

EP34 - Näravårdpodden träffar Jane, Anette och Mats

PRESENTATÖR: En podcast från Sveriges Kommuner och Regioner.

ANETTE: ...det är ju att de strategiska planerna, de ska hjälpa oss att hålla undan eller hindra oss från att göra det vi tror att vi behöver göra i mikrosystemen....

JANE: ...hur många icke-händelser, ja vi hade så här många händelser förut, nu har vi färre, det ledde till icke-händelser för det är ju en del i lösningen för oss också när vi blir fler invånare. En del av lösningen ligger ju att vi inte behöver leverera lika mycket till var och en som vi gjorde tidigare utan färre... så icke-händelser, det var bra du påminde mig om det....

LISBETH: Idag har jag äran att få samtala med en spännande trio ifrån region Jönköping. Så välkommen till Näravårdpodden, Jane Ydman, Mats Bojestig och Anette Nilsson.

ANETTE: Tack så mycket!

MATS: Tack!

JANE: Tack!

LISBETH: Jätteroligt att ha er här alla tre. Jag tänkte vi börjar med dig Jane. Berätta, vem är du?

JANE: Ja, Jane Ydman, regiondirektör sen drygt ett år tillbaka. Jobbar nära Mats och nära Anette och i region Jönköpings län så har vi ett stort arbete kring det här med Nära vård, precis som alla andra. Jag känner att vi är en del av det som händer i landet men också ibland en motor tror jag så därför tror jag att det är spännande att lyssna på hur vi tänker.

LISBETH: Ja det kommer det absolut att vara! Vad har du gjort lite innan Jane, berätta det också!

JANE: Innan jag tillträdde som regiondirektör så var jag ekonomidirektör här i regionen. Så jag har funnits här sedan 2016 i den rollen. Innan dess så har jag jobbat ungefär i 15 år som ekonomichef i olika kommuner så jag har med mig det perspektivet ganska mycket också. Tycker att jag har stor glädje av det i mitt arbete här i regionen, att veta hur man tänker i den lilla kommunen och i den stora kommunen. Jag har jobbat i Jönköpings län och Östergötlands län i olika kommuner. Sen är jag skolad i landstinget i Jönköpings län som vi hette förr, hela nittioalet jobbade jag här i landstinget. Så jag är liksom preparerad med vårt tänk, jag var ung och formbar på den tiden så det är liksom min bas och något som jag hade stor glädje av när jag sen gick ut i kommunerna och jobbade. Så det har jag med mig och tycker att det kändes som att komma hem 2016 när jag kom som ekonomidirektör som då var mitt drömjobb och sen av olika omständigheter fick jag kliva in i den här rollen och nu är det mitt drömjobb!

LISBETH: Härligt! Jag tänker du låter som en riktigt mellanrumsspelare om man ska använda sporttermer, inte kanske en mittfältare utan det är ju i mellanrummen vi ska få till också med den erfarenheten.

JANE: Ja och det stämmer ganska bra tror jag, för jag är inte den som står på barrikaden, det är inte min grej utan jag är mer att fixa i olika sammanhang, så det fångar du bra!

LISBETH: Och Mats, jag tänker att du har ju blivit presenterad så många gånger som pappa till kunskapsstyrningen. Det är ju inte illa att bli presenterad som det! Om du ska lägga till något i den presentationen, vem är du?

MATS: Ja, jag är pappa till tre barn också och fem barnbarn [skratt] men i övrigt så har jag varit hälso- och sjukvårdsdirektör i region Jönköpings län länge nu. Jag har jobbat med kvalitét och utvecklingsfrågor och jag har fått följa och lett ett arbete som vi kallar för Ester där vi verkligen utgår från patienten och det perspektivet. Och ihop med kommuner och vårdcentraler och sjukhus verkligen fokusera på vem vi är till för. Det är egentligen det jag tycker att Nära vård handlar om. Så har jag fått göra resor i det och i kvalitets och

utvecklingsarbete här hemma i Sverige under många år och också internationellt. Jag tycker att det har utmanat mig och lärt mig väldigt mycket så det är jag väldigt tacksam för, de kunskaperna som jag sen försöker göra något praktiskt av.

LISBETH: Just det. När du säger att du varit hälso- och sjukvårdsdirektör länge, vad är det då?

MATS: Ja det är snart 15 år och det är länge!

LISBETH: Ja! Hur gammal är Ester i dom 15 åren?

MATS: Ja hon är 25, så hon var före det [skratt] men det är intressant för det är en sån sak som man bär med sig och som andra sedan har utvecklat och tagit vidare. Det finns en Ester i Singapore och i San Fransisco och det finns i England och det finns varianter i Sverige. Så frågan är, vad är bäst för Ester?

LISBETH: Ja precis. Och den är ju verkligen någonting man tänker på när man tänker på Jönköping.

Anette Nilsson, vem är du i den här trion?

ANETTE: Ja jag har förmånen att jobba som utvecklingsstrateg med framtidsfrågorna och jobbar nära Mats och Jane vilket är en stor förmån. Att få vara i ett system där det finns ett sånt systemangreppsätt, det tycker jag är så spännande. För jag säger som Jane, att få springa i mellanrummen och vara med och skapa förutsättningar och se den större bilden men också gå i delarna och vara konkret nära. Det är så häftig energi i det! Jag har ju också haft förmånen att få jobba nationellt med storskaliga förändringar i bättre liv med chefsprogrammet där. Jobbat med olika frågor i region Jönköping kopplat till kvalitets- och utvecklingsfrågor, chefsutveckling och innovationer. Jag har ju med mig i min ryggsäck också, när Mats pratar om Ester så känner jag att visst, Ester är så central i det vi gör men jag har också med mig när vi jobbade med Passion för livet när vi verkligen klev ut i den levda verkligheten, hos seniorer. Och ställde frågan, vad är viktigt för dig, vad gör du för att du ska kunna ha ett så bra liv som möjligt. Det tycker jag att det är

en halva som vi nu förstärker, där patientkontrakt som också är ”vad gör jag för mig själv och vad gör vården”, där jag nu har förmånen att få gå en sträcka nationellt som projektledare på SKR för det införandet. Samtidigt jobbar jag med framtidens hälso- och sjukvård där vi har jobbat fram en framtidsplan, kan man säga, en strategi som är politisk tagen. Det är en fantastisk arena och också som Mats var inne på, att få finnas med i de internationella rummen där vi gillar att binda ihop oss med världen och ständigt utmana oss och också försöka att agera in oss tidigt i framtiden och inte sitta och vänta på läktarplatsen.

LISBETH: Ja precis. När man lyssna på er tre så ser man ju vilken utblickspunkt ni har för ert ledarskap, det är ju fantastiskt! Du var inne på det tror jag Mats, eller det kanske var Jane förresten, att ni är verkligen alltid ett namn på pappret när det pratas om kvalitets- och utvecklingsfrågor i hälsa- och sjukvård. Då är ni i frontlinjen. Mats, vad beror det på, varför lyckas ni så bra?

MATS: Nej men jag tror det är lite som Jane sa, att vi har i så många år haft det som vår strategi för att möta utmaningar och det är också vår ledarskapsmetod. Hur jobbar man med sina arbetsätt för att förbättra dom och hur engagerar man alla i det. Hur ställer man dom frågorna? Se att det här är inte en kvalitetsavdelning, det är allas uppgift att hela tiden kunna hur man systematiskt förbättrar det. Då har vi börjat tittat på hur alla delar måste göra det. Om man jobbar med fastighet måste man fundera på hur det fungerar, om man jobbar med ekonomi måste man fundera på hur man bidrar till att arbetsätten blir så bra som möjligt för patienterna. Det har vi hållit på länge med och vi har haft väldigt duktiga lärare, internationella och lokala och varit nyfikna på det. Våra ledarskapsutbildningar går ut på det. Jag skulle vilja säga att vi är envisa i den frågan och det är jättemånga år, man kan som Jane ge sig iväg i 15 år så är vi ändå kvar där, vi är stabila [skratt].

LISBETH: Att våga stanna kvar också. Men hur har ni tålamod. För jag tänker att om ni är så långsiktiga, det måste krävas ett visst tålamod eller övertygelse i alla fall.

MATS: Jag tror att det också beror på, vi är inte så tålmodiga annars, vi är lite rastlösa, det är absolut inte så att vi står still utan tvärtom, vi rör oss så fort vi kan i detta. Jag tror att det beror på att vi ser att det är framgångsrikt. Och vi har lärt oss det, det är teoribaserat. Det är ingen nyck, det är ingen fluga, det är inarbetat, vi är väldigt systematiska. Vi bedriver pandemin som om det vore ett stort kvalitetsarbete!

LISBETH: Det är med arbetssätt, när man tittar på omställningen till Nära vård som handlar det väldigt mycket om att vi behöver göra våra tjänster på nya sätt, det handlar om arbetssättet. Jag tänkte att ni skulle berätta hur ni i region Jönköping har riggat upp omställningen till Nära vård. Berätta om hur ni har jobbat med att få till själva sättet att driva den här omställningen. Om du börjar Mats så kanske Anette kan fylla på?

MATS: Ja, Nära vård är ett sånt där ”ny-ord” som vi tycker behöver fyllas med ett innehåll. Och då tycker vi nog egentligen att det handlar om att, kan man vara närmare än patienten eller invånaren själv? Vems vård är det? Det är väl den ena utmanade frågan. Det är ju patientens och hur stödjer vi den vården? Att vända på det lite, det är inte patienten som ska hjälpa oss med hur vi ska göra vårt jobb, hur ska vi göra vårt jobb för att det ska passa patienterna. Vår erfarenhet säger att man måste göra det praktiskt. Det är en ganska stor omställning för vården, vi är vana att ta hand om folk. Vi har pratat om det jättemånga gånger, men det är ändå så att man behöver skaka om sig själv för att göra perspektivförändringen. Då är vi i det och vi tror att vi kan göra detta med hjälp av en rad verktyg. Till exempel dom personcentrerade samordnade vårdförloppen, där det står tydligt vad ska patienten göra, vad ska vi bistå med, efter var och ens förmåga, inte som någon jättestor standard. Då kan till exempel patientkontrakten vara ett hjälpmedel för oss att tänka på det, vad gör patienten - vad gör vi, för att strukturera oss att tänka på nytt sätt. Vi har ett talesätt som är så här ”agera oss in i ett nytt tänkande istället för att tänka oss in i ett nytt agerande”. Det är inte bara klatschigt utan det är faktiskt så att då behöver man de här arbetssätten för att skaka om sig själv och oss som ledare och våra medarbetare behöver göra erfarenheter av att det här på det sättet. Så vi tror att vårt sätt att närma oss detta och att förflytta primärvårdens position, för de är förstas en jätteviktig del i det stödet till invånarna, är att

utgå från sådana här arbetssätt. Därför är det naturligt hos oss att när det är pandemi så är det primärvården som tar proverna, det är primärvården som vaccinerar. För vi behöver vaccinera vår befolkning med att vårdcentralen som är den naturliga hubben. Det är där man kan få det stödet. Sen hänger det andra på och gör sitt, jätteviktiga arbete.

LISBETH: Det är ju väldigt intressant det du säger, agera oss in i tänkandet. Jag tror att man kan väldigt lätt också när vi pratar om Nära vård och det är så mycket förhållningssätt, det är så mycket en annan blick, ett annat perspektiv, att tänka att vi ska kunna tänka fram det. Men jag tror också att upplevelsen av det här perspektivet, det ändrar vårt görande. Det är då vi kommer att gå i handling. Hur tänker du Anette och vad är din roll på den här spelplanen?

ANETTE: Jag tänker att tillbaks i tid när vi jobbade väldigt mycket med genombrottsmetodiken och det vi kallade mikrosystem, då gjorde vi mycket lärande och vi hade inne lärare på olika ställen och via kulturen och utvecklingsenhet så syresatte vi väldigt mycket i mikrosystemen och var nyfikna på, och hur man kan driva sin förändring. För det måste ske där på scenen! I vardagen, i var dags möte, det är där det händer. Men det vi insåg och som jag tycker man tagit med sig som ett stort lärande, det räcker inte att bara syresätta alla blommor och blomma i mikrosystemen, vi måste parallellt jobba väldigt mycket med makrosystemen och mesosystemen. Det är ju därför ledarskapet på systemsidorna blir väldigt viktiga. När vi nu riggar för den här omställningen då ser vi att det är inget vi gör själva utan här måste vi gå nära med kommuner och civilsamhället. Att då få till de här spelplanerna där vi bygger förutsättningarna på makrosystemet med våra framtidsplaner och våra gemensamma planer för primärvården som vi jobbar med nu. Då bygger vi den här makro och meso för att sedan mikrosystemen ska kunna fokusera på den här frågan "vad blir bäst för Ester". Men om inte vi gör vårt jobb på meso och makro då kommer man i mikrosystemen ägna mestadels av mötena åt att problematisera det som någon annan borde ha gjort. Då är det lite som Anders Ekholm säger, vi behöver hålla undan skit. Och det tror jag är väldigt viktigt i klarspråk, för att vi måste agera. Det är inte så att vi är några som sätter oss på strategisk läktare för att tala om för andra vad dom ska göra. Där kan jag ibland tänka rätt mycket på det där att jobba strategiskt är att

kunna skapa förutsättningar på makro och meso men det är verkligen vara nyfiken på mikrosystemen och gå nära i de perspektiven. Så människor får chans att utföra och bli sitt bästa jag i det man själv ser att man vill göra för patienten och tillsammans med patienten.

LISBETH: Men hur garanterar vi att det blir en omställning, att vi inte bara fortsätter göra som vi alltid har gjort?

ANETTE: Ja ska jag fortsätta lite där så riggar vi också för det och jag tänker att Jane du kan ju berätta lite om våra två styrdokument där. Det blir en väldig tydlighet i att det blir en riktning, en viljeinriktning och hur vi skapar förutsättningar. Sen kommer det ju in i budget och verksamhetsplan i den nära linsen. Det tror jag med omställningen är väldigt viktig, att vi inte bygger ett sidosystem med någonting som ska bli nån sidekick. Utan det här måste in i de djupa strukturerna och upptrampade stigarna annars bli det inte på riktigt. Så ledning och uppföljning och där tror jag att stöd- och ledningssystem, där är ju en av våra strategier som vi hela tiden behöver utforma. För det är ju inte så att stöd- och ledningssystemet kan luta sig tillbaks och tänka att nu är det alla andra som ska ändra sig. Utan vi måste ändra i hela systembilden och vara beredda på det. Att också leda och följa upp på nya sätt för att få fram både mätning och berättelse. Men jag tänker att jag bollar över till dig, Jane så kanske du tar den om vad våra dokument är.

JANE: Ja, och jag kan haka på där för jag tänker att Mats använder det här ordet nyord om Nära vård och omställning, det låter ju då väldigt stort. Medan det Mats och Anette egentligen beskriver är att vi glider in i något som borde vara det naturligaste i världen för detta är ju klokt. Det är därför vi lever som vi gör, våra 365 000 invånare lever sina liv på ett visst sätt och vi ska stödja det livet. Jag känner att jag är inte så stressad över att vi måste visa upp en stor omställning eller nu med buller och bång 1/1 2022 går vi in i Nära vård. Helst märker ju ingen någonting utan det våra invånare märker är att gud vad bra det är att leva i Jönköpings län, jag får flyt och stöd i mina behov. Det är ju det bästa kvittot vi kan få, inte att vi får beröm för vår omställning. Så det är lite kring det. Men jag tänker också på det här med kombinerad strategi och görande. I och med att vi agerar oss in i förändring så gör vi en del misstag på

vägen också. Men det lär vi ju oss av så det måste man tillåta och våga också. Det tror också är sådan där kultur där man kan bli en kultur av utredande och allt ska vara perfekt innan man sätter igång eller så har man en kultur av att "vi kör igång, vi prövar" och vi är ju mer åt det hållet. Men därmed inte sagt att vi är strategi-lösa! Utan självklart finns det en tanke och vi är ju politiskt styrda så vår politik vill ju såklart tala om riktningen inom ramen för de här olika delarna. Det vi lutar oss mycket mot nu och det tycker jag är en styrka i att vara region också och vi får inte glömma det, vi är ju en region nu. Vi har ju fler uppdrag och allt kretsar runt våra 365 000. När det gäller regionala utvecklingsarbetet som ska stärka tillväxt och se till så vi har pengar att göra allt detta göttiga så har vi ett sätt att tänka. Där finns en regional utvecklingsstrategi som vi ska ta fram, det säger lag och förordning men vi vill ju det. Den pekar ut riktningen till 2035 utifrån dom perspektiven. Sen har ju vår politik valt och Mats och Anette har varit mycket i det, att ta fram en strategi för att möta framtidens behov av hälso- och sjukvård. Den pekar ut riktningen mot 2030. Det är ungefär lika länge, det är dom där långa planerna och jag brukar kalla det för att vi har två systerplaner nu. Båda är tagna i fullmäktiga, båda är våra långsiktiga styrdokument och det är dom ska ge oss riktningen för att ge ett bra liv till våra invånare i vårt attraktiva län. Det är där vi hämtar kraften. Sen pekar vi ut utifrån det, vad gör vi nu på tre års sikt och det blir det här konkreta görandet som också får en politisk touch då naturligtvis, som blir en del av vår naturliga utveckling. Så därmed sagt att det är ingen buller och bång-omställning för mig i alla fall utan det är en del att ta sig an de här två stora uppdragen och mejsla ner dom för invånarna.

LISBETH:

Det är ju ganska spännande tycker jag just när du pratar om den här regionala utvecklingen där hälsa, sjukvård och omsorg är ju jättecentrala delar för att en region ska må bra. Då blir ju också invånarperspektivet så tydligt. Man är ju inte patient alltid och jag tycker om er målbild för ni vågar ju börja i vardagslivet. Jag tror du var inne Mats på att det där är vi inte särskilt tränade på att göra.

MATS:

Det är vi inte, vi vill snabbt ha in dom i vården [skratt].

LISBETH: Jag tänkte på det här du sa Jane om att våga misslyckas. Hur märks det från er regionledning att ni har den kulturen, hur märker man det?

JANE: Jag tror att man kan märka det på att vi misslyckas också ibland. Och säger det, det blev inte så bra men då gör vi det annorlunda nästa gång. Kanske att det märks genom sättet vi arbetar, hur vi angriper saker, vi frågar inte alltid riktigt om lov heller utan vi gör [skratt] så det är nog ett tyst arbetssätt på något vis. Bara för att haka på en sak som Mats sa apropå att vi har en lång tradition att tänka och arbeta på ett visst sätt, det finns ju en omsättning av människor. Mats har hängt i väldigt länge, Anette har varit med länge och flera av våra kollegor men det sker ju en förnyelse i ledningsgrupper och annat. Det pratar vi ganska mycket om faktiskt, hur fångar vi de nya som kommer in i att tänka lika dant. För det går ju åt att hela linjen sprider det tankesättet att vi vågar agera oss in i förändring, vi ropar inte på mer pengar i första hand utan tittar på vad kan vi ändra i arbetssättet och det är tillåtet att ändra arbetssätten. Men tappar vi den kedjan i linjen då spelar det ingen roll hur vi dedikerade vi är i dom tankarna. Så där har vi ett jobb, det gör sig inte själv utan där gäller det att hänga i tror jag.

LISBETH: Det är ju intressant, i Alaska var det ganska kraftfulla ord men dom pratade ju om någon typ av omprogrammering av de professionella och att dom också har väldigt tydliga både rekryteringsförfaranden och utbildningstillfällen och det handlar mycket mer om värdegrund. Står vi upp för det, har vi Ester i fokus skulle man kunna tänka hos er. Är det där ni är och funderar?

MATS: Jag tror att om man ser till att vi är väldigt långsiktiga och har hållit på med samma sak, men vi har samtidigt följt kvalité och utvecklingsrörelsen i världen och den rör sig väldigt nära. Den rör sig också. När vi började för 25 år sen så gjorde man PDSA-hjul och så, man sätter ett mål och som vi fortfarande har och är envisa där. Men nu är det liksom andra termer, hur gör man patientsäkerhet? Hur gör man co-production? Då följer vi ju jättenära hur den utvecklingen är och vad ligger de främsta i världen i det och hur ska man tänka runt serviceindustrier och servicebusiness och de tjänsteutövningarna och de kunskaperna där. Då för vi ju in det på andra sätt, men vi döper det lite annorlunda då. Då är det vad är bäst för Ester, utgår från det. Kan vi använda

verktyget patientkontrakt som ett sätt att lära oss att omprogrammera oss men ställa frågan lite annorlunda. Utmana det, resonera kring det, att sätta upp att vardagslivet är vår utgångspunkt. Det är ju såklart något helt annat än att säga att vårdcentralen är vår utgångspunkt. När man ställer de frågorna, så är det så man skapar spelplanen. Vi släpper inte alla loss och gör vilket förbättringsarbete som helst, de måste vara i den här riktningen. Då har vi en struktur för det och våra ledare ställer dom frågorna och följs upp i dom frågorna. Men de låser ju inte det utan det är en viss yta man kan spela på men det är ju ändå inom den. Då kan vi ständigt förbättra våra arbetssätt och våra processer. Så vi pratar inte lin först för det kräver ju att man har ett arbetssätt i rätt riktning. För det tycker jag att vi har lärt oss att alla arbetssätten måste, de som jobbar med service och de som jobbar med kök och de som jobbar med IT, de måste också vara med i hur de förbättrar för vården. De får ju inte vara en egen isolerad enhet och på så sätt blir vi ett helt system. Det blir vår lednings sak att se till att delarna hör ihop. Tar vi en avgift så ska den ju stödja att människor gör på rätt sätt. Eller ersätta en vårdcentral, då ska ju det stödja att gå åt rätt håll. Jag tror att vi har utvecklats i att se att det inte är en liten del i taget. Kommer det här nu med hur vi samverkar, då ska det stämma i hela systemet.

LISBETH: Det är otroligt intressant, det känns ju som att då har ni kommit väldigt långt när värdegrunden sitter så djupt i styrningen. Jane, du var inne på det här med regionala utvecklingsstrategin och kopplingen till ert styrdokument som ni kallar Tillsammans möter vi framtidens behov av hälsa och sjukvård. Är det samma värdegrundsbotten också i den regionala utvecklingen?

JANE: Den har väl en liten annan ansats kanske och så som vi arbetat fram det. Men jag ser inga hinder i det utan jag ser att värdegrunden sitter ju i den gemensamma visionen, jag ser ändå tydligt i båda att invånarna är i centrum. Det vi håller på att titta mer på nu är vad finns det för kontaktytor kring de här två strategierna. Det tror jag vi kan hitta styrka i, en del saker är helt regionala utvecklingsfrågor, de berör inte hälso- och sjukvården men väldigt mycket berör varandra eftersom det berör invånarna. Där kan vi hitta kontaktytor och kanske se ännu mer hur det hänger ihop och dra nytta av det, att vi faktiskt är en region. Därför att det finns saker vi kan göra runt invånaren inom

regionala utvecklingen som gör att vi förhindrar ohälsa och att det finns växelverkan där. Där har vi ett stycke kvar att jobba tycker jag. Vi har varit region sedan 2015 men jag tycker inte riktigt vi har gjort $1+1=3$ utan vi har faktiskt möjligheter som är goda.

LISBETH: Självt har jag funderat en del på att ofta har ju historiskt sätt hälsa och sjukvården beskrivits mer som inte en mer tärande del och inte en närande del i samhället. Jag tänker att den regionala utvecklingen så är ju en stark hälso- och sjukvård och omsorg en otroligt viktig bas för att en region ska kunna utvecklas och en kraft.

JANE: Ja och där tycker jag att jag lär mig mer och mer för jag är ju rätt så ny i gamlet, det hörde ni ju. Men jag hör ju hur det regionala och tillväxt, företagande... jag menar hälso- och sjukvården är ju en jättebas för företagande, innovationer och så vidare. Så den växelverkan ser jag jättemånga möjligheter i. Ibland är det ena tärande och ibland är det ena närande och vice versa.

LISBETH: Anette var ju inne på något spännande, om vi nu ska prata omställning, det är ett annat sätt vi behöver för att styra, leda har ni pratat mycket om och också följa upp. Jane, hur får ni ihop de här styrdokumenterna, att hänga tigt i budget och er styrning och uppföljning?

JANE: Ja, dom här två systerdokumenten, vi får ju liksom driva på från tjänstemannahåll också, hur vi vill att det här ska sippra ner till vårt dagliga uppdrag. Så vi har egentligen pratat om det som en sorts dokumenthierarki där de här båda styrdokumenterna i politikens budgetarbete ska prioriteras och mejslas in i budgeten. Så vi som organisation och jag och Mats och co kan förhålla oss till budgeten, det är det vi ska verkställa varje enskilt år egentligen. Här behöver det vara en växelverkan mellan politik så att inte det här drar iväg egentligen utan vi kan hålla i den här dokumenthierarkin. Nu blir det mycket prat om dokument, det är ju egentligen görandet vi är ute efter. Hur eller hur så utvärderas politiken på vad vi lyckas genomföra och har vi då en bra struktur, är vi överens om vilket dokument är finast, vad är det vi styr på. Då blir det mycket enklare för oss att leverera på rätt saker och

det är ju att politiken kan leverera på sina löften till invånarna. Så en bra växelverkan där, det är lite i sin linda men jag känner att den här budgetprocessen som vi är nu i vår där tänker vi faktiskt så och det hjälper oss.

LISBETH: I ditt uppdrag Mats, ser det då annorlunda ut? Jag tänker på hur budget fördelas, hur ni följs upp och så. När du kommer in i din hälso- och sjukvårdsdirektörsroll och tittar på det här?

MATS: Nej men det är precis som vi verkligen har jobbat med det. För att inga sådana här system är blixtnabba! Det ska ju inte vara det heller, det ska ju röra väldigt många människor. Så att i den här framtidsplanen ligger ju riktningen som politiken har enats om för ett antal år framåt. Men i budgeten som är för i år så står det vad vi ska göra i år. Då ska dom ha valt ut i den där planen hur mycket som ska verkställas de här året. Då har vi ett resonemang med dom, det är ju så när man gör en framtidsplan att man gärna vill göra hela planen direkt. Det blir en otålighet att det man tänkt ska ta tio år ska helst gå på två. Det gör det ju inte i verkligheten. Gör man den på två år så kommer man ju att misslyckas. Då blir alla besvikna. Så jag tycker vi har fått ett bra resonemang om det. Men det har också vidgat i andra frågor, vi har precis haft en diskussion som har funnits här i många år om palliativ vård ihop med kommunerna. Då har vi nu landat i ett förslag i det, då har politiken med de som finns i nämnden för folkhälsa och sjukvård mött de som jobbar med de här frågorna politiskt alltså i de olika nämnderna i de 13 kommunerna. Så har de haft en workshop ihop och så kan de faktiskt enas om att det är ju det här vi ska göra tillsammans för våra invånare. Det vet jag då att det ger en trygghet i oss som ska verkställa det sen, när vi ska komma överens med socialchefer och så. Så är det ändå en riktning där man i politiken har sagt, att titta nu på att det här är vår gemensamma invånare, Ester har vi ihop. Hon är inte olika! Ester kommun och Ester landsting, så är det inte, hon håller inte reda på vem som är vem.

ANETTE: Där kan man ju säga Mats att det är likadant när nämndens ordförande tog initiativet till barn och unga där vi nu jobbar ihop med Skottland. Det ger ju en kraft i det här med att man sätter spelplanen hela vägen och en trygghet i

att vi vill fortsätta utveckla för det bästa möjliga. Det är barnens perspektiv som sen vägleder oss oavsett organisation när vi bygger söm-lösheten.

LISBETH: Mats du pratar mycket om systemet och då satt jag och tänkte också på att hur får ni också ihop det är när systemet möter mellanrummet med kommunens system och bildar ett mellanrums-system. Anette eller Mats, ni är ju inne på det båda två.

MATS: En liten sak som jag kan skicka men ända från när jag började i slutet på nittioalet med Ester, att ställa sig den frågan. Då blev det så att när vi möttes som chefer så brukade jag skoja om att när cheferna träffas så är det så här ”ja vi har det tungt allihop, var och en på sitt håll”. Så pratade vi om det en timme eller så och sa att det här var ett värdefullt möte och vi borde träffas igen. Och så gör vi det och så händer inte så mycket för egentligen har alla det tungt och alla har för lite resurser och fel resurser. Men när medarbetarna fick uppgiften, när vi blandade från en medicinklinik och kommunerna och de skulle titta på hur blir det för Ester. De pratade inte om det då, man bara höll undan cheferna, så pratade dom om hur blir det för Ester och vad kan vi förbättra. Det var små saker som gjorde stora skillnader och som kostade väldigt lite. Var och en tog det och vi chefer blev ju himla stolta för att de hittade på de här grejorna så då backade vi upp dom och sa att de måste få göra det. Det är en lärdom som har följt mig alla de här åren, att hur gör vi som chefer? Ger vi spelplan för de som är nära att lösa det? Att ta hand om det här problemen med pengarna, för de är mycket mindre dom problemen än vad vi gör dom för börjar vi med dom då har alla det eländigt. Tillsammans har vi stora resurser och dom sitter i människorna.

LISBETH: Ja precis, det är ju också det som är kontentan av alla utredningar på det här området, det är inte resursbristen, om vi använder resurser bra och dom sitter i människor. Anette, hur ser din vardag ut i det här mellanrumsarbetet ut i kommunerna?

ANETTE: Jag gillar det här samtalet för att jag tycker att det handlar om hur det är. För det där att jag har spelplanen är att vi har en strategisk agenda, nu gäller det att bara samverka och bygga relationer. Där brukar ju du Lisbeth säga att det

handlar om en relationsförändring mer än en organisationsförändring. Det handlar om att foga samman. Jag tycker att vi i vårt gemensamma ledningssystem, i Reko där vi möts, det är där vi sätter spelplanen med gemensam plan. Jag har ju ett nytt gäng kan man säga som är mitt team i min vardag där jag och Annelie Forsgren och Ola Lundmark som jobbar mycket med kommunal utveckling, via dom kanalerna. Vi måste ju tycka om att jobba tillsammans och bygga den där söm-lösheten och det tycker jag att vi är i. Det känns oerhört spännande och roligt. Det som är viktigast för oss i de här rollerna och som har fått den förmånen, det är att nu bygga kapacitet och få andra att känna samma lust och glädje och ägarskap. Så att man skapar förutsättningar, för det här är ju inget som görs på några få personer eller som man kan leda och styra även om vi behöver se över lednings- och stödsystem. Utan det är att sätta riktning och sen att stärka människor, ”ja vet du vad, allt är inte på plats och det är mycket som skulle kunna vara bättre som vi kan drömma om men nu vågar vi gå för det är tillräckligt bra för att vi ändå ska våga ta ett litet steg”. Så jag tror att det är mycket att sätta hopp och energi, för blir man för trött i den här komplexiteten och alltihop, då blir man så baktung så då orkar man inte ta ett endaste steg. För man hamnar bara i att problematisera och då finns det ingen energi till görandet. Så för att hålla, som Jane säger, det här görandet i fokus, det är ju att de strategiska planerna ska hjälpa oss att hålla undan det som skapar eller hindrar oss från att göra det vi tror vi behöver göra i microsystemen. Det är mycket bygga kapacitet, foga samman, springa i mellanrummen. Det roligaste i min vardag är, det var en person häromdagen i en workshop som innan har hållit på dragit in mig i sammanhang och sagt att Anette du måste berätta vad är Nära vård, det är så svårt och vi måste konkretisera och förstå det mer konkret. Nu var det den personen som berättade i ett stort sammanhang om vad Nära vård är, då sjunger mitt hjärta för det är så jag tror vi kommer att få energi i det här. Att så många som möjligt kan känna att det här vågar jag tro på och jag går min sträcka. Det är mycket med att bygga relationer och skapa förutsättningar skulle jag vilja säga, samverkan söm-löst.

LISBETH:

Ja det är ju härligt och vi pratar om rörelsen, att kunna känna att det här är en rörelse som vi är många i. Vi kan väl komma in på det lite senare, du var inne på person för livet och hur ni jobbar med invånare och så. Men innan det

skulle jag vilja när ni sitter och berättar nu, Jane du pratar om ert styrdokument och om hur ni möter framtidens behov av hälso- och sjukvård. En bild kommer upp för mig, som jag inte sett ifrån något annat län men det finns säkert. Där har ni ritat er process i regionen och de kommunerna har ritat sin process eller en bild med kommunernas process. Deras gemensamma styrdokument och så har ni en liten del av de här två cirklarna som möts. Där har ni skrivit ”gemensam plan för primärvård”. Kan inte någon berätta lite mer om det arbetet? Vet du vilken bild jag menar Anette, jag tror att jag har fått den av dig?

ANETTE:

Ja absolut! Den har ju vi tagit fram, för att när vi var i de här processerna och det är det jag säger att det sker så mycket parallellt så med all ödmjukhet så förstår man och lär hela tiden. I ett slag kan man väl säga Mats, att vi var inne på och när vi tillsammans med politiken i den här parlamentariska gruppen där det var väldigt mycket engagemang och det var väldigt positivt. Så landade vi i att vi inte kan göra det här själva, vi behöver göra det ihop med kommunen och vi kanske ska ha en plan bara sen. Men då växte det här fram och i samverkan med kommunerna att vad är bäst för Ester med de enkla reglerna. Så det andra är att jag tar ansvar för eget steget före och steget efter och vi gör det tillsammans. Då insåg vi ihop med kommunerna när vi jobbade med det här, vi behöver ha det som vi tar ansvar för och gör som är regionperspektivet. Sen har kommunerna sitt som de behöver göra och ta ansvar för. Men sen möts vi i den där förstärkta samverkan och det är ju det fältet i mitten som behöver bli ännu större, där vi gifter ihop de här dokumenten och inriktningarna. Då håller vi på och jobbar med den här gemensamma planen för primärvård som kommer att tas beslut i Reko för att sen kanaliseras detta ut i strategigrupperna. Då har vi satt som paraply för hela omställningen ”bästa platsen att leva, växa upp, bo och åldras på”. Och så går detta in i strategigrupperna inom barn, unga, äldre och psykiatri/missbruk och så blir det handlingsplanen i den förstärkta samverkan som kanaliseras i den här gemensam plan. Så vi verkligen bygger ihop oss i det här söm-lösa men vi tror ändå precis som Jane säger i regional utvecklingsstrategi och framtidens behov av hälso- och sjukvård, att man ändå behöver dela på det. För det blir för rörigt om vi gör allt i en enda gryta. Det är att ha bilder som också, och det visar att samverkan är ju bara ett

medel. Ibland pratar vi om att samverkan är målet men samverkan är bara ett medel och när det inte fyller någon funktion att vi samverkar, då ska vi inte samverka. Men, i de frågor vi behöver det ska vi se till att vi har relationer som gör att vi verkligen maxar det!

LISBETH: Jag vill hinna prata patientkontrakt, kunskapsstyrning och ännu mer om styrning. Jag måste hoppa, eller det är inget hopp för det här handlar ju om patientkontraktet. Ni går ju i frontlinjen också tycker jag för utvecklingen av patientkontrakt. Tydligt med behovet av att utveckla ett patientkontrakt. Jag skulle vilja fråga dig Mats först, varför är det viktigt?

MATS: Jo, alltså, det är ju ett sånt där ord också som man måste brottas med. Men om man går förbi det, så tycker jag att huvuddelen i det tydliggör vad gör vi, vad gör patienten. Jag vet att det inte riktigt är konstruerat så, allra först var det tankar med en tid i handen, det är ju jättebra, det är klart man ska ha och man ska veta och så där. Men jag tror att vården behöver lika mycket som patienten tydliggöra vad bidrar jag själv med. Då tror jag så här att när man leder ett förbättringsarbete eller leder en hel grupp som ska göra sånt, då gör man ju det genom att ställa frågor och låta gruppen själva fundera och tänka över, vad behöver vi göra, man sätter vilket mål, man frågar hur är det idag. Man ställer frågor om, i det här fallet, vad kan patienten göra? Och patienten frågar sig själv, vad kan jag göra. På riktigt så är det så att vi skulle designa detta utifrån att patienten har designat sin process och vi frågar hur kan vi bidra. Så är det med kunskapsstyrning också, det vi kan göra på vår nivå är att skapa de här mötesplatserna, vi skapar grupper som är nationella programområden som jobbar med hjärtkärlsjukdomar, rehabilitering och så. Vi skapar en struktur för att de här människorna ska komma, vi ber dom att titta på vilket gap finns det, vad kan ni bidra med? Så säger vi att det inte räknas förrän det förändrar för patienten. Så om ni har en idé att göra någonting men det inte ändras sig där, då är vi inte nöjda mer er. För det är det där här går ut på! Och så gör vi i det här med. Det är en ledarskapsmetod, för man leder med frågorna och systematiken men ansvaret ligger kvar hos dom som utför och dom måste hitta sitt sätt, hur funkar dom ihop. Då brottas vi då med patientkontraktet till exempel, vad vill patienten då, vad kan den göra? Nu har alla de här grupperna gått ut och funderat på vad kan en KOL-

patient göra. Det har aldrig stått i de här programmen innan. Då behövs det här verktyget för det, för att påminna oss om att det är ju inte vi som lever med KOL varje dag. Vi lever med det åt patienten i korta tider och överskatta inte vår roll! Går det att träffas två gånger om året, dom vill ju ställa frågan när dom har den. Det är ju helt omodernt att man får två återbesök om året och vi räknar på om vi klarar dom. Det kanske går åtta månader utan frågor och sen kommer det två frågor på en månad och då måste man ju få svar då. Så jag tror att de här verktygen hjälper oss att skaka om oss lite, vi behöver ställa oss dom frågorna - hur ska vi producera, vad är det för term?

LISBETH: Ja det är ju verkligen att förflytta oss dit till vardagslivet och ta utgångspunkt därifrån. Vad tänker du Anette, som ju får ägna stor del av din yrkesgärning nu i patientkontraktets lov.

ANETTE: Jag tänker att det är samskapandet, precis det Mats säger. Man blir väldigt ödmjuk för alla gör sitt bästa men man gör det utifrån delarna. Det man ser nu vid införande av personcentrerade sammanhållna vårdförloppen, det är också vikten av att vi ska få de kliniska resultatens följsamhet, det går inte att patienten inte är delaktig, det är en sådan central del också kopplad till det. Men när vi nu håller på att jobba med detta så ser vi att vi har en sträcka kvar att gå. Vi har ju följeforskning med Klara Palmberg Brorbyd inom patientkontrakt och då säger man ju från regionerna, vi är inte så vana vid samskapandet, vi har inte arbetssätt på plats som möjliggör den här samordningen eller där vi naturligt ställer det här frågorna som Mats säger. Vad kan du göra för dig själv och vad kan vi göra? Att vi får ihop så vi kan tala om vad nästa steg är, att det blir begripligt för individen hur detta hänger ihop. Att verkligen ta den där bilden från den levda verkligheten. Där har ju vi en tradition också med all ödmjukhet från region Jönköping där vi har jobbat mycket med hur involverar vi personer i patientrollen, vi har levande bibliotek och mycket med dom delarna. Men vi ser att likväl får vi vara ödmjuka för man måste umgås med frågan som Mats säger och den måste få komma nära. Vi kan inte trycka ut detaljer. Just nu är vi i att vi har överenskommelsen dokumenterad, vi har sippen dokumenterad, vi har fast vårdkontakt dokumenterad. Vi följer det på dashboarden för att se att det är några mått på detta. Men det möter mycket utmaningar och ibland kan det bli

så att man nästan vill skjuta budbäraren, att patientkontraktet är problemet. Men nej, patientkontraktet är en del av lösningen, problemet är att vi inte har de här sakerna på plats i vardagen. Den här personcentreringen som är så central i omställningen. Då behöver vi verkligen inte ducka för det och där kan jag vara lite orolig ibland när jag hör att man inte orkar säga hela ordet "personcentrerad" och "sammanhållna vårdförlopp" utan man säger vårdförloppen. Då är jag rädd att man kapar bort personcentreringen och gör den som att den är en egen del som vi får se om vi maktar med. Men nu gör vi "the hard thing" i det, så jag säger att jag älskar det där ordet och säger alltid det i helhet. Jag tror man ska säga det många gånger och i sin helhet. För hemligheten bor där i. Nu när vi gör detta så är Mats också en "driver" som coachar med flera andra. Vi måste ju tänka att när vi nu gör det här införandet, det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen, då gör vi omställningen till Nära vård. Det är där vi konkretiserar, det är där samskapandet, om det överhuvudtaget blir skillnad, för invånaren eller patienten eller för medarbetarna. Då är det en större förändring än vad vi kanske vågar tro på. Men jag tror att det är här vi måste våga gå i komplexiteten och stärka varandra, att det är bara i samskapandet och i träningen som vi tar de här stegen.

LISBETH:

Jag tror det är väldigt behjälpligt för många att höra er resonera just om hur vårdförloppen hänger ihop med Nära vård. Så vi inte gör dom till, ja du pratar om nyord Mats, men att det på något sätt blir ord på en karta men ingenting som hänger ihop i vardagen och verkligheten. Jag funderar på det här med att följa resultaten, Jane jag hade förmånen att lyssna på dig, det är snart ett år sedan tror jag att det var när SKR släppte sin ekonomirapport och du pratade en del om uppföljning. Både ekonomisk uppföljning och annan uppföljning, kan du försöka beskriva litegrann, vad har du för tankar kring hur vi behöver kunna följa upp vårt system framåt också? Vad är det för någonting som utmanar oss?

JANE:

Ja, det var en rätt så bred fråga [skratt]... jag vill haka på det i att vi vill ju se om det gör någon skillnad på riktigt, det är ju egentligen det vi vill följa upp. Det är ju egentligen rätt så svårt, för att veta det måste vi ju fråga dom och hur ska de veta om det blivit annorlunda om vi inte hade gjort så här. Jag tror

att det nästan är en ny liten gren inom det här området i takt med att vi gör de här förändringarna. Och i takt med att vi faktiskt lägger mer i samarbete och i att patienten gör själv, hur mycket av det medicinska resultatet berodde på att patienten tränade ordentligt eller om det var operationen, hur vet vi det? Jag tror att det här ställer nya krav på det och där har inte jag svaren på något som helst sätt. Men jag tror att vi både behöver ha nya sätt att fördela resurser, att prata om det, att ge ekonomistyrningsförutsättningar som premierar de här arbetssätten och som följer dom arbetssätten. Vi har inne på det någon av oss innan här, med just att stödsystemen måste ju stödja kärnan, så att när kärnan förändras i form av hur vi levererar vård och annat då måste ju även de ekonomiska styrsystemen förändras och även hur vi följer upp hur det går. Där tror jag vi har ganska mycket att göra, så vi får kvittens på om det här faktiskt ger det vi vill på riktigt.

LISBETH: Jag delar absolut din uppfattning, jag har tänkt mycket på det här med om det nu är vardagslivet som ska vara i fokus så får vi ju också se till att vardagslivet får pågå så ostört som möjligt och då går det ju inte att bara följa de händelser som finns hos oss eller ekonomisätta det. Utan det kanske är icke-händelserna, att man inte behövde komma till.

JANE: Precis, jag tror det var du som sa det, där kom ordet, jag minns det från det tillfället, icke-händelser. Det kanske är det nya måttet, hur många icke-händelser. Ja vi hade så här många händelser förut, nu har vi färre, det ledde till icke-händelser. För det är ju en del av lösningen för oss också när vi blir fler invånare. En del av lösningen ligger ju att vi inte behöver leverera lika mycket till var och en som vi gjorde tidigare utan färre. Icke-händelser, det var bra att du påminde mig om det.

LISBETH: Kanske är det det också som patientkontraktet är, jag kunde faktiskt vara självständig, jag visste vad jag kunde bidra med och hur jag skulle göra det, som du var inne på Mats.

JANE: Och då är det ett bra mått på något sätt, då behöver vi ställa andra frågor förmodligen än vad vi gjort tillbaka i tiden.

LISBETH: Verkligen. Ja det där är ju ett jättespännande utvecklingsfält som vi får tillsammans tänka vidare på och också med internationella utblickar, det får vi hjälpas åt med. Men hörni, det går ju väldigt snabbt när man har intressant och roligt. Vi ska avrunda. Jag vill avrunda med en fråga som vi brukar ha i Näravårdpodden. Vad är nära för er. Vad är nära för dig Mats?

MATS: Jag tror att nära är nära och kära. Att utgå från hur man kan ha det i det. Det vi pratar om också är ju att för att man ska bli berörd av det så behöver man... eh ...vi kan skapa en förändring men det gör ändå att man gör en upplevelse av detta, kraften i och den stora effekt-hemtagningen är ju när man kan ta hand om sig själv för vårt system. Fler icke-händelser, jag gillar det, det är bra. Kan vi utgå från det, hur vi kan stödja det, vi har inte alls tagit vara på den kapaciteten och att våra invånare har mycket mer utbildningen än när vi skapade detta systemet för 50–60 år sedan och tog hand om folk och den förväntan. Men vi behöver ställa oss dom frågorna då och invånarna behöver ställa sig dom frågorna och känna själva att dom kan. Det är något man upplever sig själv. Jag tror engelsmännen säger ”I think” och vi säger ”jag fattar” och det ligger någon hemlighet i det, att det behöver vara så handgripligt. Att man behöver göra och se att det funkar. Kan vi skapa mer och mer platser och mer och mer sätt där olika grupper kan få uppleva, både patienter och vårdpersonal att det här funkar ju. Då flyttar dom det mycket snabbare än vad vi kan göra!

LISBETH: Tack! Vad är nära för dig, Anette?

ANETTE: Nära hänger mycket ihop med tillit, det hänger ihop med relationer. Jag tänker som invånare, att man har närhet till sina egna och tilltro till vad man själv förmår och klarar. Att man också har tillit till att man har vänner och nära och kära som man kan vända sig till. Jag tänker att när man kommer i patientrollen, att nära är att det finns tillit att jag får det stöd jag behöver när jag behöver det på det sätt jag önskar, oavsett vad det är. Men jag tänker också som medarbetare emellan närheten i att jag vågar gå, jag vågar pröva, jag vågar försöka. Stöter jag på något så har jag en kollega att fråga eller då har jag ett brett nätverk. Nära, vi kan ju ha kontakt med både Alaska och med

London och med Gislaved samtidigt, det är nära till kompetens, nära till stöd. Det skapar någon trygghet, man är inte ensam, vi går tillsammans. Då kommer ju hela den där, närhet ger också någon trygghet i att man får glädja oss under färden, så man inte blir för problemtyngd, för det är ju livet som pågår. Det tycker jag är så viktigt att man har den känslan, närhet har så många dimensioner.

LISBETH: Och Jane, vad är nära för dig?

JANE: Ja, nära, när vi pratar om Nära vård, jag tänker på min mamma faktiskt. Det är min Nära vård, det är min första vårdnivå. Om det är något som tynger mig eller bekymrar mig så ringer jag till min mamma, så det är verkligen nära. Så är det också att utgå från att invånaren har oftast en omgivning, ett relationsband omkring sig. Så går det inifrån och ut istället för att vi börjar utifrån och in och så ska vi hitta invånaren eller patienten långt där inne. Så att tro på att det mesta löser man ju själv, rätt långt ut. Det är först när jag behöver ett läkemedel, så behöver jag ju ta till något annat än mamma, för det kan hon inte fixa. Rätt mycket klarar man själv. Sen spränger man den där gränsen och då kan samhället träda in. Så det tänker jag kring nära.

LISBETH: Stort tack att ni ville vara med i Näravårdpodden! Tack så mycket!

MATS: Tack så mycket!

ANETTE: Tack!

JANE: Tack!