

EP44 – Näravårdpodden träffar Hans-Inge Persson, Anna Nergårdh och Bodil Jönsson

PRESENTATÖR: En podcast från Sveriges Kommuner och Regioner.

LISBETH: Hej, det är Lisbeth här. Nu är det sommar och vi hoppas att vi får möjlighet till avkoppling och vila som vi väl behöver. Näravårdpodden kommer i sommar bjuda på några specialavsnitt som passar både på promenaden och i hängmattan. Det är en härlig blandning av nyinspelat material och av gamla godingar. Så varsågod och lyssna till det här.

JONAS: Hej, jag heter Jonas Fageresson och har fått den stora äran att hälsa er välkomna till ett samtal om en antologi som heter Tillsammans för en god och Nära vård. I denna miniserie, så kommer du att få träffa flera av författarna som läser och samtalar om boken. I detta avsnitt så har vi med oss Hans-Inge Persson. Välkommen.

HANS-INGE: Tackar!

JONAS: Spetspatient, debattör, författare och närstående representant, också med många formella uppdrag inom vården. Din senaste bok heter Att utveckla den goda, nära personcentrerade vården. Sen har vi Anna Nergårdh med oss. Välkommen.

ANNA: Tack så mycket.

JONAS: Du är överläkare, specialist i kardiologi och internmedicin. Du är också forskare, tidigare chefläkare och biträdande landstingsdirektör i Stockholms läns landsting. Och alldeles nyligen, så avslutade du uppdraget som regeringens särskilda utredare i utredningen samordnad utveckling för god och Nära vård. Och så är du också ledamot i Socialstyrelsens styrelse. Sen har vi med oss Lisbeth Löpare Johansson, välkommen.

LISBETH: Tack

JONAS: Du är sjuksköterska och samordnare för Nära vård på Sveriges kommuner och regioner, SKR. Du är utlånad från din tjänst som utvecklingsdirektör i region Norrbotten och du har tidigare arbetat som strategisk chef på Vårdförbundet. Du också varit primärvårdschef och kvalitetsansvarig för Hermelin gruppen och du har också varit expert i flera statliga utredningar på vårdområdet. Och sist, men inte minst varmt välkommen till Bodil Jönsson.

BODIL: Tack

JONAS: Du är professor emerita i rehabiliteringsteknik, fysiker, författare och tidstänkare. Du har skrivit många böcker och den senaste du skrev tillsammans med Åke Åkesson den heter ju Tid för tillit och trygghet Och därför känns det ju väldigt tryggt att få lämna över ordet till dig. Bodil, varsågod.

BODIL: Jag tänkte börja med att säga att nu blir det faktiskt Hans-Inge som får vara först ut bland författarna och det är inte för att du och jag har varit redaktörer tillsammans, utan det är för att ditt kapitel kommer allra först. Så om du vill välja ut någonting på tre minuter Hans-Inge ur om allt det du skriver, vad skulle du ta då?

HANS-INGE: Mitt kapitel heter Det finns bara vägar framåt och med det vill jag ju visa hela antologins anda, optimism inför den goda och Nära både vård och framtid som nu möter oss. Men så vill jag samtidigt som övriga författare påpeka att det här kommer inte att gå av sig självt. Så i mitt kapitel sätter jag fingret bland annat på relationen mellan vården och omsorgen å ena sidan och medborgare å andra. Och att det måste byggas en relation, att vi tillsammans mellan mig och den jag möter som representerar hälso- och sjukvården eller omsorgen. Och det viktiga är den relationen, det är att ingen kan vara utbytbar så då kan det inte vara så att jag vid olika tillfällen finner att den som jag har försökt bygga tillit till har blivit utbyte av någon annan

av samma sort. Och lika så menar jag i mitt kapitel att i framtiden så ska ju aldrig vårdens och omsorgens kompetens stå till mitt förfogande. Och då måste jag ha en person som håller ihop alla dessa tvärspektoriella kompetenser åt mig och att det faktiskt ska ske så smidigt att jag inte ens märker att det är någon som jobbar med det utan jag lyssnar bara till den ljuva musik som den här dirigenten har satt ihop till mig. Kan vi läsa ett litet avsnitt ur kapitlet så väljer jag det sista stycket som heter relationer. Den som är nära dig kan aldrig vara utbytbar. Om man är nära varandra har man byggt upp ett vi tillsammans. Vården och omsorgen behöver då ha ett slags dubbelseende i vilket vare sig den berörda eller de själva är ansiktslösa. Med dubbelseende menar jag att kunna se både patientens diagnos och se människan som har en diagnos. Och då gäller det att komma ihåg att det finns inga besvärliga människor utan bara människor som har det besvärligt.

BODIL: Hans-Inge, vi har pratat mycket med varandra, men inte förrän jag förberedde den här podden så tänkte jag på bilden efter ditt kapitel. Den visar två människor som står och spanar tillsammans och då tänkte jag, den vård som ni mötte, vad gjorde den med Kristina, alltså er relation? Den måste ju ha påverkats den också, hur stark den än var. Så hade ni förstås gemensam oro och gemensamma viljor. Men stördes den relationen också av det som skedde?

HANS-INGE: Ja alltså, det gjorde det naturligtvis. Jag hade ju gått i pension precis. Jag kunde ju vara hos henne heltid på dagen men jag gick hem med tungt hjärta och böjd rygg varje kväll till oss själva så att säga och undrade hur hon skulle vara nästa dag. Jag märkte ju att organisationen var väldigt märklig just därför att vi mötte ett nytt ansikte varje dag att försöka bygga relation till. Och på ett sätt som gjorde den ju att vi kämpade tillsammans, men just detta att hon var så sjuk gjorde att den förändrades väldigt.

BODIL: Vi pratar vidare om det här någon annan gång. Anna och Lisbeth, vad har ni tänkt från Hans-Ingas kapitel?

ANNA: Jo, men jag tänker att precis som du beskrev nu så jag tycker du skriver så fint om relationens betydelse och vikten av att bli sedd. Men jag tänker också att kapitlet handlar också mycket om att bli lyssnad på och ordens betydelse hur viktigt det är, vilka ord som används av dem man möter. Att man förstås i en sån här utsatt situation lyssnar efter varje nyans och att det blir så viktigt hur orden används.

HANS-INGE: Det är intressant det du säger Anna. För det jag omedelbart kommer att tänka på, de ord som inte sägs är ju också viktiga och de kan för en patient vara ganska hemska, och för närstående. Det hände att man tog prover på Kristina, så dröjde det och dröjde och vi fick aldrig några besked. Och när man inte får besked då tänker man alltid det värsta. Och då visar det sig att när vi frågade så sa de nä men de proverna var bra. Underförstått, så det behöver vi inte berätta ju. Allting är som tidigare ingenting har hänt. Och det är tror jag också, inom både vård och omsorg ska tänka på att om man inte har någonting att säga så att säga, om inte något nytt har hänt så är det också viktigt att säga. Hur konstigt det än kan låta, men det finns situationer där det är viktigt att få höra, det är som det är, det är stabilt, men som det är. Det är också viktiga ord.

LISBETH: Jag tänkte också, det handlar också om ord, men jag tänkte på det här begreppet nära eftersom det är något som i alla fall jag lever med nästan varje dag. Vi pratar om nära hela tiden och jag tycker du beskriver så fint i ditt kapitel om något annat än vad vi kanske först tänker på. När vi tänker nära så tänker vi geografi och så tänker vi kanske huskroppar och du pratar om nära som någonting som handlar om det relationella och det tillsammans, hur otroligt viktigt det här nära blir när man ändå tappar en del av sina förmågor. Jag tänker också det du säger nu om att det som inte sägs också är så centralt, för jag tänker om man då inte har en relationell vård så är det ju svårt att hålla reda på, undrar var den som var här förra gången har sagt och inte har sagt. Så jag tror att också, ska vi få det här samtalet som pågår över tid och över en sjukdomstid, då är det klart att relationer spelar roll.

HANS-INGE: Absolut, det är intressant. Det du får mig att höra Lisbeth, det är därför jag alltid kallar mig för närstående. Jag kallar mig aldrig för anhörig därför att jag känner att närstående talar mer om vår relation. Den var nära. Det var inte så att jag hörde an eller hur man ska tolka ordet anhörig och jag kan inte liksom mentalt förklara skillnaden, men det är känslomässigt bättre för mig att säga närstående. Därför nära var ju, jag menar inte att bli alltför känslös men alltså vi hade varit gifta i fyrtiosju år. Vi gifte oss på Kristinas artonårsdag och jag var tjugo år. När jag tänker tillbaka på det och barnbarn i de åldrarna så är dom för mig barn. Så vi hade ju en väldigt lång nära relation. Vi hade klarat av väldigt mycket. Faktiskt. Och det hade gått bra.

BODIL: Men då är det ju så mycket med det här med tiden. Att du beskriver hur lång tid ni hade tillsammans och jag känner detsamma med vården. Det är inte så hemskt viktigt att den finns så fysiskt nära, som vad det är att den tidsmässigt är förankrad i mig.

HANS-INGE: Jag tycker att mitt kapitel som man har sett, ju att man tycker det slutar bra. Det slutar så här, därför vill jag sluta kapitlet som jag började. Det finns ingen väg tillbaka, det finns bara vägar framåt. Så bra.

BODIL: Det är jättebra! Då tar vi det som intäkt för att gå vidare till nästa kapitel som ju också är en väg framåt. För nu är det Annas kapitel och det överraskade mig. Ja med tanke på den utredning och det betänkande som du har bakom dig så vet jag inte om jag hade räknat med en sammanfattning av betänkandet, men jag hade inte föreställt mig att du skulle vilja presentera något som var så integrerat och där du kunde beskriva din egen utveckling. Så det blir väldigt spännande att få reda på, vad är det av detta som du vill säga nu om kapitlet som också kommer att vara en blandning av det professionella och det personliga och på gränsen till det privata?

ANNA: Ja, tack för de fina orden. Jag blir glad att du läser det så. Jag tänkte nog att när jag skrev det kapitlet så var vi ju, vi hade precis varit i avslutet, på att färdigställa texterna i det avslutande betänkandet och då är det mycket

textarbete, så det var väldigt skönt att få sätta sig ner och skriva något annat. Något som hade en helt annan karaktär och jag tänker också att det var fint att få reflektera och det var väl lite det jag gjorde över utredningstiden, men också varför jag var där jag var. Vad jag hade med mig in i utredningen och hur det kunde bidra. Så att när jag funderar på vad som har påverkat mig så tänker jag att det är ju såklart alla mina erfarenheter i livet, från mina föräldrars yrkesval. Min mamma var sjuksköterska och pappa var läkare. Mina egna erfarenheter av kontakten med hälso- och sjukvården och närståendes erfarenheter. Och jag tänker, jag gillar ju det här med goda exempel och när jag tänker efter så tror jag det är så viktigt att använda sin egen erfarenhet i det man gör i hälso- och sjukvården också som medarbetare. Vi är ju väldigt skolad i att inte göra det faktiskt. Vi är ju skolad i att man ska vara professionell. Man ska inte blanda in sitt känsloliv och jag tror att vi historiskt har tänkt att det är ett sätt att klara sig att liksom överleva i den här rätt jobbiga situationen, att möta människor som är så utsatta. Och att hantera frågor kring liv och död i sitt arbetsliv. Men jag tror att det är fel. Jag tror tvärtom och det kanske är det jag försöker visa lite i det här kapitlet. Jag tror absolut man ska använda sina egna erfarenheter. Jag tror man ska göra det för att utveckla sin egen empatiska förmåga, men jag tror till och med att det är viktigt att göra det för att riktigt kunna böttna i sin yrkesroll. Jag tänker ibland att det är ju också ett fantastiskt mervärde som medarbetare att få arbeta med någonting som också har möjlighet att ge så mycket personlig utveckling. Så att det var nog lite därför som jag kände att jag ville prova och berätta lite mer och väva ihop det som är utredningens arbete med det som är min person. Sen så tänker jag att det är viktigt då för att man ska vara trygg i sin yrkesroll, för att man ska kunna använda sina egna erfarenheter så måste det förstås finnas en struktur och en kultur som tillåter det och då kommer vi tillbaka till hela den här omställningen till god och Nära vård. Därför att så ser det inte riktigt ut på alla platser idag och jag tror att det är det som mycket gör att många känner sig väldigt belastade, upplever en etisk stress i arbetslivet i hälso- och sjukvården. Jag skulle önska att vi mer kunde bejaka att man faktiskt kunde använda sina egna erfarenheter också i sin yrkesroll, att vi skulle uppmuntra det och att det

fanns en struktur och en kultur som också gör att man känner sig trygg i att göra det.

BODIL: Vi hakar på sånt där med ord så det du säger om det objektiva som ju tekniskt har varit och är ett ideal så gör jag skillnad jag på det objektiva och det sakliga i bemärkelsen, att till saken hör alltid personen. Det gör det inte i det objektiva, där ska personen vara utrotad. Men i det sakliga, alla jurister vet det, till saken hör personen. Tänk om man kunde få in det i vården? Att det gäller att vara saklig.

ANNA: Ja, jag tror att det ligger mycket i det. Det är ett slags tankeskifte man behöver göra där. Därför att jag värnar ju alltid om patient- och personperspektivet, men i utredningen lyfter vi också mycket medarbetarperspektivet. Hur blir man den här personen man behöver vara för att ingå i dom här nära relationerna, som den som faktiskt har behov av hälso- och sjukvård och dess närstående behöver precis som Hans-Inge var inne på. Det krävs någonting från båda sidor i det här mötet.

LISBETH: Jag tycker din berättelse nu Anna, den stärker också mitt perspektiv på att det här är bara inte bara en omställning av själva vården. Det är någon typ av omställning av synen på kunskap, som vården på något sätt behöver gå igenom. För när du pratar om den egna erfarenheten och att använda den så är det ju den både egna erfarenheten som patienter och närstående har och också som medarbetarna i vården har. Jag tror precis som du och det är min erfarenhet att vi är nog snarare skolade till att inte använda den och då är ju det här ett ganska stort skifte också i sättet att se på kunskap.

ANNA: Ja, det är det, och jag tänker också att det medför, jag tänker att hur ger man medarbetarna sig själv? Alltså hur skapar man de här miljöerna? Och jag tror mycket på det här, att man behöver utrymme för reflektion. Man behöver tid för reflektion, man behöver reflektera tillsammans med andra och där är väl min erfarenhet som chef och ledare i vården. Att det finns ju förstås metoder för hur man kan göra det. Men så länge vi liksom inte riktigt tillerkänner att det här behovet ens finns så kommer vi heller inte att tillägna

oss de metoderna och heller inte att skapa de här utrymmet för dialog som behöver finnas?

HANS-INGE: Men där är ju jätteutredning eller rättare sagt många betänkanden som du har producerat under ett antal år och för mig förefaller det som du från början hade skaffade dig väldigt snabbt en målbild som sedan stod sig hela resan ut och jag var så oerhört imponerad av detta. Därför att målbilden och orden, den goda och Nära vården blev ju någon slags folkrörelse. Och jag tänkte så mycket, hur lyckas Anna med detta? Och jag tror att du var äkta, du var personlig. Du var trygg i det här. Men detta att med primärvården både som bas och nav och all kunskap tvärsektoriellt samlats, alltså kort. Sen hur kom den till och när kom den till och är det så, för den bar ju hela vägen?

ANNA: Jo alltså. Det är klart att det första jag ska säga i det praktiska arbetet så har jag ju såklart haft fantastiska medarbetare också i mitt utredningskansli. Som jag har kunnat reflektera och bolla saker med och så alla de inspel vi har fått utifrån. Men det var väl kanske snarare så att alldeles de första dagarna och veckorna i utredningen då var det Louise Andersson som ju var huvudsekreterare i utredningen och jag, så kände jag ett starkt behov att vi måste tidigt slå fast en slags målbild som kan bli gemensam för många. Så just den fanns ju med redan i första betänkande där i juni 2017. Och jag tror kanske att själva uttrycket god och Nära vård, jag har kvar det första kollegieblocket är vi satt och vände och vred på orden, hur vi skulle få ihop de här begreppen. Själva paketeringen av begreppet och det som kommer bli målbild texten. Den gjorde vi då och den gjorde vi tillsammans med andra. Men jag tror att den kom sig såklart av alla mina erfarenheter, precis på det sättet. Allt man har med sig. Där jag under många år i hälso- och sjukvården, både som medarbetare och chef verkligen tyckte att min insikt var just den här, att man behöver samverka mycket mer än man traditionellt har gjort och att just den här hälso- och sjukvården nära människor, primärvården, har verkligen en nyckelroll och interprofessionell samverkan, samverkan mellan olika professioner i vården. Och förstås samverkan mellan vårdens medarbetare och personen, patienten. Ja, det är nog så att

dom tankarna hade jag med mig in redan från början och dom formulerade vi i målbildstexten och i begreppet god och Nära vård. Och sen så är det ju många som har fått vara med och bidra och fylla det här med alltmer innehåll.

BODIL: Får jag runda av det här med en fråga där jag faktiskt märker ord, god och Nära vård tror jag är fantastiskt bra att ni landade i. Men jag studsar på att utredningen heter samordnad utveckling för god och Nära vård. Om du i stället hade skrivit, du själv säger inte det, du säger samverkan och det tänker jag att i så fall så skulle det ju heta ett samverkande utvecklingar för god och Nära vård. Det skulle handlat om att Hans-Inge och Kristina utvecklades tillsammans. För vårdpersonal utvecklades kollegialt i förhållande till sina patienter men jag kan också se framför mig att ett betänkande med ordet samverkan i rubriken skulle inte tas lika väl upp som om det var samordnat. Men nu vill jag fråga dig här, vad menar du egentligen med samordnad?

ANNA: Ja, man kan säga att det är ju så att en utredning väljer ju sitt namn, men namnet på direktiven får man sig tilldelad. Så lite grann hängde det ihop med namnet på direktiven. Men samordningen och när vi började den, handlade nog faktiskt mycket om, för mig, att jag tyckte jag hade iakttagit under några år att det kom så väldigt, det kom flera utredningar. Det gjordes initiativ, tillsattes grupperingar men det var svårt att se den röda tråden. Så själva samordnad där, det var nog också för att visa att vi ville ta den samordnande rollen och samla både erfarenheter från tidigare gjorda utredningar, till exempel effektiv vård, men också samordna oss med pågående utredningar. Där tycker jag att departementet fångade den bollen bra genom att i de utredningar som tillsattes ytterligare under vår utredningstid så fanns det i direktiven för dem just att samverka med vår utredning och vi hade ju det uppdraget redan från början. Så jag tänker att just du hittar den där röda tråden i utvecklingen är nog det som just samordningen bestod i.

BODIL: Lisbeth, vi har kommit halvvägs genom den här podden och därmed så har vi tagit ett långt skutt för nu är vi på bokens näst sista kapitel. Vi har valt här att ta upp dom två första och dom två sista och det är ditt. Och vad vill du främst börja med att lyfta upp?

LISBETH: Jag tror jag börjar med att läsa lite från mitt kapitel. Mitt kapitel heter ett skifte vi gör tillsammans. Men den text jag lyfter upp, den handlar mycket om egen erfarenhet också. För år 2020 blev inte bara det första året som jag på heltid fick ägna mig åt samordna rollen för Nära vård. Det blev också det år när jag miste båda mina föräldrar. Att färdas mellan den professionella rollen och rollen som närstående blev en källa till reflektion. Som närstående upplever jag tydligt hur viktig den relationella delen av vården är för hälsan. Och nu senast i vården av min mamma som fick en svår neurologisk sjukdom. Vissa saker i vården fungerade inte alls, trots att jag om och om igen kunde påtala insatser som jag visste att hon hade rätt till. Men andra saker fungerade helt fantastiskt. Som den kommunala hemsjukvården. Redan innan mamma blev riktigt dålig så blev hon inskriven där, för att de skulle lära känna varandra. Kontaktsjuksköterskan Linda var sen fenomenal på att skapa trygghet. Hon cyklade förbi och tittade till mamma när hon var i krokarna, kollade hur rosslig mamma var och om hon kanske behövde något litet hjälpmedel. Hon ringde mig någon gång i veckan för att höra hur jag hade det, om jag behövde stöd med något. Hon hade god kontakt med läkaren på hälsocentralen och med arbetsterapeuten och fysioterapeuten och förmedlade kontakt när det behövdes. Och skulle Linda åka bort så var hon noga med att berätta det och då ringde någon av hennes kollegor i stället. Och de här insatserna var inte tekniskt avancerade eller särskilt tidskrävande, men dom byggde på stor professionalism och betydde otroligt mycket för mammas hälsa. Hon kände sig trygg i sin hemmiljö och behövde inte åka in och ut på sjukhuset och hon kunde fortsätta laga mat och bjuda på middagar, även om hon inte längre kunde äta själv. Och hon fick vara den hon var under en värdig sista tid. Och jag vill med mitt kapitel berätta några berättelser som jag har hunnit vara med om bara under det här första året som samordnare. Och det vill jag därför att jag tror att berättelser har en väldigt stor potential och kraft nu när vi ska göra

någonting som är så stort som en hel omställning av ett hälso- och sjukvårdssystem. Att berätta det som händer i mötet mellan patienter och brukare och närstående och hälso- och sjukvård, att det faktiskt sker någonting tycker jag är jätteviktigt. Men kapitlet handlar också om att jobba med hälsa, att det är precis som Hans-Inge tagit upp, en relationell verksamhet och att vår förmåga att anpassa våra tjänster efter personens behov och dess förmågor är så himla central. Och att vi förmår att vända det här perspektivet och ställa oss i patientens perspektiv och jobba tillsammans med dem snarare än en åt dem. Men också tänker jag att det handlar om att den Nära vården kommer att växa fram på väldigt olika sätt, att det är det personcentrerade som är basen. Men lösningarna är anpassade utifrån olika behov och lokala förutsättningar. Den kommer att växa fram både olika men ändå lika. Och jag tror också att det är viktigt så att vi inte tror att det är en lösning vi ska se framför oss utan jag tror det kommer vara många lösningar och då kommer det bli riktigt bra.

BODIL: Så berättelse är ju alltid spännande, för berättelsen handlar ju om sammanhang, det är ingen slump att barn vill ha sagor för dom vill ju ha reda på hur går det då? Hur hänger det ena ihop med andra? Varje enskild detalj kan man se, därför så tror jag också att det är viktigt även i officiella sammanhang att vara noga med berättelser som exempel och det är noga med sammanhangsföreställningar. Vad har vi för föreställningar om hur det ena hänger ihop med andra?

LISBETH: Just det, precis. Jag tror att det är ju de här olika sammanhangen som jag tror blir viktiga att skildra i de här berättelserna eftersom den Nära vården inte kommer att se lika ut. För den måste också anpassa sig efter sammanhang. Jag tror också att det är viktigt utifrån att för många känns det här ganska komplext och stort och då måste man också komma nära ibland, inte bara prata om orden och det stora och då kanske sammanhanget är det som är viktigt.

ANNA: Jag tänker också det jag tänkte när jag läste ditt kapitel. Det är någonting som jag känner ibland när vi pratar om den Nära vården, att du lyfter och jag

tycker också att du lyfter det så tydligt i SKR s arbete, att det här handlar också om styrnings och ledningsfrågor. För att apropå olika perspektiv så kan jag ibland känna att den här ovanan att lyssna till berättelsen, vare sig det här i det patientnära mötet eller i ett större sammanhang, gör att om man pratar om berättelsen och det som berör människor så sorteras det bort som att det här är något lite mjukare och flummigare. Det har inte att göra med styrnings- och ledningsfrågor och det där tror jag är så viktigt att visa att ja, men det har det absolut. Det här med att skapa en hälso- och sjukvård som utgår från individen alltså, det handlar också om styr- och ledningsperspektiv och allt det här vi har berört hittills handlar också om ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. Jag känner ibland att det blir lätt att ok, det här är en människa som pratar om de mjuka värdena och mötet i vården och det här är en ekonom som står för styrning och ledning och där tycker jag det blir så tydligt i ditt kapitel. Också tydligt i SKR:s arbete nu att här måste man länka ihop dom olika typerna av frågor och inte minst det som är styrnings- och ledningsfrågor.

LISBETH: Vad glad jag blir att du säger det därför att jag har ett litet stycke, precis som du säger som handlar om att vi måste också, vi kan inte fortsätta leda och styra på samma sätt som vi har gjort. Jag tror att det är precis som du beskriver att det är väldigt viktigt att, på tal om det vi pratade om allra först, det här skiftet i kunskapssyn. Att det är många olika typer av både forskningsfält, kunskapsfält och sätt att förmedla kunskap och erfarenhet på som behöver få mötas i styrning och ledning och det är en stor omställning i sig.

HANS-INGE: Det är ju också en relations- och tillitsfråga och det vet jag att vi delar ju alla den uppfattningen. Men när jag ser planering som pågår på ett fantastiskt sätt runt om i regioner och kommuner så är det på ganska hög nivå, det som det arbetet sker och stora fina planer, vilket naturligtvis är bra och nödvändigt. Men jag som patient, jag har ju intresserade, vad händer när jag möter vårdens eller omsorgens personal. Alltså är det risk att det kan bli nya organisationsfrågor av det här i stället för en relations- och tillitsfråga. Alltså

ges det möjlighet för de som möter mig att också diskutera, hur ska vi arbeta med patienterna?

LISBETH: Det är en jätteviktig fråga och jag tänker ju den omställningen som att den sker varken uppifrån och ner eller nerifrån och upp utan den behöver engagera hela systemet samtidigt. Och det är ju jätteviktigt att det här bär på politiskt håll, för att det här ska hålla. Och jag är också väldigt glad att vi har skapat en ledarskapsutbildning där man kan få vara med och reflektera kring hur man leder och styr på nya sätt. När vi öppnade upp den för förtroendevalda i vår så fick vi direkt två hundra förtroendevalda som anmälde sig och sa jag vill bli mer klädd, jag vill kunna prata om det här, jag vill kunna fatta rätt beslut och det tror jag är jätteviktigt och det är ju hög nivå, ledningsnivå. Men jag tror samtidigt att vi precis som vi var inne på i vårt samtal, vi måste också ges möjlighet att samtidigt göra den här kulturförändringen och arbetssättsförändringen i verksamheten. Vi kan inte vänta på att man blir klar uppifrån. Och det är därför jag är mån om att berätta berättelser om där det faktiskt sker och visa på att det går så att man inte tänker att det här är sånt som inte går att göra. men jag tror vi måste ha plats för dom samtalen. Jag tänkte, när Anna pratade om det här med reflektion att det jag hade med mig i min utvecklingsdirektörroll som jag tyckte var så himla spännande att se, det var när vi skapade dialogform mellan invånarna. Patienter, brukare, invånare och medarbetare. Inte bara den toppledningen i en region eller kommun, utan med medarbetarna, alltså det som händer då i den reflektionen. Den tror jag påverkar otroligt mycket både lusten och drivkraften och engagemanget eller jag vet att det är så.

HANS-INGE: Absolut, absolut. Och vi vet att det finns många lysande tomteblöss om vi ska kalla det så, runt om i landet som vi naturligtvis måste se till att dom brinner. Och att omtanke är smittsamt om man vågar säga det i dessa tider. Alltså omtanken i personalrummet smittar av sig och sen går man ut till patienter och så smittar man dom med omtanke. Men det är en rätt så dålig bild i dessa tider, den bör nog inte användas [skratt].

BODIL:

Hans-Inge, när man ser en sån här bok växa fram med tolv så olika kapitel så har jag från min sida funderat på, hur kommer man att göra för att mäta resultat för i någon bemärkelse så kommer vi ju att undra allesammans. Vad blev det nu av allt detta? Och man kommer säkert att kunna komma åt en fantastiskt ökad patientnöjdhet och det kommer att finnas medarbetare som trivs bättre på jobbet, allt möjligt bra, men jag tyckte att jag ville avsluta boken med något immateriellt, nämligen kunskap. Vad kommer att hända med kunskapen framöver? För det räcker ju inte bara med att man mer uppmärksamt lyssnar på en patient eller att man blir bättre på hur man ska framföra professionen i samtalet så att man får en relation till varandra. Utan kunskapen i sig skulle ju kunna utvecklas om dom här två hittade en samverkande utveckling. Inte samordnad, men den samverkande utveckling då dom började flätas in i varandra och vart efter jag skrev så blir jag själv mer och mer nyfiken på. Vad kan detta bli för sorts kunskap? För det skulle ju i så fall bli en kunskap som inte har funnits innan och som vi nu får nya förutsättningar för. Så jag vill för min del läsa upp det sista stycket i mitt kapitel och det lyder så här. När patienten kommer med sin berättelse om obehagliga symptom och därtill hörande ängslan och osäkerhet associerar de professionella främst i riktning mot provtagningar, möjliga orsaker och behandlingar. Men det de garanterat har gemensamt, det är att båda parter är i stunden inriktade på framtiden. Och det är ju inte så konstigt. Så om man kan tänka så här, vad vi än gör just nu så påverkar vi inte nuet med det, för det går inte. För nuet är redan borta och efterrättat nästa och nästa. Att vi ändå jobbar på det har inte med nuet att göra, utan vi gör det vi gör bara för framtidens skull. Det å sin sida, den påverkar oss redan nu. För innan den finns så är det våra respektive föreställningar och förhoppningar om framtiden som styr vad vi gör i nuet. Därför tänker jag, det tidsmässigt viktigaste området för överlappande föreställningar av kunskap och hos respektive patient och professionell. Det är därför just framtiden. Jo, men om vården vet hur patienten vill bli sen och vad händer och vill kunna göra och ju mer patienten vet om vad vården har för föreställningar och orsak, behandlingar och framtida möjligheter, desto större är chansen att dom kan utveckla en framtidsinriktad samsyn med större och större överlapp varje gång de möts, vilket i sin tur leder till en ständigt ökad ömsesidig tillit och

trygghet. Är nu detta bara en from önskan. Eller tror ni att vi kommer att ta några steg på väg mot det här så att man om fem-tio år kan identifiera nya kunskaper?

ANNA: Ja ja, jag tror ju det. Jag tror ju det jag tycker du beskriver, det så fint här nu. För att jag tänker att sjukvårdsbeskrivningen av det du precis läste, det är ju det här traditionella fokuset på den akuta situationen. Och att vi i ganska liten utsträckning i traditionell sjukvård har just tittat framåt. Vad är det som ska uppnås? Det hänger ju såklart ihop med att vi har andra möjligheter idag att uppnå fantastiska resultat. Går vi ett antal år tillbaka i tiden så handlar det ju om att rädda liv och inte så mycket mer. Men idag har vi kronisk sjukdom, komplexa sjukdomar och vi kan så mycket mer så att så jag tänker att just sjukvårdens syn att förflytta sig från det akuta till det som också kommer efter. Och jag tror att sättet att bli bättre på, det är just att gifta ihop olika typer av kunskap, så vi kommer tillbaka till det här med kunskap då också. Att jag tänker att i dagens samhälle och samhällskontext är det få branscher eller sektorer som är sig själva nog, så att säga som klarar sig för sig själv. Så just den här typen av att se komplexiteten och gifta ihop nya teoretiska kunskapsområden, det tror jag är vägen fram för att faktiskt också öka kunskapen om det som faktiskt händer i hälso- och sjukvården.

LISBETH: Jag har två saker som jag tänker på när jag läser ditt kapitel och en sån handlar om hopp. För i flera av de poddar jag fått spela in och speciellt med dem som har varit patientrepresentanter så kommer hoppet in som någonting otroligt viktigt. Att förmedla hopp och jag tänker hopp handlar ju om framtid, att hoppas på att det finns en ljusning framåt. Och det tänker jag på. Sen tänker jag på någonting mycket mer konkret som har slagit mig dom senaste veckorna, där jag har pratat mycket om patientkontrakt och de sakerna och jag har tänkt att patientkontrakt kanske är den här framtidsplanen. Det är planen om vad som ska hända sen, men också om hur jag själv kan arbeta med min hälsa. Det är möjligheten att känna mig trygg med den framtid som jag idag som patient känner mig väldigt otrygg kring. Jag skulle säga att det är ju ett av våra stora bristområden, att man egentligen inte har någonting mer än nuet och det som beskriver det som har

varit, nämligen journalen. Journalen blir på något sätt det som har varit, men var finns skriften om framtiden? Och det skulle det här patientkontrakt kunna vara. Så att det har jag gått och burit med mig, så det är så härligt när man läser ditt kapitel och får lite tänka på det sättet.

BODIL: Men känner ni bägge två nu, hur ni talar om berättelsen igen, alltså berättelsen om den nya kunskapen? Och hoppet är ju jätte viktigt, för vi lever ju för framtiden.

ANNA: Ja, så är det.

HANS-INGE: Det känner jag att det man skulle kunna kalla för kunskapsutbytet eller växlingen mellan vården och patienten är jätte viktigt. Alltså den levda kunskapen och den lärda kunskapen får mötas och man får byta erfarenheter med detta och båda blir lite klokare efteråt. Både patienten och vårdens eller omsorgens personal.

BODIL: Och samtidigt är det ju nåt annat än addition mellan dessa båda. Att man i bästa fall kan lyssna uppriktigt på varandra och då tänker jag att man blir mer jämställd om man pratar framtid för det har ingen av oss varit. Så kan vi komma åt varandra med våra respektive förhoppningar Lisbeth, om framtiden så skulle det ju kunna vara rätt ställe att mötas på. Nu får du sluta av det här Jonas för vi kan hålla på hur länge som helst.

JONAS: Ja, tack så mycket. Det är ju fantastiskt för mig och för lyssnarna att få sitta och lyssna på det här resonemanget. Jag tar med mig väldigt mycket tankar från det här. Efter att lyssnat har vi ju lärt oss om dubbelseende som nånting positivt. Det är ju inte alltid. Om vikten av orden som inte sägs, om att få stå varandra nära och inte kanske höra an bara. Jag tänker också på det Anna du säger, om att vara professionell och kan man vara det om man inte använder sina egna erfarenheter? Det tycker jag blev en sån liten tankevrupa för mig, men det är intressant. Att få vara trygg i att använda sina erfarenheter och utvecklas. Och sedan Lisbeth så tänker vi ju på berättelser, det har vi pratat många gånger om, att vikten av att berätta och få berättelser. Och det här

med att få komma nära någon. För att kunna verka i det stora och det som ibland blir ogripbart stort. Och Bodil, naturligtvis det här sista om förhoppningar. Och berättelsen om den nya kunskapen. Jag tänker också att det blir mycket tankar om hur vi är mot varandra. Det nämnde ni nästan hela tiden, det här varmt medmänskliga. Det smittsamma i omtanken tycker jag blir en fin avslutning. Vi vill säga tack till lyssnarna, varmt tack för att vi fick dyka upp i ditt öra och lyssna gärna på flera avsnitt av detta. Vi kommer att spela in ett par till. Vi kommer finnas där poddar finns och på webben. På www.dykerupp.nu kommer vi lägga lite material som hör till boken och den finns att beställa på komlitt.se och i andra online bokaffärer och boken heter ju Tillsammans för en god och Nära vård. Tack till er Bodil, Anna, Hans-Inge och Lisbeth och inte minst till er som har lyssnat. På återhörande. Hej då.