

EP32 - Näravårdpodden träffar Petra Vogt

PRESENTATÖR: En podcast från Sveriges Kommuner och Regioner.

PETRA: ...då kan vi inte sitta år ut och år in och säga, vi kan inte ens dela en yta för minnesanteckningar med våra samverkanspartners för att alla kommer inte åt den. Och då kan jag tänka så här att kan vi inte ens lösa en sån enkel sak, hur ska vi då förvänta oss att våra medarbetare ska lösa att faktiskt jobba ihop...

PETRA: ...så att det har slagit in på en ganska arbetsam väg kan man säga, där vi vill involvera många och väldigt brett....

LISBETH: Välkommen till Näravårdpodden, Petra Vogt.

PETRA: Tack så mycket! Det känns ju som ett privilegium så här mitt i dagen att få sitta här och prata lite.

LISBETH: Ja men det är verkligen ett privilegium för oss att få ha dig med. Berätta, vem är du?

PETRA: Ja, vem är jag? Petra Vogt som sagt heter jag. Jag är läkare, jag är specialist i allmänmedicin i botten. Sen spårade jag ganska tidigt in på chef- och ledarskapsspåret, så det är den kompetensen jag har mest aktuell. Sen på pappret idag så är jag hälso-och sjukvårdsstrateg. Så jobbmässigt så är det dom tre sakerna jag är. Och sen så har jag ett ganska nytt uppdrag som ordförande i regionernas kunskapsstyrningssystem i nationella primärvårdsrådet. Så det är väl det jag är på jobbsidan! Privat så är jag väl mest mamma, nu är de tonåringar men det är en ganska häftig tid att vara förälder med barn i den storleken.

LISBETH: Ja det förstår jag att det är. Hur hamnade du just i allmänmedicinen, var det någonting som var självklart för dig?

PETRA:

Nej, det var det verkligen inte, det var nog ganska mycket en slump får man väl säga. Jag började inte ens läsa medicin för att jag skulle bli läkare, utan jag hade fått för mig på olika vägar att jag skulle jobba med läkemedelsforskning. Det var lite det som var ingången, jag gick en så här läkarutbildning med forskningsinriktning som fanns i Uppsala då. Började också forska på klinisk farmakologi under studietiden och sen skrev jag min avhandling under läkarstudierna och hade ett par studieuppehåll för det. Sen när jag var färdig med det och hade ett år kvar på utbildningen så kände jag ändå att jag ville vara bara läkarstudent där ett år. Och efter det så vill jag göra min AT och en ST men det var inte så att jag visste precis vad jag ville bli. Jag hade nog kunnat tänka mig patolog till exempel för forskningssidan eller onkolog möjligen, det låg ganska nära min forskning då. Men sen så gjorde jag en landsorts-AT får man väl säga, gjorde flera placeringar på ett litet landsortssjukhus i Sala och min primärvårdsplacering i Heby. En liten landsortsvårdcentral där vårdcentralen liksom var landstinget i kommunen, trivdes otroligt bra där, en jättevälfungerande arbetsplats och en superengagerad och duktig chef. Så att det var lite så att kan jag få möjlighet att jobba på en sån välfungerande arbetsplats och med en bra chef under fem års tid så kan jag absolut tacka ja till en ST här och låstas att jag vill bli allmänmedicinare, det var faktiskt lite så det var. Jag lärde mig att uppskatta det otroligt mycket, jag tycker nog att jobba som distriktsläkare är ett av de häftigaste jobb man kan ha för att man får ju folks liv i gåva hela dagarna, folk sitter och berättar saker som de kanske aldrig har berättat för någon och som de inte delar med någon annan. Man får möjlighet att hjälpa dom att ha det bättre i det livet som de har delat med sig av. Så det är ett otroligt häftigt jobb, jag trivdes väldigt, väldigt bra med det. Sen fick jag möjlighet att ta över som chef på den vårdcentralen och sen blev det liksom på den vägen. Så det var lite slump att det blev allmänmedicin, men jag är väldigt glad för att det blev så. Det är en ganska stor del av min yrkesmässiga identitet ändå.

PETRA:

Ja det tänker jag också när man träffa dig, jag tycker det är så fint både det du berättar om jobbet som allmänläkare och också chefskapet. Men om vi stannar lite i det där allmänläkeriet och primärvården och det här att komma nära människor. Kan du inte utveckla det lite mer, hur skulle du vilja att det där såg ut framåt om du nu som strateg fick vara med och forma?

PETRA: Det handlar mycket om att vi i strukturerna lämnar utrymme för det. För det finns egentligen ingen som inte vill ha det på det sättet. Befolkningen och de som är sjuka så att vi får anledning att kalla dom patienter. Dom vill ha en relation till den som ska vårda dom den dagen det behövs. De som jobbar i första linjens vård eller på den primära vårdnivån vill känna sina patienter för det gör det mer givande, det gör det mycket enklare och det ger högre kvalité, allt som gör skillnad i sjukvården sker ju i mötet med den enskilda patienten. Det kan ju inte såna som du och jag till exempel sitta och tro att det vi gör, gör någon skillnad någon annanstans än i det mötet utan det är ju där det måste hända. Jag tror många gånger att vi organiserar bort det. Det är god vilja många gånger det vi försöker göra när vi ska stötta upp våra organisationer men många gånger tror jag att resultatet blir att vi lite grann strukturerar bort det där mötet.

LISBETH: Det kommer ju tillbaka när man pratar mycket Nära vård att förstå att det här handlar ju om att värdet av en tjänst aldrig kan ske någon annanstans än i mötet och hur kan såna som du och jag bidra till att det faktiskt får bli det allra bästa mötet. Då tänker jag på det där ledarskapet, du blev ändå inspirerad av en riktigt bra chef och du har också tidigt i din yrkesbana klivit på chefskapet. Vad är en bra chef för dig?

PETRA: Jag tror att en bra chef litar på sina medarbetare och tillåter ganska mycket. Men det förutsätter ju att uppdraget är tydligt och att man är överens om vad det ultimata målet för det vi håller på med är. Finns bara de ramarna så är ju alla som jobbar i hälsa- och sjukvård fullt kapabla att driva arbetet i den riktningen. Det kan man lita på. Vi har otroligt duktiga medarbetare och jag tror framförallt att det handlar om att inte hindra dom faktiskt [skratt].

LISBETH: Jag tycker det är kul att du säger det här med uppdrag så tidigt för det är något som jag också har erfarenhet av i chefskap. Att vara noga med att få ett tydligt uppdrag. Jag tänker mycket på det här med hur uppdraget för chefer och ledare behöver formas om för att vi ska nå den nära vården.

PETRA: Det ligger det nog mycket i. Jag har mest erfarenhet av primärvård och arbete på vårdcentraler och jag kan tänka mig att vara vårdcentralchef är ett av de mest krävande chefsuppdragen som finns, alla kategorier faktiskt. Det är ofta ganska många medarbetare, du har uppåt en elva, tolv olika yrkeskategorier som direkt rapporterar till dig och som du ska ge bästa möjliga förutsättningar att utöva sin yrkesroll som du omöjligt kan ha detaljkoll på exakt vad den omfattar. Du har massa lagrum att förhålla dig till, det ju verksamhetschefen som är ytterst ansvarig för hela innehållet. Man ska ha respekt för de chefsuppdragen som vi har i första linjen i sjukvården och på verksamhetschefsnivå. Det är otroligt ansvar, ett komplext uppdrag. Och mycket förväntningar på det, från alla håll och kanter.

LISBETH: Ja verkligen. Det vore spännande att höra om när du tänker på det här med nära, vad betyder det för dig?

PETRA: Ja det betyder kanske lite olika saker i olika sammanhang, nu har Nära vård blivit så inarbetat. Ibland kan jag nästan känna att vi har fyllt det med så mycket innehåll att man nästan kan bli lite rädd för det, för man borde förstå, man borde veta vad det betyder när vi säger Nära vård. Då pratar vi om 800 sidor utredning, man måste veta det där för att kunna prata Nära vård. Jag tror att den frågan, den är viktig, att man kanske får bestämma själv vad Nära är och jobba utifrån det. Det kanske är det viktigaste i hela Nära vård-omställningen, att vi har en känsla kring nära och att vi kan jobba utifrån den. Nära för mig det är på något sätt med omtanke. Gör vi saker med omtanke så är vi nära. I yrkesrollerna då, om det är som läkare eller chefsposition eller som strateg, så tänker jag att med omtanke innebär att ge möjlighet för patienten eller invånaren att uttrycka sitt behov. Och då får vi med hela det här med tillgänglighet och att man ska kunna nås på olika sätt. Man ska kunna nå oss när man själv har upparbetat modet som det kanske krävs för att berätta om sin oro eller sin farhåga. Omtanken att verkligen försöka förstå det uttryckta behovet och inte värdera behovet som fel eller stort eller litet eller medicinskt eller inte. Och på något sätt underförstått att är det inte det så kan vi sluta lyssna på den här individen. Så jag tänker att den omtanken är väldigt mycket nära för mig. Det är först när vi har lyssnat in behovet, gjort ett ärligt försök att förstå det, som vi kan börja fundera på att vad kan vi hjälpa till

med. Det är ju egentligen aldrig ingenting. Vi kan ju nästan alltid ge ett tröstande ord eller säga någonting lugnande. Hjälpa någon vidare, det kanske inte är sjukvården men vi kan ju ändå med vår klokskap och erfarenhet från att ha träffat en massa människor tipsa någon om hur de kan komma vidare i sin oro med sitt behov. Ibland så kanske det är så att vi måste erbjuda en avancerad utredning eller en tuff behandling. Men det är ju inte bara då vi gör sjukvårdens jobb. Utan det är ju i alla de andra delarna också, det tycker jag är nära. Att vi kan stanna i det, att lyssna och förstå och tänka efter. Inte hoppa för snabbt till att här kan jag inte behandla, det är ingenting för oss. För då hamnar man långt ifrån.

LISBETH:

Det där är ju otroligt intressant, jag tycker att när jag pratar med många patienter och brukare så kommer ofta det här med trygghet och hopp in. Att bli lyssnad på och kanske få det där ordet som ger mig lite hopp. Eller tryggheten som du tar upp, att veta att det finns någon tillgänglig när jag behöver och då kanske behovet faktiskt inte ökar utan snarare tvärtom, att jag känner mig trygg gör att jag inte heller behöver höra av mig så ofta. Det du beskriver för oss nu, det är det jag tänker är personcentrering. Att vara intresserad av den personen som finns framför en. Oavsett om epitetet patient blir rätt eller inte.

Jag tycker du säger något annat intressant att när blir saker så politiskt korrekta att dom kanske också skrämmer bort. Jag tänker om det blir så att Nära vård, det här borde jag kunna, det är 800 sidor utredning och säger jag rätt nu. Det kan ju också skrämman undan människor att känna att det här är en del som jag är del i. Möter du det, eller?

PETRA:

Jag kan tycka det ibland och jag kan tycka ibland i diskussionen om omställningen till Nära vård att vi på något sätt i det ibland lägger att vi inte har gjort någon förändring. Att vi inte är nära alls idag, att vi måste gå från extremläge idag till ett annat extremläge och så kanske man inte förstår det där riktigt. Så kan det bli lite skrämmande och lite svårt. Det kan bli ganska mycket lingo, att man får en känsla av att vissa är insatta. Då kanske inte jag som inte vet, ska säga vad jag tänker nu, det blir lite internt för att vissa kan

det som ett rinnande vatten på något sätt, det där formella innehållet i det. Man kan göra lika mycket nytta i de här processerna utan att känna till det, att ha en förståelse för hur vi tänker kring nära, vilken riktning är det. Det är ju det här relationella, att tillåta oss att vara människor och att se varandra som människor. Det räcker ju ganska långt.

LISBETH: Väldigt långt i en sån här typ av verksamhet som är relationell tänker jag, det är lite grann tillbaka till det. För det har jag upplevt när jag har mött människor och medarbetare har pratat om det här, att när man får prata om det på det sättet så får man också så mycket energi i samtalen. För det är ju så att de allra flesta av oss som har valt de här yrkena, ser ju också storheten i att just få vara nära. Har ni såna samtal, jag tänker på din roll i Skåne som hälso- och sjukvårdsstrateg, hur jobbar ni med de här frågorna som handlar mer om kultur och förhållningssätt och det egna ledarskapet egentligen för att kunna göra en sån omställning?

PETRA: Vi gör ju ett jättebrett anslag med det här i Skåne nu, det är häftigt och det är utmanande och det är lite läskigt. Nära vård är ju en del av den stora transitionen som vi upplever att vi behöver göra i Skåne och är igång med. Det är inte en tydlig början och ett tydligt slut egentligen utan det är ju en rörelse. Vi har valt att jobba jättebrett med stora grupper, både strategiska och operativa grupper, bred representation, vi har med kommunerna väldigt tydligt. Det är en jätteutmaning, vi kan liksom aldrig bli riktigt ett, region Skåne och Skånes 33 kommuner, men vi kan göra allt som går för att prata gemensamt, försöka göra gemensamt, ha gemensamma visioner. Så vi har slagit in på en rätt arbetsam väg kan man säga, där vi vill involvera många och väldigt brett, vi tänker inte på det som en hälso- och sjukvårdsfråga den här transitionen. Jag jobbar ju nu som strateg på det vi kallar framtidskontoret som ligger direkt under regiondirektören och det innebär att vi har med Skånetrafiken, vi har med regional utveckling, det är hela region Skåne. Det är hela Skåne, för som sagt vi har kommunerna, vi har privata sektorn, civilsamhället också i detta. Det är spännande!

LISBETH: Ja verkligen! Det är verkligen en förnyelse av välfärden kan man säga som ni gör. Hur ser din vardag ut då, vad gör man på ett framtidskontor, det är lite häftigt att få jobba på ett framtidskontor!

PETRA: Ja det är lite häftigt att få jobba på framtidskontoret! Vardagen idag ser ju väldigt mycket ut att jag sitter framför en skärm och har Teams-möten i ärlighetens namn, både i strategarbetet i Skåne och i arbetet som ordförande i det nationella primärvårdsrådet. Vi träffas ju inte mer än digitalt. Det är mycket möten, det är mycket relationsbyggande, det är mycket utbyte av tankar och idéer, det är mycket att försöka samla ihop begrepp och riktningar under olika hattar. Få ihop det till delstrategier, hur ska vi tänka kring digitalisering. Så vi får de här ramarna som alla sen kan känna att jag är inom här, jag kan jobba på i den här riktningen. Hur tänker vi med den fysiska infrastrukturen i framtidens hälsosystem? Var vårdar vi våra patienter, var är platsen? Vi kanske inte kan definiera den mer än att patienten är platsen. Så att det håller vi på att vrider och vänder på. Vi gör det som sagt i ganska stora grupper så att de diskussionerna ska vara väl spridda i systemet, att vi gör den här tankeresan också tillsammans.

LISBETH: Det låter som att det kan få ganska stora konsekvenser för hur skånsk välfärd kommer se ut framåt. Om man tänker att platsen är personen till exempel, det är otroligt utmanade.

PETRA: Ja, det kanske det är men också ganska naturligt. Så är det ju, och det har ju Coronapandemin katalyserat mycket, det gäller ju för shopping till exempel, det gäller för bankärenden, det gäller för apoteksärenden. Jag är ju platsen för min shopping, det har ju blivit väldigt mycket så och det är nog egentligen ganska naturligt att tänka så kring vård och omsorg också. Det kom upp en jätterolig kommentar i en sån diskussion kring att vårda mer i hemmet. Att då kanske vi från hälso- och sjukvårdssystemet måste påverka byggstandarden för privata hem. Och då känner man så här att nu har vi öppnat upp lådan ordentligt! Det kanske är så här att vi verkligen måste tänka oss loss från hur det är.

LISBETH: Då tänker jag ju att hela utbildningssystemet måste ändras, våra sätt att verkligen se oss som gäster i människors liv och inse att hälsa skapas ju i människors liv, det skapas ju inte hos oss på något sätt, i våra byggnader. Det finns ju många saker, många olika spår man vill gå in i, i de här frågorna. Har ni tidssatt någon plan i Skåne för när ni behöver ha vissa saker gjorda eller är ni i ett uppstartsskede?

PETRA: Vi är i full gång med det, det ska sättas milstolpar och det ska sättas mål i ett tioårsperspektiv till att börja med. Vi är mitt i det! Där inser vi ganska snart att det är lite olika horisont på att ställa om ett arbetssätt eller digitalisera en avgränsad process eller bygga nytt. De byggnader vi ändå ska ha naturligtvis, att bedriva vård i som ska vara till bara för det. Det är väldigt olika tidshorisonter på det där.

LISBETH: Har ni något samtal med skåningarna då?

PETRA: Ja det har vi. Det är också en grupp som sitter specifikt med det, hur vi ska få till det på bästa sätt kanske jag inte ska säga för det måste hända på många olika sätt. Både involvering av representanter i alla de här grupperingarna naturligtvis. Enkät-möjligheter, paneler av olika slag. Så det pågår ett ganska intensivt arbete kring det också, hur vi på riktigt får med oss invånarnas röst i detta. För det har vi ju konstaterat så många gånger att även om vi är invånare allihop, vi kanske till och med är patienter ibland, så har vi ju en alldeles för stor förförståelse av systemet för att riktigt kunna ha den hatten på fullt ut i en sån diskussion. Vi är så medvetna om våra tillkortakommanden till exempel, på ett sätt som en invånarrepresentant inte behöver vara, utan kan ha en mer faktisk förväntan på vad man skulle vilja ha liksom.

LISBETH: Min egen erfarenhet är att det bli så himla mycket dynamik i samtalet när vi samtalat tillsammans med de som kanske är patienter och vanligtvis kommer till vår mottagning, våra hälsocentraler eller vad det kan vara. För de har ju ändå en annan blick, de ser ju på vår verksamhet på ett annat sätt. Och det ger ju så mycket, att få sitta med medarbetare som möter också dom som inte bara kommer till dom som patient utan får möta dom mer i en typ av utvecklingsammanhang och få prata om saker. Det är ju otroligt berikande.

PETRA: Ja, så är det. Vi har jättemycket patienter med i vårt stora delprojekt med ny digital vårdmiljö, där vi har invånarrepresentanter som har varit med hela tiden från början som är anställda i det projektet och som har tillfört otroligt mycket längs vägen. Det vi hoppas nu är att vi ska kunna utvidga det mer till helheten och det är väl mycket det vi tänker i detta att vi måste få saker till helheter, inte separata projekt som hanteras av vissa utvalda utan att allting är utveckling på något sätt. Och det behöver få vara det och vi behöver få lära av det som händer på ett ställe i andra delar också.

LISBETH: Jag tänker att det nog är väldigt utmanande i alla fall att, vi går ju från ett system som är mycket mer uppdelat i delar till att tänka mycket mer nätverk och saker och ting hänger ihop och då blir det ju lite svårare att lätt greppa för oss som människor och då kan det ju kännas lite obekvämt. Men jag tror att vi också måste våga vara i det är, att det är komplext och det är många saker som jackar i varandra och försöka tänka mer nätverk i våra byggen. Men om du skulle se på omställningen till Nära vård då, vilka delar skulle du vilja lyfta fram som särskilt viktiga. Om man ska tänka lite strategiskt, vad är viktigt att få på plats eller jobba med, hur tänker du?

PETRA: Jag tror som jag sa att stora delar handlar om att lämna utrymme till att också låta delar av detta hända. Vi har ju pratat om den här omställningen jag vet inte hur många år, så den är ju på något sätt mitt i en rörelse. Men det är ju som att någonting hindrar oss från att faktiskt kliva vidare i detta, som att det inte faller sig riktigt naturligt trots att det kanske var mer så här vi jobbade tidigare. Det finns gott om medarbetare som är vana vid att jobba nära och med kontinuitet och tillgänglighet men ändå är det någonting i detta nu som gör att det inte faller sig riktigt naturligt. Jag tror att det är en del hinder och dom kanske har blivit tydligare ju högre våra ambitioner är. Det hindrar oss att vi inte har gemensam journal nationellt till exempel. Det hindrar oss att vi inte lagligt får dela information med kommunerna. Det hindrar oss att det är olika pengapåsar som betalar för olika delar av ett flöde för en patient. Jag tror att mycket av omställningen kommer behöva handla om det, att undanröja de här hindren. För kraften finns där och riktningen tror jag också att alla är ganska överens om. Så kunde man hitta sätt att ta bort en del av

uppförsbacken så tror jag att det skulle leda oss framåt. Ibland tror jag att vi har ett sånt behov av när vi sitter och tänker på högre nivå, att vi ska tänka ut väldigt konkreta saker som vi ska sätta i händerna på medarbetare. Nu ska ni göra detta så blir det så som vi har tänkt. Men ibland är det ju inte alls det som de upplever behövs för att komma dit vi ändå har sagt att vi är på väg. Så det tror jag är en viktig del av omställningen, att identifiera hinder och förhindra dom och där är vi tillbaka i det här med omtanken igen. Ger vi hela vår organisation i uppdrag nu att röra oss mot en Nära vård, så måste vi som har makten att göra det, också lyssna på vad de säger att deras behov är i det. Och ta hand om de behoven. Då kan vi inte sitta år ut och år in och säga att vi kan inte ens dela en yta för minnesanteckningar med våra samverkanspartners, för att alla kommer inte åt den. Då kan jag tänka så här att kan vi inte lösa ens en sån enkel sak, hur ska vi då förvänta oss att våra medarbetare ska lösa att faktiskt jobba ihop över de där gränserna till patienterna. Man behöver ta det på allvar, att plocka bort det som hindrar, det är lite respekt för de som ska göra det tycker jag.

LISBETH: En typ av hinderlista som ska påverka. För omställning handlar ju mycket om styrning och ledning och organisering, och där tror jag att vi har en del att jobba med. Hur tänker ni i Skåne runt det, hur involverar ni era ekonomer och controllers och IT-folket?

PETRA: Oh ja, det gör vi! Jag skulle säga att dom delarna är jätteengagerade i detta! Det har inte behövts att dra med dom, utan de är superengagerade i detta och vill ingenting hellre än att få anpassa sig eller bjuda fram det som vi säger att vi behöver för att göra det vi vill göra. Men vi har lite svårt för det, vi har inte så lätt för att definiera exakt vad dom behoven är. Mycket är för att vi är fast i det som är, kravlistor blir ju ofta små work-arounds runt det lilla som inte funkar istället för att tänka mer stora drag. Visst, vi behöver ekonomiska ersättningssystem naturligtvis men vi kanske inte behöver så mycket ekonomisk styrning. Vi kanske behöver annan styrning. Men då blir det lite så att om vi ska göra det där så måste vi ha en stycke-ersättning på det, och så är vi i det där lilla liksom. Men jag upplever att dom borde, eftersom du tog dom som exempel, både ekonomin och IT, de vill inget hellre än att vi ska hitta gemensamma vägar framåt i detta och att de kan fokusera på att göra det

vi faktiskt behöver att dom gör för oss. Jag upplever att de också känner att de sitter där och är till för patienterna, de vill göra det som gör att det blir bäst där i slutänden.

LISBETH: Jag har samma upplevelse av att det kanske inte är så ofta man tänker att de här stödfunktionerna också är utvecklingsfunktioner. Utan det blir ju ofta förvaltande funktioner men vi kan ju inte förvalta ett system som vi ska ifrån, vi måste ju vara med och utveckla. Det finns otroligt mycket kunskap men också mycket engagemang att få vara med i ett utvecklande perspektiv än i ett förvaltande perspektiv, från till exempel ekonomi, controllers men även HR frågor och andra saker som behöver hänga med i det här.

PETRA: Ja, det är klokt!

LISBETH: Jag tänkte Petra att du skulle få berätta litegrann om primärvårdsrådet, vad det är, vad ni gör. Jag har ju fått chansen att träffa dig där och jag tycker att ni har ett väldigt spännande angreppssätt och ett viktigt uppdrag. Men det är inte säkert att alla känner till, vad är primärvårdsrådet?

PETRA: Primärvårdsrådet är en del av regionernas gemensamma kunskapsstyrningsorganisation. Den har ju funnits i den här organisationsformen i några år nu. Det är alla Sveriges 21 regioner som har gått samman och skrivit under på att vi ska hjälpas åt att ta fram kunskapsmassa för våra verksamheter som ska vara gemensam för hela Sverige. Vi ska hjälpas åt att ta fram den och man är också överens om att det som tas fram sen ska användas och komma hela Sveriges befolkning till del. Alla som söker som patient oavsett var i Sverige kan lita på att samma kunskapsmassa finns med i bakgrunden av dom bedömningar som görs av deras besvär eller sjukdom. Då är det indelat i ett antal programområden kallar vi dom, de är 26 stycken tror jag nu och primärvårdsrådet är en sån del och har lite av en särställning för vi har inget primärt ansvar för några diagnoser eller patientgrupper i det här systemet. Utan vi jobbar tätt ihop med de andra områdena som är mer organspecifika eller patientgruppsuppdelade. Tanken är ju att allt som tas fram i det här systemet, allt gemensamt kunskapsunderlag och många gånger handlar ju det om massor som redan

finns men behöver struktureras upp på ett sätt och framförallt göras åtkomliga. Som du och jag pratade om här nyss, det är ju först när någonting är användbart i det enskilda patientmötet som det gör någon riktig nytta. Nationella riktlinjer, vårdförlopp och sånt, ska brytas ner och göras åtkomliga så att man faktiskt kan ha glädje av dem i det enskilda patientmötet. Där är ju primärvårdsarbetet lite speciellt i det att där kommer ju inte patienterna med en färdig diagnos in, utan där kommer man med symptom eller en oro, en tanke. Det gör att en del av de här kunskapsmassorna behöver struktureras om så att de blir användbara på primärvårdsnivå. Man kan inte börja leta efter en färdig diagnos om man inte har en färdig diagnos. Då måste man kunna komma in i materialet från ett annat håll. Så det är lite vårt ansvar där.

LISBETH: Just det. Ni är en grupp, vad är det för personer som du har runt dig i det här rådet då?

PETRA: Ja det är ju en jättehäftig församling! Hela systemet bygger på representation från de sex stora sjukvårdsregionerna då. I primärvårdsrådet så är det riggat så att vi har en specialist i allmänmedicin från varje sjukvårdsregion, det är sex personer. Sen har vi en annan primärvårdsprofession från varje utav de sex, det blir tolv personer. Sen har vi en kommunal representant från en kommun i vardera utav de sex sjukvårdsregionerna som ju då inte kan representera alla kommuner i sin sjukvårdsregion men som representerar det kommunala perspektivet och hela den klokskapen. Så vi är ett 20-tal, sen har vi adjungerade medlemmar från SKR och från primärvårdskvalité. Det är en maffig församling och ofantligt mycket kompetens och erfarenhet av svensk primärvård.

LISBETH: Verkligen, jag tycker det är ju en dynamik också när ni har både kommunala och regionala representanter vilket inte är fallet i alla delar av kunskapsstyrningsorganisationen. Och agendorna då, vad pratar ni om?

PETRA: Vi pratar fortfarande ganska mycket form, hur vi ska göra vårt arbete, hur vi ska få genomslag, hur vi ska fånga in relevanta frågor. Vi håller på att dela upp oss i lite arbetsutskott, 20 personer är en ganska stor grupp att ha alla diskussioner i. Det blir inte nödvändigtvis så effektivt. Sen så har vi ju ett par

arbetsgrupper också, så ser ju hela arbetet i kunskapsstyrningen ut. De här programområdena sen inrättar arbetsgrupper som jobbar lite mer praktiskt. Det har vi några i gång och några på G.

LISBETH: Vad kan dom göra, som är i gång?

PETRA: Ja, vi har en gruppering som har lämnat ifrån sig sin produkt kan man säga, och som har tittat på över- och underdiagnostik och behandling. Det handlar ju om att jobba på primärvårdsnivå på något sätt, göra lite i taget, göra lagom. Det har dom tagit fram ett material i relation till hur, till exempel de här nya personcentrerade och standardiserade vårdförloppen tas fram. Då har den arbetsgruppen tagit fram en checklista kallar vi den i brist på ett bättre ord, så att de aspekterna blir beaktade i det arbetet när ett nytt vårdförlopp tas fram. Så man inte lockas att dyka rakt in i dom mest avancerade utredningarna och så, utan att utredningen får ha sin gång även på primärvårdsnivå först. Eller mot slutet av ett förlopp. Så de är igång, de kommer att få lite förnyat uppdrag nu och titta på hur fungerar de här olika kunskapsstöden vi tar fram för den som är multisjuk. För där är också en sån sak, att där finns det separata vårdförlopp för olika diagnoser. I primärvården så vet vi fullt väl att många av våra patienter ofta lider av mer än ett tillstånd och har flera diagnoser. Man kan inte separat knöla in dom i olika förlopp utan de behöver kunna anpassas eller de behöver vara utformade på ett sätt så att den egna medicinska skickligheten går att applicera ihop med själva kunskapsstödsinformationen. Så det kommer dom med största sannolikhet att jobba med framöver och titta på det.

LISBETH: Så bra! För det är verkligen något man kan grunna på, när vi vet att det vi får allt fler av, det är människor som lever med många sjukdomar samtidigt och under väldigt lång tid. Vi måste ju ha ett system där vi kan möta den komplexiteten. Så det låter ju jättebra!

PETRA: Och det är ju dubbelt, komplexiteten behöver mötas men dom har ju också rätt till exakt samma relevanta kunskap när dom bedöms i sina olika diagnoser som den som bara har en diagnos, så det är viktigt åt båda hållen.

LISBETH: Verkligen! Jag har ju fått vara med lite också i ett arbete där både vi från SKR och Socialstyrelsen har varit inblandade, där ni har velat från primärvårdsrådet att även jobba lite med kulturfrågorna också. Kan du säga något om det?

PETRA: Ja som sagt, det är ju ett spännande arbete som vi har gjort ihop med er, och det är ju också i någon mån träning för oss också, att jobba tillsammans och över lite olika strukturella gränser och så. Vi tog ju tillsammans med er, inte på något avancerat sätt alls, fram personas kallade vi det då eller patientfall kan man ju kalla det om man vill det. Det är ju beskrivningar av människor med en livssituation och nån eller några diagnoser. Så har vi jobbat utifrån dom. Då kommer man ju lite närmre det som är viktigt för individen. Det blir lite lättare att släppa det vi redan kan om hur den befintliga organisationen ser ut. Man kan angripa frågorna från ett annat håll. Det gör också kan jag tycka att man blir lite mer jämlika i ett resonemang och en diskussion för människor med någon sorts livssituation och kanske med diagnoser, det träffar vi ju alla hela tiden. Så det kan på något sätt alla relatera till och man kan ganska lätt sätta sig in i vad de nog skulle önska och behöva. Så måste man inte tänka exakt vad min organisation är riggad för att klara i det sammanhanget just i dag. Det blir lite mer jämlikt i samtalen tycker jag.

LISBETH: Jag tycker också att det var ett sätt att komma åt sina egna fördomar, eller sitt eget sätt att dra slutsatser om människor. Jag vet att ett av fallen handlade om och här får du hjälpa mig Petra så jag kommer ihåg, om en person som var egenföretagare men det var någonting annat som jag inte kommer ihåg....

PETRA: ... ja och så hade hon nog psykisk ohälsa och sen tror jag att hon hade någon somatisk diagnos också som hon inte riktigt skötte riktigt när hon var dålig psykiskt. Ungefär så tror jag att det fallet var.

LISBETH: Och jag vet att du sa någonting där när ni redovisade att ja så är hon ju egenföretagare och då tänker man på ett visst sätt när man tänker egenföretagare. Så säger du att hon kanske är egenföretagare för att hon anställer sina egna personliga assistenter till exempel. Att man ser olika saker

när man börjar jobba med att sätta sig in vad personer har med sig på något sätt.

PETRA: Ja det är som du säger, att ens fördomar blir lite nakna, man blir lite avklädd liksom.

LISBETH: Ja och det är så otroligt viktigt också för det är det man utvecklas av!
Ja, du har ju redan fått frågan om vad som är Nära för dig, det brukar vi sluta med i Näravårdpodden. Men jag tänkte därför att du skulle få sluta med en liten önskan om vad du ser av framtiden när det gäller Nära vård, du jobbar ju på ett framtidskontor. Så, vad är din önskan?

PETRA: Oj, tomten kommer tidigt! Min önskan är att vi jobbar med detta med mänsklighet, med nyfikenhet, med respekt för varandra. Jag tror att det är det framkomligaste. Att vi lyssnar på varandras behov, vi behöver lyssna på patienternas behov i patientmötet men i omställningsarbetet så önskar jag också att vi går in i alla de samtalen och diskussionerna med god vilja och förutsättningen att vi alla är där för att vi vill göra de här förändringarna och vi vill hjälpas åt med det. Inte det omvända, att vi sitter med känslor av att någon bara är omöjlig eller aldrig vill bjuda till eller så. Utan att vi verkligen försöker ha ett mänskligt och positivt anslag i detta. För jag tror att vi kommer ganska långt bara med den inställningen. Så det är min önskan!

LISBETH: Härligt! Tack för att du ville vara med Petra i Näravårdpodden, du ger mig hopp!

PETRA: Tack så mycket! Jätteroligt att göra detta ihop!

LISBETH: Tack så mycket!