

EP27 - Närvårdpodden träffar Olivia Wigzell

PRESENTATÖR: En podcast från Sveriges Kommuner och Regioner.

OLIVIA: ...följer vi upp dom barnen och ungdomarna tio år senare när dom kanske är 25, 26, 27, 28, dom ligger fortfarande efter sin åldersgrupp, dom har fortfarande inte etablerat sig på arbetsmarknaden i samma utsträckning, fortfarande inte läst in gymnasiet, fortfarande inte gått vidare till högskolan så det här är allvarlig problematik som, ja, som vi egentligen bara kan komma åt med dom här tidiga samordnade insatserna, och där är ju nära vård en kärna...

OLIVIA: ...har man fokus på att det ska skapa nån form av effekt och nytta då måste man också jobba samtidigt med dialog och samsyn... det är ju inte, jag gillar inte det ordet förankring, det är inte för att förankra, det är för att öka kvaliteten...

LISBETH: Varmt välkommen till Närvårdpodden, Olivia Wigzell som är generaldirektör för Socialstyrelsen. Hur står det till?

OLIVIA: Tack! Tack, det står bra till och det är väldigt trevligt att vara här.

LISBETH: Ja, jag är så glad att du är här, jättespännande, du har ju flera viktiga uppdrag för närvårdomställningen, men jag tänkte vi börjar med att du berättar lite vem du är.

OLIVIA: Ja, jag brukar ibland säga att jag är en person som arbetat med välfärdsfrågor, helst om sjukvård och sociala frågor på alla olika nivåer, i kommunen, i regionen eller dåvarande landstinget. Eh, i staten som nu men också en hel del på det internationella planet inom ramen för WHO-arbete och OECD så att, det kan jag tycka karakteriserar mig, att jag har sett en massa olika perspektiv på hur man kan arbeta från olika nivåer med att förbättra och förstärka välfärden. Och annars, privat så är jag en person som verkligen brinner för mitt arbete och mina uppgifter, jag tycker att jag har haft förmånen att jag har

haft väldigt spännande arbeten, och samtidigt brinner för min familj, kan man säga för jag har också massa familjeliv och annat vid sidan av jobbet.

LISBETH: Jag tänker när man bara tittar och blickar på hela ditt, ja både ditt CV och ditt nuvarande uppdrag så tänker man att oj, hur fixar man det här och så säger du att det här brinner jag för... Vad är det där som du brinner för, vad är det som driver dig, vad är det i det där? Som du vill se?

OLIVIA: Ja, jag går ju mycket på känsla och magkänsla och just det där engagemanget. Jag tror att det som har legat kvar i mig väldigt länge som en drivkraft det är jämlikhetsfrågorna, alltså alla dom fördelarna och förtjänster som finns med jämlikhet och ett jämlikt samhälle. Men sen tror jag också att det något mer mänskligt, att min människosyn mycket bygger på att utgångspunkten är att människor har en stark inneboende förmåga och en genuin och spännande kunskap och att den behöver präglade hur vi formar välfärd och samhälle. Jag tror den här nyfikenheten också på den inneboende förmågan och kunskapen, den driver mig också.

LISBETH: Det låter tycker jag så inspirerande att höra, jag tänkte precis på det här med förmågor och människors förmågor, där delar jag en del av din drivkraft och jag tänker egentligen att vi har varit lite slarviga kring den delen när vi har byggt välfärd och kanske speciellt hälsa och sjukvård, det har blivit mycket att se icke-förmågor istället för förmågor.

OLIVA: Och jag tror ibland att man kan, utan att vara medveten om det, försvaga människors kapacitet också. För att oavsett hälsa, oavsett grad av funktionsförmåga så har alla en... ja människor är ju väldigt starka i grunden och de flesta av oss har en väldigt stark anpassningsförmåga. Sen har vi definitivt, var och en av oss mycket god kunskap om oss själva och vårt liv och det där har ju inte alls slagit igenom i välfärdssystemen, utan de är ju mycket fortfarande tanken att vi levererar till någon annan. Vi vet vad någon annan behöver och vad som är bäst för någon annan och det tycker jag att en del av diskussionen 2020 tyvärr har präglats av. Vi pratar *om* andra som ska *få* bra saker istället för att utgå från utgångspunkten i den enskilda. Och man pratar *om* andra också, för mig är utgångspunkten att samhället är ju *alla* oss,

så *alla* är en del av vi:et oavsett bakgrund, oavsett kön, oavsett ålder, Men om man beskriver välfärden från det viset så blir det ju så att några är vi:et och några är dom:et som ska få saker, så jag tänker att alla är ju medskapare och allas både kapacitet och förmåga och kunskap behövs ju för att bygga det här starka samhället.

LISBETH: Det är ju särskilt intressant och roligt att just du som är generaldirektör för Sveriges kunskapsmyndighet på vård och omsorg, just tänker så här och säger så här. För, jag tänker mycket också att den här omställningen vi är inne i, handlar väldigt mycket om en typ av kunskapsomställning eller syn på kunskap som jag tycker stämmer överens med det du berättar nu, den egen- erfarna kunskapen är ju också en kunskap.

OLIVA: Ja, jag håller helt med dig och ibland har jag tänkt att socialtjänsten då som har ett begrepp som heter evidensbaserad praktik som väger in både professionernas beprövade erfarenhet, den vetenskapliga kunskapen *och* den enskilda personens, brukaren, som man vill kalla henne eller honom eller hen för det, i den här evidensbaserad praktiken. De har kommit längre, för det här är ju en treenighet. Medan hälso- och sjukvården fortfarande jobbar väldigt mycket med begreppet vetenskapligt prövad erfarenhet. Den enskildes erfarenhet och kompetens kommer inte in riktigt i det här begreppet. Jag tycker också det, att kunna vikta den kunskapen, integrera den i kunskapssystemet är jätteviktigt.

LISBETH: Är det sånt som ni har med på agendan, jag tänker när ni jobbar med, som kunskapsmyndighet med både vård och omsorg, ta lärdom av det man gör på omsorgssidan?

OLIVIA: Ja, där har vi försökt att se faktiskt att ofta brukar man ju prata om att socialtjänsten har så mycket att lära från hälsa och sjukvård, men det finns faktiskt en omvänd relation. Både i hur man ser på kunskapsbegreppet men i Nära vård ligger också att inte bara se till själva insatsen, utan *relationen* och den är ju väldigt viktig också i socialtjänsten. Man kan ju tycka att det inte bara är viktigt att utvärdera insatsen utan också det som händer mellan insatsen, den sammantagna upplevelsen är viktig. Det är sånt som hälso- och

sjukvården kan inspireras av socialtjänsten som har haft väldigt mycket det i fokus. Jag tar ett exempel från Socialtjänsten, om man placerar ett barn då kanske placeringsinsatsen är en sak men hur man gör det. Kör man barnet dit, vad ger man förberedande information, hur ser själva processen fram till det, uppföljning, alltså helheten ut. Den respekten har man ju för man inte bara kan utvärdera enstaka insatser utan själva sammanhanget, helheten behöver också följas upp. Och det tänker jag också är samma sak på Nära vård, att det är såklart den enskilda behandlingen, läkemedelsbehandlingen eller vad det är. Men också helheten, relationen, kontinuiteten, patientens uppfattning av det, spelar väldigt stor roll. Bemötandet, respekten.

LISBETH: Precis, och vi är ju inte jättebra på att följa det här, det är ju verkligen ett utvecklingsarbete som ligger hos er på Socialstyrelsen, tillsammans med oss på SKR bland annat titta på hur kan vi verkligen följa de här effekterna på ett annat sätt än vad vi kanske följer insatser idag.

OLIVIA: Ja, det tror jag är jätteviktigt och sen kan man ju göra det mer vetenskapligt genom att säga att blir man respektfullt bemött och lyssnad på, skapar man den här relationen då får man såklart en större följsamhet också till behandlingsprogrammet eller vad som nu ska ske. Så det är klart att det kommer säkert också visa sig i hälsoutfall tänker jag.

LISBETH: Precis, och tänker också konsumtionsmönster, jag kanske klarar mig själv bättre, blir mer självständig om jag också får bättre information, är mer delaktig så man kan se det på många olika parametrar säkert.

OLIVIA: Ja, det håller jag verkligen med dig om, och där finns det mycket forskning i både OECD och WHO pratar man ju och gör väldigt mycket studier om det som kallas health literacy, alltså hälsolitteracitet, alltså det är ju inget förekommande svenskt ord. Men det är ju egentligen kompetens om dels systemet, hur det fungerar, men också vad har jag för typ av ohälsoproblematik, sjukdom, hur behandlar man, vad kan jag förvänta mig. Och när man har den kompetensen då kan man också förvänta sig tror jag ett bättre tillstånd, en bättre hälsa, en bättre funktionalitet. Man kanske till exempel blir mindre rädd, man kanske också blir bättre på att själv upptäcka

när tillståndet försämras, man kan få snabbare insatser i tidigare skede. Så att allt det här består ju också i att rusta personen som man gör genom relationen, med den här hälsokunskapen. Det tror jag också får ett utfall av bättre hälsa och bättre funktionsförmåga.

LISBETH: Och det vill man ju verkligen kunna bära in på något bra sätt i uppföljningsarbetet.

OLIVIA: Ja det tror jag vi skulle behöva, någon form av ramverk för att mäta det här och jag ser att det är många länder som gör det. Det skulle jag vara väldigt nyfiken på om vi kunde göra också i Sverige, få ett ramverk för det, det begreppet. Vi mäter ju det på olika sätt men också sätta ihop det då utifrån det här patientperspektivet, den enskildes perspektiv.

LISBETH: Precis. Men jag såg att du är ordförande för en expertgrupp bland EUs medlemsstater, som just tittar på hur man kan stödja och bygga upp utvärderingen av hälsosystemen runt om i Europa. Är det det här du ser, eller ser du andra strömningar och linjer också som är viktiga för oss?

OLIVIA: Ja, jag ser ju absolut att både i EU och OECD-länderna framförallt så går man ju mer och mer åt att ha det här patientperspektivet och ser också att där finns de intressanta nya fynden i data. Ofta tar man ju det där exemplet om prostatacancer att på övergripande systemnivå kan man se att alla operationer lyckas. Men om man börjar se på den enskildas perspektiv, hur ser sexuella förmågan ut, hur ser vardagen ut, vad har du för problem, om man bryter ner det så börjar man plötsligt se stora skillnader i resultat och utfall och då kan man ta lärandet ett steg till mellan verksamheter och länder. Så att man ser en potential i att se på hälsosystem utifrån patientperspektiv för att få ny kunskap. Och man har en väldigt bra data på systemperspektivet men det ger ju inte hela bilden. Om vi nu säger att vi har systemdata på hur många dagar svenska invånare vårdas på sjukhus så säger det ju inte någonting om vi har bra vård eller inte. För då behöver vi veta hur fungerar rehabiliteringen, hur sker den i hemmet, hur tycker den enskilda att det fungerar om man mäter funktionsförmåga efter vård på sjukhus och sen rehabilitering i hemmet och det här har vi inte så mycket data på.

LISBETH: Nej precis. Men ser du framför dig att vi kommer att ha ett skifte mot det här sättet att tänka i våra sätt att följa upp framåt?

OLIVIA: Ja, jag tror faktiskt det. Eller jag tänker inte skifte utan komplettera bilden. Medvetenhet om att vi faktiskt inte har en helhetsbild utan komplettera det med det här perspektivet. Sen behöver vi ju också såklart ha system, är vårt hälso- och sjukvårdssystem effektivt? Det mäter vi ju med till exempel med att om vi behöver dra ner antalet personer som läggs in på sjukhus som egentligen skulle kunnat fått vård och insatser i ett tidigare skede. Kan man dra ner antalet som dör i sjukdomar som man egentligen kan åtgärda och så vidare. Så att vi behöver mäta det också. Men vi behöver komplettera definitivt med dom här delarna. Ja, också öka statusen också tänker jag. Socialstyrelsen, jag är väldigt stolt, jag brukar säga att vi gör den största undersökningen vänd direkt till äldre kvinnor i Sverige. Det finns ingen så stor och det är den här Bruka-undersökningen som går till alla personer som har hemtjänstinsatser eller är på särskilt boende.

LISBETH: Ja just det!

OLIVIA: Och det är ju över hundratusen äldre, majoriteten är ju kvinnor, men här får vi en röst, direkt, ifrån brukarna och det borde ju vara högstatusmätningar, helt enkelt. Ja, och det är ju en totalundersökning också, så här kan man ju inte säga att det här har inget värde för att det är så många som faller ifrån, utan här är det en enorm mängd personer, kvinnor i majoritet men även män då över 65 år som berättar om vilket stöd de får och hur kvaliteten ser ut på den.

LISBETH: Ja just det. Och hur får du det, att höja statusen kring det då? Genom att prata om det tänker jag absolut. Tänker du något annat också?

OLIVIA: Det är ju att ta det här utfallet på allvar och nu tycker jag att kommuner och verksamhet dom använder ju det här som underlag för förbättringsarbete. Nästan alla har det här i den årscykeln att när mätningen kommer så har man brukardialoger, man har dialoger med närstående och anhöriga, man sätter nya planer för verksamheten och har verksamhetsförbättring utifrån det. Så att

på verksamhetsnivå så är det här nu ett otroligt system, och det har ju vi skapat tillsammans. Där man kan jämföra inom kommunen kanske framförallt och mellan verksamheter, men också mellan kommuner om man vill. Men jag tänker också att jag tycker det kan lyftas mer på nationell nivå. Här är vår starkaste brukarröst men jag tror verksamheterna har det väl intrigerat i det rullande förbättringsarbetet.

LISBETH: Jag tänker mycket det här lärandet mellan socialtjänst och hälso-och sjukvård, att verkligen också säga att här har vi en röst för de här människorna, att kunna se att det är viktigt status att kunna jobba på det sättet.

OLIVIA: Mmm, instämmer.

LISBETH: Jag tänkte så här, du har ju varit generaldirektör nu på Socialstyrelsen sen 2015, visst är det så?

OLIVIA: Ja!

LISBETH: Vad har varit, vad har förvånat dig mest i ditt uppdrag?

OLIVIA: Eh... ja det var en väldigt bra fråga...

LISBETH: Eller, vad säger du har varit lätt och svårt?

OLIVIA: Om jag tänker på vad som sticker ut som svåra saker så när jag började, det var hösten 2015, så var det ju en annan kris. Att många ensamkommande barn och unga kom till Sverige och den var väldigt svår tycker jag. För att den var precis som den här krisen, såklart av mindre omfattning, men likväl att krisen och situationen fanns där och hela krishanteringsförmågan handlade om hur väl vi kunde ställa om för att hantera krisen. Det var samma saker där, att se problemet och arbeta lösningsinriktat, alltså inte rada upp nya problem utan fokusera bara på lösningar istället för svårigheter. Och det är ju liksom att då måste man skifta lite i hur man tänker. Fokusera på att vara snabb, för snabbhet är en viktig del av krishantering. Fokusera på att jobba tillsammans, för jag tycker ju att krishantering är ju att arbeta, motsatsen till att arbeta i

stuprör, att hela krissystemet fungerar ihop och då är det mycket att sträcka sig över de här gapen som finns mellan ansvars- och uppdragsområden och täcka över dom. Och det har vi ju till exempel sett runt barn- och ensamkommande då, med gymnasielagen, hur många gap som skapas för de här barnen där vi behöver täppa till mellan alla ansvariga aktörer och gå lite utanför vårt uppdragsområde också. Och sen i det här, att vara extremt anpassningsbar, för att det händer saker hela tiden och också anpassningsbar för att du känner till så lite om situationen. Kunskapen växer ju vartefter och man måste liksom navigera vartefter man får mer kunskap om det. Och sen också, kommunikation och information, det är ju viktigt. Även om vi vet att det är viktigt så är det ändå underskattat i kriser, hur kan vi få samordnad kommunikation, snabb, kvalitetssäkrad och som når alla nödvändiga parter och grupper. Det där kommer jag ihåg och att våga tänka nytt innebär ju också att som ledare vara inställd på att det kommer att bli fel. Vi kommer göra nya saker och om vi är för rädda för att göra fel, så blir det inte gjort. Det säkraste är ju att stå stilla bara. Så att våga agera, innebär också att du som ledare säger - agera, vi kommer göra några fel och jag är beredd att ta ansvar för om det blir fel. Och då vet jag att vi gjorde väldigt snabbt svåra beslut tycker jag, skrev om ett antal föreskrifter för att anpassa och öka uthålligheten i systemet och kapaciteten i systemet. Så det sticker ut som en svår sak, jag vet inte om jag blev förvånade där. Jag tror inte att jag har blivit så förvånad egentligen i någon del. Jag vet att jag blev lite tagen, jag tycker Socialstyrelsen är en fantastisk kunskapsmyndighet, jag blev faktiskt lite tagen av hur mycket kunskap som finns där. Nu har jag ju förmånen att liksom inventera i alla hörn och jag kan fortfarande bli, ja faktiskt förvånad över att va, har vi den här kunskapen också, och den här och den här.

LISBETH: Hur många medarbetare är det på Socialstyrelsen?

OLIVIA: Ja, nu har det gått upp under pandemin så nu är det ungefär 800, när jag kom var det kanske 600. Men jag brukar berätta för nya medarbetare att just det där att jag blev förvånad och häpnad över all kunskap. Man ju göra det lite roligt, jag visste inte om att vi utfärdade tillstånd till hypnotisörer, till exempel. Det är ju de små sakerna. Till att vi arbetar med avhopp från extrema kriminella miljöer, från att ge nationella riktlinjer om endometriosis,

till att utfärda särskilda tillstånd för läkare som ska tjänstgöra och är i slutet av sin utbildning. Det är så, det kan faktiskt förvåna mig och göra mig stolt också, för det är ingen som är direkt yvig på Socialstyrelsen med sin kunskap, utan den märker man efterhand.

LISBETH: Vad härligt att få leda en sån verksamhet med all den potentialen i sin organisation.

OLIVIA: Ja det är faktiskt väldigt roligt och sen kan man lägga till, och det kan också förvåna mig, att vi har många duktiga vetenskapliga råd, enorm massa råd också som är kopplade till myndigheten för att inhämta mer aktuell och uppdaterad kunskap från klinisk verksamhet och från vardagsarbete och lärosätena.

LISBETH: Jag tänker du pratar om krisen 2015 och relaterar också till det vi är inne i nu, reflekterar du nånting kring, jag tänker omställningen till Nära vård som jag skulle betrakta mer som en långsammare process, den är ju ingen kris och är inte akut. Dom här relationerna mellan det akuta och sättet att jobba när man måste samla sig i en kris och det som handlar om att driva något som är stort och komplext och som kommer att ta tid, vad det kräver för olika sätt att leda, och vad kan vi hämta av varandra, dom olika logikerna på något sätt.

OLIVIA: Ja tycker att det man kan hämta från krisen, och det kan ju Nära vård-reformen också, att vi får ju direkt en samsyn om vad är det för uppgift, hur ser uppgiften ut. Nära vård har ju försökt den här omställningen länge, att man pratar väldigt länge om det, vi har det målet och vi har det. Nära vård är ju, det också utredningen arbetat mycket med, behöver ju den här samsynen om vart vi ska, vad är det för uppgift vi vill lösa. Det är ju någonting som efterfrågas mycket i svensk hälsa- och sjukvård, att vi får gemensam målbild av de stora förflyttningarna i vårt hälsosystem. Det tycker jag Nära vård har, men jag tycker definitivt vi kan se på hur vi löser det i en kris, för det är ju det som gör det så roligt att arbeta i kris, rätt var det är, det är alla eniga om, är att hit ska vi och så börjar man jobba mot det - hur löser vi det här? Och det behöver vi ha på Nära vård också. Hit ska vi, och så börjar vi jobba med, ok, hur löser vi uppgiften? Sen tycker jag det finns för många olikheter och det

har ju flera visat att det här är ju en omställning såklart, organisatoriskt, ekonomiskt, regel- och avtalsmässigt, men också *kulturellt*. Och det var ju det du sa också med förflyttningarna, kunna få ännu mer av individ- och personcentrerad vård. Och den här kulturella förflyttningen, man måste ha respekt för att det tar tid. Det är ingenting man kan skriva fram på dokument, utan där måste man leva det själv, resonera, ha dialog. Varje verksamhet behöver själv integrera den här strategiska förflyttningen i sin operativa vardag, vad betyder det här hos oss, den här förflyttningen. Och då får man också se att det finns inget framme, ingen början och inget slut utan det är ju en inriktning på arbetet. Att ha respekt för att man kommer befinna sig i olika lägen och att det inte finns något slutmål egentligen utan det är liksom ett inriktningsarbete som jag ser det. Och man vill mäta den här förflyttningen, snarare än att premiera att någon blir klar. För det är man väl knappast. Och det kommer ju hela tiden in nya personer i systemet, nya patienter, nya anhöriga, nya professioner med mera och alla behöver göra den här resan. Så jag tänker det här med kulturförflyttning att den behöver man göra var och en och veta vad betyder det här för mig, och mitt arbetssätt. Chefen behöver tänka att vad betyder det är för min grupp, för min enhet, min avdelning, min klinik, min verksamhets arbetssätt. Ledning och styrning behöver ju såklart också identifiera på en mer aggregerad nivå, vad behöver vi följa upp, vad vill vi sätta för mål, hur vill vi styra, hur vill vi inspirera. För att kulturförflyttning är inte bara styrning med mål och uppföljning, det är ju gott ledarskap där man själv lever det och det är inspiration. Min erfarenhet är också att man blir ganska trött på sådana här strategiska förflyttningar, man måste liksom putta in nytt, som ger ny energi hela tiden, man orkar inte prata om samma sak år efter år. Man blir ju trött som chef också. Då behöver man liksom en liten ny vinkel, en ny ingrediens. Det kan vara samma inriktning men du behöver fylla på liksom, för att faktiskt orka hålla igång den här resan. Och så behöver du hålla bort, för man blir så sugen efter ett tag att ha ett nytt mål, ha en ny strategisk inriktning. Man blir lite trött, man har jobbat med det så länge, ska vi hitta på något nytt. Och då måste man för sin egen del också fylla på med ny energi för att orka hålla kvar vid det här och därmed också visa att det här är prioriterat och inte bara ersätta med nån ny grej. Här måste vi hålla i, Ja, och det är ju det liksom, väldigt svårt med strategiska förflyttningar att hålla i över tid, och orka ha energin uppe.

LISBETH: Men det är ju verkligen intressant det du säger, att faktiskt hitta, inte byta riktning, men att hitta den nya lilla drivkraften eller den nya twisten på det. För jag kan ju känna att det kan jag vara lite rädd för, jag ser så mycket engagemang i det så jag tänker att det kommer att förflytta, vi kommer att förflytta oss i den här riktningen. Men det är klart att det här med att, ska vi sätta upp något nytt nu, för nu är vi trötta, speciellt dom som har pratat mycket om det och varit i ledande positioner och så, det vore ju förödande. Så att det är viktigt att tänka det du säger, att hitta de nya energikickarna på något sätt i det.

OLIVIA: Ja och där kan man vara, jag tycker det hänger nära ihop också med omvärldsbevakning. Det händer så mycket i omvärlden, så att om man omvärldsbevakar så betyder det också att man måste twista litegrann men ändå hålla fast vid sin huvudinriktning. Så det är därför man får kalla det för en levande förflyttning också tänker jag, eller levande inriktning. Men man får tänka också som ledare för sånt där att man får fylla på sin egen depå också.

LISBETH: Om du ska, Socialstyrelsen har ju stora uppdrag på området Nära vård, ni ska stödja omställningen, ni ska bidra till att kunna följa den och så. Vill du berätta litegrann om uppdragen?

OLIVIA: Ja, det gör jag väldigt gärna för att jag är ju mycket, mycket glad och tacksam att vi från Socialstyrelsens sida kan vara med på den här resan. Och dels som du säger om vi börjar i den delen som är stödjande, så är det på många olika sätt. Och det är ju för att Nära vård förflyttningen är en väldigt bred reform. Vi kommer ju stödja den förflyttning som ska ske mot att ha mer fokus på hälsofrämjande och förebyggande insatser. Om vi tar ett mer konkret exempel, så kan det till exempel bestå i det här nationella riktlinjerna som vi har för ohälsosamma levnadsvanor som ska täcka, särskilt riskgrupper men alla åldrar. Där ger vi implementeringsstöd och det är ju jätteviktigt för de riktlinjerna betyder ju att du ska i alla verksamheter, och det blir ju till stor del närvården, stödja den enskilda i hälsosamma levnadsvanor. Sen har vi ju stöd för rehabilitering, som är en annan del innehållsmässigt som vi ska lägga

mer tonvikt på i Nära vård, I form av kunskapsstöd, i form av webbutbildningar till exempel om hjälpmedelsförskrivning som också är en viktig del av rehabilitering och habilitering. Så dom delarna, man tänker att man ska skruva lite mer mot rehabilitering och habilitering och hälsofrämjande och förebyggande. Sen så kommer vi också stödja med frågan om tydlighet, när vi gjorde vår förstudie, så såg vi att vi gjorde en mer fördjupad förstudie om kommunalvård att det var många som inte hade en tydlig bild av kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård, vad det innebar. Och därmed så kunde man inte heller tillgodose att man kommunala hälso- och sjukvården hade rätt förutsättningar, eller följa upp den på rätt sätt. Så att man till exempel kunde bevaka att patientuppföljningen var god med mera. Och det var en tydlig beställning till myndigheten att kan ni tydliggöra regelverket här. Vad är MAS skyldighet, vad är socialnämndens skyldighet, vad är verksamhetschefens skyldighet. Och nu har ju det använts mycket under pandemin för att nu har ju inte det bara betydelse för kommunernas ledningar och socialnämnderna utan nu är det tydligt för gemena man och för regionerna också, hur det kommunala ansvaret för hälsa och sjukvård ser ut och att det är två jämbördiga parter, två jämbördiga huvudmän. Det fanns det ju inte riktigt i ingången av pandemin. Den här tydligheten då, kommer vi stödja i form av meddelandeblad, handböcker och allt det så att man får en bra kunskap om vad lagen säger om ansvar och uppdrag. Sen så kommer vi också stödja patientsäkerhetsarbetet, ett jätteviktigt arbete för vi har ju god kunskap om att det finns en hel del risker inom närvården, fall, skador, trycksår, undernäring med mera. Och då har den nya nationella patientsäkerhetsplanen ju särskilt lyft fram nära hälso- och sjukvård i framförallt kommunen. Och också den sjukvården som framförallt riktar sig mot de sköra äldre. Så där pågår ett jättebra arbete. Vi kommer också stödja, det här kommer ju lite vidare perspektiv av Nära vård, dom tidiga insatserna. Det finns en stor satsning nu mot mödrahälsovården med utökade hembesöksprogram. Och att mödrahälsovården går hem, inte bara barnhälsovården och tillsammans med socialtjänsten gör flera hembesök. Det är ju av flera skäl, både att ge det späda barnet väldigt bra start i livet när det gäller hälsoperspektivet. Men också skapa just den här förtroendefulla relationen. Barnet är ju helt beroende av de närstående och vårdnadshavarna eller föräldrarna i första hand. Så att dom vet vad dom kan få för stöd av

barnhälsovård och socialtjänst. Och det här är ju verkligen en bra god och näravård tycker jag, i det späda barnets start i livet, identifiera vad man behöver för stöd för att skapa jämlika uppväxtvillkor. Så det här är jättebra och det följer vi upp och utvärderar.

Och vi göra samma sak fast då med sju, åtta, nioåringar där hälso- och sjukvård samverkar med skola och socialtjänst för att identifiera barn som kanske inte har bra skolnärvaro och har problem med skolan. Ofta hänger det ihop kanske med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, annan ohälsoproblematik, våldsutsatthet med mera. Och det är ju också fokus då på att främja hälsa, upptäcka tidigt, samverka mellan alla aktörer, utifrån det enskilda barnet och barnets familjs behov. Och det pågår i över femtio kommuner tror jag som är med i det här. Och det följs upp och det är metodstöd och det är uppföljning. Det är väldigt uppskattat, för nästan alla kommuner och regioner är ju nu inne på att tänka på tidiga insatser, hur kan vi skjuta resurserna dit för att främja hälsa och för att främja bra uppväxt också. Vi vet ju att så många studier att har du en ohälsoproblematik, till exempel psykisk funktionsnedsättning så är det ju inte så att det går över när du fyller 18. Utan då ser ju vi tio år senare att har du varit deprimerad till exempel, eller har haft ångestsyndrom och diagnos för detta, följer vi upp dom barnen och ungdomarna tio år senare, när de kanske är 25, 26, 27, 28 år. Dom ligger fortfarande efter sin åldersgrupp, dom har fortfarande inte etablerat sig på arbetsmarknaden i samma utsträckning, fortfarande inte läst in gymnasiet, fortfarande inte gått vidare till högskolan. Så där här är allvarlig problematik som vi bara egentligen kan komma åt med de här tidiga samordnade insatserna, och där är ju Nära vård en kärna.

LISBETH: Verkligen!

OLIVIA: Och sen så, om man går till uppföljning, så följer vi ju dels upp vad gör kommuner och regionerna. Vi gjorde ju nyss en uppföljning där vi såg att alla regioner hade tagit fram en strategi. Men, när man frågade om det fanns en gemensam målbild för kommuner och regioner, så fanns ju inte det. Och det är ju det man ser att nu är ju det arbetet på gång, fullt upp. Så det är ju jättebra att man just kan få det där gemensamma målet. Och det kommer vi fortsätta

följa upp, hur går arbetet i kommuner och regioner. Vi kommer också att följa upp som ett antal parametrar på en övergripande nivå, hur ser det ut med kontinuitet, samverkan, digitala frågor med mera. Så hoppas vi kunna följa upp med hälsodata, det här är ju en stor förändring som utredning av god nära vård föreslog att vi skulle inkludera primärvården i hälsodataregistren. Därav nu under pandemin att vi har kunnat säga så mycket om sjukhusvården, om hur det ser ut för dom som har långvariga hälsoeffekter efter genomgång med Covidinfektion eller intensivvården, men vi vet ju inte alls hur det ser ut i primärvården. Så det här kommer ju gynna oss, om vi får den här datan om primärvården. Dels, hur går det med den här förflyttningen med god och Nära vård och sen yttra sig som en massa andra saker, så att få den här helhetsbilden. Vi kommer följa också på särskilda områden också tänker jag, e-hälsan, det är ju en viktig del av god och nära vård, och välfärdstekniken. För den är ju ofta så att den underlättar för att få vård där man är till vardags och få den här tidiga uppföljningen, och där kommer vi följa upp kompetensförsörjningsfrågorna såklart. Där har vi ju hela arbetet nu med Sveriges största yrkesgrupp, undersköterskor, som socialstyrelsen har satt kompetensmål för och där nu diskussionerna är att vi ska snabba på processen mot en skyddad yrkestitel. Den kompetensförflyttningen kommer inte ske snabbt men på lång sikt, där vi kommer att ha en likvärdigt högre nivå på den här kompetensen, det kommer betyda mycket för god och nära vård.

LISBETH: Kan du säga någonting, när tror du att vi kommer ha en skyddad yrkesbeteckning för undersköterskan?

OLIVIA: Ja det tror jag att vi kommer att få men jag tror att det kräva övergångsregler under en lång tid. Det finns ju så många nu som har utbildning, men vad vi såg i den här utredningen är att utbildningen ser olika ut. Så en poäng med det är ju att man ska veta att alla har likvärdig kompetens och då behöver man ju på något sätt validera den kompetensen. Där finns ju inget system för validering, men det kan ju ta tid eftersom man kommer med unika bakgrunder och erfarenheter, hur ska den här valideringen gå till. Och sen behöver vi ställa om hela utbildningssystemet också så att man får en mer nationell curriculum för den här utbildningen.

- LISBETH: Men det kommer att bli någon författningsreglering kring det här ganska snart eller?
- OLIVIA: Ja, det tänker jag. Det är iallafall min bild av hur arbetet ser ut nu, precis.
- LISBETH: Och jag ska säga också att vi jobbar ju nära er på Socialstyrelsen, har ett gott samarbete och sen har ni ju också er myndighetskompis, myndigheten för vård- och omsorgsanalys som också har uppdrag på området.
- OLIVIA: Just det.
- LISBETH: Det känns jättebra.
- OLIVIA: Det är ju väldigt bra för dom kan ju också titta över, dels är ju dom duktiga på att belysa från hela hälsosystemet men också titta på myndigheternas arbete. Så de ger ju mycket god input till både hur regeringen kan styra men även hur myndigheterna också kan jobba med uppdragen.
- LISBETH: Jag tänker också att du har ett nytt spännande uppdrag för du ska ju, eller är ju redan, utredare för en ny äldreomsorgslag i Sverige. Kan inte du berätta lite grann om direktivet, vad är det du har fått att göra?
- OLIVIA: Ja tack, det gör jag gärna och jag tycker att det här är ett väldigt viktigt och utmanande och roligt uppdrag. Det är ju roligt därför att många utredningar får ju i uppgift att kartlägga problem, identifiera brister. Den här utredningen är ju inte så, utan det är att ta fram en äldreomsorgslag. Det står ju, den ska tas fram för att vi ska förstärka likvärdigheten mellan verksamheterna nationellt, stärka förtroendet, tydliggöra också äldreomsorgens uppdrag och vad äldreomsorgen är. Genom det här tydliggörandet så kan vi också få mer av ett gemensamt, grundläggande krav på äldreomsorg som kan ha att göra med välbefinnande, funktionsförmåga, inflytande med tjänsterna med mera. Men också, kvaliteten i det här och då ska också dom kvalitetsparametrarna som finns i lagen så småningom flyttas in i en vad man kallar för nationell omsorgsplan. Där man kanske anger som ett stöd och en styrning för verksamheten, hur man kan arbeta med kompetensfrågor, med

individ Anpassning, välfärdsteknik, anhörigfrågor, samverkar och kontinuitet med mera. Och då kan verksamheterna och kommunerna ha det här som ett stöd och bryta ner, och just lite som god och nära vård, hur omsätter vi det här i vår verksamhet, vad betyder det för oss. Och så står det också i direktiven att IVO kan ju tillsyna utifrån det här också. På det viset får man lite ökad tydlighet om äldreomsorgen. Men, det är ju omsorgsdelen, sen står det också tydligt i direktiven, det är ju lite mer öppet men det står tydligt att vi ska pröva om det ska finnas en medicinskt ansvarig för rehabilitering i varje kommun. Ungefär som att det finns en medicinskt ansvarig sjuksköterska i varje kommun. Och att vi också ska prova om det i varje kommun ska finnas en medicinskt ansvarig läkare, och den här medicinskt ansvariga läkaren, det är ju inte så lätt för alla och envar att förstå, men det är ju egentligen en läkare som är med och leder och styr och följer upp det medicinska arbetet. Så att man får den kompetensen också i ledningen och styrningen av kommunerna, alltså läkarkompetens. Till exempel hade man kunnat tänka sig att nu under pandemin hade man kanske kommit bättre in med avtal och överenskommelser, och dialogen mellan region och kommun när man stoppade leverera läkartider från vårdcentralerna och det som IVO har påpekat, så den funktionen. Men så står det också öppet att se hur vi kan säkerställa ökad tillgång till hälso- och sjukvårdskompetens för personer på särskilt boende och för personer som har hemtjänst, för att det här vet vi ju om att är en brist idag, att det är ett tak i många avtal, man har kanske en eller två minuter, tre minuter per brukare på särskilt boende. Man kommer in mer i en konsultativ roll som läkare, man är inte en del av teamet som vi vill i god och nära vård. Man får inte den här relationskontinuiteten heller. Direktiven säger att undersöka om vi kan styra mer här för att säkerställa att personer som har äldreomsorg får lika bra tillgång till hälso- och sjukvård som alla andra har. Som man har enligt lagen också, men man kanske behöver styra på ett annat sätt.

LISBETH:

Det tänkte jag när jag läste, att äldreomsorgslagen ska komplettera socialtjänstlagen men den ska ju innehålla bestämmelser och både vård och omsorg så det blir ju lite grann ett komplement tänker jag till hälso- och sjukvårdslag också, jag vet inte?

OLIVIA: Ja, precis. Och det kan ju vara lite tekniskt men jag ser ju framför mig såklart att vi behöver reglera de här frågorna, att vi behöver medicinskt ansvarig för rehabilitering, det behöver ligga på rätt plats i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Sen kan man ha det man kallar för hänvisningslagstiftning i den här äldreomsorgslagen som man ser allt sammantaget men man kanske reglerar det i hälso- och sjukvårdslagstiftningen istället. Men vi ska titta på istället, det är ju en juridisk tung utredning, och det som kom fram under pandemin är ju strukturella brister som har att göra med kontinuitet och medicinsk kompetens och brister i samordning och så vidare, som vi har dokumenterat sen lång tid men som blev extra tydligt under pandemin. Därför så har man nu från regeringens sida valt att nu behöver vi titta igenom lagstiftningen hur vi kan förtydliga och förstärka dom här delarna. Sen kommer ju vi samverka mycket med inte minst kommuner och regioner, professioner, brukare, anhöriga med mera, för att se att det blir på bästa möjliga sätt men jag tror att det finns en samsyn om bristerna. Iallafall en samsyn på en övergripande nivå att vi har mycket att jobba med tillsammans nationellt och kanske tydliggöra nationellt också frågor om uppdrag och inriktning och så.

LISBETH: Mm, på det sättet tycker jag ju att den blir en typ av Nära vård-utredning också, för det här är ju så viktiga områden, så centrala områden i hela omställningen mot Nära vård, så jag tänker att den ingår i familjen på något sätt.

OLIVIA: Ja! Det gör den verkligen! Den gränsar ju, jag håller helt med dig Lisbeth, jag tycker att den är ett syskon till Nära vård, definitivt och ta till exempel medicinskt ansvar för rehabilitering som har varit en stor fråga för Nära vård. Och förflyttningen då att man just gör rehabilitering i hemmet, att vi har kunskapen om mycket rehabilitering lönar sig för alla åldrar. Den analysen har man gjort där då, att man behöver lägga mer tid på det här och mer kompetens, hänga med i forskning och så vidare. Forska och utveckla, det kommer vi ha användning för när vi ska reglera de här frågorna. Och som du säger, samverkan med Nära vård, vi vet ju att huvuddelen av personer som till exempel bor på särskilda boenden har kommunal hälso- och sjukvård. Så att för de flesta så går de här områdena ihop i ens liv och vardag. Så det hänger helt och hållet ihop med det, att kunna reglera dom frågorna och

uppmärksamma de frågorna från båda håll, både från socialtjänsten och hälso- och sjukvårdens sida.

LISBETH: Vi behöver få ihop det här på ett ännu bättre sätt helt enkelt. Jag tänker, har ni kommit igång?

OLIVIA: Ja! Vi har kommit igång, vi fick ju det här precis innan jul och vi hade redan ett sekretariat på plats i januari så att vi var väldigt snabbt på fötter! Det är den personen som var huvudsekreterare i god och Nära vård, Louise Andersson som är huvudsekreterare här också. Sen har vi två väldigt duktiga jurister, Katrin Vestlund och Malin, en som har fokus då på äldreomsorgslagen och en på hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Och vi har redan haft våra första möten, sitter nu med arbetet på att definiera äldreomsorg och studera hur kommunerna har gjort det. Titta också på riskerna också med att definiera det väldigt skarpt att man kan bli utkastad ur en verksamhet och behöva byta verksamhet, kanske vid en speciell ålder. Sen då också titta på, ja vad ska ingå i äldreomsorgen. Så där är vi nu. Så har vi då formerat mer eller mindre då men det är Regeringskansliet som ska utser det, en expert och sakkunnig grupp, och referensgrupper också som vi snart kommer bjuda in till.

LISBETH: Åh, vad härligt. Och när ska ni vara klara?

OLIVIA: Det är till nästa sommar, 2022.

LISBETH: Ja just det.

OLIVIA: Regeringen vill ju ha det här innan valet och vi kommer också har vi bestämt, men inte sagt ännu, vi kommer tillsätta en politisk referensgrupp för det är ju innan valet. Vi vill ju att så många riksdagspartier som möjligt är eniga om huvuddragen eller iallafall får möjlighet att ge sin input i det här arbetet. Så att det kan bäras vidare över valet också.

- LISBETH: Det låter klokt, för det tänker jag också har varit styrkan med dom utredarna som har varit på Nära vård-området, både Göran Stiernstedt och Anna, så har det funnits en politisk samsyn, det är ju viktigt i grunden i detta.
- OLIVIA: Ja det tror jag är väldigt viktigt och här har ju också de politiska partierna varit så synliga och har ganska många politiska förslag och idéer om hur det här ska utformas, så vi vill ju ta vara på allt det tankegodset som finns där.
- LISBETH: Ja, det ska bli så superspännande att följa det här, det känns otroligt viktigt att de här frågorna har fått ett sånt här ljus som de har fått.
- OLIVIA: Ja, det håller jag med dig om. Jag tycker verkligen att det är så glädjande att de här frågorna ses som så viktiga, och den här samsynen som finns att nu ska vi förbättra och det är en etta/nolla utan det pågår ju jättemycket arbete för att förbättra det här. Men vi få just det vi har på god och Nära vård, en gemensam inriktning, en lite mer uttalad inriktning som alla delar.
- LISBETH: Mm. Då kanske den här frågan som vi började med också, hur vi följer saker och det fina arbetet som görs i socialtjänsten kring personernas perspektiv, kommer att kunna segla fram också ännu starkare också tänker jag?
- OLIVIA: Ja, det tror jag faktiskt. En viktig diskussion här blir just den här att ingen vill gå tillbaka till långvården. Då blir det den här levande diskussionen om var och ens vardag, det sociala, psykosociala innehållet, hur det förenas på ett bra sätt med hälso- och sjukvård. Och då tror jag att vi får en bra fokus också på individen i det, vi bestämmer ändå hur vi ska ha vår egen vardag. Det är ingen annan som bestämmer vad som är bäst för oss, det gör vi själva, var och en på bästa sätt.
- LISBETH: Olivia, vi ska snart börja runda av, är det nånting som du tänker så här att det här hade jag velat berätta om eller prata om eller?
- OLIVIA: Ja, men jag har massor, men jag kan ju säga det här om utredningen också att Sverige tycker jag nu när jag sitter i många internationella möten, det är att trots höga och väldigt tragiska dödstal och många som har insjuknat också i

Covid så har vi gjort några saker som sticker ut, väldigt positivt. En är ju att vi har ett lärande förhållningssätt tycker jag, vi tillsatte snabbt den här Corona-kommissionen, under pandemin, med syfte att lära direkt, ta vara på det och använda det under pågående pandemi men också framåt. Den här utredningen är också en del i att sammanfatta lärande och agera. Det här är faktiskt, vi har frågat runt och det är inte andra länder som gör på det här viset. Och det tycker jag att vi kan dela med oss av, jag väldigt många kommer vilja titta på det här. Alla länder har ju dragits med exakt samma problem med upptäckten av en äldreomsorg som behöver både mer kompetens och mer resurser och politisk uppmärksamhet. Så jag tror att vi kommer också kunna jobba internationellt med att visa upp vad vi kommer fram till här. Både Corona-kommissionen och den här utredningen och andra eventuella utredningar som kommer komma som resultat av den.

LISBETH: Tänker du mycket dialogen också som form i den här utredningen, det har man ju pratat mycket om i Annas utredning, jag tycker även Anders Prins utredning, har ni såna tankar?

OLIVIA: Ja, absolut. Vi har fått många inbjudningar, så att jag kan passa på nu att välkomna alla att höra av sig. Ja, vi behöver dialog, definitivt, för att jag tror att det gäller alla utredningar nu för tiden.

LISBETH: Ja det gör det ju.

OLIVIA: Har man fokus på att det ska skapa någon form av effekt och nytta, då måste man också jobba samtidigt med dialog och samsyn. Jag gillar ju inte det där ordet förankring, det är inte för att förankra det är för att öka kvalitet och ha ett inkluderande perspektiv i arbetet för att alla behövs även i arbetet med en förstärkt och förbättrade äldreomsorg, och hälso- och sjukvård för äldre.

LISBETH: Nu ska vi avsluta Olivia, så jag är så glad att du har tagit dig tiden med att vara med i Näravårdpodden och jag skulle vilja att du avslutar med att berätta med vad som nära för dig.

OLIVIA: Mm, ja det är en bra och svår fråga. Men, jag skulle ändå vilja säga att för det första är ju nära det här personcentrerade eller individcentrerade utgångspunkten, att man utgår från den enskildes liv och vardag. Men sen är det också lite mer hårdvara som tillgängligheten, alltså den faktiska tillgängligheten. Hur lätt är det att få tag på personer, hur lätt är det att komma i kontakt med vården, man förstår också hur man gör det. Att det inte är för långa väntetider. Och sen är det såklart, nära tycker jag också är att man bemöts på ett bra sätt, att man bemöts med respekt och nyfikenhet. Nära kan också vara att vården kan bedrivas i hemmet på ett bra sätt då, för det är för väldigt många betyder det Nära vård att kunna få vård i hemmet och det gäller ju för dom som är allra mest sköra och dom som har långvarig sjukdom där man inte behöver sjukhusvård. Då är nära att det finns där man är.

LISBETH: Tack. Och tack för att var med.

OLIVIA: Ja, tack!