

# EP41 – Näravårdpodden träffar Ingela Sunneskär och Karin Schal

PRESENTATÖR: En podcast från Sveriges Kommuner och Regioner.

INGELA: ...det finns alltid några som vill prova, testa och lära sig något nytt och som vill gå före och de får man knyta till sig...

KARIN: ...att verkligen ta med alla berörda parter. Det är så lätt att prata om varandra och tro att vi kan varandras verksamheter väldigt väl och förstå, men att ta med den andra parten som blir påverkad...

LISBETH: Välkommen till det här avsnittet av Näravårdpodden. Idag har vi förmånen att ha besök av in Ingela Sunneskär och Karin Schal som båda har erfarenheter av mobila arbetssätt. Så välkomna hit.

INGELA: Tack

LISBETH: Och ni befinner er på västkusten. Hur är vädret en sån här dag idag? Det är juni, idag när vi spelar in.

KARIN: Ja, det är strålande sol och varmt och gott ute, så det är känsla av att det snart är sommar.

LISBETH: Ja, har du samma utsikt eller finns ni på olika platser i den stora regionen Västra Götaland? Ingela, vart finns du någonstans?

INGELA: Jag sitter på mitt kontor i Bollebygd's kommun och tittar ut över ett soligt torg.

INGELA: Härligt! Och Karin?

KARIN: Jag sitter på Södra Älvsborgs sjukhus som ligger ganska centralt i Borås.

LISBETH: Just det och jag kan rapportera från Norrbotten att här är vädret också soligt och jättehärligt, en riktigt varm dag, så det känns ju fantastiskt. Vi får njuta av det lite senare på eftermiddagen, men nu tänkte jag börja med att vi ska få bekanta oss lite mer med er. Ingela. vem är du?

INGELA: Ja Ingela Sunneskär heter jag, jag är medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering. Och verksamhetschef hälso- och sjukvård i Bollebygds kommun sedan 15 år tillbaka. Har ett förflutet som IVA-syrra och även som vårdenhetschef eller avdelningschef hette det på den tiden på Karins sjukhus, på infektionskliniken där. Så att jag har jobbat i många år.

LISBETH: Men nu Bollebygd, hur stor eller liten kommun är det? Jag tänkte när du har alla dom här rollerna?

INGELA: Det är en liten kommun då, ungefär tiotusen invånare, så en av de minsta kommunerna i södra Älvsborg. Och det är väl därför man har kombinerat dom här rollerna. Jag hade inte verksamhetschefsuppdraget från början. Det har jag haft ungefär i 5–6 år. På grund av att chefer hoppade av eller slutade, så det går bra att kombinera dom tjänsterna i en sån här liten kommun.

LISBETH: Just det, men det var bra att höra också för det tror jag många funderar på, går det att få ihop, men det tycker du att det gör?

INGELA: Ja just med tanke på också att jag inte har någon underställd personal. Jag har inget budgetansvar och inga enhetschefer under mig som gör att jag är heller inte i min masfunktion. Då blir det ju svårt att granska sin egen verksamhet så det är rent utifrån lagen att man ska ha verksamhetschef. Då går det lite mer hand i hand med maruppdraget när det handlar om rehabilitering eller medicintekniska utrustning. Så att ja, jag tycker att jag får en samsyn i det här på det här sättet.

INGELA: Spännande. Karin, nu är vi nyfikna på dig. Vem är du?

KARIN: Ja, jag arbetar som verksamhetschef på klinik för Nära vård på Södra Älvsborgs sjukhus och det har jag gjort sedan två år tillbaka då vi startade kliniken. Innan dess så är jag barnsjuksköterska och har förflutet inom barnsjukvården, jobbat inom palliativ vård också som vårdenhetschef i fem år innan jag bytte till klinik för Nära vård.

LISBETH: Och du, vad har du gjort mer innan? Din resa in i den här kliniken och barnsjuksköterskeuppdraget, men jag vet att du har funnits också i en kommunal verksamhet, va?

KARIN: Just det, jag började efter gymnasiet och läste till undersköterska och då jobbade jag inom, ja först innan jag var färdig undersköterska så var jag ju ute i hemtjänsten och sen så var det ju i den kommunala verksamheten som undersköterska också. Så där har jag jobbat, men då i Skåne där jag kommer ifrån.

LISBETH: Just det, ja det hör vi. Ja, vad tänker du att likheterna är mellan barnsjukvård och den här kliniken för Nära vård? Finns det någonting som du har nytta av från barnsjukvården?

KARIN: Ja, jag ser ju många likheter och framför allt har jag ju väldigt stor nytta av den erfarenheten jag har från mina tidigare arbeten. Inom barnsjukvård så är det ju också väldigt självklart att man ser till helheten och familjen och det sociala. Vad finns omkring patienten? Både i form av stöd och behov av stöd från oss och här är det ju stora paralleller och framför allt när jag började jobba inom den palliativa vården så var det väldigt tydligt att det berör mer än bara patienten. Och tar man med sig det tänket och arbetssättet så blir det en bra helhet.

LISBETH: Ja, det var det var så jag också tänkte mig att det kunde vara, så roligt att höra det. Ingela du sa lite kort om ditt arbete och din roll. Kan du säga någonting mer, hur kopplar det här ihop med Karins arbete och med det som ni jobbar med, mer mot de mobila arbetssätten.

INGELA: Jo, det är ju Karins team från sjukhuset som vi arbetar ihop med i en Nära vård, närsjukvårdsteam och nav-teamet som Karin har startat som det senaste teamet. Och sen är det även gentemot vårdcentralen då, primärvården i mobil hemsjukvård. Så det här har vi gjort i närvårdssamverkan i södra Älvsborg och där har vi ju de här kontaktytorna. Vi har en god samverkan och vi har lärt känna varandra. Så att där möts vi i dom frågorna.

LISBETH: Hur länge har ni lärt känna varandra? Hur länge har det här pågått? Det här samarbetet och arbetet.

INGELA: Ja, Karin och jag har ju egentligen inte känt varandra så länge. Du kom för två år sedan så du så det är väl två år. Annars så är det ju andra personer inom sjukhuset som jag har stött på tidigare. Jag tror att vi började med närsjukvårdsteam runt 2014 och då var det andra personer som var med.

LISBETH: Men det betyder ju också att samverkan på något sätt kan fortplanta sig, även om man byter individer, som man alltid kommer att göra i verksamheter allt eftersom?

INGELA: Ja, absolut och processerna ändras ju hela tiden. Det är nya utmaningar, nya idéer i och med att det kommer nya människor in. Och nya krav och förväntningar som finns nationellt och delregionalt, regionalt så att det utvecklas ju och förstärks tycker jag, den samverkan som vi har.

LISBETH: Karin, jag tänker den här kliniken som du nu är ansvarig för. Spännande med namnet och så, men vad finns det för delar i den? Vad innehåller det här ansvaret?

KARIN: Kliniken startades ju då för två år sedan, just för att få förändringskraft inom den här omställningen mot Nära vård och då funderar man ju lite grann på, jaha vad ska den innehålla vad är det för verksamheter som är nära anknuten idag som skulle kunna vara ett flaggskepp för omställningen och då har vi ju närsjukvårdsteamerna som ingår i kliniken. Vi har också den palliativa teamen inom kliniken. Sen har vi något som heter ART som står för andnings

resursteamet, det är också ett team som arbetar ute mobilt och möter patienterna i hemmet. Så det har väldigt liknande arbetssätt som palliativa teamet och när-sjukvårdsteamet. Men vi har också en enhet som egentligen inte har egna patienter, men som jobbar sjukhusövergripande med vårdövergångarna, alltså utskrivning och inskrivning som är bryggan mellan sjukhuset och kommuner och primärvård.

LISBETH: Spännande med den kombinationen. Vet du varför det landade just på dom här verksamheterna? Var du med i den processen att bilda själva kliniken?

KARIN: Nej, jag var ju inte med i själva skapandet utan det skedde ju innan jag kom in. Men tanken var just det här arbetssättet som de mobila teamen har idag. Vi har också en slutenvårdsavdelning kan jag säga i kliniken. Men det är ju väldigt i likhet med Nära vård. Det går i den linjen och därför så valde man den konstellationen som är idag.

LISBETH: Just det. Vet du Ingela, har var ni med från den kommunala sidan? Att fundera på vad ett sådant här team behöver innehålla?

INGELA: Ja innehålla kanske vi var med och skapade i och med att vi hade en processgrupp för detta i början och det tog också tid innan den fick någon styrfart. Men jag skulle vilja återkoppla till det här med kliniken som bildades, det har blivit så hemskt mycket bättre för oss i kommunerna för att nu har vi en klinik att vända oss till. Förut hade vi art-teamet på lungkliniken och vi hade rehab när det gällde vissa patienter när sjukvårdsteamet låg någonstans, jag kommer inte ihåg var man startade det. Så det är mycket lättare för oss, att vi har en väg in och en väg ut naturligtvis.

LISBETH: Ja, det förstår man verkligen och då blir det ju också samma arbetssätt för annars kan jag tänka mig att om man har många olika och vända sig till så är ju också arbetssättet och de säger lite olika. Så man ska ju möta på det sättet, det blir inte riktigt teamsamverkan på samma sätt.

INGELA: Nej, det blir inte det, och man fick ju jaga olika människor. Så att nu är det lättare, mycket lättare.

LISBETH: Karin, när man tänker på de här olika enheterna som du har i din klinik, vad är det för personer, för professioner som arbetar hos dig i de här olika teamen?

KARIN: Vi brukar säga att ett team består av en läkare och två sjuksköterskor och förutom det så har vi apotekare, vi har kurator, vi har en dietist. Nu är inte de anställda under kliniken, men de är knutna till teamet. Så vi ser dom som vårt team. Och sen så har vi naturligtvis en stor grupp som är vårdadministrativa som är jätteviktiga för oss för att hålla ihop det här. Utan dom så skulle vi inte hålla ihop så bra, det heller.

LISBETH: Om man tänker, när-sjukvårdsteamet, om vi skulle titta lite extra på det. Är det samma där, en läkare och två sjuksköterskor, de här resurserna från din sida.

KARIN: Ja, det är det. Nu har vi det här, jag ska försöka förklara det på rätt sätt. Men ett team säger man består av en läkare och två sjuksköterskor. Men vi jobbar inte så att det är två sjuksköterskor knutna till bara en läkare utan ibland så byter man patienter och byter sjuksköterska så att en läkare kan jobba med flera olika sjuksköterskor. Så det är inte så strikt så och sen är det en del besök som sker bara av en sjuksköterska och bara av en läkare.

LISBETH: Och jag har förstått att när man kommer hem till någon, för vilka patienter är det ni möter i det här när sjukvårdsteamet?

KARIN: Där har vi egentligen dom mest svårt sjuka och äldre i samhället. De som har en komplex sjukdomsbild med många vårdkontakter. Där det inte är så lätt att hitta rätt i vårt vårdssystem. Som söker många gånger till vården både till primärvården men också till specialistvården. Ofta är dom kända hos Ingela också i kommunen. Där man behöver en samordning, någon som ser till helheten och inte bara ta sin del.

LISBETH: För jag tänker, om man tänker den här äldre mannen eller kvinnan som kommer att möta det här närsjukvårds teamet. Jag tänker att dom möter också personer som finns från kommunen är det inte så? Så teamet blir det egentligen större då? Berätta någonting om det, Ingela?

INGELA: Jo, det är så att då är det ju kommunens sjuksköterska som ingår i teamet kan man säga och de har en planering för patienten och sen åker de väl ut båda tillsammans. Men framförallt så gäller ju den här planeringen hur man ska agera och hur man får bra ordinationer och så kan man hantera patienten i kommunen med hjälp av sjuksköterskan som är patientansvarig. Då alltså får man ju jobba både gentemot läkaren och sköterskan i närsjukvårdsteamet, men också på eget ansvar, gentemot patienten i hemmet. Det är så det går till och det blir ju som ett väldigt fint stöd för sjuksköterskan. För de här patienterna är många gånger väldigt svårt sjuka, precis som Karin sa och man kan hålla ihop det och det gör att det blir en trygg vård. Även för närstående.

LISBETH: Just det inte att förglömma, för jag tänker, hade de här personerna inte fått mötet med era kollegor eller underställda så hade de säkert legat på sjukhus och då är det ju också långt till närstående.

KARIN: Exakt och det här är ju väldigt, precis som du säger. Vi skulle ju inte fungera utan kommunens sjuksköterskor som egentligen gör den basala och dygnet runt-vården som får stödet av specialistvården då så att absolut, det är väldigt viktig del att vi är jobbar så nära varandra.

LISBETH: Just det och de som kommer från din verksamhet, Karin dom jobbar inte dygnet runt?

KARIN: Nej, det gör de inte utan idén med sjukvårdsteamet, det är ju att det ska finnas en plan för patienten. Vi ska jobba proaktivt. Vi ska förebygga det, förekomma det som händer, vilket ger en trygghet både för patienten men också för den vårdpersonal som finns dygnet runt hos patienten. Så det är ju något av det första vi gör att vi när vi kartlägger patientens behov, vi lägger en plan för hur vi

ska hantera din sjukdom när den blir sämre. Så då har man redan den planen när det sker.

LISBETH: Vi pratar ju mycket om det i Nära vård, att bli mycket mer proaktiv och då kan man ju både tänka att det handlar om proaktivitet innan sjukdom uppstår. Att jobba mer befolknings inriktat. Men det handlar ju också om proaktiviteten som jag tänker att ni beskriver med den här planen och man är beredd på vad som kan hända och kanske också kan vara lite före, så att inte saker går fel och så. Ingela, jag vet du sitter i styrgruppen för Nära vård i södra Älvsborg. Är det så?

INGELA: Ja, närvårdssamverkan där. Ja min chef ska ta över, hon är socialchef, hon ska ta över den rollen så att det blir väl efter semestern som hon gör det. Men jag har gjort det i säkert sex, sju, åtta år ja.

LISBETH: Vad har varit bra med en sån styrgrupp och vad tycker du har varit svårt? Dels, vilka finns i den här styrgruppen?

INGELA: Från kommunernas sida så är det socialchefer och nu har man fått in skolan också, en skolchef för det är även skolfrågor. Från sjukhuset så är det Karin som är med nu och er sjukhusdirektör väl? Ja och från primärvården så är det primärvårdschefen här i södra Älvsborg, både privat och offentlig verksamhet. Det är vi som sitter där och sen är även Borås regionen med. Alltså kommunalförbundet för dom åtta kommunerna i vårt område. Vad som är bra, det är väl att vi får mötas och diskutera det som är viktigt. Det som gör att vi kan komma framåt gemensamt. Just när vi tog fram närsjukvårdsteamet, vi började 2014 sa har jag väl och vi trevade oss fram under en väldigt lång tid. Det var flera personer som man bytte ut dom första åren för att man kom ingenstans och man fick ta nya tag. Till slut kom vi fram till att vi behöver nog ha en egen liten styrgrupp i styrgruppen som jobbar specifikt med de här frågorna, att ta fram en bra plan för närsjukvårdsteamet. Och då var jag med i den lilla styrgruppen också och då jobbade vi ihop med en processledare som ledde oss i arbetet vilket behövdes. För vi kan inte göra saker och ting själva, för då gör vi det på vårt eget sätt, i våra egna organisationer och vi behöver ha en gemensam organisation eller ett gemensamt tänk när man bildar det här. Det blev väldigt



bra och det blev uppföljningar. Ja, vi löpte linan ut. Och vi såg ju att det var väldigt tydligt när vi försökte få in navteamet i närvårdssamverkan, det gick inte lika bra. Man hakar inte på och alla kommuner, men Borås och Bollebygd ville gå in i pilot. Nu efter flera år försöker vi få det i samverkan i Nära vård för att vi förstår att det här är bra för oss och för patienterna. Så att det är väl den här styrningen som behövs faktiskt för att det ska funka.

LISBETH: Intressant, vad tänker du Karin, har du suttit i styrgruppen sen du kom in som chef för verksamheten, eller?

KARIN: Nej, jag är helt ny i styrgruppen, hade mitt första möte i fredags där så att det var helt nytt för mig. Jag skulle bara säga det att navteamet är det akuta teamet vi har. Vi har ett team som jobbar lite mer akut som inte jobbar med patienten på samma långsiktiga sätt utan gör akuta insatser så att det var det Ingela berättade om och det är implementerade vi, startade vi för två år sedan och det är fullt i gång. Men vi har inte riktigt nått i hamn just på grund av det här som Ingela sa, att vi det ingick inte i närvårdssamverkan under projekt där, utan det gjordes liksom vid sidan om och då blev det inte lika bra. Men nu är vi på gång och snart är vi i hamn där med. Men nej, jag tycker det är spännande med närvårdssamverkan. Det var som sagt mitt första möte, men det är väldigt roligt och man känner att det är ju tillsammans vi kan få förändringskraft. De frågor som inte tas upp där, dom blir ju heller inte implementerade fullt ut i hela nätverket.

LISBETH: Och jag tror är ni åtta kommuner och ett drygt ja, nästan 25 vårdcentraler eller stämmer det ungefär? För det är ju också en mindre region kan man säga med så pass många kommuner också i som ni har. Jag tycker det är intressant att du sa Ingela om det här, att man behövde någon processledare och då tänker jag på att vi är så tränad i att göra som vi alltid har gjort. Det är svårt att ta sig ur omloppsbanan till en annan på något sätt. Ett annat sätt att leda och tänka och därmed göra. Tänker du också så Karin? Och vad är dina reflektioner på ledarskap? Hur leder man nåt sånt här som är ändå är ett nytt sätt att tänka hälso- och sjukvård både mer proaktivt, gemensamt, vi är inte i våra trygga lokaler. Det är någon annanstans. Vad krävs av ledarskapet?

KARIN: Ledarskapet kräver ju en del öppenhet skulle jag säga, för nyheter och nytänk, men också ett stort mod att våga prova detta. För det här är ju egentligen ingenting som det finns något rätt och fel facit i. Utan vi måste prova vilket som fungerar och det ser man att det behövs ett mod här för vi måste våga misslyckas lite för att lyckas. Och sen så känner jag ju att ett ledarskap i samverkan är a och o är här. För det är inte bara cheferna som skall samverka, utan det är även medarbetarna och hitta arenor och områden där det blir möjligt. Det tror jag är en viktig nyckel till att få det att lyckas så att alla tänker samma. Och få samma möjligheter till att tänka Nära vård.

LISBETH: Men har ni fått särskilt frihet då, för ni har ju också någon? Ni har en politisk beställning, ni har ju också chefer över er. Det här med att misslyckas. Det tänker jag det är något viktigt i det där. Hur ska vi våga testa nya arbetssätt om vi ska helt, helt hundra procentigt veta att de kommer att funka. Då är dom inte särskilt nya. Men vad finns det för tolerans i era organisationer för att för att misslyckas? Hur ser beställningen ut till er? Om du börjar Karin.

KARIN: Misslyckas jo jag tänker så här att man får ju prova i så pass liten skala att man inte kan misslyckas så stort. Att märker man att det här fungerar inte så får man ju backa, men man måste våga prova i alla fall och där tycker jag det finns en acceptans för händer det ingenting jag då misslyckas vi ju verkligen så att det försöker jag ta med mig.

LISBETH: Just det. Om man gör som man alltid gjort så får vi samma resultat och då kan ju det vara ett misslyckande i sig. Tänka så. Ingela, vad tänker du det här med beställning och vad behövs finnas ovanför den som driver verksamheten för att det här ska gå? Hur gjorde ni?

INGELA: Vi fick ju tydliga direktiv ifrån politiken att vi skulle införa det här med när-sjukvårdsteam och mobila hemsjukvårdsläkare som man hade gjort i västra Skaraborg så vi tittade mycket på dem. Men jag tror att det viktigaste är att tänka på att det är ett lärande hela tiden. Det är processer som utvecklas hela

tiden och att vi måste hjälpas åt och att vi får acceptera, precis som Karin sa att ibland misslyckas vi.

INGELA: Men om man hittar dom där guldkornen eller chokladklumparna som man pratade om på SKR är att det alltid finns några som vill prova, testa och lära sig något nytt och som vill gå före och de får man knyta till sig. Så att man vågar komma igång och så lär man sig och så utvärderar man och så går man vidare, då utvecklas vi.

LISBETH: Var det svårt att hitta sätt att veta om ni når de effekter, hur visste ni vad ni ville nå? Vad var målet någonstans?

INGELA: Ja målet var ju att det skulle vara en trygghet och en samordning i vårdandet för dom som fanns runt patienten. Men vi hade ju en väldigt bra processledare och vi tog fram enkäter. Under de åren så var mina svärföräldrar gamla, väldigt gamla och sjuka så jag testade ju de här enkäterna på dem och sen gick vi ut i stor skala och frågade våra patienter som vi hade haft i närsjukvårdsteamerna, så att det var ju en process med det också. Att följa upp, att ha ett mål. Vi hade avstämning och nästintill läxor varje månad. Var står vi någonstans och har vi nått målen och har vi ja alltså allt från information implementering var vi uppnått. Det höll vi på med att rapportera det en gång i månaden.

LISBETH: Spännande, då blir man nyfiken. Vad var de viktigaste resultaten?

INGELA: Ja, det var väldigt mycket om nöjdhet bland patienter och personal. Om dom hade känt sig trygga och blivit omhändertagna på ett ja, ett sätt som de var nöjda med och det var ju det de var, de hade inte, de hade inte åkt till sjukhuset så ofta som de hade gjort tidigare. Det blev en bättre arbetsmiljö också för sjuksköterskan har en nöjdhet, en arbetstillfredsställelse att man vet att patienterna har det bra.

LISBETH: Där tror jag vi underskattar ibland att tänka att en stor del också i en god arbetsmiljö är ju för att känna att man får göra det man faktiskt vill och brinner för att göra och att det blir bra.

INGELA: Det är ju det som är meningen.

LISBETH: Precis. Jag tänker på en rapport som vårdanalys har gjort för ett antal år sedan. Det var någon verksamhetschef, men då var det också någon företagsledare, för man tittade lite på andra chefer i andra strukturer. som sa att men ni sitter ju på sånt otroligt kapital av att er verksamhet har en så stark bas i att vilja göra någonting för någon annan. Att det på något sätt kan vi bara ta för givet och glömma bort att det är också drivkrafter i våra verksamheter och att beskriva och använda det. Men jag tänker Karin, vad tänker du när du tittar i kikaren? Vad är de viktigaste resultaten som du ser av ett sånt här arbetssätt?

KARIN: Ja, jag ser ju det samma som Ingela beskrev där, att få patienterna att känna trygghet och tillit till att kunna stanna hemma men ändå få det stödet som de faktiskt behöver. Det är ju a och o för att verksamheten ska fungera. Ger vi det, med en hög kvalitet på vården så kommer vi också att nå möjligheter att ta hand om alla patienter som vi kommer att få framåt. Om vi tittar framåt på den demografiska utvecklingen så kommer det att bli fler som behöver vår hjälp och för att kunna hantera det så behöver vi ställa om vården. Så det är ju det som driver våra mål. Att hur ska vi klara att ta hand om den mängden som vi ser framför oss komma. Och för att klara det så behöver vi ha ett en bas där vården sker närmare patienten.

LISBETH: Och jag tänker, jag kan få frågor som återkommer som ligger i vågskålen, ja kanske den mer oroande vågskålen när man tittar på sådana här arbeten och kanske ska in i dem. Det ena är det här att som invånare eller patient känna sig trygg med inte känna att nu ska jag inte få komma till sjukhuset om jag behöver. Har du mött det, Karin? Den här känslan av rädsla för att det här inte ska kännas tryggt eller bra, eller?

KARIN: Ja, men jag har ju det. Vi har ju sett många gånger i vården tror jag, vi som har jobbat i vården att man har en otrygghet i att komma hem. Hur ska det bli? Men när patienterna får det här stödet som vi då kan ge tillsammans med kommunens sjuksköterska då blir ju bilden en annan. Då ser vi ju att det blir en trygghet och

det blir en möjlighet att få bo och leva hemma som inte vill väljas bort längre. Så att det handlar ju om trygghet och otrygghet och det är väl det som är starkt drivande inom en. Att se att det här faktiskt gör sån god patientnytta, det här arbetssättet vi har.

LISBETH: Jag tänker också patienternas berättelser, att kunna få ta del av dem på något sätt. Om det är citat eller om det är någon som vill berätta, det tror jag kan ha stor betydelse för att också skapa trygghet i en befolkning när vi ska ändra våra strukturer och våra sätt att jobba med hälso- och sjukvård. Där ofta sjukhuset är på något sätt, någon typ av vad ska jag säga monument för den här tryggheten? En annan sån här som det är ju lite oros-skålen, det som jag möter ganska ofta, det är att det här blir en övervältring på den kommunala hälso- och sjukvården. Att det här kommer att kräva mycket mer resurser och vara tungt för den kommunala hälso- och sjukvården. Vad är dina erfarenheter, Ingela av det och känner du igen det?

INGELA: Jag känner väldigt väl igen det och det är ju det den föreställningen som vi har haft hela tiden att regionen vältrar över på kommunen och jag tror att det är en mognadsprocess. Jag känner ju att den här utbildningen som vi har gått nu på SKR när det gäller Nära vård har gjort att man har fått upp ögonen och förstår och jag tror att det är väldigt viktigt att vi sprider den kunskapen i våra organisationer. Att det handlar inte längre om de olika organisationerna. Utan hur vi ska närma oss patienterna och deras behov eller medborgarna. Och vad vill jag själv som medborgare för jag bor ju också i en kommun. Det gäller ju inte bara de gamla sköra äldre, utan det gäller ju alla som någon gång behöver hälso- och sjukvård eller kommunal omsorg eller till och med barnen i skolan eller någon behöver kanske ekonomiskt bistånd. Allting går i ihop i alla familjer i samhället så att jag har fått upp ögonen och förstår att det här är en väg vi måste gå för att spara på dom resurser vi har, men också för att det ska bli smidigt för oss som medborgare. Att vi vet vart vi ska vända oss när vi behöver hjälp. Det är inte bara åka till sjukhuset för då tar de hand om mig. Nej, det gör de kanske inte alltid eller inte ens på rätt sätt alltid för att ja, det blir fel i informationsöverföring och så vidare. Så jag tror inte att det blir en övervältring

och vad jag ser nu också det är att man går mer hand i hand med kommunerna nu, nu gör vi det här tillsammans.

KARIN: Och när kommunerna behöver det stöd, då finns vi tillgängliga. Så ser vi på det.

LISBETH: Jag tycker är roligt. Vi har tagit del också av den här, vi har bett Leading health care och Dag Norén hjälpa oss med att beräkna nya sådana här sätt att arbeta med Nära vård just för att skapa trygghet i och men också lära oss såklart, om vi ser att vi får effekter som vi inte har trott eller inte kunnat förutse. Men just när man har utvärderat närsjukvårdsteamerna i södra Älvsborg så tycker jag också det är spännande det här, med om man tittar på hur mycket tid som vi kanske använder just för att jobba i mellanrummen eller få ihop mellanrum. När vi inte har ett systematiskt sätt att jobba med teamsamverkande, att sjuksköterskor i den kommunala hemsjukvården får lägga oerhört mycket tid, jag tror att han har uppe siffror på mellan tjugo och femtio procent av sin arbetstid bara på strulfaktorer. Att hitta läkemedelslistor, att få kontakt med läkare eller vad det kan vara och det här får man inte heller glömma bort när man värderar både arbetsmiljö men också effekter. Och det tänker jag också att det var ju redan Göran Stiernstedt i sin första utredning om effektiv vård, sa ju att det är ju egentligen inte resursbristen, det är hur vi förmår att sätta ihop våra resurser och använda dem på ett bra sätt. Så att det tycker jag så starkt i det här att det är ju verkligen ett vinna-koncept. Ni ser mycket mer av trygghet hos patienterna, bättre arbetssituation men också ett bättre resursutnyttjande så att det är ju så mycket vi har att lära. Men jag tänker, är det nånting som har förvånat er särskilt under den här resan så här långt.

KARIN: Ja, det som förvånar mig, det är ju eller det kanske inte förvånar mig så, men min upplevelse är ju de här organisatoriska gränserna som hindrar oss från att jobba på ett sätt som stödjer Nära vård. Dom ekonomiska gränserna tänker jag mycket på också. Och det är synd, men jag tycker ändå att det börjar mjukas upp och en förståelse ju mer vi förstår att jobbar vi tillsammans så kommer vi vinna på det allihop. Men det finns där fortfarande, det tycker jag.

LISBETH: Jag tycker du berättade om någon liknelse, det passar ju bra, en sommardag, med gräset, säg den!

KARIN: Jag brukar förklara det här när man klipper sin gräsmatta och om både jag och grannen klipper precis vid tomtgränsen. Ja, men då växer det ju upp en kant och den kanten snubblar patienten på. Klipper vi däremot en liten bit över på varandras sida. Ja, men då fungerar det mycket bättre.

LISBETH: Härligt, vad har du blivit förvånad över Ingela?

INGELA: Jag tycker att det tar väldigt lång tid. Vi har hållit på väldigt länge med det här och det har blivit bra. Det har det. Men jag skulle vilja att det går lite snabbare. Men det kanske går lite på räls nu när vi har byggt upp det här och grundat det vi gör. Men jag är förvånad över att det går för långsamt.

LISBETH: Det är någonting som jag också grunnar på i mer ett nationellt perspektiv och därför tycker jag också det är roligt att ni är med i podden. Därför, hur får vi spridning av både arbetssättet men också lärdomar vad som är svårt och vad som inte är svårt och kan det hjälpa oss att göra det lite snabbare? Jag tror ändå att alla måste genom sin process för den är så relationell på något sätt. Man sätter ett nytt ledarskap, ett nytt tänk, men det kanske ändå går att veta, vilka fällor ska man inte börja med? Ser ni några sådana fällor som ni skulle kunna säga, ta inte de här stenarna först eller passa er för det här diket.

INGELA: Lite svårt att svara på, men det är ju återigen det här med samverkan som är det viktigaste att vi gör det tillsammans och är överens om metoden. Men jag tror också att ett processstöd eller en processledare, en ledning är bland det viktigaste, för då gör vi det tillsammans och på lika sätt, tror jag.

KARIN: Jag tänker också på när du ska göra en förändring att tänka igenom. Vem kommer beröras av det jag gör nu? Att verkligen ta med alla berörda parter. Det är så lätt att prata om varandra och tro att vi kan varandras verksamhet väldigt väl och förstå. Men att ta med den andra parten som blir påverkad i ditt arbete så vinner du i längden på det, än att behöva börja om igen och det blev fel.

LISBETH: Det är ju egentligen någon typ av systemförståelse. Att systemet är större än just den verksamhet jag finns i eller den enheten. Att blicka lite på gräsmattan hos grannen. Och har det med i analyserna, när man gör grupper och så. Tycker ni att det finns stora kulturella skillnader mellan kommun och region? Finns det någonting där som vi kan lära av varandra, kanske fram framför allt, inte säga vad som är fel. Vad finns det som vi behöver på något sätt ta med oss från den kommunala kontexten som vi också kan lära av i de hos dem som jobbar i regionerna? Finns det sådana delar eller tvärtom?

INGELA: Det finns säkert kulturella skillnader. Jag kan tänka utifrån det kommunala perspektivet så jobbar man i hemsjukvården i en väldigt bred kontext. Det är allt från små barn till gamla, riktigt gamla och sjuka och det är en bred kompetens som behövs i vår verksamhet. Det är inte någon specialistkompetens i alla delar men det är en stor kompetens som behövs och det måste vi också ta med i det här med Nära vårdomställningen och det är ju även på undersköterskenivå. Egen-monitorering som kommer till exempel, då ska våra undersköterskor i hemtjänsten utföra det. Det är ny teknik, så att det är mycket ifrån den kommunala sidan.

LISBETH: Vad tänker du, Karin?

KARIN: Jag tänker att det är så viktigt att känna till varandras verksamheten för att få förståelsen så egentligen skulle vi alla göra studiebesök i varandras verksamheter för visst är det skillnad. Vi märker ju att en undersköterska, om vi tar det exemplet, jobbar inte på samma sätt i kommunen som på sjukhuset och tar vi för givet att undersköterskan i hemsjukvården, tror vi att hen gör samma sak, ja, då blir det ju så fel. Det är där vi krockar så att jag tror det är väldigt mycket vi har att lära av varandra bara genom att förstå varandra, hur vi jobbar och först då kan vi mötas.

LISBETH: Jag ser precis samma, tänker att vara mycket mer i varandras verksamheter och jag tänker också som ni beskriver det här verkliga team-arbetet. Det gör ju också att man lär sig under tiden, alltså vilka kompetenser man har, hur man kan



befrukta varandra. Jag tycker också att det vore spännande, jag vet inte har ni studenter i era verksamheter? Jag tänker de som har läkarstudenter, sjuksköterskestudenter, arbetsterapeuter, undersköterskor och så. Finns dom i era verksamheter, och vad säger de? Karin du nickar.

KARIN: Ja vi har ju vi har ju studenter i alla personalgrupper. Det har vi absolut. Jag tänkte när vi får studenter som har varit i den kommunala verksamheten och kommer till oss så får vi ju ofta, ja, men vi lär ju så oss av dom som kan berätta hur det fungerar och det är likadant när vi har nyanställda som kommer från kommunen. Men det är ju ett jättelyft för oss för vi får ju då hela den biten till oss så att det är stora vinster med att vi har ett utbyte. Vi skulle kunna ha ett mycket större utbyte. Och samarbete, men det är där jag pratade om att försöka hitta arenor där vi kan mötas och få det här utbytet. jag tror det finns många olika sätt att mötas på. Allt från om vi tänker oss workshop tillsammans när vi ska utveckla saker, men även i det dagliga har vi upp stött på något problem, ta kontakt med varandra och försöka lösa det medarbetare emellan. Ja, det finns säkert många fler.

LISBETH: Vad tänker du Ingela kring det här med det nya yrket? För någonstans vill vi ju att de ska träna på de nya sätten, inte på de gamla sätten och då blir era verksamheter jätteviktiga. Att de på något sätt får finna sig i det som är framtidens sätt att bedriva hälso- och sjukvård.

INGELA: Nej, men det är ju precis som Karin säger. Jag instämmer med allting, att det är ju av de nya medarbetarna eller studenterna man lär sig i en organisation och man blir ifrågasatt och det är så viktigt att man blir det, inte ramlar tillbaka i gamla hjulspår. Ja ja ja, det är bara positivt.

LISBETH: Jag tänker du sa Ingela från början att det var ju en beställning från politiken. Nu har det gått ett tag och ni har jobbat med det här och jag antar att resultaten är presenterade för era politiska ledningar löpande och så. Hur tänker ni att politiken ser på den här verksamheten och spridning och över regionen och så vad händer där?

INGELA: Ja, jag har informerat vår socialnämnd om det här och de är ju med på banan. Men jag tror även att våra politiker kanske skulle behöva mer information om det, komma in i processen och det får vi ju som tjänstemän ge dem löpande. Men jag vet inte riktigt hur vi ska tänka framåt, om man om man behöver ändra på författningar eller lagar, ekonomi, skatteväxling. Det vet jag inte. Nej, men det är viktigt att vi har med oss politiken och att vi rapporterar till dem och där har vi ju ett ansvar att göra. De är positiva, bara positiva.

LISBETH: Ser ni samma på i regionens sida?

KARIN: Vi rapporterar ju till politikerna också och jag har även haft en dragning om vad närsjukvårdsteamet är och vad vi gör och hur vi jobbar och det är väldigt positivt mottaget så att jag känner att vi har stöd från politiken. Men även där går det ju långsamt om man säger så med ny nya ekonomiska ersättningssystem. Förflyttningar av resurser och så att jag känner att det finns absolut en vilja och ett stöd i detta, det är det så att. Det är lite tålamod vi behöver ha bara och försöka att fortsätta jobba på det goda sättet som vi tror på, fastän inte de ekonomiska förutsättningarna är optimala och har hängt med.

LISBETH: Precis. Det är ju också ett sätt att driva förändring att inte vänta för då kommer det heller inte finnas riktiga incitament att ändra de där ersättningssystemen eller vad det är, ekonomistyrningen eller annat. Och man går tillbaka till det där, att just ni sitter här i den här Näravårdpodden. Det är ju inte en slump. Det är ju någonting som har drivit er att jobba med de här frågorna som ger så fina resultat. Vad är det där som driver er att arbeta med det här? Karin, om du fortsätter, vad är det som gör att du känner glädje i att göra det här?

KARIN: Ja, men jag ser ju det positiva för framför allt patienterna det ger det. Så otrolig hög kvalitet på den vården som blir utav ett sånt här arbetssätt där vi försöker täppa till gråzon och fallgropar och där vi verkligen ger patienten trygghet och att det dessutom ger ekonomiska vinster i det. Det är ju bara fantastiskt egentligen, men också arbetsmiljö och medarbetare som jobbar med det här arbetssättet där man ser en sån tillfredsställelse. Så är det svårt att tänka att man ska gå tillbaka till det här andra arbetssättet om vi nu säger, det gamla med

organisatoriska gränser och jag gör mitt och sen så får någon annan göra resten. Det vill man ju inte. När man har sett det här goda resultatet.

LISBETH: Men för att få dig att, när är det inte riktigt bra på jobbet då, när är det tuffast?

KARIN: Det är väl när vi inte riktigt når varandra ibland kan jag väl känna, att det har ju blivit väldigt mycket lättare i det sista, men ibland så kan det kännas att när vi ska ta kontakt med primärvården eller kommunen, att det är så stort. Det är så mycket. Det är svårt, inte ett nummer ibland att ringa. Det kan ibland kännas. Att det tar tid, med dom bitarna. Vi har en god idé och vi vill sätta igång nu, men vi behöver vänta in och få med oss alla. Sen, som jag sa det, vi har ju fått mycket bättre kontakt. Vi har lättare att hitta varandra idag än vad vi hade för bara några få år sedan.

LISBETH: Det är fantastiska resultat. Men Ingela, vad driver dig då?

INGELA: Det är samma som Karin. Det är att se att det blir bra för patienten, närstående och för personalen. Och vi inte har dom där organisatoriska gränserna. Sen tycker jag att det är väldigt stimulerande med utveckling och man ser att man går framåt i verksamheten. När man ser på resultat och hör på medarbetare som är lyckliga över att de har gjort ett bra jobb och gjort bra saker. Jag känner ju att vi går i otakt ibland och precis som Karin säger det är svårt att ibland ta kontakt. Det är väl den där otakten och att man får ha tålamod just för att få dom där resultaten. Det är också träning i det. Men ja, det har blivit bra.

LISBETH: Är det något, vi ska börja avrunda, men jag tänker är någonting ni vill berätta om. Det här tycker jag är viktigt, eller det har vi inte fått prata om. Eller det här vill jag att man ska veta ute i vård-Sverige när man nu funderar på. Vad ni har gjort då, vad man ska göra själv.

INGELA: Jag kan ju säga eller erkänna att det inte bara har varit enkelt det här jobbet. Ibland har man stött på patrull och motstånd, blivit ifrågasatt att det kostar för mycket. Och hur kan man göra så här och ska vi inte använda våra skattemedel till något bättre? Man vältrar över på kommunen. Alltså det är överallt ifrån som

den här kritiken, eller ja ifrågasättandet kommer så att det är inte bara från medarbetar ute på golvet som arbetar, utan det är det överallt ifrån. Och det är så, det är också en process man ska igenom och det vill till att man har bra argument och ja står stadigt så funkar det.

LISBETH: Var hämtar du det stödet då och dina argument?

INGELA: Jag tror att vi gör det i samverkan också och sen finns det ju medarbetare och enhetschefer som driver dom här frågorna också och vi gör det tillsammans. Och det gör ju att vi kan göra arbetet tillsammans. Det här är ju inte något som jag har gjort själv utan det är ju alla i min förvaltning som är berörda som har gjort jobbet tillsammans och det är jätteroligt. Så där stöttar vi varandra.

LISBETH: Har du något Karin som du känner att det här skulle jag vilja säga?

KARIN: Nej, jag kan ju säga som så att dom sista två åren jag har jobbat nu, det har varit en jätte resa för mig, Nära vård. Jag visste nästan inte vad det betydde för det första. Det har jag fått, vad ska jag säga, det har klarnat för mig mer och mer och det sista så ja, det blir bara roligare och roligare att jobba med den här de här frågorna när man märker att det är fler som gör detta tillsammans. Vi ansluter fler och fler till det här arbetssättet och vi ser att det ger resultat så att det har varit en fantastiskt rolig resa. Det är det så här långt så att jag hoppas vi har en resa framåt som blir lika utvecklande som det har startat.

LISBETH: Och det är jag säker på att ni har och jag tycker det är något spännande i det här att, jag tror att det ni har gjort och mycket Västra Götaland som har gått mycket före i de här frågorna. Det håller också på att etablera sig mer. Vi brukar prata om storskalig spridning, i alla fall spridning. För nu börjar ju många, många jobba med mobila arbetssätt, så jag tänker också att vi ser en rörelse som är, det är inte enstaka projekt. Det är någonting man strävar efter mer. Ni hittar de här arbetsmetoderna och där är ni ju jätteviktiga med era berättelser. Jag tänkte sluta med att frågan var ni lägger i ordet nära. Vad betyder nära för dig, Ingela?

INGELA: Nära betyder att jag har min familj nära mig. Det är dom som är livet för mig. Och om man tittar på vårdkontakter och Nära vård så kan det också vara olika. Det kan vara för min del att jag kan ta mig till sjukhuset. Men för min gamla mamma så kan det vara att vården bedrivs i hennes hem. Men en fysisk närvaro, då är det nära för mig. Vi är nära varandra nu när vi sitter så här digitalt, men det är ju ändå inte nära. Det tycker inte jag. Jag vill ha fysisk närhet.

LISBETH: Tack, vad betyder ordet nära för dig, Karin?

KARIN: Ja, jag funderade lite grann och det första liksom jag känner när jag säger nära så är det något som är gott, för det är något gott liksom. Det är något bra nära och när jag tänker lite till så tänker jag, det är ju en god tillgänglighet. Det är trygghet och det är kvalitet med nära. Och ja, jag tänker att det är de tre orden som jag förknippar nära med.

LISBETH: Stort tack för att ni har varit med Näravårdpodden.

INGELA: Tack så mycket

KARIN: Tack själv.