

EP37 - Näravårdpodden träffar Peter Almgren

LISBETH: En podcast från Sveriges Kommuner och Regioner.

PETER: ... ja men så är det väl. Jag tror att det börjar redan med barnen som betänkandet heter det liksom. Det räcker ganska långt. Jag menar, ofta är det så att vi glömmer bort barnen. Alltså är de finns där överallt eller runt omkring, oss som har egna barn...

PETER: ... och vuxna vet mycket om barn, jag menar vi kan sjukdomar och vi kan olika saker man kan göra, vad man behöver och så. Men vi vet inte hur det är att vara barn...

LISBETH: Välkommen tillbaka till Näravårdpodden, Peter Almgren.

PETER: Tackar!

LISBETH: Sist vi sågs, det var ju i februari förra året och då hade vi ingen aning, du hade ingen aning om hur det var att vara utredare egentligen och vi hade ingen aning om att vi några veckor senare skulle sitta hemma och arbeta på grund av en pandemi. Så, hur har ditt år varit?

PETER: Ja, det är svårt att beskriva kort, det har ju varit otroligt innehållsrikt kan man nog säga. Det är ett ord som sammanfattar det hela, och lärorikt, precis som du sa, jag hade ju ingen aning om vad jag gav mig in på egentligen.

LISBETH: Vad har varit mest lärorikt?

PETER: Ja alltså, alla har ju sin pandemi klagovisa. Jag kan väl tycka synd om oss, att man får en utredning som innebär mycket dialogarbete och så kommer det en karantän med både fysisk karantän, att man inte kan träffa folk, inga kongresser, inga samtal och sen blir det också en psykologisk karantän, att alla bara funderar

på IVA-platser och så. De här stora myndigheterna, till exempel och ni på SKR, som vi skulle ha en dialog med blir upptagna och alla chefer också förstås. Så det var väl lite en vakuumkänsla ett tag. Det var ingen som brydde sig överhuvudtaget om barn eller om utvecklingsfrågor överhuvudtaget. Så det var en konstig start på det sättet.

LISBETH: Jag tänker vi får komma tillbaka till hur ni ändå har löst det, för det har ni ju uppenbarligen gjort och ni lämnade ett delbetänkande nu, förra veckan eller är det den här veckan? Ja, det är den här veckan! Men jag tänkte vi börjar ändå och säger någonting kort om dig, för det är inte kanske alla som har hört på förra podden.

PETER: Ja Peter Almgren, jag är trebarnsfar och bor i Göteborg och är barnläkare i botten och har jobbat i barnsjukvården på olika ställen och också varit chef. Innan det här jobbet så jobbade jag med ett projekt som handlar om omställning till Nära vård med barn och unga i delar av Västra Götalandsregionen, tittade på barnperspektiven där så att det var väl ett bra avstamp in i den här utredningen kan man väl säga. Så det var väl lite kort jag.

LISBETH: Har du haft utredningsuppdraget på fulltid eller har du verkat som läkare också under den här det här året?

PETER: Det var länge sedan jag jobbade som läkare, tyvärr. 2013 slutade jag ha patienter, då blev jag chef, så kliniken är lite längre bort nu. Men ja, heltid. Jag tror att tanken nånstans var att det skulle vara lite av en blandning av utredare och samordnare. En del av direktivet var ju mycket dialog, resa runt i Sverige och främja utvecklingen av god och Nära vård. Så det var därför det var en heltid.

LISBETH: Just det, men säg någonting kort om direktivet också vad. Vad är det för uppdrag ni fick av regeringen eller har av regeringen, för ni har ju inte avslutat utredningen?

PETER: Nej, vi har inte avslutat, även om kanske majoriteten av frågorna är utlösta nu i det här delbetänkandet, som vi egentligen skulle vilja kalla för ett huvudbetänkande som kommer lite före slutbetänkandet. Men ja väldigt kort, frågorna handlar om barns hälsa i Sverige, alla barn och unga, med fokus på hälsouppföljning, hälsofrämjande, förebyggande arbete och den här plattformen i primärvården. Dom aktörer som finns i det som man kan kalla barn-och ungdomshälsovård och mödrahälsovård, barnhälsovård, ungdomsmottagningar, elevhälsans medicinska insatser, vårdcentral. Sammanhållen vård, hur kan det bli mer sammanhållet och på olika sätt angripa den frågan. Ganska organisatoriska frågeställningar, huvudmannaskap och uppdrag och ansvar och åldrar. Så är det nästa stora del som vi har svarat på i det här betänkandet, psykisk hälsa och hur det kan mötas i den Nära vården, primärvården, men också hur vi kan nå målet med en kö-fri BUP. Skulle vi då ta fram ett skrivet underlag på det arbetet, så har det innefattat ganska brett angreppssätt på psykisk ohälsa eller psykisk hälsa.

LISBETH: Det är inga små frågor, verkligen inte.

PETER: Det blir ju väldigt komplext och brett, samtidigt så har vi den pågående omställningen som vi också skulle spegla och följa så nånstans är det ju lite skönt att det finns ganska mycket linjer dragna redan nationellt så det var ju inte så att man behöver börja om helt, utan också pröva omställningen till god och Nära vård, är det bra för barn och unga? Ja. Vad behöver justeras, göras extra och så där, så att jag tycker att mycket av fåran var draga redan också.

LISBETH: Jag håller med dig. Jag tänker att hela den stora utredningen har ju ingen åldersbegränsning, kanske ännu mer den delen som handlar om psykisk hälsa som Anna hade. Samtidigt tror jag det är väldigt bra att man just gör det som du beskriver, att man prövar omställningen ur barnets perspektiv också. Jag får många frågor om det när jag är ute och träffar regioner och kommunföreträdare, hur tänker vi då kring barnen? Har du exempel på barnen och så får jag frågor, så att jag tror att det är väldigt bra att få den belysningen.

PETER: Då kan du drämma den tjocka boken i deras bord, 100 sidor!

LISBETH: Precis, här kan ni läsa. Men om du ska formulera varför vi behöver göra det här ur ett barnperspektiv då, vad är det som inte funkar idag eller vad är det för dröm vi har om framtiden?

PETER: Jag tycker på ett sätt så finns det många saker som fungerar bättre på barnsidan än på vuxensidan, i barnsjukvården eller barnsystemet, naturligtvis. Och barn är ju fantastiska, de flesta är friska, välmående, har en enorm utvecklingskraft och vill ju inte vara sjuka, det finns ju väldigt mycket att bygga på under barn- och ungdomsåren, utvecklingskraft. Men samtidigt är det ju också en skydds-värd grupp som inte har en egen röst i samhället och är beroende av sina föräldrar eller vårdnadshavare, man har inte någon rättslig kapacitet fullt ut. Man har också ganska skilda sjukdomsuttryck och behov under späda ålder genom dom tidigare åren och 10 års åldern och tonåren så att det kräver ju någon annan kompetens och kanske erbjudande och vård och stöd än kanske vuxna får. Sen är det väl också dom specifika arenor som barn befinner sig på i uppväxten, med förskola, skola, BVC. Det finns ju väldigt tydligt, olika viktiga gynnsamma eller skadliga arenor för barn och unga som inte vuxna rör sig på. Där vi också har vårdgivare, vi har haft det här hälsofrämjande insatserna på de här arenorna och det är där det varit så fragmentiserat. Det var väl det som har varit ganska tydligt för mig att där är det inte alls sammanhållet, utan det görs väldigt mycket på olika sätt och mycket glapp och tappade bollar och man har liksom ingen samordning riktigt på det så där råkar nog faktiskt barn värre ut än vuxna på det sättet. Eftersom man är helt beroende av goda vuxna kan man väl säga.

LISBETH: Det är ju också en potential att vi har så samlande arenor för just barnen så ska vi göra bra insatser sammanhållna så har vi ju lättare att nå fram, tänker jag.

PETER: Jag tycker det är skitfräckt, för du har ju väldigt bra täckning på graviditetsbevakning, mödrahälsovård, barnhälsovård och alla barnen i skolan i princip utom några och sen har du ungdomsmottagning, totalt sett så ser vi ju alla barn på något sätt med samhällets öga. Men ändå så finns det ju väldigt stora brister i hur vi förvaltar det, men det var väl det som var grunden, här finns

det faktiskt förutsättningar och primärvården är kärnan i det här, de träffar ju alla barn också.

LISBETH: Ja, och vi ska prata om vad ni lägger för förslag nu, men jag tänkte först den här frågan, nu kom den här pandemin och det var väldigt mycket ett dialoguppdrag som ett samordnaruppdrag också den här utredningen. Hur har ni löst det, har ni kunnat träffa någon?

PETER: Det har faktiskt gått väldigt bra. Det är väl så där med allting att först tänker man vojne, vojne hur ska det här gå och sen gör man ju någonting åt det. Jag tror ungefär att det är åtminstone 1300 vuxna professionella som vi har träffat i dialogmöte. Vi har varit runt i hela Sverige och bjudit in kommuner, regioner, företrädare och nätverk och haft en ganska öppen fråga och diskutera direktivet. Så det blir ändå över ett femtiotal möten i alla fall och har varit väl frekventerade, bra diskussioner. Sen har vi då med tillsammans med BRIS och Tilia har gjort över åttahundra barn delaktiga i utredningen och pratat, med många workshops, vi haft web-enkäter och vi har fokusgrupper och digitala workshops så vi har haft väldigt mycket dialoger ändå med både barn och unga.

LISBETH: Med föräldrar också eller vårdnadshavare?

PETER: Ja, egentligen är dom genom patientföreningen. Om det är nånting som jag tycker att vi inte har gjort tillräckligt, som vi hade velat göra mer, det är att prata mer direkt med föräldrar, vårdnadshavare och ansvariga i olika grupper. Men patientföreningen förstås, har varit med i referensgruppsarbetet. Men det hade varit bra om vi hade kunnat få till det också lite mer.

LISBETH: Vad tänker du, har det varit ett spretigt svar du har fått, ni har träffat många barn och ungdomar, vad är deras budskap till er? Vad vill dom?

PETER: Barn och unga är ju som du säger, det kan ju vara lite spretigt. Vuxna är ofta så konformistiska. Där mättas materialet ganska fort. Det är ju intressant när man träffar högstadielklasser i Umeå i årskurs sju och en nia i Linköping. Men vi har ändå kommunicerat vad dom har sagt till oss. Dels har ju BRIS tidigare gjort

rapporter själva och så finns en bilaga i utredningen där vi också återkopplar till de här skolorna och ser vad är det man säger till oss. Om jag skulle sammanfatta det, det viktigaste som det gav oss det var hur det är att vara ung idag, alltså känslan av att vara ung och bli betraktad av vuxna, lärare och försöka att hitta en plats. Det går inte riktigt att sätta ord på, går inte att skriva och det är svårt att kanske använda direkt till något. Men det är ju väldigt tydligt, att se oss som unga idag, förstå oss, vuxna fattar inte, de har ingen aning om hur det är att vara ung, med alla dessa sociala medier och press i skolan och kompisar. Så det där att bli tillitsfullt bemött, kunna ha låga trösklar för bra samtal med vuxna man litar på, så man vågar berätta. Det kom jättemycket vittnesmål om att man inte vågar berätta, för man tror att nånting ska hända som faktiskt skadar dig själv. Så berättar den för den och så plötsligt så det vet, så händer det. Jättemycket sånt här och då slås man av hur utsatta de är, att de är beroende av att vuxna är snälla på något sätt. Att få barn trygga, och det kan vara genom skolkuratoren eller möte i vården eller vad som helst, eller träna. Då var dom verkligen, för vi pratade mycket lösningar, då är de ju väldigt förtjusta i BRIS, anonymt, appar, självhjälp, man googlar runt och man pratar med kompisar och man slänger ut frågan på UMO, tjänster som är lättillgängliga, anonyma. Det är någonting som man tycker är bra och vården är inte alls sån egentligen, vården är ju väldigt mycket mer besök och dokumentation och föräldrarna med. Där kan man ju undra hur mycket vi har kunnat hjälpa dem med de sakerna och det är ungdomsmottagningen som har den verksamheten. Och sen då civilsamhället. Men vården är ju inte riktigt där än att man kan söka själv som tolvåring på BUP, till exempel om man mår dåligt.

LISBETH: Men jag tänker bara dom berättelser, det du berättar nu behöver vara drivkrafter i utvecklingsarbetet sen lokalt att verkligen involvera och få dom här berättelserna i sin egen verksamhet, för det tror jag är väldigt motiverande.

PETER: Det är väl min erfarenhet sen tidigare, vi har pratat om referensgrupp med barn i årtal i chefsgrupper men inte fått till det. Det är bara att göra det, nu gör vi det här bara. Det är inte så himla svårt. Jag ser nog en framväxt av väldigt mycket ungdomsreferensgrupper kopplade till barnkliniker och olika beslutsorgan, så jag tror att det kommer komma mer och mer, det är ofta väldigt fruktbart och

väldigt skönt att liksom våga fråga barn, hur blir det här för er. Vi gör det här för er, hur blir det för er och att våga låta dem också påverka besluten och det är det som är det svåra.

LISBETH: Jag tycker det är intressant. Det får mig att reflektera om det är särskilt viktigt när vi är på något sätt i en samhällsförändring. Man kan tänka att vi gå från mer industrisamhället där dom allra flesta vuxna idag är uppvuxna och vi är inne i ett helt annat samhälle med det digitala på ett helt annat sätt. Kommunikation sker på ett annat sätt och ungdomarna och barnen säger, ni har inte en aning om, ni förstår inte min värld på något sätt och det kanske vi inte heller gör. Att det kanske är särskilt viktigt i en brytningstid.

PETER: Ja, det tror jag, okej vuxna vet mycket om barn, vi kan sjukdomar, vi kan olika saker man kan göra, vad man behöver och så, men vi vet inte hur det är att vara barn, idag just. Vi har varit barn en gång, men hur är det att vara barn idag? Det måste vi fråga barnen. Och det kan alla göra. Det skriver vi också i en del bedömningar, att man mer systematiskt behöver göra barn delaktiga även i organisering och planering i omställningen. Så det är bara att man gör det i sin lokala kontext för det kommer att vara jättekul, det kommer vara fruktbart och roligt, tror jag.

LISBETH: Precis, det ger ju verksamheten nånting, men vad lägger ni då för förslag? Vad blir det era förslag som statlig utredning?

PETER: Huvud-ansatsen är att skapa ett antal lagförslag då som gör möjlighet för en bättre, tydlig nationell styrning av det hälsofrämjande förebyggande arbetet till barn och unga, så det handlar om att se de olika förslag i sjukvårdslagen som först börjar med att lyfta fram det hälsofrämjande arbetet tydligare. Det behöver moderniseras, begreppen kring det här med hälsa, i hälso- och sjukvårdslagen. Och det rör ju hela befolkningen, alla åldrar till exempel. Det kan ju också användas ifrån äldreperspektiv. Men sen nästa steg kanske är det viktigaste lagförslaget för att få det här som vi vill ha, den sammanhållna barn- och ungdomshälsovård som går från graviditet till 20 årsåldern. Då vill vi att regeringen hjälper myndigheter som Socialstyrelsen att ta fram föreskrifter för

innehållet i det hälsofrämjande förebyggande arbetet till barn och unga under hela uppväxten. Det lagförslaget skriver en hel del om vad det är för innehåll och det kan ju vara hälsouppföljning och hälsosamtal, besök, vaccinationer föräldrastöd, insatser av olika saker och på olika sätt för att följa hälsa, utveckling, psykisk hälsa. Och även fördjupat stöd i vård och omsorg. Ett sånt innehåll beskrivs ganska mycket och då blir det ju till Socialstyrelsen i nästa steg. Dom vill fylla föreskrifterna med ett tydligt innehåll, det här ska göras. Och sen efter det då så föreslog vi ett nationellt hälsovårdsprogram ska tas fram från graviditet och till 20 års ålder. Då kan man ju ytterligare förtydliga vad ska innehållet i det här erbjudandet vara. Och det ska då tas fram i myndigheter, SKR, kunskapsstyrning, profession brukarorganisationer i olika steg då så det är ju mångårigt arbete förstås men vi har ju redan verksamheterna idag egentligen kan man väl säga. Vi känner ju barnet fast det är överfragmentiserad, vi har olika vägledningar, vi har olika riktlinjer och rikshandböcker så allt det där ska vi använda men vi ska bara foga ihop bitarna så att det blir gyllene broar mellan de här dikena. Det är en sammanhållen hälsouppföljning under hela uppväxten.

LISBETH: Hur kopplar det som ni tänker föreskrifterna från Socialstyrelsen och det här hälsovårdsprogrammet, är det dom som ni ser framför er bli huvudansvarig för att ta fram det här programmet, även om flera aktörer ska vara med.

PETER: Jag tror att dom i alla fall får börja, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, specialpedagoger som vi skrivit fram som förslag. Det får regeringen ta ställning till och bestämma. Men jag har ju ofta i dialogerna också kommit fram att man gärna vill ha kanske myndighetsstöd eller kunskapsstöd och ramverk. Det kanske är viktigare i början just för att det är så stort område. Det är berör ju så väldigt många aktörer och barn och aspekter så att det kanske är svårt för till exempel kunskapsstyrningen att ta fram ett sånt här program, så därför tror vi att det behövs både föreskrifter och kanske ett myndighetsteg där. Men att det är klart att SKR och kommuner och regioner, kunskapsstyrningen kommer tidigt att vara med i den här processen, så brukar det ju vara. Myndigheten behöver ju hjälp från alla för att ta fram programmet och sen då att implementera blir ju mer alla kommuner, regioner också som får ansvar för detta sen. Sen lägger vi också i nästa betänkande hur den ska följas upp så att jag tror att det viktigaste

man kan göra är att programmet kommer på plats så att det blir likvärdigt under åren som går så att man uppfyller det här.

LISBETH: Om du skulle säga vad syftet är med det här nationella hälsovårdprogrammet, hur skulle du då beskriva det?

PETER: Jag tycker jag har funderat jättemycket på hur man ska få en god och Nära vård för barn och unga och få det att hänga ihop och var börjar man någonstans när man ska betrakta hela vården och allt som händer. Då tror vi att det här är en bra plattform för god och Nära vård och man får ihop bottenplattan som ändå berör alla barn och unga under uppväxten. Så tror vi att det är den bästa starten, då börjar man ju också i det friska och hälsofrämjande nånstans. Man börjar inte på hjärtkirurgen och bygger systemet därifrån utan man bygger från grunden. Så ska ju det här förhoppningsvis naturligt leda till djupare insatser, vård och stöd, behandlingsinsatser där det behövs snarare än att man bygger systemet tvärtom. Så det är grundtanken och sen blir ju också att peka ut primärvården som navet, att försöka göra klart att vi bygger omställningen på det sättet, att vi lägger basen här. Vi tycker också att vi lyfter av det hälsofrämjande, förebyggande till förmån för det här lite sjukhustunga och reaktiva. Det är liksom dom värden som ofta inte själva prioriteras, så lyfter vi fram det vilket många andra också gjort känns det som. Sen tycker jag ett nyckelskäl är ju faktiskt hela uppväxten, det här kontinuerliga under hela uppväxten, för många saker händer inte så där abrupt. Vissa saker händer akut förstås, någon sjukdom eller så. Man kommer in på akuten och så har man diabetes eller nånting. Men väldigt många andra skeenden och framförallt psykiska hälsa, ogynnsam utveckling sker ju ganska gradvis och det börjar liksom signalera, man måste följa det under tid och man ska inte kasta sig på att göra en massa utredningar vid det första lilla tecknet, man behöver ju ha ett sansat, salutogent perspektiv på det men följa det. Så det tror jag också är ett skäl för programmet och då har vi liksom en helhet under hela uppväxten också.

LISBETH: Vi har precis haft en forskningsfrukost, vi har det första fredagen i varje månad från Nära vård och då har vi lyssnat på en man som heter Magnus Zingmark som har tittat på främjande förebyggande rehabiliterande insatser just för äldre.

Men en fråga som kom från auditoriet då det var, hur får vi till det här främjande perspektivet, det proaktiva? Det akuta har ju alltid företräde och då har jag ibland tänkt att just våra verksamheter som är mödrahälsovården och barnhälsovården där har vi ju på nåt sätt lyckats skapa verksamheter som också får ha sitt stora fokus här. Och kanske är det så att just inom barnhälsovården och barn och ungdomars möte med hälso- och sjukvården skulle kunna ha en särskild potential. Då bygger vi in någonting som kommer att kunna vara viktigt för hela livet eftersom vi bygger ju ett annat system då på något sätt. Det proaktiva systemet blir en ännu tydligare bas. Det är ju en bra bas i mödra- och barnhälsovård idag, men det blir ännu tydligare.

PETER: Men jag tror också att man kan lära mycket om man kan pilota dessa saker på barnområdet och sen precis som du säger, det finns ganska mycket att bygga på som också kan vara nytta för andra åldersgrupper och även det här med hälsouppföljning. Det är tydligt kanske om man sitter och driver primärvård att man verkligen skulle vilja ha ett starkt hälsouppföljande av proaktivt spår för både barn, unga och äldre. Just att här finns det anledning att jobba mer på det sättet. Men jag tror också att det absolut kan vara ett sätt som är lite framtidens hälso- och sjukvård. Det känns lite grann som en modernisering överhuvudtaget av hur vi ser på hälsa och hälsans bestämningfaktorer. Jag tycker utredningen kan läsas på det sättet att man försöker polarisera lite grann. Vad är det egentligen som händer? Vad är det som påverkar barns hälsa och utgå från barnens behov och inte hur det alltid har sett ut i sjukvården, hur vi alltid har riggat det.

LISBETH: Det är en spännande bilaga också i betänkandet som tittar på evidens för hälsofrämjande och också hälsans bestämningfaktorer. Du kanske kan säga något om det?

PETER: Ja, så det var lite kul för Uppsala universitet och professor Anna Sarkadi och hennes medarbetare bad vi då göra, vi kände att det behövdes tittas på objektivt om det är nytta med att jobba tidigt eller komma in tidigt, hälsofrämjande och förebyggande och det blir alltid så där suddigt och alla tycker liksom vad då, ska vi lägga pengar på det och vi bara måste hitta samverkansmodeller för barn och

unga och det här med effektivitet. Jätteintressant bilaga, den är väldigt värd att läsa tycker jag. Den samlar upp mycket kring vad har man för evidens för kostnadseffektivitet till exempel. Vad är det som påverkar barns hälsoutveckling och hur hänger det ihop med tidiga insatser? Och det finns ju allt du behöver, du kan ju se det direkt att det här är ju absolut värt pengarna. Och det sparar hälsa och det har påverkan på hela livet och det är inga jätteinsatser alltid heller faktiskt, inga superdyra grejer alltid utan det kan vara ganska små kostnader. Och extra intressant tycker jag med den bilagan också, det är det här med timing i insatserna, att man under uppväxten har olika fönster, olika behov så man behöver komma in med rätt typ av insatser och man behöver vara ganska lyhörd och ganska kompetent. Missar man de där fönstren och något barn har någon typ av toxisk stress, alltså problem som gör att man faktiskt stannar i utvecklingen och riskerar men, då kan det ju få livslånga konsekvenser, så det är ju. Ja, det är en intressant bilaga och det stärker ju naturligtvis också den här modellen då som vi vill få på plats. Det var ju tur att de skrev att det inte var en bra idé, men de håller med om det alltså så det finns ett antal legitima vetenskapliga belägg för att det, en god och sammanhållen barn- och ungdomshälsovård, finns det god evidens för att det borde vara resurseffektivt och det borde gynna hälsan och det borde moderniseras. Ja, läsvärd!

LISBETH: Du sa ju också någonting lite i förbifarten så där du pratade om 20 år, ni ändrar gränsen för dom här insatserna?

PETER: Det är nog den fråga som nästan har haft mest diskussionen, men det har verkligen varit något som ofta har kommit upp i dialoger. Nästan alla möten med unga vuxna, vad gör vi med dem, glöm inte dom, 18 år räcker inte. Så direktivet har också varit att titta på upp till 25. Så vår kompromiss i slutänden blev att ta till och med 20 år, för då har vi stöd i socialtjänstlagen av att vi kan säga barn och unga. Då är det upp till 21-årsdagen för att få med gymnasiet och delar av ungdomsmottagning, så det var väl en sådan tanke då, så det känns bra.

LISBETH: Just det. De som är intresserade av lagstiftning och så sa du att ni lyfter fram det hälsofrämjande arbetet och det är hälso- och sjukvårdslagen. Vad kan du säga

för någonting om det, för jag förstår att det är någonstans i portalparagrafen nästan för det är inte primärvårdsuppdraget som nu träder i kraft 1 juli.

PETER: Det har inte varit inne egentligen, utan det har ju varit mer annan bredd högre upp. Det är inte så att det inte kan utlösas av dagens lagstiftning, att vi ska jobba med att främja hälsa, men det kändes ganska omodernt. Just hälsofrämjande arbete har det ju varit en enorm forskningsutveckling och utvecklingskraft kring på senaste tiden och inte minst basen i den verksamhet som vi tittar på så det kändes som att det finns goda skäl att förtydliga det eller lyfta fram det där och då hjälper det ju också det med den tydligare styrning på det här programmet. Så det blir ett bra lagstöd liksom.

LISBETH: Om man då tänker att den ena delen av era förslag, det handlar mycket mer om att bli proaktiva, det hälsofrämjande, så handlar ju dom andra delarna mycket om det här att få ett mer sammanhållet system, ska du berätta lite grann om dom förslagen ni lägger?

PETER: Precis och huvudförslaget är ju den här bottenplattan vi har pratat om. Men sen har vi då försökt angripa de här frågorna med samordningsbrister och samverkansbrister mellan alla huvudmän. Saker som handlar om att tydliggöra samverkansgraden mellan region och skolhuvudmän, alla skolor. Vi tror även på det här starka partnerskapet mellan primärvård och elevhälsa, att dom behöver stärkas mycket mer och finnas mycket mer tillgängliga för barnen och göra saker mer tydligt. Så det är en samverkansdel som handlar om region och skola, det kan också underlätta arbetet med att skriva kontrakt mellan förskolan och det som också lyfts som såna bristområden. Och sen har vi då det här förslaget om en fast vårdkontakt till barn och unga där barn och unga blir en trigger för att mer aktivt pröva frågorna om behövs för att skärpa lagstiftningen. Något litet för att göra att det är mer upp till vårdgivaren ändå att faktiskt ta ställning till om det här kanske är ett barn som behöver koordinering och samordning av sina vårdkontakter? Det är också ett samordningsförslag.

LISBETH: Något litet, säger du, fanns det andra tankar?

PETER: Man kan ju tänka sig att alla barn skulle haft den dialogen. Det finns i Skottland något som heter Barnets Plan men det kändes inte som ändamålsenligt att tänka att alla barn skulle ha en plan, det är ju i så fall om man har behov. Idag finns det naturligtvis, vi har både SIP lagstiftningen, vi har kontakt där du ska få det om du begär det, men vi ser att man begär inte det och det är ju fler som i alla åldrar skulle behöva det men som inte har det. Sen tittar vi lite grann på den här LUS lagen, lagen om utskrivning av patienter, som har fungerat väl, en liten trigger för att faktiskt ta ställning till vårdplanering. Och då tänker vi att kan vi inte skärpa det för mycket så att det blir väldigt många som skulle ha en fast vårdkontakt som kanske inte skulle behöva det. Utan vi har ändrat det från det här med lagstiftning och nu är inte jag jurist, men det är ändå de små ordens betydelse. Nu står det ju i princip att en fast vårdkontakt ska utses om patienten begär det eller det är nödvändigt. Vi har ändrat från begärde eller anses vara nödvändigt att det blir lite mer press på att den man träffar i vården faktiskt tar ställning till om det här barnet behöver fast vårdkontakt. Plus då att barn och unga är den triggern för att det här ska lösas ut, den här lagen.

LISBETH: Mycket har ju också diskussionerna handlat om informationen eller diskussionen om att det här finns i lagstiftning? Om man nu tänker på den lagstiftning som funnits under lång tid? Det är ju sen 2010 tror jag som fast vårdkontakt kom in i lagstiftningen, men det är ganska få i allmänheten som känner till det. Har ni diskuterat någonting kring det, information? Hur kommer dom här barnen och unga och deras vårdnadshavare att veta att det här är någonting som kan finnas för mig om vi behöver det?

PETER: Ja bra fråga. Det pratar jättemycket om det, hur mycket som redan är reglerat när det gäller samverkan och planer och hur lite implementerat det är i många fall. Som man alltid gör i en sån här prövning, är det här verkligen ändamålsenligt, kommer det leda till någon faktisk förbättring och sen har de väl gjort den bedömningen här att eftersom den här LUS- lagstiftningen har fungerat väl utifrån att man fick fler, för den här planeringen, den här samarbetsplanen, utifrån det så gjorde vi en avvägning att vi kan nog ändå göra viss skillnad. Men det är klart att det är som allting med patientkontrakt, allt det som ni jobbar med

att man behöver jobba med frågorna och lyfta dom. Försöka få det att hända och prata om det hela tiden.

LISBETH: Jag tänker också att ibland handlar det om att saker och ting kommer i rätt tillfälle det där finns mer mognad och jag tänker att dom här frågorna kring kontinuitet, patientens rätt och ställning dom är ju väldigt mer mogna idag känner jag än bara för fem, tio år sedan så att jag tror att det spelar roll att ni lyfter den fasta vårdkontakten och patientkontrakt men ni lägger inget förslag på patientkontrakt?

PETER: Ja, vi har ett betänkande till, men det som vi skriver nu är att det är bra och det ska jobbas vidare med. Men man behöver titta på det här med skolhuvudmän, då är det inte självklart att det är med i den regleringen som nu ligger för beredning. Så att det är ett medskick. Annars är det ju bra ibland för barn.

LISBETH: Och jag tänker också barnen. Jag kan se framför mig att barn och unga precis det här, vi hade i inledningen ifrån era dialoger att dom kanske också skulle kunna hjälpa oss mycket att göra ett modernt patientkontrakt. Hur ser det ut? Var hittar jag den information jag vill hitta utan att alltid behöva ta fysisk kontakt med någon eller boka en tid. Det kan ju finnas många saker som ett patientkontrakt kan inrymma på det sättet så att jag tycker det skulle vara spännande. Jag och mina kollegor på SKR har redan börjat se att vi kanske behöver göra särskilda arbeten just med barn och unga och patientkontraktets utveckling så att saker och ting stimuleras ju bara av att de kommer upp på bordet.

PETER: Men så är det väl. Jag tror det här börjar med barnen som betänkandet heter, det räcker ganska långt. Ofta är det så att vi glömmer bort barnen. Alltså, dom finns där överallt, runt omkring oss och vi har egna barn, ändå blir det så att man ser dom inte riktigt. Vi tar det sen, men det passar nog för dem också. Så att man stannar upp och tittar, just det barn. Blir det bra om de kanske har nåt att säga som är viktigt som kanske är jättebra här. Jag tror precis som patientkontakt, jag har ju erfarenheter från Västragötalandsregionen, de har ju hur mycket som helst att säga, hur de skulle vilja ha det när det gäller användarvänlighet och på vilket

sätt kan man göra det? Där är vi liksom dinosaurier när vi tänker. Även jag tänker att ja, jag kan inte begripa, hur deras värld är liksom? Men de är så smarta, dom har koll så det tror jag, våga använda barnen i utvecklingsarbetet.

LISBETH: En fråga som jag tror många riktar blickarna på direkt när man får ditt delbetänkande, det är hur är det nu med huvudmannaskapsfrågan och du var inne på det här med elevhälsans roll? Ni hade att titta på den medicinska delen av elevhälsan, om det skulle byta huvudman och samverkansfrågorna här emellan så att fördjupa lite grann ditt resonemang kring vad ni har kommit fram till och varför också?

PETER: Ja, det var ju direktivet då, så det skulle utredas precis som du säger och jag tror att det var bra att man verkligen tittade på det ordentligt, liksom i alla vinklar och vrår för att titta på det ur organisationsperspektiv och barnperspektiv och allt möjligt. Det är klart att syftet med det är ganska tydligt eller uppenbart, att det blir mer sammanhållet om man har en huvudman eller en organisation. Det är ju enklare med journalsystem och planering och kompetensförsörjning och samutnyttja resurser och vi vill bli mer robusta, så det finns ju många fördelar med ett regionalt huvudmannaskap. Vi prövade tidigt och pratade om kommunalt, hur man skapar för alla de här aktörerna, men det kändes som ett ganska stort ingrepp att byta till. Det finns ju andra grannländer som har mycket mer kommunal sjukersättning men det kändes inte som en framkomlig väg så då prövade vi regional. Då är det ju ungdomsmottagningarna kommunalt som finns och som deltar i mål för detta. Men vi har som sagt kommit fram till att vi inte rekommenderar att man flyttar huvudmannaskap, skolhuvudmannen till regionen. Det landade vi i och slutsålen var egentligen var väl att det inte löser samordningsproblemen på det sättet, att byta huvudman. Man kan tycka ibland att när man gör det så blir det bra, väldigt många har ju sagt att ja, men det där måste göras, då blir det bra, då blir det ordning och reda. De som tycker det är tydligt. Ja, men gör vi någonting konkret och så är det bra. Men det är inte alls säkert att det löser samordningsproblemen mellan regionen och skola. Det andra huvudskälet har varit att då blir det en aktör inne i, elevhälsan är ju väldigt fin verksamhet som har de här fyra perspektiven, väldigt tvärprofessionell syn

på eleven eller barnet och jobbar ju, det är jättesynd. Det riskerar man att förstöra om man tar bort en gren.

LISBETH: Säg nånting om perspektiven, det är säkert alla...

PETER: Ja, vi har ett pedagogiskt perspektiv förstås, skolan och sen har vi psykologiskt perspektiv, skolpsykologer och så. Och så har vi socialt perspektiv, socionomer. Och så har vi ett medicinskt perspektiv. Det är en väldigt klok avvägning om man vill titta på ett barns utveckling eller några problem, så kommer man ju egentligen i hamn om man tittar med de fyra sätten. Så att grundkonstruktionen av elevhälsan som rektorn förfogar över eller styr och samordnare och då blir det svårt för han eller hon att göra det om man har en annan huvudman som har en av de här delarna i skolan. Så det var väl en orsak och sen är det också med vård och skolvärld, att det är klart i stan till exempel så kan det vara väldigt många. Man väljer väldigt olika skolor så att på en skola kan det vara 30 vårdcentraler som har elever på en skola och tvärtom så att det blir lite svårt med det att man ska bedriva verksamheten i skolorna som region. Vi har ju en miljö och ett system idag som är väldigt komplext, det skulle inte riktigt främja områdesansvar och kontinuitet på det sättet, även om det är innebär fritt val och dom värdena, så det är svårt. Så har det varit risker, det har varit mycket motstånd också i den här frågan. Men det har varit oro för att elevhälsans medicinska insats skulle prioriteras ned av regionerna, tänka att det här är mindre viktigt, det här gör vi inte, det skulle försvinna och en del andra saker också.

LISBETH: Men hur ska vi få till då? Hur vet vi att det blir något annorlunda nu då?

PETER: Ja, vi prövade ju också ett förslag till då som inte heller skrevs fram som jag berättade om lite grann igår som handlar om att okej, vi kan se om man kan lägga delar av uppdraget inom elevhälsans medicinska insatser som är lite mer hälso- och sjukvårdskaraktär och renodlade hälsobesök och vaccinationer. Om vi lägger dem i regionalt ansvar och man har en samlad regional hälsouppföljning, då har vi utrett och vänt och vridit på det också och beskrivit och det då kan man ju säga att fördelarna och skillnaderna mellan det är att då

har man ju kvar elevhälsans medicinska insatser med de professionerna i övrigt uppdrag, i skolan. Man har kvar elevhälsan som helhet, man har kvar skolhuvudmannen som vårdgivare och som kan styra över det. De har också kvar sin peng, på vissa skolor lägger ju kanske skolsköterskan åttio procent av sin tid på hälsobesök och vaccinationer och skulle kunna göra väldigt mycket mer hälsofrämjande arbete och jobba med lärande och anpassningar och stöd och tillgängligt för elever på den tiden. Samtidigt som regionen skulle få ansvar för hälsobesök och vaccinationer under hela uppväxten om man skulle fortsätta liksom barnvårdsprogrammet upp i skolåldern. Så det fanns en ren tanke kring det som skulle innebära lite mer renodlade roller, det skulle ju innebära att på sätt och vis så skulle ju skolan tappa en arbetsuppgift eller två. Men de skulle också få möjlighet att göra mer av det som kanske är uppdraget i skolan, just att jobba mot lärandemålen med hälsa då. Men då släpper man ju iväg det lite åt det hållet. Men regionen skulle få kanske lite mer självklart ansvar, men ett större ansvar och hinder för att vi inte lagt fram det här, det är för att vi är inte redo idag för att dels måste ju då vaccinationen få utföras på skolan, primärvården måste ju ha blivit så stark och redo att den också jobbar uppsökande, finns utanför vårdcentralen och kan finnas i skolan och så vidare. Man måste också ha barn- och ungdomskompetens på ett annat sätt. I dag ser man ju inte dom här skolåldrarna riktigt på det sättet, det är ganska mycket som behöver göras och där är man inte redo, för att skulle man göra det förslaget nu så skulle det nog bli en del patientsäkerhetsrisker. Man skulle riskera att tappa vaccinationer och sen behöver man då säkra att elevhälsan, medicinska hälsan framförallt inte liksom försvinner utan att man måste ha den här starka medicinska i skolan. Vilken roll ska man då ha när man inte gör hälsoundersökningar och vaccination hos skolsköterskan. Så att det var en del sådana avvägningar som gjorde att då säger vi att, ja vi har skrivit om det här, det är en tänkbar väg och så säger vi att om det här programmet, om vi pratar om det viktigaste. Alla vill att det ska bli bra. Det ska bli antaget, robust, bra kvalitet, likvärdigt implementerat i hela landet. Det kommer ju bli en dröm, alla vill ju det, kan man väl säga? Men om man säger, vi levererar inte på det där. Man säger skolor, kanske inte har föräldrarskapsstöd. Vi kan inte ge det eller vi ser inte till hela hälsan. Vi ser bara på lärandemålen. Med det där programmet så behöver man erbjuda helheten så skulle då någon huvudman säga i framtiden att det här går inte, det blir för

spretigt och ojämnt då kanske man kan ta ställning till det här förslaget igen då i så fall. Och se om det är rimligt och renodlat att vi ger regionen lite mer ansvar för hela hälsan och skolan lite mer ansvar för skolmålen och skolmiljön och att man jobbar sida vid sida. Men som sagt, vi lade inget förslag om det. Det är bara beskrivet.

LISBETH: Det är tänkt så att det nationella hälsovårdprogrammet det är olika, i olika skeden i livet så gör olika aktörer insatser, enligt hälsoprogrammet, barnhälsovården under den tiden elevhälsan under den tiden, är det så man tänker?

PETER: Så vi har expertis och kunskap uppbyggd kring mödrahälsovård förstås. Och vi har också ungdomsmottagningarna som absolut vi tycker ska vara en stärkt och mer likvärdig del av såna program, de har ju jättemycket ungdomskompetens. Det finns väldigt mycket redan idag på plats som man kan använda. Idag är det ju väldigt fragmentiserat och inte sammanhållet så det är det som är det stora jobbet. Jag tror precis som att man har pratat med barnen här på skolorna så förstår man ju liksom att oj vilken traditionell organisation. Vi har lagstadgade hälsobesök, vi pratar om hälsoövervakning och var tredje år ska vi göra det. Någonstans behöver det bli mycket mer agilt och digital. Det är väl självklart att vi ska ha en hälsouppföljning som kanske är mera frekvent. Åtminstone en gång per år ska man ha en digital check-up. Det är klart att i framtiden så kommer man ju ha ett helt annat, modernt hälsouppföljningskoncept än vad det är idag. Som är lite mera effektivt kanske också, inte så personaltungt eller fysiska möten-tungt.

LISBETH: Vad spännande, det låter otroligt kul att få följa den utvecklingen. Men visst lägger ni något lagförslag också på samverkansdelarna?

PETER: Ja skolan och regionen då i samverkan...

LISBETH: Men att regionerna ska samverka med skolhuvudmän eller nåt sånt va?

PETER: Precis regionen, återigen gammal lagstiftning där man kan möjligtvis läsa ut skolväsende eller det nämns som andra organisationer, men det framgår inte tydligt att alla skolhuvudmän faktiskt är med i det så vi kände att det är eftersom skolan och elevhälsan är så viktigt, så ville de skärpa lagstiftningen och skriva verkligen tydligt att alla dom här fyra skolhuvudmännen ska samverka. Det gäller ju faktiskt hela skolans verksamhet och även förskolan då. Så det blir ju också ganska snyggt så det får vi också väldigt mycket i dialogerna, att det är viktigt att förskolorna samverkar med BVC. Det är väl ett grepp i den riktningen annars finns det ju väldigt reglerad samverkan som vi pratade om innan.

LISBETH: Om vi ska säga någonting också om delarna om psykisk hälsa, berätta om dom.

PETER: Där är det inte några lagförslag då, utan det är ju en serie rekommendationer över den, vad vi fick ju lösa ut den här frågan, lite grann som lite som Anna Nergårdh och lättare psykisk ohälsa, Nära vårdnivån, ny vårdform och mer ändamålsenligt stöd, hur ska vi göra då? Och så fick vi upp till 18 år och Anna fick 18 år och uppåt och hitta lösningar och så jobbar vi tillsammans kring det. Men samtidigt hade vi också då kopplingar till den sammanhållna vården för barn och barn- och ungdomshälsovården. Sen hade vi också frågan, hur kan vi nå målet om en kö-fri BUP? Så just psykisk hälsa har vi haft extremt mycket samtal och dialoger med, det känns som nästan varenda person i hela Sverige har jobbat med de här frågorna och det är ganska många. Och det här spåret var väldigt intressant och vi har till slut landat i att vi föreslår 6 steg som ändå sammanfattar både vad som folk runt om anser behöver göras och som delvis görs. Men vad utredningen bedämmer sällan görs samtidigt systematiskt utan man gör ofta en eller två av de här sakerna och som bevis finns de här de här 6 stegen, om man gör man dom systematiskt så kan det leda till att vi blir bättre. Att vi möter barn med psykisk ohälsa tidigt, men också att köerna kortas, att det leder till bägge de sakerna på olika sätt. Så det är ingen nyhet, den som läser det och jobbar med frågorna kommer inte att bli chockerad eller som att de hittat på en helt ny planet eller så där som ingen har gjort innan. Allt klokt som görs fast det är ändå liksom skärpt, det är tydliggjort. Jag kan dra det lite kort, men de här 6 stegen beskriver som sagt hur man hur man kan tänka och systematiskt jobba med psykisk ohälsa på barn och unga. Då tror vi att det första steget handlar

mycket om hälsans bestämningsfaktorer som vi pratade om tidigare och att det är väldigt många saker som har bäring på barns hälsa och det är inte så att hälso- och sjukvården egentligen har med allt det att göra och ska inte heller hantera allt som har med det att göra. Det är många arenor som är viktiga, inte minst förskolan, fritids, även civilsamhället gör stora insatser och familj. Men att hälso- och sjukvården också måste vara medveten om det och kunna jobba tvärsektoriellt själva. Det finns goda exempel på när hälso- och sjukvården använder till exempel fritidsledare, kanske barn med fetma eller med psykiatriska diagnoser att man jobbar också tvärsektoriellt så vi skriver en hel del om den här breda basen, folkhälsoarbete så. Också det här med synen på diagnoser och diagnosjakt och så vidare. Det är klart att vi har diagnostik i vården som ett grundfundament, men ibland kan det vara bättre att prata om, vad kan vi göra för det här barnet? Kan vi ge någonting nu utan att du vet precis hela dna-spiralen här och kan vi ge något stöd här och så vänta lite och se. Den typen av lite bred diskussion först och sen nummer två då, det är ju vår sammanhållna barn- och ungdomshälsovård, dom lagförslag som vi lägger där som vi tror är väldigt gynnsamma för att kunna hitta psykisk ohälsa tidigt och ge stöd på olika sätt. Och nummer tre handlar om det Anna Nergårdh la som lagförslag i sitt slutbetänkande som handlar om att synliggöra psykiska vårdbehov i primärvården och eftersom då dom la det förslaget så träffar det ju barn och unga automatiskt så det gäller för alla och då utvecklar vi våra tankar kring det, ställer oss bakom det förslaget, förklarar lite grann varför det skulle vara bra och vad som behöver ske om nu det ska bli verkligt. Steg fyra och lite förlängning till det är väl just att primärvården behöver stärkas med resurser och kompetens till barn och unga för att kunna möta de här vårdbehoven. Inte minst psykosociala team, det behövs vissa kompetenser förstås och då skriver vi lite där om de första linjer-verksamheter som har vuxit upp och som har utvecklats mycket under de sista decennierna med hjälp av er på SKR och statliga medel. Dom ska man ju absolut använda och det finns jättemycket, både kunskap och uppbyggda flöden där, men att det behöver bli mer enhetligt, att det blir en väg in via primärvårdsportalen. Och det säger ju också unga själva till oss i dialoger att man behöver ha en väg, all vägledning och alla projekt och alla nya modeller. Men det kan vara jättesvårt att veta vem jag ska vända mig till och hur kommer jag dit? Vad finns det här där jag bor? Så mer enhetlighet. Nummer fem handlar

om att den specialiserade vården, barn- och ungdomspsykiatri eller annan specialistvård behöver verkligen ha en strategi att dom är konsultativ, har nära tillgängliga för primärvård och skola, att de ligger dikt an och stödjer, handledning finns med, utbilda och överföra kompetens. Kan triagera tillsammans, stegvis vård funkar inte om du inte har en bra triagering tillsammans så att det kan ju gömma sig svåra saker i lindriga uttryck. Och det sjätte steget handlar mer än om barn som har stora vård- och omsorgsbehov som ju ändå en hel del faktiskt. Där då essentiell vård, socialtjänst och skola behöver samordna sina insatser och samordna sig, kring dom för där är det ju också mycket stuprörsfenomen och där skriver vi litegrann för primärvården för vi vet ju att det blir ju skärpt nu kring primärvårdens samordningsansvar den 1 juli. Samtidigt ser vi att det är rätt svårt för primärvården att vara den där fasta punkten för barn med komplexa behov. Men det är klart, i den mån primärvården rustas ner så är det naturligt att de kan ha den rollen också. Så det är väl de 6 stegen då mer sammantaget beskrivna. Allt det här görs kan man säga ute i landet, men det är ingen som gör det systematiskt samtidigt. Jag kan inte heller veta om det kortar köerna men det är väl utredningens bästa bedömning i alla fall, om vi nu ska svara på frågan som regeringen ställde, vad ger ett bättre stöd för psykisk hälsa så tror vi att det finns i de sex stegen.

LISBETH: Jag tänker att det är ju väldigt mycket av dom stegen som också handlar om Nära vårdomställning. Jag tror mycket den konsultativa rollen för specialistvården, men också den mycket mer stärkta primärvården och kompetens som behövs där. Jag tror att många som finns i primärvården idag är väldigt glada för fokusen på primärvårdens roll, men också orolig för att inte resurserna kommer att räcka både kompetensmässigt, alltså personellt och ni lägger inga resursförstärkning förslag för det är bara bedömningar ni gör.

PETER:

Ja, det är ju inom ramen för omställning. Då måste vi skriva en hel del om kompetens. Jag har inte gått in i hela kompetensförsörjningsfrågan förstås. Jag har ju skrivit om huvudmannens ansvar att tillse att det finns kompetens på alla utposter i systemet förstås. Det är ju en delikat uppgift, man måste bemanna akutuppdrag, man måste bemanna specificerade områdena och så vidare, men

man måste också våga börja skjuta allting mot den Nära vården och jobba tydligt. Eftersom det är så uppenbara vinster med det, det vet ju alla. Det är klart att vi måste göra den här omställningen för att komma in när problemen är små och stora. Vi vill ju alla jobba med hälsofrämjande och förebyggande tidigt, eller hur? Det vinner vi både pengar och hälsa på. Det är svårt att göra dom här stegen för att man är ju rädd om att kunna bemanna jourlinjer. Man har jobbat på ett sätt i alla år och det är läskigt förstås.

LISBETH: Läskigt men nödvändigt!

PETER: Jag tänker bara med kompetenser också, det räcker ju inte heller för varje vårdcentral att ha all den här barnkompetensen, det behövs ju en del smarta lösningar och så det ser man väl alla de här innehåller någon form av koncentrationerna av kompetens även om det ligger primärvårdsdrivet så är det ju någon form av gyllene snittet där.

LISBETH: Precis och så får man tänka också mycket mer av distanskonsultationer också för att kunna ha kompetens nära. Det går så himla fort när vi pratar om så väldigt intressanta frågor och det är jättetrevligt. Jag tänker att vi ska avrunda och det fick ju förra gången frågan om vad är nära för dig? Men jag tänker att vi ska ställa den idag igen. Vad är Nära för dig?

PETER: Nu efter det här året, nära ännu mer konkret. Alltså nu känns det som att jag har massa konkreta förslag på hur vården kan bli nära. Och det är det vi har pratat om egentligen. Jag inte tänkt på det, faktiskt utifrån den frågan du ställde på ett tag! En reflexion jag gjorde häromdagen var att jag är också sån här specialist-snubbe, man engagerar väldigt mycket i patienter och sjukdomar, om man liksom vill lösa problem och så där, men mer och mer har jag transformerat mig själv till någon slags hälsofrämjande. Jag ser liksom att jag har gjort en resa. Försöker ju också prata mycket med primärvårdensrepresentanter. Men jag kände att jag ofta var specialist i hjärtat. Jag tycker att jag har landat väldigt mycket själv i att det här är väldigt bra, alltså det är väldigt klokt och det är ett perspektiv som jag har i hjärtat nu och det jag förstår att det man väl behöver liksom klura och fundera och landa i det, men det är nu så att säga!

LISBETH: Alltså vad fint slutord, tack så mycket Peter för att du var med Nära vårdpodden.

PETER: Tack så mycket.