

## EP33 - Näravårdpodden träffar Kajsa Westling

PRESENTATÖR: En podcast från Sveriges Kommuner och Regioner.

KAJSA: ...det är på något sätt organisationens regler och avgränsningar som är den organiserande principen snarare än användarnas behov och resurser. Så det finns en stor kraft att fria både hos användarnas egna resurser men även hos medarbetarna...

KAJSA: ...och dels försöka förstå system och problem men också att måla upp en önskad framtid, det handlar på något sätt om att skapa bilder om vart vi är på väg och skapa engagemang och motivation till att gå mot den här bilden....

LISBETH: Välkommen till Näravårdpodden, Kajsa Westling

KAJSA: Tack så jättemycket, Lisbeth!

LISBETH: Jätteroligt att du är här! Berätta, vem är du?

KAJSA: Ja jag är en statsvetare och sociolog som har jobbat länge med hälso-och sjukvårdsfrågor som jag egentligen trillade in på av lite av en slump. Jag började jobba i region Stockholm för länge sen och sedan har jag fortsatt jobba med hälso- och sjukvårds och systemfrågor länge både på Regeringskansliet och Läkarförbundet och på Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Jag är intresserad av hälso- och sjukvården som ett system, ett samhällsfenomen, speciellt kring patienterna och brukarnas och invånarnas roll i hälso- och sjukvården och hur den förändras. Just nu jobbar jag på något som heter Experiolab där vi jobbar med tjänstedesign som är en metod för att skapa en mer användarcentrerad utveckling av hälso- och sjukvården.

LISBETH: Ja och det är där du kommer i kontakt mycket med Nära vårdomställning och vi ska komma till det. Om man tänker lite mer vem är Kajsa, inte i sin professionella roll, vem är du då?

KAJSA: Ja det är en sån svår fråga [skratt]. Jag bor i Stockholm i en liten lägenhet tillsammans med min kille, en lägenhet som har känts så mycket mindre nu under det här året eftersom vi har jobbat hemma så mycket. Jag har bott en del utomlands, jag läste en utbildning i Cambridge i England och har bott en del på Cypern och bott i England några omgångar. Jag gillar att resa väldigt mycket, nu har man inte gjort det på ett år men det har gått ganska bra att resa i Sverige. Jag tycker att det har varit en intressant omställning att man inte behöver ge sig ut i världen hela tiden. Annars läser jag mycket, jag tycker om att träffa vänner och laga mat, dricker mycket vin över en god middag och sånt, det har det ju också blivit lite mindre av det här året.

LISBETH: Du sa tidigare till mig att du gillar att elda [skratt] vad gör man då, när man eldar?

KAJSA: Ja [skratt] när jag var liten så var jag scout länge, nej men det är någonting, jag får nästan lite pyromantendenser, jag kan inte sluta att lägga på nya vedträn och hålla koll på elden, det är något väldigt avslappnande. Jag undrar om det kan vara någon basic instinkt som vi har som människa. Att gå tillbaka till det där gamla, att sitta runt en eld. Det är väldigt förtrollande.

LISBETH: Ja det håller jag med om, eld och vatten är ju sånt där som får en att slappna av och slukas upp av något annat. Du var inne på att du har ju jobbat på myndigheten för vård och omsorgsanalys och jag tror att du är ganska känd från din tid där. För mig var du medverkande i två väldigt viktiga rapporter som jag tycker är kopplad till Nära vård. Den ena handlar om ledarskap och den andra handlar om personcentrering. Har du möjlighet att berätta någonting om de rapporterna?

KAJSA: Absolut, det här arbetet kring ledarskap det var ett regeringsuppdrag, att försöka titta på hur ledarskapet i hälso- och sjukvård egentligen kan utvecklas, som var en fråga från regeringen till myndigheterna för vård och omsorgsanalys. Då gjorde vi väldigt mycket intervjuer med chefer runt om i hälso- och sjukvården på olika nivåer. Vi fokuserade ganska mycket på hur ledarskapet kan bidra till förstärkt utvecklingskraft i hälso- och sjukvården. Där kunde man se att många chefer på lite lägre nivå sitter fast väldigt mycket

i en väldigt stor belastning kring administrativt arbete, rapportering och så där. Man får väldigt mycket styrsignaler uppifrån som man knappt mäktar med som chef och inte har tillräckligt mycket mandat själv. Det var några chefer som sa att min roll är att veckla ut paraplyet från allting som kommer uppifrån och skydda mina medarbetare så att dom inte ska behöva känna till och ta hand om all den här mång-styrigheten som kommer uppifrån. Men sen kunde vi också se att ledarskapet i hälso- och sjukvården är väldigt komplex, det finns många olika logiker, den professionella logiken från medarbetarna, så har vi förvaltningslogiken och saker som rättssäkerhet och att se till att man följer budget och ekonomi. Och också den politiska logiken som handlar om att bli omvald vart fjärde år. Så att det som dom duktiga cheferna i hälso- och sjukvården kunde se, de kunde navigera i de här tre olika världarna och få med sig både medarbetare och chefer och förvaltningsnivå. Så det är ett väldigt komplext uppdrag men vi kunde ju se att man har ganska litet tid och ganska lite kunskap om att bedriva utvecklingsarbete. Så vill vi förstärka utvecklingskapaciteten så behöver cheferna både tid och kunskap. Men även det stödet man har från organisationen kring utvecklingsarbete behöver förstärkas betydligt.

LISBETH: Intressant, vi har precis haft vår forskningsfrukost som vi har första fredagen i varje månad. Då har vi haft Anders Annell här och vi pratade om ledning och styrning och han säger just det som ni också sa i den rapporten. Just det här att ha fokusen på utvecklingskraften och kanske inte så mycket bara på förvaltandet. Att kunna släppa loss utvecklingskraft i en organisation, hur gör man det som ledare? Att släppa loss den och våga ha den fokusen.

KAJSA: Ja och sen också att man... vi tittade på annonser för nya chefer på verksamhetschefsnivå för hälsa- och sjukvården. Det är ju en superperson, det är som en Superman. Man ska både kunna lösa konflikter och hålla budgeten och vara en inspiration. Det är väldigt höga krav och många olika roller som man ska kunna täcka in samtidigt. Samtidigt som vi tyckte att vi kunde se att det finns för lite stöd för många chefer, man har stödstrukturer som sitter väldigt långt bort från chefen. Där kunde man se att de cheferna som hade en administratör nära en, som inte centraliserades bort i landstinget, tyckte att det fungerade bättre. Så jag tror att det är en tuff situation bland många chefer

som har väldigt höga krav på sig och som vill jobba med utveckling men som fastnar i andra typer av frågor.

LISBETH: Verkligen. Den här andra rapporten, hänger den ihop egentligen?  
Personcentreringen och ledarskapet?

KAJSA: Ja det tycker jag att den gjorde för den var en rapport som vi tog eget initiativ till på myndigheten och den baserades på en forskningsantologi som vi också hade varit med och finansierat och tagit initiativet till. European Health Observatory, som är en tankesmedja, hade tagit fram den och då hade man bätt forskare runt om i världen som jobbar med personcentrering att skriva olika kapitel i den här antologin. Vad är egentligen personcentrering och vad finns det för forskningsevidens på hur det kan uppnås. Så då tog vi den rapporten som är en ganska lång forskningsrapport på engelska och gjorde om den till en svensk lite kortare version. Där vi också jobbade mycket med att försöka ge ganska konkreta stöd till hur man kan se på personcentrering och hur man kan jobba med att uppnå ett mer personcentrerat system. Det som var intressant som vi la ganska mycket vikt på i den där rapporten var att forskning visar att det man vet om man ska uppnå personcentrering handlar väldigt mycket om mötet mellan patienter och de professionella. Att jobba med delat beslutsfattande och hur man jobbar med bemötande och så. Så där vet man en del av vad som fungerar. Men det strukturella, alltså vilka förutsättningar som krävs i systemet när det gäller saker som ledarskap och organisation, ersättning och uppföljning, hur dom behöver utvecklas för att skapa möjligheter för personcentrering vet man väldigt lite om. Det tyckte vi också att vi kunde se, vi gjorde ett antal studiebesök runt om i landet, till regioner som hade kommit ganska långt och som hade en uttalad ambition och resurssatta projekt kring att skapa ett mer personcentrerat arbetssätt. Där kunde vi också se att man hade skapat projekt som handlade om att verksamheterna skulle utveckla ett personcentrerat arbetssätt tillsammans med verksamhetsutvecklare. Det är såklart en jätteviktig del. Men sen när vi försökte undersöka hur ledningsgrupperna på högre nivå själva funderade så frågade vi att har ni börjat jobba på andra sätt, har ni andra underlag för ett beslutsfattande, inkluderar ni andra personer kanske i era möten och så. Och tydliga svar, där tyckte vi at vi kunde se att personcentrering ses som

något som ska hända ute i verksamheterna men på förvaltningsnivå. Och på ledningsnivån så tyckte vi inte att vi kunde se så mycket förändring. Det här var ingen strukturerad studie men där beskrev vi ganska mycket om det var vikten av att ha ett personcentrerat förhållningssätt i hela systemet, även de som leder och styr och olika typer av stödstrukturer. Personligen så tror jag att det är en väldigt viktig del för att vi ska kunna skapa det här med användardrivna och skapa en Nära vård, vi måste liksom ställa om hela systemet till att ha ett tydligare användarfokus.

LISBETH:

Precis, att verkligen tänka att det är hela systemet och det är hela systemet samtidigt också, man tänker att man börjar antingen uppifrån eller så börjar man nerifrån. Jag tänker att man måste jobba i de här olika delarna och inte vänta på att en ska bli klar först. Det är inte uppifrån för att det sen ska singla ner men inte heller att vi bara kan tänka att det händer i vårdmötet utan det måste också hända på ledningsnivåer. Men tycker du att det du lärde dig ifrån vård och omsorgsanalys och de här rapporterna, kan du bära med dig in någonting kring det när du nu jobbar på Experiolab. Är de det som har lockat dig eller?

KAJSA:

Man kan ju prata om att värdet i hälso- och sjukvården uppstår i mötet där patienten möter professionerna. Det är ju viktigt, det är ju inte styrsystemen eller organisationsrutorna som skapar något värde utan det är ju mötet där patienten får det stödet den behöver. Men samtidigt så kan jag tycka att vi i utvecklingsarbetet lägger för lite fokus på de här strukturerna runt omkring. Vi brukar ge en bild av att det finns saker som händer på scenen och så finns det saker som händer bakom scenen. På scenen är ju det här mötet där professionen möter patienterna som är en publik som möter skådespelarna på scenen. Men allt det som har hänt bakom scenen är ju jätte viktigt som avgör hur det där mötet kan bli, hur man organiserar sig, vad man har för utbildning, hur ersätter man det, vad är det man följer upp. Det gör att vi kanske fokuserat lite för lite på det som sker bakom scenen. Det tror jag mycket av den här frustrationen som medarbetare i hela den offentliga sektorn vittnar om, att de styrs av det som händer bakom scenen och inte riktigt får det utrymme att använda sin kompetens och sin empati och sin egen kraft för

att hjälpa patienter. Det såg vi också på den där ledarskapsrapporten att på ett sätt kan det vara lätt att leda i hälsa och sjukvården, varför vi gör det, varför vi jobbar i hälso- och sjukvården är given, människor drivs väldigt starkt av att kunna hjälpa andra människor. Vi hade med en IT-chef i arbetet som var med på workshops och hon sa till de där cheferna i hälsa och sjukvården att tänk att ni har det naturligt, vi måste liksom hitta på en drivkraft till våra IT-medarbetare för de vill också göra någonting bra för samhället men det är helt givet i hälso- och sjukvården. Så det här engagemanget att få hjälpa och stödja människor är en jättestark drivkraft som systemet kanske tyvärr begränsar möjligheten att få utöva det som professionell.

LISBETH: Ja precis, vi använder ju inte den kraften. För det tycker jag när man börjar prata om varför man ska ställa om vården nu och kommer in till de här sakerna som att göra gott, att bidra till samhällsutveckling då känner man att medarbetarna går igång. Det har vi på något sätt glömt bort att prata om.

KAJSA: Ja, när man hör alla de här berättelserna från personer som jobbar i offentlig sektor så är det nästan lite sorgligt. Vi har – inte med några onda avsikter – skapat ett system som i viss utsträckning begränsar vår förmåga att skapa relationer och hjälpa till för att vi sitter fast i väldigt fyrkantiga system och där det är organisations regler och avgränsningar som är den organiserande principen istället för användarnas behov och resurser. Så det finns en stor kraft att fria både hos användarnas egna resurser men även hos medarbetarna.

LISBETH: Ja det för ju oss in på Experiolab. För alla de som inte vet vad Experiolab är och vad ni sysslar med, berätta!

KAJSA: Ja Experiolab är ett nätverk kan man säga med nu elva regioner som i lite olika utsträckning använder tjänstedesign som ett förhållningssätt och metod för att kunna bidra till en mer användarcentrerad hälso- och sjukvård. Då har de elva regionerna samarbetat och vi från Experiolab som är baserat i region Värmland jobbar med att skapa en arena där de olika personerna som finns i de här regionerna kan byta erfarenheter och kunskaper och modeller och jobba tillsammans. Så det är ett nätverk av personer som tror på att

tjänstedesign kan vara en pusselbit och en metod som vi bör utveckla mer i hälso- och sjukvården för att skapa en mer användarcentrerad vård.

LISBETH: Vad är tjänstedesign om du ska beskriva, vad är komponenterna, vad är det som är viktigt i det?

KAJSA: Ja en del kanske tycker att det låter konstigt att man ska använda design i vården, man tänker att design är något som man ska använda för att ta fram möbler eller stolar och sådär. Men design har ju även utvecklats för att ta fram tjänster och inte bara produkter. Då handlar det väldigt mycket om att förstå användarens behov och erfarenheter och beteenden. Om den här tjänsten handlar om hur man bör strukturera arbetet eller designen på en akutmottagning så måste man ändå förstå vad människor har för förväntningar när de kommer till akuten, vad har man för målsättningar, hur beter man sig inne på akuten. Då erbjuder tjänstedesign väldigt bra metoder för att kunna delvis förstå de här erfarenheterna men också för att kunna ta fram, man jobbar ofta väldigt iterativt, man har en frågeställning och undersöker den. Man använder den både från användarens perspektiv men även från personalens perspektiv. Sedan när man har förstått det och hittat en fråga och ett problem att ringa in så kan man börja testa. Vi har en förmåga i offentlig sektor att tillsätta en utredning som sitter i ett rum avskilt och tänker ut någonting, även om man såklart samlar in data i intervjuer. Det är oftast ett ganska begränsat sätt att arbeta. Design handlar snarare om att ta in många olika perspektiv och inkludera många olika aktörer och gemensamt testa nya versioner i liten skala. För att se vad som fungerar och inte och hela tiden har med dom som ska använda och utföra tjänsten i den här testningen. Och sen iterera, hitta det som inte funkar och prova en ny version. Sen i tjänstedesign-metodiken så finns det också ett fokus på det som händer både i partikulära men även på systemen. Man hittar ofta att det som inte funkar kanske har att göra med inte bara den här mottagningen utan saker som händer kanske på andra mottagningar eller andra delar av systemet. Så det finns ett systemperspektiv också, en förmåga att kunna involvera många olika aktörer i arbetet vilket jag tror är väldigt viktigt för hälso- och sjukvårdens och välfärdens utveckling. Så därför tycker jag det är intressant att jobba med design för man kan samla olika aktörer i samma rum. Delvis försöka förstå

system och problem men också att måla upp en önskad framtid, det handlar om att skapa bilder av vart vi är på väg, skapa engagemang och motivation till att gå mot de här bilderna.

LISBETH: När du har varit med om såna sammanhang när man använt design då, kan du säga någonting, vad händer i rummet, vad händer med människorna?

KAJSA: Delvis så är det väl så att det kan vara lite svårt att förklara designs kapacitet och kraft om man som du säger inte varit med i rummet. Jag gjorde en genomlysning av Experiolabs arbete, jag började på Experiolab med att skriva en rapport om vad som hade hänt de här första sex åren och vad det hade lett till. Där kan man se att det man har bidragit till väldigt mycket är att när medarbetare från hälso- och sjukvården och andra delar av välfärden får vara med i de här processerna där man lite sätter sig i patienternas skor och försöker förstå hur vården fungerar i deras perspektiv. Då byts ofta deras perspektiv, inte alltid men ibland. Det är en lärdom som en del säger gör att de inte kan jobba likadant efter att de varit med i en sån här process för att de får sätta på sig andra typer av glasögon. Så det finns en väldig kraft i det, att försöka förstå och undersöka saker ur ett annat perspektiv. Design ska ju helst inte vara så att det kommer en konsultbyrå som gör någonting utan helst ska ju de som finns i verksamheten själv vara med i den processen så de är med i det här utforskande arbetet av att se saker på andra sätt.

LISBETH: För på det sättet handlar det ju både om vad man får för resultat kring den målgruppen eller den frågan men det handlar ju också om att bygga hållbar förändring genom att man får på sig de där glasögonen. Som man kanske inte bara tar av sig när man går därifrån till nästa workshop. Utan man inser att man har kanske inte haft det perspektivet med sig som man trodde att man ofta hade. Många säger ju att vid till exempel personcentrering brukar det stora motståndet vara att vi tänker själva att vi redan gör det här så varför ska jag lära mig det här?

KAJSA: Där ser vi att utmaningen är i våra labbmiljöer i Experiolab, det kunde vi se i den genomlysningen som jag gjorde där när jag gjorde väldigt mycket intervjuer. Det blir fortfarande väldigt mycket öar av verksamheter och



personer som kanske kan ha upplevt och tagit på sig de här nya glasögonen. Men det är svårt att få mer strukturella förändringar, för oftast är chefer kanske inte med i arbetet på samma sätt. Vi har inte den kulturen i hela organisationen eller vi har inte riktigt de stödstrukturerna. Därför blir vi intresserade av att inte bara jobba med tjänstedesign i enstaka verksamhetsprojekt även om det är superviktigt också, saker som design om ett akut-rum eller strokeprocess eller rehabprocess eller sånt som man jobbar med nu. Det är ett arbete som också måste göras. Men vi tror att man också måste börja labba med och se hur det blir om man tar på sig de glasögonen när vi jobbar med våra strukturer och system, det som händer bakom scenen.

LISBETH: Det tycker jag är så roligt därför att jag tror att det här är en otroligt viktig kunskap att ha när vi ska göra den här omställningen till Nära vård, eller jag är helt säker på det. Vi har ju därför ett samarbete med er på Experiolab från SKR, i någonting som vi kallar Hälsolabb. Kan du berätta lite om vilka aktörer som är med och just vad vi tänker där?

KAJSA: Hälsolabb är ju ett samarbete mellan Experiolab och Centrum för tjänsteforskning vid Karlstad universitet och Linköpings universitet och designfakulteten där, och SKR. Det handlar ju om att vi tycker att vi kan se att om vi ska uppnå en Nära vård som ju handlar väldigt mycket om personcentrering, att utgå från patienternas behov och resurser men också ganska mycket om det här relationella. Mycket av det som gör att människor kan ta sig vidare i livet och känna sig friska handlar ju om de relationer som patienterna kan ha till vårdpersonalen. Sen krävs det såklart den medicinska delen också men det är på något sätt som att vårt system som blivit så byråkratiskt och effektivt har tappat bort det här med att det är det relationella som ofta är väldigt kraftfullt. Om vi ska uppnå en mer personcentrerad och relationell vård men också en vård där kommuner och regioner samarbetar så tror inte vi att dom utvecklingsverktyg som vi har använt hittills i hälso- och sjukvården och omsorgen riktigt kommer räcka till. Dom kan ju vara bra vid vissa saker, att jobba med ständigt förbättringsarbete till exempel, det är ju jätteviktigt. Men vi tror att det krävs mer transformativa förändringar, att jobba och tänka på helt nya sätt för att uppnå Nära vård. Då tror vi att man också måste våga utforska och prova nya metoder. Så

Hälsolabb är ju till för att vi tillsammans med regioner och kommuner ska utforska vad de här nya metoderna är, vad är de här nya arbetssätten, där vi inte alls sitter på alla lösningar men kanske har en viss kompetens. Vi ser ju också att vissa utmaningar kommer vi inte tillrätta med, till exempel hur vi tar hand om multisjuka äldre eller den ökade psykiska ohälsan bland unga. Vi försöker om och om igen driva samverkansprojekt med kommuner och regioner kring brukare som har stora behov. Men misslyckas tyvärr ganska ofta. Vi tror att det har att göra med att egentligen är de här problemen någonting som man kan kalla komplexa problem, men vi behandlar dem som att de vore enkla problem, vi angriper dem med verktyglådan som vi gör kring någonting som är mer tydligt, där man kan hitta en orsak som man kan utreda och sätta in åtgärder. Men de här komplexa problemen är mer svårförståeliga och man kan se de på olika sätt, från olika perspektiv och de kan förändras och så. Vi tror att vi i den offentliga sektorn har lite dålig verktyglåda för att förstå och jobba med de här komplexa problemen. Så det är en stor del av det vi vill utveckla tillsammans med kommuner och regioner, hur kan vi närma oss den här komplexiteten.

LISBETH: Vi har ju börjat tillsammans med tre län, tre piloter, Värmland, Örebro och Västernorrland. Kan du berätta litegrann om det?

KAJSA: Absolut! Det här är ju ett arbete som måste göras på plats tillsammans med kommuner och regioner såklart. Vårt arbete handlar ju väldigt mycket om att stärka deras kapacitet och kunskap. Det är ju det viktiga. Så då har vi hittat tre regioner som tillsammans med kommunerna i länet är intresserade av den här typen av arbete. Det är en ganska stor utmaning det här, tanken var att regionerna skulle gå ihop med ett antal kommuner och liksom gå med i det här Hälsolabbet men det har visat sig vara ganska svårt att få till, kanske delvis har det att göra med pandemin. I början i Värmland så krävdes det att man... vi trodde att vi skulle kunna komma med vår uttänkta designprocess där vi skulle jobba med en identifierad utmaning och så skulle vi samla aktörerna och utmaning att jobba i en systemdesignprocess i olika workshops. Det gjorde det ju svårt med pandemin men vi såg också att det pågår så himla mycket redan nu som handlar om Nära vård eller relaterade saker så vi fick börja med att inventera vad som redan pågår och var vi kan komma in och

stödja med de här perspektiven. Det tog ganska lång tid, det är väl en lärdom att den här typen av utvecklingsarbete går inte särskilt fort. Men där har vi i Värmland till exempel jobbat med deras målbildsarbete med Nära vård, att se till att det kommer många fler perspektiv där. Men sen också med deras handlingsplan kring psykisk ohälsa, hur vi kan se till att brukarperspektivet finns med. Medan då i Örebro till exempel, där har man fokuserat på psykisk hälsa och då fått till ett arbete där kommuner och regioner gemensamt gör en satsning kring psykisk hälsa och anställt två tjänstedesigners och en följeforskare eller en forskare som ska vara med i arbetet för att stärka upp metod-delen kring användarcentrering och jobba med användarcentrerade modeller. Sedan har vi också samarbetat med den statliga samsjuklighetsutredningen.

LISBETH: Jag tänkte om du skulle berätta litegrann om det, för vi har nämnt det lite när Anders Prins var med i podden. Du är ju en av dom som varit med i de här workshopen med närstående och personer med egen erfarenhet så berätta gärna!

KAJSA: Vi har ju haft en tanke med det här arbetet i Hälsolabb att vi tycker att när vi tar fram policy i Sverige, alltså saker som regler och lagstiftningar och riktlinjer och satsningar och uppföljningar och sådär, vi har en ganska bred definition av policy. Man gör det ofta för avgränsat, det kanske är så att Regeringskansliet kör ut en ny satsning med en massa pengar som går ut i kommuner och regioner som kanske inte alls följer den utvecklingsagendan som finns lokalt och regionalt. Eller att regionerna från ledningsnivå tar fram nya riktlinjer eller nya program som sen inte rimmar särskilt väl med hur det fungerar i verksamheterna. Eller att verksamheterna själva designar en vårdprocess som inte alls passar patienternas behov. Så vi tror att om man ska ta fram policys som ska fungera i de här komplexa systemen så måste man i större utsträckning utgå från användarnas behov och resurser och önskemål. Men man måste också kunna inkludera både nationell, regional och kommunal nivå i en sån här policyframtagning. Så det har väl varit en utmaning som vi har velat utforska, hur gör man det egentligen, hur kan man sätta alla de här perspektiven i samma rum för att försöka ta fram policys som är faktiskt genomförbart och som fungerar. Så då har vi samarbetat med

den statliga samsjuklighetsutredningen som leds av Anders Prins och deras uppdrag är att från regeringen titta på hur vården för personer som både har missbruk och psykisk ohälsa kan bli mer personcentrerad och hänga ihop bättre. Det är en jätteutsatt grupp som tyvärr ofta faller mellan stolarna idag. Då har vi haft ett trestegssamarbete med dom där vi också är jättegglada att dom vågat ge sig på att samarbeta med oss, testa ganska nya metoder. Det sättet som vi har jobbat ihop med samsjuklighetsutredningen på tror jag faktiskt inte att någon statlig utredning har gjort tidigare. Det var ett önskemål från utredningens sida, att göra workshops och intervjuer med personer med egen samsjuklighet och deras anhöriga. För att skapa sig en bild av, vad är det som de skulle önska att vården leder till, vad är deras målbild med hur hälso- och sjukvården utvecklas. Så då gjorde vi workshopsintervjuer med ett 40-tal personer med egen erfarenhet av samsjuklighet och utifrån det tog vi fram tio målbilder som vi sen jobbade vidare med i workshops med anhöriga och egen erfarna för att validera att det här inte bara var våra idéer utan det här var det som dom såg. Så de här målbilderna har delvis använts i de här piloterna, vi har sett att det har varit väldigt värdefullt att jobba ordentligt och strukturerat med att ta fram målbilder som vi känner håller. Så de har delvis kunnat användas i piloterna för att se till att man hela tiden har brukarnas berättelser och fokus med sig i arbetet. I Värmland så har man till exempel validerat den här handlingsplanen kring psykisk hälsa, kommer de här insatserna, som handlingsplanen ska leda till, de här målbilderna. Sen har vi också gjort en stor workshop i januari, där vi ville utforska tillsammans med de här tre pilotområdena, att om vi ser att det här är vad brukarna och patienterna önskar, vad är det då som står i vägen för att det ska bli så? Framförallt då när det gäller styrning och ledning på den här systemnivån, det som händer bakom scenen. Då hade vi tre parallella workshops kan man säga, digitalt då i Örebro, Värmland och Västernorrland, där vi hade både medarbetare och chefer och politiker från både kommuner och regioner som satt i samtalsgrupper för att diskutera vad de här systemhindren var. Då var även ni från SKR med och även samsjuklighetsutredningen var med och lyssnade på det här för att samla in kunskap kring vad som är det som på riktigt står i vägen för kommuner och lagstiftningen kan ju sätta nya ramar men det är ju i det aktuella och verkliga arbetet i kommuner och regioner som spelar roll. Sen har vi också som en tredje del av det, så ska vi ta två av utredningens

förslag och ”prototypa” dom som man säger på designspråk, så vi ska försöka skapa bilder eller visualiseringar för vad de här förslagen skulle kunna innebära. Och sedan diskutera tillsammans med chefer och medarbetare och brukare och patienter, för att förstå fördelar och nackdelar med förslagen. Så det är väldigt bra sätt från utredningens sida att få in mycket kunskap redan innan man är klar hur de är utredningarna faktiskt skulle kunna göra skillnad på riktigt i verkligheten. Och kunna justera dom så att man inte bara skriver fram förslag som sen blir propositioner och sen lag, utan att man har försökt i alla fall fånga in olika perspektiv på hur de skulle fungera. Så det håller vi på med just nu!

LISBETH: Så det är egentligen att vända tillbaka igen till de här grupperingarna som har gett sina bilder av hur det borde vara och se, håller det här nu eller?

KAJSA: Ja, precis, och där är det ju en viss utmaning att ta en text som ett lagförslag är, till att försöka skapa något som det går att leva sig in och förstå, hur skulle det här bli i verkligheten. Och det finns ju en viss begränsning av att vi bara jobbar digitalt nu, annars hade man ju kunnat bygga modeller och sånt som designers gör annars. Nu blir det bilder som gör att man kan börja triggas eller det ska väcka någonting kring hur man tror att det här skulle fungera i verkligheten. Så det tycker vi också är ett spännande sätt att statliga utredningar jobbar med så iterativt att det också faktiskt låter – om man tänker mikro mer som makro så har mikronivån fått vara med i ganska stor utsträckning i den här utredningen genom patienterna och brukarna och även medarbetare som ju är dom som ska både beröras och utföra det här.

LISBETH: Skulle man kunna tänka att sen kommer han ju att komma med något lagstiftningsförslag och det är som du säger ganska torra och ger ju ingen effekt om det inte händer nånting sen i kommunerna och regionerna och i mötet med människorna som behöver de här tjänsterna. Skulle man kunna tänka sig att man skulle behöva använda den här designmetodiken också för att förverkliga lagstiftningen sen?

KAJSA: Ja det tror jag absolut, jag tror att det kan bli väldigt fel om man släpper det här användarperspektivet sen vid implementeringen. Men det som är

intressant, jag tycker att vi har sett nu när vi har jobbat med de här workshops i de här tre pilotregionerna så har ju de fått vara med i processen. Både få fundera kring problembilden och brukarperspektivet och det har ju också varit väldigt uppskattat bland medarbetare och chefer att de här målbilderna faktiskt finns, att man verkligen har med sig patienternas berättelser. På den här workshopen så var det Mikaela Javinger som har egen erfarenhet av psykisk ohälsa och som var med och presenterade dom. Så det verkligen var en brukarröst som fick bära de här bilderna. Det har ju redan satt igång saker så jag tänker att det här med att man får vara involverad och vara med och tycka till, det viktigaste i det kanske är egentligen vad som redan görs i de här tre pilotregionerna och vad man redan har lärt sig. Så att det finns en annan mottaglighet sen om det här blir lagstiftning. Så det tänker jag har varit en spännande del, delvis har det varit viktigt det vi har kunnat hjälpa utredningen med men det är lika spännande det som har hänt i piloterna redan nu. Men jag tror absolut att i själva implementeringen skulle man framförallt ha metoder som gör att medarbetare och patienter, som, som sagt är dom vars vardag det här ska handla om, måste vara med och delvis förstå deras situation idag men också ha med dom i när man tar fram prototyper som man testat kring det här. Det tror jag är jätteviktigt!

LISBETH:

Jag tänker att dels det du säger om glasögonen, de som har haft förmånen i de här tre områdena att vara med. De har ju också haft förmånen att litegrann känna in det här i kroppen och få på sig de här glasögonen. Det här ska ju också förverkligas runt om i landet och då slår det mig nu att man ska kunna tänka att om en utredningsprocess har kunnat se ut så här annorlunda, hur ska vi fånga upp det också i förverkligandeprocessen som kommer efter en utredning. Så vi på något sätt fortsätter att tänka att om vi jobbar på det här sättet, mycket mer med involveringen nära, så kommer vi också kunna förverkliga saker. För vi har ju ändå problem, vi kan ju titta bara på uppföljningen av patient lagen, att det kan stå väldigt bra saker men det hjälper ju inte så mycket om det inte landar någonstans i människorna.

KAJSA:

Nej jag tycker att vi kan se även om vi inte har gjort någon stor utvärdering...vi har ett antal forskare som följer arbetet med Hälsolabb men deras arbete är inte klart än. Det vi tycker att vi kan se, vi som har jobbat med

det, det är ju att det här med att inkludera patienter och brukare och utgå från deras röst och deras berättelser och deras behov och resurser, verkar ha skapat mycket engagemang. Vårdpersonalen och chefer, de vill ju det här! Det är det som driver dom också. Vi tycker att det har gett verkligen en skjuts i arbetet. Vi hade en workshop häromdagen med chefer i Värmland som skulle ge feedback på de här prototyperna på de här förslagen. Där var det tydligt att om den här frågan inte prioriteras i regioner och kommuner så kommer det antagligen inte bli så bra, oavsett lagförslaget så det har ju också samlats kraft kring att det här är en viktig fråga som många vill jobba med och det kommer läggas extra energi och kraft på att det ska bli bra. Och att det också verkar ha fungerat, att utgå från patienternas berättelser och mål verkar ha fungerat ganska bra som ett sätt att samla olika aktörer kring en berättelse. Det blir lite mindre att man kan komma och vara osams om gränsdragningar och ha de här andra diskussionerna som man ofta hamnar i när man så tydligt ser problemen för dom det är till för.

LISBETH: Berätta lite om vad Hälsolabb har framför sig de här året också?

KAJSA: Ja en stor del av arbetet som vi ska göra nästa år, dels ska vi fortsätta jobba med de här tre piloterna som vi har. Sedan så ska vi också ha nya piloter, så är man intresserad av att jobba med oss i Hälsolabb och testa sådan här metoder så kan man ju höra av sig. Vi har också ett arbete tillsammans med er som handlar om uppföljning. Där har ju ni sett i ert arbete att dom indikatorer och mått som finns idag för att kunna följa Nära vårdutvecklingen för att se om vi verkligen uppnår en mer nära och personcentrerad vård ofta har ett tydligt organisationsfokus och produktionsfokus. Vi har en stark bakomliggande värdeetik bakom vårt arbete. Det här med att gå från en produktionslogik till en tjänstelogik. Vi tycker att vi ser att offentlig sektor idag jobbar väldigt mycket som en fabrik, man ska producera ärenden eller operationer eller besök, istället för att ha fokus på det värdet som skapas. Besöket i sig är ju inte viktigt om inte patienten mår bättre eller känner att någonting har blivit bättre. Så vi tänker att det skulle vara intressant att tänka om vi kan använda den här tjänstelogiken, som handlar mer om att vad är det som systemet i sin helhet skapar för värde för användaren och det är det som

behöver mäta. Egentligen är ju inte antalet utredningar eller antalet besök det som är intressant utan det intressanta är ju slutresultatet.

LISBETH: Kanske är det att inte behöva besök som kan vara ett resultat?

KAJSA: Ja men precis och det ser vi ju också exempel på! Vi hade en berättelse som vi fick höra där de hade jobbat med att utforska hur man kunde ta hand om psykisk ohälsa bland unga på ett annat sätt och hur den här verksamheten kunde jobba på olika sätt. Då handlade det mycket om att inte bara finnas på sin mottagning utan finnas ute i samhället där ungdomarna finns och på sociala medier och sådär. Och personalen blev väldigt motiverade av det här tjänstedesignarbetet som gjordes men sen när det var klart så kom de med ett antal rekommendationer och då tyckte chefen för de här verksamheten att det här kommer inte skapa mer mottagningsbesök och inte fler pinnar. Och det är det som hon utvärderas på och behöver kunna visa för sina chefer uppåt i organisationen att det är en välbesökt mottagning. Så då tyckte hon inte att det skulle jobbas med det här. Det tänker jag ju inte riktigt är den här individens fel utan det visar ju på det här strukturella, att man sitter fast i ett system där man ska uppnå byråkratiska mål som att till exempel ha många besök snarare än det vi ska uppnå för dom vi finns till för. Så det där är ju en stor omvandling där uppföljningen är väldigt viktig, det som vi mäts på avgör ju hur vi primeras och om chefer har lyckats eller inte och hur medarbetare lyckats eller inte.

LISBETH: Tillbaks till scenen på något sätt, om de som är bakom scenen fortsätter i något gammalt spår som kommer de påverka att kunna genomföra det här som kommer vara på scenen.

KAJSA: Ja och då kan vi göra hur många tjänstedesignprojekt som helst. Om det inte finns en mottaglighet i att tänka annorlunda bakom scenen så blir det lite o gjort. Inte helt såklart men...

LISBETH: Vi är ju jättegglada att tillsammans med er kunna jobba med er just med uppföljningen också, för jag tror att det är en otroligt stor nyckel. Om du



skulle säga någonting kring Hälsolabb och tjänstelogikens bidrag till den Nära vården, hur tänker du att det bidrar?

KAJSA:

Ja men det är väl en tankefigur som hjälper oss att gå bort från det här med att vi ska organisera och hur vi har styrt och leder. Från att tänka på det här med pinnar och hur vi ska producera så här många operationer och så här många besök eller så här många ärenden i socialtjänsten, till att tänka att vad är det som systemet samlat gör för att hjälpa den här familjen med komplexa problem eller den multisjuka äldre. Det där är ju en stor utmaning för vi har ju verkligen sen efterkrigstiden fokuserat väldigt mycket på institutioner, den här institutionen finns till det för det här och som har det målet. Och vårt ledarskap och vårt ersättningssystem är gjorda utefter att man ska lösa problem inom en institution eller en organisation. Det är ju en hjälp till att våga tänka hur skulle vi göra saker på ett annat sätt om det handlat om hur många olika kompetenser kan samverka för att stödja människor. Men också om att vi måste våga se att det inte är på ett sjukhus vi skapar hälsa utan det är ju i människors liv vi skapar hälsa. Så att det snarare är så att vi i vården ibland bjuds in till att finnas med i människors liv och hjälpa dom med olika saker. Det är ju också en stor förändring, nu har man väldigt mycket fokus på vad som händer när patienter rent fysiskt är i vården. Det är ju det vi fokuserar på, vi fokuserar ju inte så mycket på alla andra dagarna när man lever med sin sjukdom eller sitt tillstånd. Det är ju där hälsan eller ohälsan finns på något sätt. Så det är väl en jättestor transformation som ju är tjänstelogisk så vi finns ju till för att underlätta för patientens eget värdeskapande. I Alaska som jag vet att ni tagit upp i podden förut, det systemet så lyssnade jag på den intervjun där i Vårdmaktsspodden och han beskrev det så himla fint att det måste vara fokus på om patienten kan vara aktiv eller inte. Om man är med i en bilolycka då är man inte en aktiv patient, då behöver man ju komma till en akutmottagning och kanske opereras. Det är ju en annan sak, då måste vi jobba med att se till att vi har en bra produktion och användning av våra operationsrum och sådär. Men den största delen av sjukdomsördan och kostnaden är ju inte de akuta tillstånden utan det är ju personer som lever med kroniska sjukdomar som vi vet är en väldigt stor del av hälso- och sjukvården i Sverige. Där är ju snarare som att vi måste stödja livsstilsomläggningar och hur man lever sitt liv med sina kroniska sjukdomar

är det är ju vårt system inte riktigt riggat för. Där är ju patienten tvärtom aktiv, så hur jobbar vi med de här aktiva patienterna när det handlar om deras egna beslut. Det är ju det som är viktigt. Då har man i Alaska försökt kompetensutveckla personalen till att bli snarare coacher eller stödjare kring patienterna själva, snarare än att vara de professionerna som vet allt och ska diktera hur patienten ska leva sitt liv.

LISBETH: Jag tänker ibland att det är med att vi är så fast i institutionerna och också ett sätt att göra komplexitet begripbart. Att bara jag får vara i min enhet, den förstår jag. Men när vi ser att det här är ett system som ska verka mycket mer i nätverk och som jag tror är mer en våra utmaningar, att kan du inte bara säga lätt vad det här med Nära vård är, kan du inte säga enkelt hur det här ska bli. Att det är någonting som är lite mänskligt att vilja, det här med sammanhang och förstå och så. Har du grubblat på det?

KAJSA: Jag tänkte mycket på det när jag skrev tillsammans med mina kollegor på vårdanalysen den där rapporten om personcentrering. Då fanns det ju en liten förväntan att kan inte ni bara ta fram en jättebra definition av personcentrering som alla kan utgå ifrån. Ju mer vi tänkte på det där så tyckte vi att det inte går för personcentrering handlar ju om att utgå från individens specifika behov och en individ kan ju ha olika behov under en vårdprocess. Är man till exempel en väldigt resursstark person, om man tänker på Sara Riggare som ofta får vara ett sånt exempel, hon vill lära sig allt om olika behandlingsalternativ, hon vill ju vara med och välja med sin läkare, hon vill ju själv mäta sina värden och vara med på väldigt hög nivå i sitt beslutsfattande kring sin sjukdom och kanske vara den som tar beslutet. Medan har man kanske en äldre person i livets slutskede så kanske man inte alls vill eller har den förmågan och då kanske personcentrering handlar om de anhöriga får vara närvarande och att man känner sig trygg och omhändertagen. Så det går ju inte att diktera varken vad Nära vård eller personcentrering är i några meningar. Det där tror jag är jättesvårt, för vi har ett system där man är van vid att ta fram riktlinjer och definitioner och det här är det mer naturvetenskapliga synsättet. Det ställer till det lite för oss.

LISBETH: Ja men verkligen.

Vi ska snart börja avrunda men om du skulle blicka framåt, vad tänker du är det viktigaste du ser i utvecklingen av framtidens hälso-och sjukvård och omsorg?

KAJSA:

Det är ju en stor fråga, men delvis så tror jag att det här tjänstelogiska synsättet, att det är viktigt att man förstår det och på något sätt försöker anamma det. Och att chefer och ledare förstår att deras arbetssätt och normer och kulturer behöver också förändras. Man behöver jobba med utvecklingsarbete och labbande även på den nivån. Det tror jag är väldigt viktigt att om vi ska klara omställningen till Nära vård kan vi inte förvänta oss att vårdpersonalen plötsligt ska ställa om och jobba helt annorlunda om inte strukturerna gör det. Så det tror jag är en väldigt viktig del. Jag tycker det börjar bli en gryende insikt kring det men det är svårt att veta vad man ska göra åt det, hur vänder vi den här stora Finlandsfärjan som vi har haft så länge. Men det andra tror jag är att en avgörande nyckel är att vi hittar arbetssätt och metoder för att patienter och brukar är delaktiga. För vi kan ju inte gissa oss till vad de behöver och det finns ju en jättestor kraft och resurs i att de är med. Och är med både från problemformuleringen, vad är det vi egentligen vi ska jobba och utveckla, till implementering och utvärdering och uppföljning. Där är vi fortfarande ovana i hälso- och sjukvården och i omsorgen, vi är otränade i att jobba på det sättet och det är inte helt lätt heller och det kan bli fel på många olika sätt. Många patientföreningar tycker att de tas in ganska mycket som något alibi, de får vara med och tycka om någonting som redan är klart och sådär. Så det krävs att man hittar det arbetssätt som fungerar just för sin egen verksamhet eller sin egen region. Så det där är en jätteviktig uppgift att verkligen seriöst ta sig an det och även signalera från ledningen att det här är någonting vi ska göra och vi ska följa upp chefer på och följa upp medarbetare på och hur vi gör det men också ta in stöd och hjälp och kunna identifiera vad är det för kunskaper vi faktiskt inte har i vår organisation och vad behöver vi utveckla. För de här är ju nya saker vi behöver lära oss som vi inte kan idag.

LISBETH:

När du var på vård och omsorgsanalys så vet jag att era rapporter uppskattas så mycket för att det fanns rekommendationer och råd. Det blev i det här komplexa ändå något att hålla sig i, att tänka så. Nu har jag inte alls förberett

dig men om du skulle tänka några såna här rekommendationer, du har sagt dom egentligen. Men om du skulle säga dom, vilka är de där rekommendationerna, det kan ju vara till mig och oss på SKR, vad tänker du är smart för oss eller för ledningarna i kommunerna och regionerna att ta fokus på framåt nu att göra?

KAJSA: Någonstans måste man ju avgränsa litegrann så man kanske måste börja med att om vi ska prova ett nytt arbetssätt så måste vi jobba med en fråga först. Säg att man jobbar med barn med funktionshinder eller med psykisk ohälsa, att man då kanske istället för att börja med att vad ser vi för problem i vår organisation, utan man börjar med att identifiera vilka andra aktörer finns det runt den här gruppen som vi behöver jobba med. Kommunen, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen eller vad det nu kan vara. Så det är väl en del, att i utgångspunkten ha ett arbete där man börjar gemensamt, inte så att regionen som det kan vara nu, jobbar ganska länge med någonting och så bjuds kommunen in lite till vänster. Men också att man börjar arbetet i att intervjua, göra workshops, ha med patienter och brukare i arbetet för då får man troligtvis väldigt andra perspektiv på vad som behövs utvecklas. Det tror jag är viktigt men också att våga titta på vad det är vi inte kan idag och vad är det vi behöver lära oss med om och hur kan vi hitta den kompetensen. Men också tänka att det kanske finns redan idag i organisationen medarbetare som kanske har gått en tjänstedesignkurs hos innovationsguiden, att tänka att det inte bara behöver komma utifrån, det kan ju finnas såna intressen och drivkrafter internt i organisationen. Men att våga se att det här behöver vi lära oss mer om, men också att våga testa, att våga ha en organisationskultur som inte är för ängslig utan man får våga testa och våga göra fel för annars är det svårt att börja någonstans.

LISBETH: Tack! Det är jättebra tips för oss alla att ta med oss. Du ska få den sista frågan men jag vill fråga dig först, är det något som du tänker att det här skulle jag vilja ha berättat om eller det här har jag sett eller det här har vi inte pratat om som du vill ta upp?

KAJSA: Delvis tänker jag att det här labbande förhållningssättet som vi vill jobba med i Hälsolabb, det finns ju exempel i ganska många andra länder, det fanns

något i Danmark som heter Mindlab och det finns något som heter UK Policy lab, där man på regeringsnivå har såna miljöer och jag har även en forskningsrapport kopplat till Tillitsdelegationen har ju också rekommenderat att vi ska ha en sån typ av yta inom kommittéväsendet. Johan Kvist och Katarina Wettergren som var med i den forskningsrapporten är med i vårt arbete också, men jag tänker att vi ligger lite efter i Sverige på det sättet. Vi har inte den här labb-ytan på nationell nivå där vi kan jobba med stora utmaningar sektors-övergripande och olika delar, så det tänker jag är något spännande att fundera på, varför har vi inte det och hur kan vi få till det där. Att vi samlar olika aktörer och olika perspektiv kring en fråga och vad är det för typ av yta som behövs för det. Den andra delen är väl att både i det här arbetet med uppföljning som vi gör nu tillsammans med er där vi utforskar vad olika grupper framförallt dom som har många kontakter med kommuner och regioner, vad dom tycker är viktigt och värdeskapande i vården. För att ta fram ett antal områden som vi sen ska fundera på hur man kan följa upp det. Där vill vi gärna ha fler som är intresserade som kanske vill delta i det arbetet. Och likaså om man är intresserad av att jobba med tjänstedesign så kan man också haka på Experiolab-nätverket för att samla kraft och engagemang. Vi är ju inte några utförare utan vi är ju snarare kanske en kunskaps och inspirationskälla eller vad man ska säga.

LISBETH: Er hittar man ju lätt på nätet.

KAJSA: Ja, Experiolab.se

LISBETH: Vad spännande med den här nationella labb-miljön, tänk om det kunde vara någonting som vi kan koppla, ska vi nu göra den största omställningen vi har gjort i modern tid av hälso-och sjukvård och omsorgssystem så skulle det vara väldigt intressant att ändå koppla på någon sådan yta till den omställningen.

KAJSA: Ja för de yttre ramverken när det gäller lagstiftningen och satsningen dom sätts ju ändå på den nationella nivån även om det är mycket som bestäms på regional och kommunal nivå. Och där finns det ju en tendens att den nationella nivån också styr i stuprör med socialtjänst, och hälso- och

sjukvården får separata uppdrag. Där tror man skulle behöva fundera på, vi är ju ett litet land dessutom. Så det skulle vara väldigt intressant att se hur man kan jobba mer så, och där är ju det arbetet vi gör med samsjuklighetsutredningen ett litet mikroexperiment kring att jobba mer samlat med både regional och kommunal nivå och statlig nivå och användarna i en lagstiftningsprocess.

LISBETH: Ja verkligen. Avslutningsvis vill jag fråga dig också, vad betyder nära för dig?

KAJSA: Jag har funderat på det. För mig tror jag att nära betyder delvis en fysisk närhet, jag tänker att få vara nära varandra fysiskt och fysisk beröring ger mig mycket närhet. Men det handlar väldigt mycket om att få vara i ett sammanhang där man känner sig sedd och viktig tror jag. Det är nära för mig, att man blir sedd som person.

LISBETH: Tack för att du ville vara med i Näravårdpodden Kajsa.

KAJSA: Tack så mycket Lisbeth!