten asiakaspalautte on muuttanut palvelua tai toimintaprosessia?
 - Onko fysioterapeuttien työtyytyväisyyttä/ työssä jaksamista mitattu?

5. Uudistuksen lopputulos

- Onko prosessin aikana ollut takapakkeja, joiden kohdalla on pitänyt miettiä jonkin vaiheen toteutus uudelleen ja eri tavalla? Mitä ja miten?