

# Förutsättningar för en Vårdcentral 2.0

*Lärdomar från ett designdrivet utvecklingsprojekt inom primärvården*



*Rapport från projekt "Vårdcentral 2.0", Experio Lab, Landstinget i Värmland.*

*Finansierat av Vinnova, projektlett av Anna Thies, Vårddesigner på Experio Lab februari 2014 - april 2015.*

## ***Vårdcentral 2.0 - Lärdomar från ett designdrivet utvecklingsprojekt inom primärvården***

*Maj 2015*

*Finansierat av Vinnova, diarienummer 2013-05475*

*Rapporten är skriven av Anna Thies, projektledare och vårddesigner på Experio Lab februari 2014 - april 2015*

*Experio Lab är en del av Landstinget i Värmland ([www.ExperioLab.se](http://www.ExperioLab.se), [www.LiV.se](http://www.LiV.se))*

*Projektets blogg: [www.PatientensFokus.se](http://www.PatientensFokus.se)*

Bild framsida: Vårdcentralen Rud i vinterskrud.

Samtliga fotografier är tagna av Anna Thies eller Olga Sabirova-Höjerström, förutom bild 2 & 12 som är tagna av Emilia Henriksen.

## *Förutsättningar för en Vårdcentral 2.0*

---

*Lärdomar från ett designdrivet utvecklingsprojekt inom primärvården*



|                                                                                             |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>BAKGRUND OCH SYFTE</b>                                                                   | <b>3</b>  |
| <b>UPPLÄGG OCH GENOMFÖRANDE</b>                                                             | <b>4</b>  |
| TJÄNSTEDESIGN                                                                               | 5         |
| <b>VÅRDDESIGNER - EN NY YRKESROLL I VÅRDEN?</b>                                             | <b>6</b>  |
| FRÅN FOKUS PÅ MÖJLIGA INNOVATIONER TILL FORMULERING AV LÄRDOMAR                             | 7         |
| <b>UNNDVIKA ATT SKAPA NYA PROBLEM - EN CENTRAL ANSATS</b>                                   | <b>8</b>  |
| <b>VÅRDENS INTRESSETER</b>                                                                  | <b>9</b>  |
| INVOLVERING AV PERSONAL                                                                     | 9         |
| INVOLVERING AV PATIENTER/MEDBORGARE                                                         | 10        |
| <b>ITERATIVT ARBETE</b>                                                                     | <b>11</b> |
| <b>LÄRDOMARNA</b>                                                                           | <b>13</b> |
| <b>SUMMERING AV RESULTAT</b>                                                                | <b>21</b> |
| KVANTITATIVA RESULTAT                                                                       | 21        |
| KVALITATIVA RESULTAT                                                                        | 23        |
| AKADEMISKA BIDRAG                                                                           | 24        |
| <b>SAMMANFATTNING AV DE 11 LÄRDOMARNA</b>                                                   | <b>25</b> |
| <b>SLUTSATSER, FÖRSLAG OCH REKOMMENDATIONER</b>                                             | <b>26</b> |
| FÖRSTÅ VAD SOM FÖRSIGGÅR INNAN DU FÖRSÖKER ÄNDRA NÅGOT                                      | 26        |
| <b>VÅRDSPECIFIKA REKOMMENDATIONER</b>                                                       | <b>26</b> |
| SE ÖVER PRIORITERINGSORDNINGEN INOM PRIMÄRVÅRDEN                                            | 26        |
| GE SJUKSKÖTERS KOR SOM VILL OCH KAN MER MANDAT                                              | 26        |
| TYDLIGGÖR BESLUTSVÄGAR OCH STRUKTURER                                                       | 27        |
| AVSÄTT TID FÖR UTVECKLING AV VERKSAMHETEN (VID SIDAN AV PERSONALENS INDIVIDUELLA KOMPETENS) | 27        |
| UTVECKLA INTERNA PROCESSER OCH INTERN KOMMUNIKATION                                         | 27        |
| <b>DESIGNSPECIFIKA REKOMMENDATIONER</b>                                                     | <b>28</b> |
| VAR NÄRVARANDE LÄNGE                                                                        | 28        |
| BÖRJA INTE UTVECKLA LÖSNINGAR FÖRÄN DU ÄR SÄKER PÅ VAD PROBLEMET ÄR                         | 28        |
| SÄTT IHOP DESIGN-TEAM FÖR UTVECKLING                                                        | 28        |
| <b>FÖRVÄNTADE EFFEKTER</b>                                                                  | <b>28</b> |
| <b>REFERENSER</b>                                                                           | <b>29</b> |
| <b>LÄNKAR</b>                                                                               | <b>29</b> |
| <b>TACK!</b>                                                                                | <b>30</b> |

## Förutsättningar för en Vårdcentral 2.0

Lärdomar från ett designdrivet utvecklingsprojekt inom primärvården

## Bakgrund och syfte

Syftet med projekt Vårdcentral 2.0 var från början att utveckla nya vård- och omsorgstjänster som möter patienternas behov. Tanken var att testa designbaserade metoder genom att låta en tjänstedesigner ta del av en primärvårds vardag under en lång tid. Design tar sin utgångspunkt i användaren/brukaren/människan; ett angreppssätt som sågs som relevant för att tänka nytt kring vården.

Planen var att ta fram koncept för nya och förbättrade tjänster i primärvården och att implementera dessa nya lösningar. Dessutom skulle vårdcentralen få metoder att kontinuerligt involvera patienter för att förbättra vården. Inriktningen mot innovationer och konkreta tjänster ändrades dock under projektets gång till förmån för lärdomar som en bas för att *på sikt skapa förutsättningar* för en hållbar primärvård.

Arbetet har kretsat kring att involvera patienter såväl som personal för att skapa en mer patientfokuserad primärvård. Det har även handlat om att se över personalens arbetssituation för att se var nya innovationer skulle kunna gagna båda grupperna - vårdgivare och patienter.

Den centrala utgångspunkten har varit att försöka integrera ett större mått av patientens perspektiv i vårdutvecklingen snarare än att utveckla utifrån verksamheten. Projektet skulle därför inte ha patienten i fokus (utifrån-perspektiv) utan projektet skulle i största möjliga mån ha patientens s fokus (inifrån-perspektiv). Därför döptes även projektets blogg som var avsedd som en kommunikations- och informationskanal till patienter och vårdgivare i projektet till just [www.patientensfokus.se](http://www.patientensfokus.se).

Ursprungligen var hypotesen att projektet skulle utgå från en designprocess i fem faser: förbereda, fånga, förstå, förnya, förbättra<sup>1</sup>. Under arbetets gång blev det tydligt att faserna "fånga" och "förstå" krävde mycket mer tid och energi än vad som var möjligt att förutse. Det tog tid att verkligen förstå vad som skedde, och att reda ut förhållandena. Därför har projektet kommit att fokusera mer på att förstå vilka förutsättningar som behöver finnas på plats för framtida primärvårdsutveckling, samt att försöka initiera och stärka interna förbättringsprocesser.

Hur man praktiskt kan eller bör gå vidare med att förnya primärvården är frågor som behöver ges mer kraft och tid än vad som inrymts i detta projekt. Förhoppningen är dock att lärdomarna från detta projekt och de processer som initierats på vårdcentralen Rud kan ha skapat en värdefull grund för fortsatt arbete.

---

<sup>1</sup> <http://experiolab.se/vard-design/> (per 2015-04-28)

## Förutsättningar för en Vårdcentral 2.0

*Lärdomar från ett designdrivet utvecklingsprojekt inom primärvården*

## Upplägg och genomförande

”Att som utomstående förutsättningslöst kunna vara närvarande under så många timmar och att få möjligheten att lära känna många av de personer man observerar, är nytt. Eftersom det under projektet har fått vara odefinierat vad (vilken typ av lösning) som ska levereras, har projektet kunnat inrikta sig på de problem man observerat – vare sig det handlat om en process, ett objekt, ett IT-system eller annat. [...]

[...] ATT KUNNA FÅ SÅ GOD HELHETSSYN PÅ VAD SOM BRISTER OCH VAD SOM FUNGERAR VÄL ÄR EN ABSOLUT GRUNDFÖRUTSÄTTNING FÖR ATT SKAPA NYA, MER EFFEKTIVA OCH RELEVANTA VÅRDTJÄNSTER SÅVÄL NU SOM FÖR FRAMTIDEN OCH FÖR PATIENTEN SOM FÖR PERSONALEN.”

*Anna Thies, projektledare*

Anna Thies anställdes som tjänstedesigner på Experio Lab<sup>2</sup> på Landstinget i Värmland, med uppdrag att arbeta med projekt Vårdcentral 2.0 på halvtid. Vårdcentralen Rud i norra Karlstad utsåg som s.k. testbädd för att bedriva projektet. Anna fick full tillgång till vårdcentralen och tillbringade största delen av sin projekttid på plats på vårdcentralen. Vid sidan om halvtidstjänsten fortsatte hon sina doktorandstudier på Stockholms Universitet.

---

<sup>2</sup> [www.experiolab.se](http://www.experiolab.se)

## Förutsättningar för en Vårdcentral 2.0

*Lärdomar från ett designdrivet utvecklingsprojekt inom primärvården*

## Tjänstedesign

Utgångspunkten i en designers arbete är oftast personen/människan, i detta projekt främst patienten eller den anhörige, men också personalen. Designerns grundläggande bas för fortsatt arbete är så med att förstå de inblandade parterna och deras drivkrafter. Oftast används etnografiska metoder såsom observationer och intervjuer eller workshops då man tillsammans med berörda parter arbetar med att bättre förstå situationen ur så många olika perspektiv som möjligt. Vissa workshops kan leda längre och även utarbeta olika förslag till lösningar. Det viktigaste är dock att ha en god grundläggande förståelse ur många berörda parter perspektiv innan man arbetar med lösningar.

Som tjänstedesigner arbetar man med att ta fram tjänster utifrån dem som tjänsten berör. Hälso- och sjukvårdssektorn är i allra högsta grad en tjänst. Tjänsten består av att personal tillhandahåller stöd till medborgare för att bibehålla eller uppnå en bättre hälsa eller minskat lidande. Väldigt mycket hälso- och sjukvård skapas eller utförs av patienter/medborgare själva, utanför hälso- och sjukvården. Därför kan man se vårdpersonalen som ett *stöd* till patienten/medborgaren<sup>3</sup>. Dock lyder tjänster inom vården under mycket speciella premisser, vilket gör det svårt att tillämpa en gängse tjänstedesignmetodik så som den ofta praktiseras inom näringslivet<sup>4</sup>.

Utifrån berörda personers behov, önskemål och förutsättningar skapas en tjänst som ska förbättra utifrån så många av dessa parametrar som möjligt. Givetvis tas här i beaktande även begränsningar i form av exempelvis lagstiftning, men det är också del i metoden att vara öppen och ifrågasätta när denna typ av yttre begränsningar har negativa konsekvenser. På det sättet växte det fram en bild kring vårdcentralen av vad som fungerar bra, vad som inte fungerar bra och vad som är det största "gruset i maskineriet" det vill säga vad som stör verksamheten och skapar hinder för såväl patienter/anhöriga som för personal.

En fördel med valda metod är att det funnits en stor öppenhet inför både möjligheter och utmaningar, eftersom det inte funnits några förutfattade meningar när det gäller hur leveransen ska se ut. Utgångspunkten har varit att det borde vara mer effektivt att basera utveckling på identifierade behov istället för att utgå ifrån idéer som i bästa fall möter verksamhetens behov.

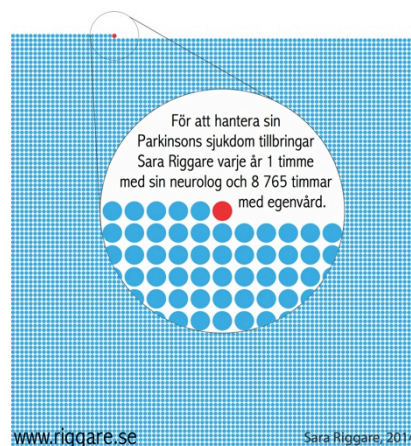


Bild 1: Sara Riggare illustrerar varje timme på ett år med en cirkel. Det blir totalt 8766 timmar, varav hon tillbringar EN (den röda) med sin neurolog för att hantera sin Parkinsons sjukdom.

<sup>3</sup> Se exempelvis Sara Riggares blogg om patienters egenvård: <http://www.riggare.se/1-vs-8765/>

<sup>4</sup> För exempel på gängse tjänstedesignmetodik se [www.servicedesigntools.org](http://www.servicedesigntools.org) eller boken This is Service Design Thinking (Stickdorn & Schneider, 2010)

## Förutsättningar för en Vårdcentral 2.0

Lärdomar från ett designdrivet utvecklingsprojekt inom primärvården

## Vårddesigner - en ny yrkesroll i vården?

För att undvika den allmänna förståelsen av att design bara handlar om "färg och form" skapade sig Anna en egen titel: *Vårddesigner*. Man kan beskriva en vårddesigner som en tjänstedesigner som specialiserat sig på vårdkontexten och som är väl insatt i vårdens förutsättningar och begränsningar. En beskrivning av olika designbegrepp finns i ett av Annas blogginlägg<sup>5</sup>. Hon lät gravera en namnskylt inklusive yrkestiteln (bild 2), klädde sig i vårdens kläder och blev en integrerad del av arbetslaget på vårdcentralen eftersom hon var närvarande på vårdcentralen så mycket. Hon förde anteckningar i en liten skrivbok som hon senare dokumenterade digitalt och analyserade (bild 3).



Bild 2: Namnskylten som Anna bar under arbetet på vårdcentralen.

En försvårande omständighet med att arbeta så oerhört integrerat på en arbetsplats är de starka relationer som uppstod mellan Anna och medarbetarna. Trots att detta var en absolut förutsättning för att verkligen förstå vad som fungerade bra respektive vad som skulle behöva förbättras så kunde denna nära koppling till personalen ibland stå i vägen för observatörsuppgiften, som i sig behöver ha en viss distans i sitt arbete och i sin roll.

De första månaderna i projektet ägnades i princip bara till att "fånga" såväl patienters som personalens behov, önskemål och förutsättningar. Under denna observationsfas var det en fördel att vara ensam projektutövare. Då var det lätt att komma in i personalgruppen och få access till både formella och informella möten.

<sup>5</sup> <http://www.patientensfokus.se/varfor-skall-en-designer-jobba-pa-en-vardcentral/>

## Förutsättningar för en Vårdcentral 2.0

*Lärdomar från ett designdrivet utvecklingsprojekt inom primärvården*



Anna var med på patientbesök, undersökningar, pratade med patienter i väntrummet, var med på interna möten och framför allt de mer informella samtalen på vårdcentralen - i omklädningsrummet eller på fikarasten.

Under nästa fas, att "förstå", var det dock avsevärt mycket svårare att ensam sitta och analysera och förstå alla insamlade erfarenheter och insikter. För att kunna dra slutsatser av allt inhämtat material behöver man kunna reflektera, bolla och få input av andra för att komma vidare. Därför kopplades en annan designer från Experio Lab, Olga Sabirova-Höjerström in under andra halvan av projektet av projektet för att stötta Anna (bild 4).ß

### *Från fokus på möjliga innovationer till formulering av lärdomar*

Det blev tidigt tydligt att det finns många tankar, idéer och önskemål från patienters sida om hur de skulle vilja att primärvården fungerade. Men det blev samtidigt tydligt att det inte fanns *förutsättningar på vårdcentralen* att implementera i princip någonting av alla dessa idéer och tankar som tidigt i projektet framfördes av patienterna. Detta ledde till en omformulering från möjliga innovationer till formulering av lärdomar för *framtida* utveckling.



Bild 3: Anna Thies - vårddesigner - under pågående arbete med observationer på vårdcentralen. Mars 2014



Bild 4: Viktigt att ha kollega att bolla resultat och material med. Här Olga Sabirova-Höjerström i arbete att analysera och dra slutsatser kring insikter från vårdcentralen. Februari 2015

## *Förutsättningar för en Vårdcentral 2.0*

*Lärdomar från ett designdrivet utvecklingsprojekt inom primärvården*



## Undvika att skapa nya problem - en central ansats

Varför är det så svårt att genomföra förändringar? Vad är det som stoppar upp förändringsarbetet? Vad är det som stoppar upp vardagen på vårdcentralen? Varför är det exempelvis så svårt att komma fram till vårdcentralen om man känner att man behöver vård? Vad är de bakomliggande orsakerna? Om vi kunde hitta dem, så kanske vi kan åstadkomma *långsiktiga* förändringar istället för att lösa "symptomen" på att verksamheten inte fungerar så smidigt som den skulle kunna. Att medvetet *inte* lösa småsaker som kanske i sin tur skapar nya problem var en av Annas grundsatser i arbetet.

"INNAN DU KAN PÅBÖRJA ARBETET MED ATT FÖRÄNDRA NÅGOT MÅSTE DU FÖRST FÖRSTÅ VEM SOM PÅVERKAS AV FÖRÄNDRINGEN, HUR DE IDAG HANTERAR MOTSVARANDE SITUATION OCH HUR DE KAN TÄNKAS ACCEPTERA OCH KLARA AV ATT FÖRÄNDRA SITT SÄTT ATT AGERA. OM DU INTE HAR BRA KOLL PÅ DETTA ÄR RISKEN RÄTT STOR ATT DU SKAPAR FEM NYA PROBLEM FÖR VARJE ANNAT PROBLEM DU TRODDE DIG LÖSA, FRAMFÖR ALLT I EN SÅ KOMPLEX MILJÖ SOM SJUKVÅRDEN."

Anna Thies

Allt eftersom arbetet fortskred, blev det allt tydligare att det fanns många osynliga hinder för utveckling och innovation. Hinder som sitter i väggarna och i invanda beteenden och förhållningssätt. Hinder som exempelvis verkar handla om kultur, ledningsstrukturer, värderingar, mandat och hierarkier på arbetsplatsen.

Därför skiftade fokus under arbetets gång, från att från början ha haft tydligt innovationsfokus, till att titta på **förutsättningar för innovationer**.

## Förutsättningar för en Vårdcentral 2.0

Lärdomar från ett designdrivet utvecklingsprojekt inom primärvården



### *Involvering av patienter/medborgare*

Även patienter, anhöriga och medborgare som inte (just då) definierade sig själva som patienter intervjuades. Anna tilltalade personer på gatan för att få en snabb ögonblicksbild av människors upplevelse av primärvården. Dessutom hölls djupintervjuer med medborgare om deras upplevelser och erfarenheter från primärvården. Sammanlagt hölls 9 djupintervjuer med 13 personer. Intervjuerna hölls hemma hos informanterna om de önskade det, alternativt på café, för att medvetet komma bort från vårdmiljön.

Djupintervjuerna genomfördes av Anna eller hennes kollega Olga Sabirova-Höjerström i samarbete med en person ur personalen. Syftet med att samarbeta med vårdpersonal i intervjuerna var dels att fånga fler nyanser i samtalet, men även att minimera risken att personalen inte skulle känna igen sig i resultaten. Dessutom ger det personalen en ny inblick i verksamheten - sedd ur *patientens* perspektiv.



Bild 7: Tillsammans med en av Ruds undersköterskor intervjuade Anna denna dag tre medborgare om deras upplevelse och erfarenhet av primärvården. Mycket god lunch bjöds det på.

## *Förutsättningar för en Vårdcentral 2.0*

*Lärdomar från ett designdrivet utvecklingsprojekt inom primärvården*

## Iterativt arbete

Processen har kontinuerligt byggt på en iterativ process där observationer varvats med återkoppling och fördjupande samtal. Sammanlagt har ca 6 iterativa cykler genomgåts i detta projekt:

### ITERATION 1:

Uppstart av projekt februari 2014: Förutsättningslösa observationer, intervjuer och samtal med personal och patienter på vårdcentralen. Resultater i workshops med personal april 2014. Analys av workshoparbetet som presenteras för vårdcentralen. Återkoppling till personalen om resultaten (bild 8).

### ITERATION 2:

April/maj 2014: Fördjupande observationer och intervjuer kring resultat som framkommit under workshoparna. Fortsatta samtal och intervjuer med patienter i väntrum och i samband med undersökningar. Ett försök att skapa en informell workshop med personalen i personalrummet om sjuksköterskornas och läkarnas roller, behov och framtida inriktning misslyckas.

### ITERATION 3:

Sommar 2014: Ett stort antal insikter om vad som hindrar och stör personal och patienter. Försök att koppla in externt tjänstedesignföretag för att hjälpa till med förmedling av insikter leder inte framåt. Det är för svårt att förmedla insikterna till extern part på kort tid. Anna inser att ett mer kontinuerligt samarbete med annan designer saknas. Det är för tufft att bedriva arbetet som ensam designer, men det är pga. komplexiteten samtidigt svårt att ta in hjälp som inte är så insatt i projektet och framför allt i vårdens förutsättningar.



Bild 8: Anna under återkoppling av en av workshoparna med personalen.

## Förutsättningar för en Vårdcentral 2.0

*Lärdomar från ett designdrivet utvecklingsprojekt inom primärvården*



#### ITERATION 4:

Hösten 2014: Anna bjuds in att leda en heldag i förändringsarbete för personalgruppen. Insikter och reflektioner förmedlas, patienters önskemål förs fram och workshopar hålls. Insikterna som framträtt tidigare om att det saknas ett tight samarbete på vårdcentralen förstärks. Inga tydliga förbättringsvägar i sikte.

#### ITERATION 5:

November 2014: Mer kontinuerligt stöd i form av tätare samarbete med kollega från Experio Lab ger ökad kraft framåt. Djupintervjuer med medborgare hålls med fokus på kommunikation med vårdgivare samt att kunna få hjälp på vårdcentralen/boka en tid. Samtalen/intervjuerna är medvetet mycket öppna även för fördjupande frågor som informanterna själva styr in samtalen på.

#### ITERATION 6:

Januari 2015: Två månader innan projektets slut införs en ändring i läkarnas schema på försök. Akutläkarmottagning ska testas på försök under tre månader. Samtidigt inleder Anna under de sista två månaderna ett arbete med att införa en tvärdisciplinär grupp på vårdcentralen som ska ha till uppgift att ta fram och upprätthålla vårdcentralens rutiner (bild 9).



Bild 9: Anna i samtal med den tvärprofessionella arbetsgruppen. Diskussion baserad på personalens egna data från två workshops med gruppen om hur deras olika yrkesgrupper är beroende av varandra, och var det finns problem att ta tag i.

## Förutsättningar för en Vårdcentral 2.0

*Lärdomar från ett designdrivet utvecklingsprojekt inom primärvården*

## Lärdomarna

Efter många timmar av designresearch i form av observationer, intervjuer, möten och workshops var det en rad erfarenheter som bildade ett mönster, vilka här beskrivs som lärdomar.

**LÄRDOM 1:** *Det finns en skepsis och rädsla från personalen när det gäller att ta reda på hur patientens behov ser ut: Hur ska vårdcentralen kunna ta emot alla patienter som säger att de behöver vård?*

Personalen upplever att det saknas utrymme att testa nya sätt att arbeta. Det leder till att det finns ett motstånd när det gäller att ta reda på hur patientens behov ser ut. Farhågan är att det ska ställas önskingar och krav som inte går att uppfylla. Personalen säger ofta att de redan jobbar så mycket att de inte kan ta emot fler patienter.

*"Om vi skapar ett smörgåsbord för alla som vill komma till vårdcentralen så kommer vi inte ha tider kvar att ta hand om de äldre och multisjuka",* är en formulering som ofta dök upp i diskussioner om att arbeta annorlunda.

**LÄRDOM 2:** *Det finns en krock mellan medborgarnas/patienternas förväntan på tillgång till vård på vårdcentralen och hur vårdcentralen prioriterar utifrån bedömt vårdbehov.*

Medborgarnas/patienternas bild av primärvården är att *det är där man får hjälp*. Antingen genom att problemet blir löst där eller genom att man blir remitterad till en sjukhusspecialist.

Det finns en krock mellan medborgarnas förväntningar på primärvården och personalens ansvar och uppdrag. Mycket tid på vårdcentralen läggs på att prioritera så att rätt person får vård först, utifrån bedömt vårdbehov. Det leder till att "bortvalda" personer vänder sig till andra vårdinstanser så som exempelvis akuten istället, eller att de inte tas om hand alls med andra möjliga följder.

Många medborgare är frustrerade över att vara beroende av att vården anser att man har ett vårdbehov för att få hjälp. Många vet inte eller förstår inte att det sker en prioritering och att syftet med sjuksköterskornas telefonrådgivning inte bara handlar om rådgivning utan också om att prioritera vem som *får* komma till vårdcentralen. Här krockar patientens perspektiv med vårdpersonalens uppdrag:

Patientens perspektiv: *jag förväntar mig att jag får vård när jag anser att jag behöver det.*

Läkarens perspektiv: *mitt ansvar är att göra en medicinsk bedömning i varje enskilt fall.*

Detta leder till frustration bland medborgare som söker sig till vårdcentralen: *"Jag kommer inte till vårdcentralen för att det är kul. Jag kommer hit för att jag tror att jag behöver hjälp!"*

## Förutsättningar för en Vårdcentral 2.0

*Lärdomar från ett designdrivet utvecklingsprojekt inom primärvården*



**LÄRDOM 3:** *Det finns ett gap mellan utförare på vårdcentralen och ledningen/beslutsfattarna.*

Avståndet är stort mellan landstingets ledning och vårdcentralens vardagsarbete. En färdig lösning uppifrån möts ofta av ifrågasättande. Att skapa förändringar i samarbete med samtliga inblandade är svårt så länge inte tid ges till förändringsarbetet.

Landstingets ledning har ett makroperspektiv (att tillhandahålla en god och säker vård för alla) medan läkaren har ett mikroperspektiv (att göra en medicinsk bedömning i varje enskilt fall).

I gällande lagstiftning har läkaren personligt ansvar för de patienter hen träffar, vilket självklart bidrar till att läkaren har sitt fokus på "sina" patienter.

**LÄRDOM 4:** *Den interna kommunikationen är fragmentarisk. Det är otydligt vem som äger vilken fråga och hur man informerar varandra om beslut, förändringar eller andra viktiga saker.*

Intern kommunikation har många skepnader eller "modaliteter", som Anna summerade inför en presentation för personalen (bild 10).

Hur informerar man sina kollegor om en förändring som ska införas? Hur vet man vad som gäller? Hur gör vi vårt samarbete så smidigt som möjligt?

*Hur ska exempelvis information som en undersköterska får från labb om att alla nya provtagningar av en specifik typ från och med ett visst datum ska användas sig av en ny sorts provrör?*



Bild 10: Vårdcentralens modaliteter för internkommunikation

Idag är det varken tydligt vad som gäller (om det nu finns tydliga rutiner) eller hur man bäst kan nå så många kollegor som möjligt. Eftersom det är ett oerhört flöde av information hela tiden är det lätt att information missas eller helt enkelt medvetet nedprioriteras.

## Förutsättningar för en Vårdcentral 2.0

Lärdomar från ett designdrivet utvecklingsprojekt inom primärvården

**LÄRDOM 5:** *Personalen upplever tidsbrist och en förändringströtthet. Förändringar har genomförts där personalen inte har varit delaktiga i att ta beslut.*

Förändrings- eller utvecklingsarbete som inte varit väl förankrat har skapat förändringströtthet, frustration och obenägenhet att utföra framtida förändringar. När detta samtidigt begränsas av tidsbrist för utvecklingsarbete, så saknas förutsättningar till utveckling.

*En läkare: "Vi förväntas göra förändringsarbete i farten och därför händer inget."*

Ett exempel är införandet av Mina Vårdkontakter (MVK). Det har skapat merarbete och är illa integrerat i arbetssättet på vårdcentralen. Delvis på grund av dålig koppling mellan vårdens olika IT-system (exemplet nedan: Kopiera-/Klistra in funktionerna fungerar ej) och delvis genom att det saknas en koppling mellan införandet av ett IT-system och en ömsesidig anpassning av *såväl* IT-system som vårdens arbetssätt då förändringar införs. *Från Annas observation av administratörens arbete: Personnummer kan inte föras över från MVK [till tidboken/journalsystemet] vilket gör att administratören måste hoppa mellan MVK-fönstret och journal/tidbok två gånger per patient för att memorera/skriva av personnumret.*

**LÄRDOM 6:** *Det saknas ofta gemensamma regler och rutiner. Sköterskor och vårdadministratörer är frustrerade över att läkarnas rutiner många gånger är individuella.*

De som arbetar i vården är oerhört vana att göra individuella bedömningar *hela tiden*, vilket framför allt gäller läkarna. Anna observerade ofta frustration från sköterskor och vårdadministratörer som saknar "rutiner för rutiner" som ska gälla på arbetsplatsen. De tvingas ofta lära sig läkares individuella varianter på hur små eller stora uppgifter ska hanteras.

*Ur Annas observationer: Sjuksköterskor klagar över att det inte är tydliga riktlinjer om vad som ska gälla om akutbokningarna. "Det blir att man får göra olika för olika läkare... alla läkare har olika uppfattning om hur saker ska bokas och skötas."*

Detta har lett till att införa ett försök att skapa en tvärdisciplinär arbetsgrupp på vårdcentralen som ska ta sig an rutiner: Att skapa en rutin för hur rutiner ska upprätthållas, förnyas, tas bort och spridas (se mer under rubriken *kvalitativa resultat* senare i denna rapport).

## Förutsättningar för en Vårdcentral 2.0

*Lärdomar från ett designdrivet utvecklingsprojekt inom primärvården*

**LÄRDOM 7:** *Det är så komplicerat att boka patienter att alla försöker undvika uppgiften att göra det. Ingen vill sitta med "Svarte Petter".*



Redan tidigt under observationerna såg Anna att det fanns oerhört många olika anledningar till att det var besvärligt och tidskrävande att boka in patienter. Därför döptes handlingen att boka en patient till "Svarte Petter" under projektets gång - ingen ville bli sittande med den tidskrävande och frustrerande uppgiften. Inte sällan verkade denna uppgift förflytta sig mellan olika yrkesgrupper, till exempel mellan administratörer och läkare.

*Läkare har bett administratör boka administrationstid i läkarens schema för att förbereda demensutredning. Men uppgiften bollas tillbaka [eftersom det saknas tider att boka på]: Läkare: "Det finns inga tider att boka hos läkaren, för vi sitter och bokar!"*

En ledig läkartid har under projektets tid legat ca 4-8 veckor framåt i tiden, vilket också medfört att man blir tvungen prioritera hårdare. Anna pratar med sjuksköterska som är oerhört frustrerad över telefonmottagningen: "Dom [patienter som ringer in till telefonrådgivningen] förväntar sig att boka en tid till läkare, men vi får inte boka in dom." Oerhört frustrerande. Sjuksköterskan svär och ber om ursäkt men är uppenbarligen upprörd.

Utöver tillgängligheten på tider är det otydligt i IT-systemets gränssnitt var det finns lediga tider att tillgå, det saknas exempelvis ett bra och lättanvänt stöd att kunna söka på lediga tider. Dessutom bedömer läkare olika, vilket försvårar för exempelvis sjuksköterskor som tar emot samtal från patienter som anser sig behöva komma till vårdcentralen för att träffa en läkare. Inte sällan har Anna observerat att läkare har ifrågasatt den bedömning en sjuksköterska har gjort.

Ur Annas anteckningar från ett morgonmöte då en läkare ifrågasätter sjuksköterskornas bedömning i telefonrådgivningen dagen innan: [Läkare] tycker att påstridiga patienter ska ledas vidare till läkartelefon så att läkaren kan avvisa patienten i de fall patienten inte bedöms ha tillräckligt vårdbehov. Under observationer sex månader senare: [En annan läkare] ifrågasätter varför en sjuksköterska hade bokat in en patient för prioritering till läkarens telefontid.

## Förutsättningar för en Vårdcentral 2.0

*Lärdomar från ett designdrivet utvecklingsprojekt inom primärvården*

**LÄRDOM 8:** *Det är svårt att göra förändringar i läkarnas schema. Det väckte starka känslor och verkade vara mer en fråga om kultur än en fråga om administrativ lösning.*

Vid många tillfällen försökte Anna förstå "reglerna" som gällde för läkarnas tidbok, det vill säga deras planerade arbete med bokade patientmöten, telefonrådgivning, administrativ tid, med mera. Vissa tider fick enbart läkarna själva boka på (till exempel ett fåtal avsatta tider för patienter som enligt läkarens bedömning behövde träffa läkaren *inom* en vecka). Det var dock otydligt vad som gällde, vem som fick boka på dessa tider eller om det var värdefullt eller belastande för läkarna att kunna boka själva.

Anna reflekterade ofta över orsaken till denna "fixering" vid tidboken. Vad är den *egentliga* orsaken till att läkarna vill ha möjlighet att boka vissa patienter själva? Är det bristande kompetens bland andra yrkesgrupper att kunna bedöma vilka patienter som ska få en tid? Kan det vara så att man försvarar möjligheten att kunna boka in "hål" i schemat för att kunna få en liten lucka i den annars så pressade vardagen?

Varför har Anna upplevt det som att svära i kyrkan då hon ifrågasatt varför läkarna fortfarande pratar om ett visst antal patienter per läkare istället för ett uppdrag att jobba 40 timmar per vecka? Vad är fördelen med att se sin uppgift som att ha ett visst antal listade patienter snarare än att jobba ett specifikt antal timmar? Verksamheten är ju ändå ålagd att (under vissa förutsättningar) ta emot de patienter som söker och bedöms ha behov av vård.

## *Förutsättningar för en Vårdcentral 2.0*

*Lärdomar från ett designdrivet utvecklingsprojekt inom primärvården*

**LÄRDOM 9:** *Det är svårt att bedriva patientcentrerat utvecklingsarbete när man inte är överens om vad det betyder och om man inte vet hur man ska hantera eventuella problem som uppstår längs vägen.*

Att involvera patienter i arbetet med att utveckla vårdcentralen var svårt av flera anledningar. Utgångspunkten var att man inte har utrymme att gå in på patienters önskemål. Anna upplevde det som att man var orolig att detta enbart skulle generera merarbete i en situation när man bitvis redan gick på knäna.

Dessutom styrde ofta ett övervägande medicinskt fokus då "patientens bästa" diskuterades. Vikten av god information eller möjlighet att få prata med en fysisk person för att få hjälp är exempel på andra värden än de rent medicinska som det sällan gavs utrymme att utveckla, men som många patienter förde fram som viktiga för dem.

Kan det vara så att bristande tillgång till tid - såväl tid för förbättringsarbete som tid att ta hand om fler patienter - är så allvarlig att man inte *vågar* ta till sig vad patienten vill? Det kanske är en helt normal försvarsmekanism att inte försöka förändra något som man inte tror att man kan leva upp till?

Det kan även handla om en osäkerhet när det gäller hur denna typ av patientinvolvering kan genomföras. Hur gör man för att dra nytta av det en patient delar med sig av? Patienter som Anna pratat med uttryckte återkommande frustration över områden de tycker att de har relevanta erfarenheter av men som inte tas tillvara. *Från Annas anteckningar efter en djupintervju med en patient som haft problem med benen: Läkarens diagnos: Artros. Patienten tror ej på det. Har erfarenhet av meniskskada och säger sig känna igen problematiken. Säger till läkaren "Det här är ingen artros!" Patienten är inte vårdutbildad på något sätt, men kommenterar: "Menisken - DET kan jag."*

## Förutsättningar för en Vårdcentral 2.0

*Lärdomar från ett designdrivet utvecklingsprojekt inom primärvården*



**LÄRDOM 10:** *Nya tankar och arbetssätt bromsas av befintlig kultur och hierarkier. Det finns parallella system som ibland krockar, vilket gör det svårt att veta vem som leder och beslutar.*

Varje vårdcentral har en enhetschef som ansvarar för vårdcentralens arbete. De flesta enhetschefer för vårdcentralerna i Värmland har en grundprofession som sjuksköterskor - så även enhetschefen på Rud. Enheterna är organiserade i verksamheter. Även verksamhetschefen som ansvarar för Rud är sjuksköterska. Verksamhetschefen har det medicinska ledningsansvaret för verksamheten, men ansvaret för varje individuell patient ligger inom den legitimerade personalens yrkesansvar.

Så vem ansvarar för patienterna på vårdcentralen?

Det som blivit tydligt under projektet är att det finns ett problem med överlappande hierarkier: Här finns cheferna som har ansvar för enheten/verksamheten och här finns läkarna och annan legitimerad personal var och en med sitt personliga ansvar för de patienter de träffar. Dessutom finns det medicinska rådgivare: På vårdcentralen finns en utsedd läkare, och på verksamhetsnivå är det en chefläkare som kan stötta cheferna i medicinska beslut. Men hur fungerar det i verkligheten - i det dagliga arbetet?

Vem bestämmer på vårdcentralen?

Anna har sett många situationer där ansvaret juridiskt sett må ha varit tydligt, men som inte har fungerat bra i verkligheten.

Nedan en illustration från en vetenskaplig artikel som Anna skrivit inom ramen av sin doktorandtjänst på Stockholms Universitet som pågått parallellt med arbetet på vårdcentralen Rud. Analysen baseras på Aktivitets Teori (Engeström, 1987) som ramverk för att analysera motsättningar inom läkarens, patientens och sjukvårdsorganisationens respektive aktiviteter och att sätta dem i relation till varandra.

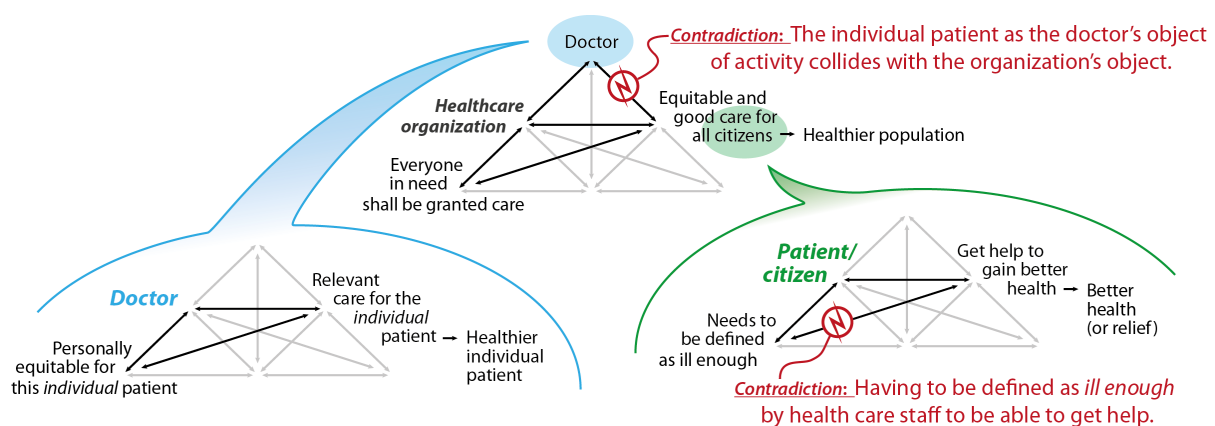


Bild 11: Aktivitets-teoretisk analys av vårdens motsättningar (contradictions). Artikeln kommer att presenteras på konferensen Design4Health i Sheffield, England, juli 2015. (För artikeln i sin helhet se Thies & Nouri, 2015)

## Förutsättningar för en Vårdcentral 2.0

Lärdor från ett designdrivet utvecklingsprojekt inom primärvården

## LÄRDOM 11: *Det är svårt att komma i kontakt med vårdcentralen och att kommunicera med vårdcentralen.*

Ofta, ofta antecknade Anna observationer som hade att göra med patienters "kamp" med att komma i kontakt med vårdcentralen, respektive att kommunicera med vården.

Många av Annas observationer och samtal med patienter har visat att patienter tycker det är problematiskt att enda sättet att komma i kontakt med vårdcentralen är att ringa till sjuksköterskerådgivningen<sup>6</sup>. *"Det e svårare att sitta o vänta o vänta i telefon [än att komma till en reception]." [...] "Jag somnar ibland när jag väntar i telefon. Helt plötsligt hör man en röst och säger 'Är det nån som pratar nu?' " [...] "Jag skulle uppskatta om man fick prata med en människa och inte trycka hit och trycka dit. Sen när man kommer fram är det fullt! Förr var ju receptionisten 'ansiktet utåt!' " [...] "Jag reagerar på att man får prata mycket och länge med SSK när jag egentligen bara vill ha en tid hos läkaren."*

I väntrummet finns en skylt som förklarar att om provsvaren visar sig vara bra hör vårdcentralen inte av sig. Detta tycker patienter är problematiskt och leder till många telefonsamtal till sjuksköterskerådgivningen: *"Jag ville få reda på hur jag mår" [...] "Skulle vara intressant att veta..." [...] "Jag är ju så andfådd" [...] "Det står ju att om allt e bra så hör ni inte av er, men jag vill ju veta!"*

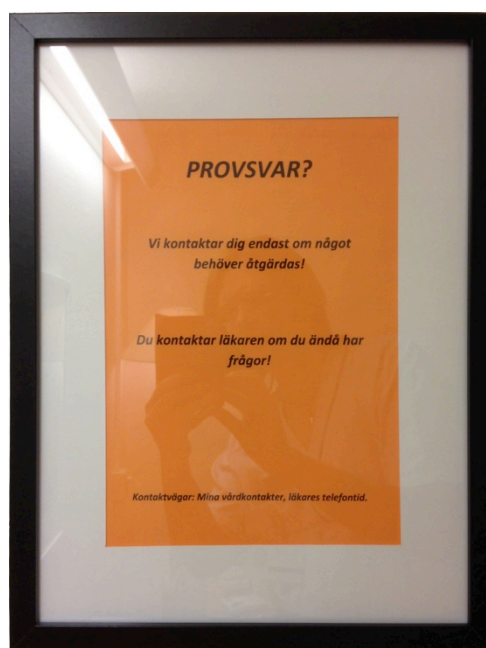


Bild 12: Fotograferat i väntrummet: "Om allt är bra hör vi inte av oss"

<sup>6</sup> Det finns även möjlighet att kontakta vårdcentralen via internet/MVK, men det är ett mycket begränsat utbud och leder ändå ofta till att en bedömning av vårdbehovet görs via telefon innan patienten bokas in.

## Förutsättningar för en Vårdcentral 2.0

*Lärdomar från ett designdrivet utvecklingsprojekt inom primärvården*

## Summering av resultat

### Kvantitativa resultat

När projektet avslutats har det bidragit till följande kvantitativa resultat:

- Under 35 dagar har Anna observerat på vårdcentralen, totalt över 200 timmar
- Ca 50 000 ord från intervjuer, observationer, möten och workshops har antecknats, analyserats och sorterats
- 11 workshops har genomförts med personalen på vårdcentralen
- En blogg om projektet startades som nått målgrupper både nationellt och internationellt.
- Intervjuer/samtal med patienter/medborgare *utöver* de samtal som pågått under observationerna
  - 13 medborgare/patienter har intervjuats under 9 djupintervjuer
  - minst 9 spontana (lite längre) samtal/intervjuer med patienter på vårdcentralen
  - 21 personer har tilltalats på gatan med korta frågor om primärvården



Bild 13: Från workshop med sjuksköterskegruppen: "Vad är det som stoppar upp ert arbete?" Här hjälps sjuksköterskorna åt att sortera alla svar för att hitta mönster i svaren.

## Förutsättningar för en Vårdcentral 2.0

Lärdomar från ett designdrivet utvecklingsprojekt inom primärvården

→ Observationer på vårdcentralen

○ 36 Observationer av patientmottagning på vårdcentralen

- 18 observationer under patient-läkarmöte (till exempel ätstörningsutredning, rektoskopi, förkylning, stukad fotled, oro för cancer, bröstsmärta, mödravård)
- 10 observationer under patient-sjuksköterskemöte (t.ex. omläggning av infektion i finger, omläggning av bältros, svårläkta bensår, öron-spolning, rinniga ögon, spirometri)
- 8 observationer under patient-undersköterskemöte (t.ex. omläggning av skadad tumme, ta blodtryck, ta EKG, såromläggning, suturtagning, fotvård)

○ 54 telefonsamtal mellan patienter och personal observerade

- 34 observationer då SSK pratat med patienter i telefonrådgivningen (t.ex. ont i magen, behöver komma till psykiatri, patient försöker få tag på läkaren ang. tidigare undersökning, kortisoninjektion i knät, urinvägsinfektion, om-listning pga. flytt, barn med återkommande hosta, stukad fot - patient vill veta vad röntgen visade, patient som vill ta prostatacancerprov)
- 20 observationer då Läkare pratat med patienter under deras telefonrådgivning. (få veta provsvar, nya recept, svullna ben efter nytt läkemedel, andningssvårigheter)

○ 28 Interna möten på vårdcentralen observerade

- 10 möten med hela personalgruppen
- 6 morgonmöten (kort avstämning i personalgruppen inför arbetsdagens start)
- 6 läkargrupsmöten
- 6 sjuksköterskemöten

○ 18 observationstillfällen av personalens administrativa sysslor

○ 40 personer ur personalen observerades under minst ett tillfälle (inkl. angränsande verksamheter så som städ, apotek och labb)

○ 78 citat från patienter och 167 citat från personal har antecknats

→ Initierat två större förändringar i verksamheten som åtminstone bitvis kan härledas till projektet

→ Föredrag om projektet har hållits på nationella e-Hälsodagarna 2015 samt på en internationell workshop/seminarium på Karolinska Institutet på temat patientdelaktighet anordnat av organisationen Dagens Patient.



Bild 14: Anna under samtal/intervju med en av läkarna.

## Förutsättningar för en Vårdcentral 2.0

Lärdomar från ett designdrivet utvecklingsprojekt inom primärvården

## Kvalitativa resultat

Projektet har skapat djupa insikter om komplexiteten inom vården generellt och inom primärvården specifikt. Här lyfts de viktigaste kvalitativa resultaten fram:

- Utveckling av workshopmetodik och grafisk representation av personalens beroenden av varandra, hinder i arbetet och känslomässiga upplevelser i vårdcentralens interna arbete (bild 15).
- Införande av tvärprofessionell arbetsgrupp på vårdcentralen bestående av representanter från samtliga yrkesgrupper med syfte att kontinuerligt arbeta med utveckling av enhetens rutiner och arbetssätt<sup>7</sup>. Förhoppningen är att denna grupp kan bilda en bas för att diskutera frågor som går över yrkesgränserna och stärka sammanhållningen i hela personalgruppen.
- Framtagande av mötesstruktur och dokumentationsstöd (baserad på Lean) för ovan nämnda möten för att underlätta genomförande och dokumentation av förändringar.
- Insikter, lärdomar och erfarenheter från projektet har bidragit i olika vårdutvecklingsprojekt inom Landstinget i Värmland, till exempel upphandling av nytt telefonisystem för primärvården, verksamhetsnära IT och landstingets nya strategi för framtidens hälso- och sjukvård i Värmland.
- Införande av jourläkarsystem (eller akutläkarsystem) på vårdcentralen Rud under en testperiod. Systemet bygger på att alla akuta patienter från sjuksköterskans telefonrådgivning som bedöms behöva vård tas om hand av en läkare per halvdag, för att resterande tid kunna fokusera på icke-akuta patienter. Vinsterna förväntas bli mer arbetsro under ordinarie mottagning för läkare, bättre möjlighet för sjuksköterskor att kunna konsultera läkare samt att skapa ett större lugn i den ordinarie mottagningen för patienter och anhöriga.
- Projektet och projektledarens närvaro vid vårdcentralen har ökat medvetenheten om vad som fungerar bra respektive dåligt i verksamheten, utifrån olika yrkesgruppers perspektiv.

---

<sup>7</sup> Refereras till från Lärdom 6

## Förutsättningar för en Vårdcentral 2.0

*Lärdomar från ett designdrivet utvecklingsprojekt inom primärvården*

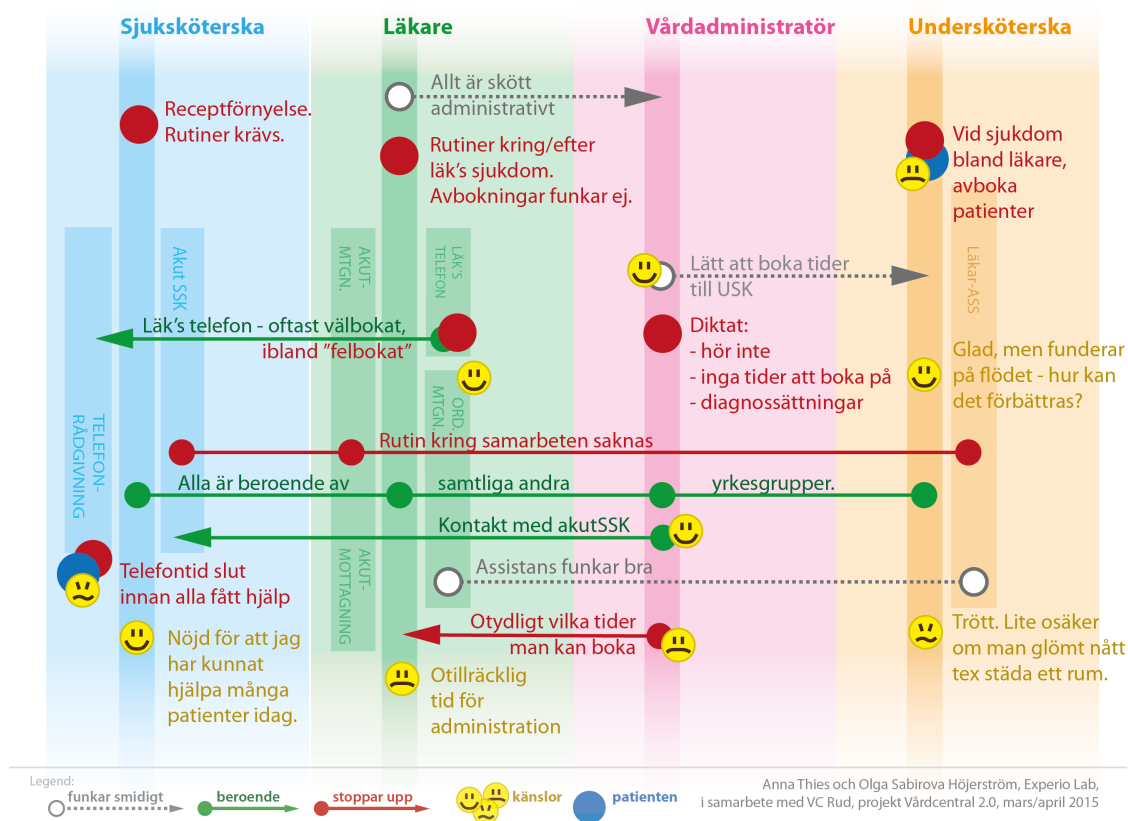


Bild 15: Utdrag ur illustration framtagen av Anna och Olga som visualisering av personalgruppens egna tankar om deras interna relation: Vad fungerar smidigt (grått)? Var finns det beroenden (grönt)? Vad stoppar upp arbetet (rött)? Vilka känslor uppstår (smileys)? När påverkas patienten speciellt (blått)?

## Akademiska bidrag

Då Anna, parallellt med uppdraget i detta projekt har fortsatt sina doktorandstudier på Stockholms Universitet, har en del av insikterna från detta arbete även lett till ett akademiskt bidrag i form av en accepterad akademisk artikel som ska presenteras på konferensen Design4Health i Sheffield, England sommaren 2015 (Thies & Nouri, 2015).

## Förutsättningar för en Vårdcentral 2.0

Lärdomar från ett designdrivet utvecklingsprojekt inom primärvården



## Sammanfattning av de 11 lärdomarna

Projektet har förutom de kvantitativa och kvalitativa resultaten lett till i rapporten beskrivna lärdomar:

**LÄRDOM 1:** DET FINNS EN SKEPSIS OCH RÄDSLÅ FRÅN PERSONALEN NÄR DET GÄLLER ATT TA REDA PÅ HUR PATIENTENS BEHOV SER UT: HUR SKA VÅRDCENTRALEN KUNNA TA EMOT ALLA PATIENTER SOM SÄGER ATT DE BEHÖVER VÅRD?

**LÄRDOM 2:** DET FINNS EN KROCK MELLAN MEDBORGARNAS/PATIENTERNAS FÖRVÄNTAN PÅ TILLGÅNG TILL VÅRD PÅ VÅRDCENTRALEN OCH HUR VÅRDCENTRALEN PRIORITERAR UTIFRÅN BEDÖMT VÅRDBEHOV.

**LÄRDOM 3:** DET FINNS ETT GAP MELLAN UTFÖRARE PÅ VÅRDCENTRALEN OCH LEDNINGEN/BESLUTFATTARNA.

**LÄRDOM 4:** DEN INTERNA KOMMUNIKATIONEN ÄR FRAGMENTARISK. DET ÄR OTYDLIGT VEM SOM ÄGER VILKEN FRÅGA OCH HUR MAN INFORMERAR VARANDRA OM BESLUT, FÖRÄNDRINGAR ELLER ANDRA VIKTIGA SAKER.

**LÄRDOM 5:** PERSONALEN UPPLEVER TIDSBRIST OCH EN FÖRÄNDRINGSTRÖTTHET. FÖRÄNDRINGAR HAR GENOMFÖRTS DÄR PERSONALEN INTE HAR VARIT DELAKTIGA I ATT TA BESLUT.

**LÄRDOM 6:** DET SAKNAS OFTA GEMENSAMMA REGLER OCH RUTINER. SKÖTERSKOR OCH VÅRDADMINISTRATÖRER ÄR FRUSTRERADE ÖVER ATT LÄKARNAS RUTINER MÅNGA GÅNGER ÄR INDIVIDUELLA.

**LÄRDOM 7:** DET ÄR SÅ KOMPLICERAT ATT BOKA PATIENTER ATT ALLA FÖRSÖKER UNDVIKA UPPGIFTEN ATT GÖRA DET. INGEN VILL SITTA MED "SVARTE PETTER".

**LÄRDOM 8:** DET ÄR SVÅRT ATT GÖRA FÖRÄNDRINGAR I LÄKARNAS SCHEMA. DET VÄCKTE STARKA KÄNSLOR OCH VERKADE VARA MER EN FRÅGA OM KULTUR ÄN EN FRÅGA OM ADMINISTRATIV LÖSNING.

**LÄRDOM 9:** DET ÄR SVÅRT ATT BEDRIVA PATIENTCENTRERAT UTVECKLINGSARBETE NÄR MAN INTE ÄR ÖVERENS OM VAD DET BETYDER OCH OM MAN INTE VET HUR MAN SKA HANTERA EVENTUELLA PROBLEM SOM UPPSTÅR LÄNGS VÄGEN.

**LÄRDOM 10:** NYA TANKAR OCH ARBETSSÄTT BROMSAS AV BEFINTLIG KULTUR OCH HIERARKIER. DET FINNS PARALLELLA SYSTEM SOM IBLAND KROCKAR, VILKET GÖR DET SVÅRT ATT VETA VEM SOM LEDER OCH BESLUTAR.

**LÄRDOM 11:** DET ÄR SVÅRT ATT KOMMA I KONTAKT MED VÅRDCENTRALEN OCH ATT KOMMUNICERA MED VÅRDCENTRALEN.

## Förutsättningar för en Vårdcentral 2.0

*Lärdomar från ett designdrivet utvecklingsprojekt inom primärvården*

## Slutsatser, förslag och rekommendationer

Denna rapport lyfter fram både vad som behöver göras här-och-nu och vilka förutsättningar som behöver finnas på plats för en Vårdcentral 2.0. Samtidigt vill vi lyfta upp lärdomar som designfältet kan dra av från detta projekt inför andra vårdrelaterade projekt.

Vi sätter ljuset på ett antal lärdomar och insikter som bitvis snarare handlar om kulturförändringar än om utveckling av nya tjänster. Det finns inga vattentäta skott mellan lärdomar, slutsatser, förslag och rekommendationer och i viss mån överlappar de varandra.

### *Förstå vad som försiggår innan du försöker ändra något*

För att kunna utveckla nya vård- och omsorgstjänster som möter patienternas och personalens behov, behöver man börja med att förstå vad som försiggår. Att förändra en kultur eller invanda arbetssätt på en arbetsplats kräver att människor med olika erfarenheter och uppgifter träffas så att förståelsen för av varandras problem och förmågor växer. Förstår man drivkrafterna bakom individuella beslut och handlanden så är det lättare att utveckla lösningar gemensamt som kan fungera och accepteras av alla.

## Vårdspecifika rekommendationer

### *Se över prioriteringsordningen inom primärvården*

Idag läggs mycket tid på en vårdcentral på att prioritera enligt principen sjukast patient ska få vård först, för att uppfylla kraven i Riksdagens Prioriteringsordning (1997). Baksidan med den ambitionen kan i värsta fall bli att tiden läggs på att hålla folk borta från vårdcentralen istället för att så många som möjligt får tillgång till vård - på rätt nivå. När man inte får tid på vårdcentralen skapas problem någon annanstans i vårdkedjan, till exempel på akuten.

För att skapa framtidens primärvård behöver man kunna slippa lägga så mycket tid på att prioritera och *prioritera bort* patienter. Då kommer mer tid att frigöras för att ge fler människor vård och förhoppningsvis avlasta andra vårdinstanser, så som exempelvis sjukhusets akutmottagning. Därmed *inte* sagt att all primärvård ska öppnas upp för alla. Exempelvis kroniska patienter och multisjuka äldre behöver få god tillgång till vård utan att behöva konkurrera med medborgare som tillfälligt behöver vård, vare sig det är akut eller inte.

### *Ge sjuksköterskor som vill och kan mer mandat*

Sjuksköterskornas kompetens är underutnyttjad. De agerar sekreterare när de utöver rådgivningen i telefon ska boka, bemöta frågor om provsvar, hantera receptförfrågningar, med mera. Låt erfarna och eventuellt specialutbildade sköterskor som har intresse för det ta hand om vissa akuta eller andra specifika åkommor som annars är läkarnas uppgift i primärvården, ta över dessa.

Respektera distriktssköterskornas utbildning. Prevention måste få en högre status på vårdcentralen.

## Förutsättningar för en Vårdcentral 2.0

*Lärdomar från ett designdrivet utvecklingsprojekt inom primärvården*

### *Tydliggör beslutsvägar och strukturer*

Det finns hinder för att leda en vårdcentral eftersom det är flera olika hierarkier som ligger ovanpå varandra och som ibland kolliderar. Det är problematiskt för vårdcentralchefen, som ofta är sjuksköterska, att leda läkarna som är vana vid att fatta egna beslut och göra kvalificerade bedömningar i sin profession. Det blir ett problem för vårdcentralen som arbetsplats när det finns en osäkerhet kring vem som bestämmer. (Se **LÄRDOM 10**)

### *Avsätt tid för utveckling av verksamheten (vid sidan av personalens individuella kompetens)*

Det behövs avsatt tid för att utveckla verksamheter. Vårdpersonal har generellt en mycket stor ansvarskänsla. Därför kommer ett utvecklingsarbete alltid att komma sist i prioriteringen om tidsmässigt konkurrerar med att hjälpa en patient.

Därför krävs tydligt avsatt tid samt mandat, om förändring ska kunna ske. Vårdpersonal är oerhört vana att ta individuella beslut *hela tiden*. Ju högre kompetens, desto mer vana vid att arbeta individuellt. Dra nytta av detta genom att låta förbättringsarbete växa underifrån, istället för att ta beslut som saknar förankring och betydelse i primärvårdens vardagsarbete. (Se **LÄRDOM 3**)

Det går inte uppnå kompetensutveckling när verksamheten pågår 24/7 utan att det skapas utrymme för kontinuerlig och systematisk utveckling, av verksamheten som helhet och på individuell nivå. (Se **LÄRDOM 5**)

### *Utveckla interna processer och intern kommunikation*

De interna processerna och den interna kommunikationen måste förbättras för att det ska finnas förutsättningar för utveckling. Tydliga interna processer (överenskomna rutiner) behövs för att alla som jobbar på vårdcentralen (och delvis även patienterna) skakunna utföra sina uppgifter effektivt. Idag går mycket tid, energi och ork åt till att hålla reda på otydliga och fragmentariska rutiner. (Se **LÄRDOM 6**)

Hit hör även den interna kommunikationen som behöver vara tydlig. Vilka kanaler ska användas och när ska de användas. Multipla kanaler (till exempel Post-it-lapp, handskrivet papper i brevfacket och digitalt meddelande för ett ärende) skapar merarbete och stress. Det måste gå att lita på överenskomna kommunikationsvägar. (Se **LÄRDOM 4**)

För att rutiner ska fungera behöver man investera tid och resurser för att utveckla "rutiner för rutiner".

## *Förutsättningar för en Vårdcentral 2.0*

*Lärdomar från ett designdrivet utvecklingsprojekt inom primärvården*

## Designspecifika rekommendationer

### *Var närvarande länge*

Observera och intervjua länge. Det är först då, när man har sett mycket av arbetet inifrån, som man verkligen kan få insikter om vad som sker - allt som är bortom det folk *säger*. Att samla in material och att observera fungerar bra ensamt. Men arbeta inte själv när du ska börja utveckla (se nedan).

### *Börja inte utveckla lösningar förrän du är säker på vad problemet är*

Se din roll som att du ska hjälpa vården hitta *rätt problem* snarare än att lösa det problem de själva tycker att de har. Att lösa ett problem som vi vet för lite om hur det påverkar angränsande processer skapar inte sällan *flera nya problem*.

### *Sätt ihop design-team för utveckling*

Jobba inte själv! Säkerställ att det finns ett team med olika kompetenser som är med och driver projektet (utöver den personal man arbetar med/för i vården). Bra tjänster utvecklas i samarbete och för att kunna dra slutsatser av allt inhämtat material behöver man kunna reflektera, bolla och få input av andra för att komma vidare.

## Förväntade effekter

På sikt förväntas detta projekt, tillsammans med andra, bidra till ett antal effekter:

- ⇒ Att befintlig lagstiftning utreds och förändras så att den bättre stöder vård på rätt nivå.
- ⇒ Att en ökad förståelse för att vården behöver förnyas och förändras har skapats bland såväl personal som medborgare.
- ⇒ Att det skapats förutsättningar för, och vilja hos, vårdpersonal att arbeta med utveckling av vården utifrån patientens perspektiv.
- ⇒ Att större fokus utvecklats kring patienters behov och önskemål *samtidigt* som personalens arbetsmiljö förbättras.
- ⇒ Att spiltid internt på vårdcentralen minskar genom bättre processer.
- ⇒ Att rutiner, processer och metoder utvecklas för överföring av ny kunskap, lösningar, prototyper och innovationer mellan vårdcentraler lokalt.
- ⇒ Att vi får en säkrare vård, nöjdare patienter och nöjdare personal.

## Förutsättningar för en Vårdcentral 2.0

*Lärdomar från ett designdrivet utvecklingsprojekt inom primärvården*

## Referenser

Riksdagens prioriteringsordning (1997). [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Forslag/Propositioner-och-skrivelser/prop-19969760-Prioriteringar\\_GK0360](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Forslag/Propositioner-och-skrivelser/prop-19969760-Prioriteringar_GK0360) (access 150429)

Stickdorn, M., & Schneider, J. (Eds.). (2010). *This is Service Design Thinking: basics - tools - cases*. Amsterdam: Bis Publishers.

Thies, A., & Nouri, J. (2015). *Hindering Contradictions in Healthcare - An activity-theoretical analysis of a design-led investigation in primary care*. In proceedings Design4Health 2015. Sheffield, UK.

Engeström, Y. (1987). *Learning by Expanding: An activity-theoretical approach to developmental research*. Helsinki: Orienta-konsultit.

## Länkar

[www.ExperioLab.se](http://www.ExperioLab.se)

[www.PatientensFokus.se](http://www.PatientensFokus.se) (*Webbplats för projektets blogg som nämns i rapporten*)

[www.LiV.se](http://www.LiV.se)

---

## Förutsättningar för en Vårdcentral 2.0

*Lärdomar från ett designdrivet utvecklingsprojekt inom primärvården*



## TACK!

Stort tack till vårdcentralen Ruds personal inklusive enhetschef Urban Lidström som har haft mig på plats under så lång tid. **Ert välkomnande har betytt mycket för mig**, och jag hoppas att mitt arbete hos er kommer att bli värdefullt för er och era patienter - även om det förmodligen ibland upplevdes som att jag störde er vardag.

**Tack även till de patienter och medborgare** som jag fått observera och intervjua under projektets gång. Det är en stor tillgång att ni har varit del av projektet. **Utan er kommer vi inte kunna förbättra vården!**

Extra varmt tack till Olga Sabirova-Höjerström (tjänstedesigner på Experio Lab) som hoppat in och hjälpt mig mycket under projektets andra halva. Din input och ditt stöd har varit helt central för att få projektet att rulla på när arbetet blev för övermäktigt för en ensam person.

Utöver ovan nämna personer har även följande gett mycket värdefull input till projektet: Eva Bergquist (verksamhetschef för bl.a. Rud), David Lindeby (senior design manager Experio Lab), Erik Sundström (SP), Tomas Edman (verksamhetsansvarig Experio Lab) och Sofia Jansson (kommunikatör på Experio Lab), bland många fler.

Sist men inte minst vill jag tacka min familj som stått ut med mitt pendlande mellan Stockholm och Karlstad under 15 månader.

/aNNa Thies, 15 maj 2015

## Förutsättningar för en Vårdcentral 2.0

*Lärdomar från ett designdrivet utvecklingsprojekt inom primärvården*





## Förutsättningar för en Vårdcentral 2.0

*Lärdomar från ett designdrivet utvecklingsprojekt inom primärvården*