

## EP40 - Näravårdpodden träffar Britt-Marie Ahrnell och Jonas Boström

- PRESENTATÖR: En podcast från Sveriges Kommuner och Regioner.
- BRITT-MARIE: ..det där tycker jag är viktigt, att man inte kan bli en person om inte den andra är en person som ser en. Så att jag brukar också trycka på det, att vården måste också vara personer men med det menar jag inte privata. Jag vill inte veta läkarens hälsostatus eller relation i sitt äktenskap...
- JONAS: ..och då tänker jag att då finns det den här känslan av att ja, dit ska vi så då behöver vi inte tänka så nu. Men jag tänker så att alla dom begreppen dom borde vara nu, alltså, vi ska agera som om det vore så. Det är inte så det ska bli, för det blir så lätt att skjuta det framför sig och säga att ja, men dit ska vi så det kommer om 10 år.
- LISBETH: Välkommen till Näravårdpodden. Idag har vi 2 spännande gäster, Britt-Marie Ahrnell och Jonas Boström. God morgon på er.
- BRITT-MARIE: God morgon.
- JONAS: God morgon.
- BRITT-MARIE: Och välkomna vad roligt att ni vill vara med. Är allt väl?
- JONAS: Det är bara bra. Sommaren har kommit till Norrland där jag befinner mig, i alla fall känns det som så, solen lyser ute och det är gott mod idag.
- LISBETH: Härligt! Britt-Marie. Var befinner du dig?

BRITT-MARIE: Jag befinner mig i Stockholm så Jonas är lite före tror jag. Här har vi kvar regnet, men det ska släppa framåt eftermiddagen och det blir ju fantastiskt grönt och vackert. Efter vädret som ändå har varit då.

LISBETH: Britt-Marie. berätta för oss alla. Vem är du?

BRITT-MARIE: Ja, det där är ju en sån där spännande fråga. Jag tror jag börjar nysta i tråden att jag är egenföretagare, för det är en stor del av min identitet och jag har jobbat som egenföretagare och författare och skrivit fackböcker under större delen av mitt arbetsliv. Där har fokus varit att lära och träna människor, hur man hanterar tjänster och möten där poängen är att man vill åstadkomma ett samarbete för förändring kan man säga. Jag kommer kalla det kunskapstjänster under mina år. Det kan ju likna vårdmöten till del och det gör det ganska mycket även om jag har rört mig mer mellan två professionella parter än mellan en professionell och en patient. Men att jag med här idag, det är väl mer för att jag kom med i vårddebatten för ett antal år sedan. Då min man blev svårt cancersjuk och jag reagerade ganska kraftigt på den okänslighet som systemet, och jag vill betona systemet, inte människorna i vården, mötte oss med. Allt det här som så många har sagt tidigare med att ramla ner i mellanrum och hamna i väntetider utan besked. Och ja, ni kan allt det där. Jag kom med i debatten och skrev ett ganska stort antal artiklar om det och jag har varit i Almedalen ett antal gånger och på konferenser och så där. Privat slutade det där med att jag numera ensam och jag har 2 vuxna barn och 3 barnbarn. Jag gillar natur och friluftsliv i alla former, helst på snö och har en halv fot också norrut, i Jämtland är jag lite deltidboende numera.

LISBETH: Tänkte just säga det, helst på snö då ja, ser det ju lite tungt ut i Stockholm men då förstår jag att du får ditt. Men Jonas, vem är du då?

JONAS:

Ja, jag håller med Britt-Marie. Det där är svårt när man får en sån här fråga vem man är för mycket kopplar till och eftersom vi sitter här idag så är det ju mycket vad man har med sig sitt yrkesliv. Men jag brukar säga att jag, i alla fall, det är lite viktigt för mig, att jag är född och uppvuxen i Värmland. Sen har jag rest runt genom min yrkeskarriär som sjuksköterska och varit i Stockholm där jag studerade till sjuksköterska och anestesijuksköterska så småningom och träffade min fru där, kärlek på lasarett. Hon jobbade på Södersjukhuset och jag på Huddinge sjukhus. Så fick vi barn, så hon kommer uppifrån mellan Östersund och Sundsvall så vi hamnade i Sundsvall. Och jag gillar också det där med fjäll och snö och sånt som Britt-Marie talar om så att det kändes ganska naturligt att hamna här uppe. Bor på Alnön utanför Sundsvall idag, med fru och två döttrar som snart har blivit väldigt stora helt plötsligt. Men jag har jobbat som sjuksköterska i många år, i Stockholm och var en sväng i nord Norge under några år också. Mycket akutsjukvård har jag jobbat inom, akutmottagningar, ambulans, intensivvården och operation. Och givetvis har jag ju liksom präglats av intresset för att möta människor, hjälpa människor. Och även att då se att vi kan göra saker hela tiden på nåt sätt bättre. Så det gjorde att jag också skiftade lite grann karriär och tog på mig rollen som enhetschef under några år och byggde upp en akutvårdsavdelning. Och tyckte att det var intressant och då när man gör det så märker man ju också vad man inte kan så fort det är något. Man byter och ger sig in i ett nytt fält så då valde jag studera kvalitetsteknik på Mittuniversitetet. Kvalitetsteknik och ledarskap och det där gav ju mersmak som det gör. När man läser så märker man att man kan ännu mindre, upplever man i alla fall. Och man vill lära mer så då började jag jobba med sådana frågor sen i en forsknings- och utvecklingsmiljö i region Västernorrland, då landstinget. Och det ledde in till att jag också började en doktorandstudie, 2016. Så där har väl varit min resa professionellt, men sen också har varit anhörig och var i vården en del genom det,

med ett av mina barn under dom sista tre åren och det har också påverkat. Så då ser jag att man står på olika ben i det här, men man ser också precis som Britt-Marie säger, det är så otroligt mycket bra som fungerar så bra i svensk hälso- och sjukvård. Men det är också så mycket som vi också kan jobba på som man ser som också handlar om det här systemet. Så då har jag, ja fastnat för, hur kan vi göra det där ännu bättre?

LISBETH:

Det är otroligt att höra era båda berättelser om hur mycket gemensam kunskap ni har när man lyssnar på er. Och ni har ju varit parhästar i vårt projekt Närmare. Och då tänker jag om ni skulle få säga någonting om varandra i det här projektet. Eller kände ni varann innan Jonas? Kände du Britt-Marie innan Närmare?

JONAS:

Nej, jag gjorde ju inte det. Vi kom på varann när vi började, genom en gemensam bekant i Thomas Edman som då var på Experiolab. Så pratade vi om hur vi skulle kunna börja följa Närmare, vad som hände i det och också beskriva det på något sätt. Och då hade jag nog hört Britt-Marie vid något tillfälle och när hon kopplades på det där så lärde vi känna varandra och jag är så väldigt ödmjuk inför Britt-Maries förmåga att liksom formulera sig och hennes resa och upplevelser. Då kan man ju vara så här, jag tycker Närmare som projekt var väldigt bra, men ibland är det ju precis det där som händer när nya relationer uppstår och man möter, så det var ju kanske det bästa som kom ut det där projektet för min egen vinning. Att ha lärt känna Britt-Marie som en otroligt klok och ödmjuk och, ja den kunskap hon bär på, så mycket kunskap märker man, men jag är väldigt ödmjuk inför hur hon förmedlar det.

LISBETH:

Tänker Britt-Marie, vad tänker du? Hur passar din och Jonas pusselbit ihop.

BRITT-MARIE: Jag fick ju förmånen när jag sprang på fler och fler människor från Experiolab att vara med på det här, både som skribent kan man ju säga, för det är ju Jonas och jag som har varit huvudförfattarna till rapporten, men också rent pedagogiskt har vi ju lett ett antal workshoppar och möten ihop. Och jag är väldigt tacksam och ödmjuk för att få vara med, med det helt andra perspektiv som jag har. Om man pratar språkligt sett är det liksom det berättande och dramaturgiska perspektivet snarare än det vetenskapliga och det tyckte jag kanske har varit det roligaste Jonas med vårt möte, att vi har kunnat tillsammans du och jag spänna över hela den bredden och ha en sån gemensam förståelse för varandra och hela tiden gjort varandras insatser bättre på något sätt. Så jag delar din uppfattning om att det har varit helt fantastiskt och jag tror att vi har skrivit en rapport som är rätt annorlunda i rätt många avseenden på det sättet.

LISBETH: Verkligen och vi ska ju prata i den här podden om det här projektet också, så att när ni blir nyfikna när ni lyssnar nu, så kommer ni få veta mycket mer och jag ska också säga att själva rapporten hittar man också på SKR:s webbplats för den är verkligen läsvärd. Jag tänker när du säger Britt-Marie, det här med kombinationen av det vetenskapliga och kunskapen om hälso- och sjukvården och det berättande. Jag tycker att det finns någonting spännande i det där och jag grannar mycket på om inte berättelserna har en större plats också i uppföljning och annat i vårt sätt att driva förändring än vad vi kanske har både använt och förstått innan. Ni får gärna reflektera på det. Vad tänker du kring det Britt-Marie, som har berättandet som en av dina stora förmågor?

BRITT-MARIE: Ibland får jag ju höra i vården att jag inte är vetenskaplig, men då brukar jag säga lite skämtsamt att retorik faktiskt är en av världens äldsta vetenskaper ihop med astronomi och matematik. Och retoriken sa redan för tvåtusen år sedan att exemplet är ett av de bästa sätten vi har att förklara någonting. Det var så här, förstår du?

Och då hände följande för henne, eller för mig eller för min pappa och då får vi en, det man då språkligt kallar gestaltning. Det vill säga vi får en scen kring det hela, ett rum med förståelse där vi våra sinnen kan se och höra och känna vad som faktiskt händer. Och det är ju baksidan med det vetenskapliga språket, att vi tar bort allt som våra sinnen kan uppfatta. Och så ägnar vi oss åt abstrakta ord. Kan du se en organisation framför dig, kan du se en planprocess framför dig? Nej vi kan inte det. Det är abstrakta ord. Vi måste hitta tillbaka tycker jag, också till det exemplifierande metaforiska språket. Det har vi jobbat med ganska mycket i rapporten så det var ju spännande så också.

LISBETH:

Verkligen. Jonas som forskare, hur tänker du kring det där?

JONAS:

Oj, det är svårt. Det som blir tydligt, jag känner mig ju inte som det. Jag är ju varit forskarstudent brukar jag säga, men man lär sig hela tiden och att resan att doktorera är ju på något vis... man säger mycket att man är forskare på olika saker, men man lär sig ju att bli forskare tänker jag. Och det innebär att man på något vis blir ännu bättre att kritiskt granska, att följa, att göra saker på rätt sätt, förhålla sig till etik och moral vad det gäller det. Jag tycker att för mig har det varit väldigt intressant det här med vetenskapliga artiklar, till exempel vad svårt det kan vara att ta till sig märker man för andra människor som läser dom. Där får man ju läsa mängder och försöka dra ut och jag tycker det är spännande att även forskningen börjar närma sig litet annat språk. att det är tillåtet. Framför allt i den kvalitativa forskningen, att lyfta fram berättelser och skriva fram forskningsmaterialet på ett nytt sätt. Jag tror att det finns mycket att göra där. Och jag tycker också det här med språket och metaforerna, vi använder ju mycket metaforer. Vi gjorde ju det i rapporten också, vi valde det och det tycker jag har varit en grej som jag även under mina utvecklingsår jobbat mycket med. Att det blir enklare för dom som är i rummet eller runt någonting om man får börja prata i ett annat bildspråk. Det är

mycket lättare att öppna upp sina tankar och få ge exempel utifrån de bilderna och på det viset så får vi ju också fram tycker jag, mycket mer vad människor känner, vad dom vill uttrycka, sånt som kan vara svårt att berätta om, för att man gärna då ska hitta exempel i sin egen vardag. Men här kan man då få breda ut och då är det väldigt användbart tycker jag för att komma lite mer på djupet. Så metaforerna och det sättet, det tycker jag när vi har pratat om det och även kunnat beskriva det, så blir det mer läsvärt. Det är det jag fått till med andra också, har läst runt omkring med den här. Att det är mycket lättare att läsa texten och på det viset tar man ju också till sig det, om man också samtidigt tycker att det är intressant och lätt att läsa.

LISBETH:

Min dotter, som jobbar med kommunikation lärde mig, som jag har med mig mycket. Hon sa att fakta leder till slutsats, känsla leder till handling och då tänker jag att det är kombinationen av att både kunna göra slutsatser, men vi behöver ju också få handlandet. Och jag tänker också att det jag har lärt mig i mötet med er, med Experio med det Hälsolabb vi har, det är ju att i görandet bor också förståelsen och tänkandet, så det är ju någonting i att få till handlingen gör ju också att vi kommer djupare i vårt sätt att förstå världen. Men kanske också i att behöva börja fundera på, precis som ni sa båda i inledningen, när man får frågan, vem är du? Att verkligen ta ett varv. Och jag tänkte att jag på tal om ord och berättandet, vad betyder nära för er? När vi nu pratar om Nära vård och Närmare. Britt-Marie, vad betyder ordet nära för dig?

BRITT-MARIE:

Det är lätt att börja tänka tycker jag, lätt att hitta, lätt att nå, lätt att komma fram till. Oavsett om den här kontaktvägen är digital eller geografisk eller mänsklig. Men sen om jag tänker ett varv till så tänker jag att nära är faktiskt någon som känner mig och vill mig väl. Vi säger ju så, du står mig nära. Det här är mina nära och kära. Det här är mina närstående. Och det säger vi inte om en chattrobot eller om biträdet i kassan på närbutik. Hur trevliga och

serviceminded dom än är och hur nära de än befinner sig. Så det finns en mänsklig, känna varandra kontinuitet, relationell säger du ibland Jonas, som ligger i det här begreppet som inte täcks tycker jag bara av att det är nära geografiskt eller nära skärmen, utan det är faktiskt någon som känner mig och vill mig väl. Och det kopplar till en fråga som jag drev de år som jag var med i debatten, nämligen vikten av kontinuitet i vården. Inte för enstaka svårigheter naturligtvis, men för alla oss de som har kontinuerliga och många kroniska sjukdomar.

LISBETH: Vad betyder nära för dig, Jonas?

JONAS: Jag tror det är väldigt likt det där, jag har lyssnat på podden några gånger här också och hört den här frågan ställas, så det blir lite olika med lite olika dimensioner hela tiden. Och det är ju både det fina och svåra när vi pratar om att ställa om till god och Nära vård tänker jag, just vad nära betyder. Att vi har behov många gånger av att det ska vara en definition. Okej, vad är det här och sen så kan vi få det att hända. Men att det också är det fina med det, att det betyder olika saker för oss så vi måste förstå dom. Så nära för mig är ju mer också det här att det är en känsla snarare än en plats. Det tycker jag är viktigt i det, att alla fall förstå vad känslan innebär, än att säga att ja, men då måste vi förflytta det här så att det kommer närmare på det sättet geografiskt. Sen tror jag det geografiska är viktigt för att kanske få känslan av trygghet som för mig ligger väldigt mycket nära i det begreppet. Så i den här rollen som anhörig som bevittnar det, också har varit mycket i där man liksom är med i en sån här vårdprocess då handlar det mycket om förtroende för jag har tänkt otroligt mycket på de senaste åren. Varenda gång jag har legat inne på sjukhus och legat i den där vårdsängen med min dotter så tänker jag så här, vad är det som är viktigt? Man får ju chansen när man till exempel ligger där och tänker ok vad handlar det här med god och Nära vård om. Och när jag ligger där i sängen och väntar på att någon ska svara på den här



ringningen. Och då till slut så tycker jag det har bottnat mycket i att man ska känna det där förtroendet, att den där personen eller avdelningen inger förtroende för mig så jag kan slappna av och vi kan känna oss trygga och då skapar dom en, tycker jag en känsla av att vara nära. Jag vet att de finns där, men de kanske inte är där fysiskt just nu. Men jag vet att de finns där så förtroende och trygghet. De här känslorna är otroligt viktigt för begreppet nära för mig.

BRITT-MARIE:

Då vill jag gärna hänga på att i det förtroendet tycker jag också ligger att någon tar ett personligt ansvar och ett ansvar för att det följs upp och tas om hand för det jag upplevde mycket som nära anhörig var ju att det alltid var bollen till någon annan. Ja, det är nästa steg, jag är bara här idag, det blir någon annan ikväll. Vad händer med det här nu? Det vet inte jag, det får nästan, patienten är alltid först till någon annan. Och det ligger också tycker jag i det här förtroendet och nära någon som står kvar.

LISBETH:

Just det och jag reflekterar både på det du säger Britt-Marie kring det relationella eller det kontinuerliga eller kontinuiteten och förtroendet. Så tänker jag ju, subjektet på något sätt eller att vara en person verkligen för den andra, för är man en person, då vill ju den andra ändå inte bara skicka vidare. Det är ju ett objekt, det är ju inte så noga med, då kan man ju tänka att men det får nästa ta hand om. Att det finns någonting i det där nära också som handlar om det vi brukar prata om. Att vara person, inte bara patient eller närstående eller ett objekt, utan vara en person. Så vad tänker ni om det?

JONAS:

Ja, jag tycker att det är, det är ju otroligt viktigt när vi pratar god och Nära vård. Och förflyttningen av det här systemet som vi vill göra, men som också ändå finns där. Det här omvårdande, att det finns det där, att det är så man också vill se på det tror jag om man jobbar i hälso- och sjukvården. Som man gärna ser till att

förutsättningarna för att kunna göra det ska vara så för de flesta som är där, att det inte är ett objekt, att det inte är en vara vi ska processa igenom det här sjukhuset nu, men att det är så väldigt svårt när det väl kommer. Det är det som är det här handlaget, det här som man kan ha, som man märker att vissa har mer av kanske. Att ha den förmågan att se mig som subjekt och inte objekt. Som i stressade situationer och en tuff vardag, så är det så att säga inte att försvara, men det är någonting att det är lättare att få hantera det som det, är för att dom som jobbar i hälso- och sjukvården också är personer och människor som kliver upp på morgonen som har haft en tuff morgon och sen kommer till jobbet och sen ska ge av sig själv. Men det är den här professionen kommer in, det professionella, att ha förmågan att ställa om. För att du sedan möter någon annan som också har det svårt, så att det där är ju otroligt viktigt. Det jag tycker är grundbulten, Lisbeth i hälso- och sjukvårdens förmåga eller det som är viktigt är att kunna se subjektet och inte objekt. Så jag håller med dig.

LISBETH:

Då tänker jag Britt-Marie, din inledning här med berättelsen om din man och era upplevelser kring hans sjukdom. Att du sa att det var inte människorna, det var systemet, men vem är systemet och vad gör systemet med oss människor eftersom det ändå inte blev det som ni hade behövt.

BRITT-MARIE:

Jag tror att vi har börjat förlita oss för mycket på dokumentation, processerna. Jag gör mitt jobb här och nu och så skriver jag ner det och så går det vidare och därmed var det bra. Gärna kanske med ryggen mot den här patienten som ska vara en person. Knatter, knatter, knatter [skratt]. Jag har suttit i samtal om svåra saker om min mans cancer när jag hör hur någon knattra ner allting det jag säger och det blir ju väldigt långt ifrån ett personligt samtal. Det är ju ja, förpappringen av verkligheten som Johanna Bornemark pratar om, den tror jag har något gott med sig naturligtvis, men det har väl kanske gått för långt på något sätt tror jag. Också att den

här om vi pratar metaforer igen, de här industrimetamorerna som vi har skrivit en del om i rapporten där vi ser just de här löpande bandet. Hur allting löper smidigt från en station till nästa, den tror jag har varit lite förödande för vårt tankesätt kring vården och vi bytte ju den industrimetamoren mot en odlingsmetafor. Att odla ett landskap istället så det är nog mycket som ligger bakom det här. Jag skulle gärna vilja hänga på din fråga om att vara en person. Det finns ett afrikanskt uttryck som går ut på att vi uppstår inför varandra. Vi blir människor inför varandra. Det där tycker jag är viktigt att man inte kan bli en person om inte den andra är en person som ser en. Att jag brukar också trycka på det, att vården måste också vara personer. Med det menar jag inte privata, jag vill inte veta läkarens hälsostatus eller relation i sitt äktenskap, men finnas där som en person i den här kontinuiteten. Vi känner igen varandra och vi vet vilka vi är. Och där tror jag vården måste tänka till att vi inte kan vara personer som patienter och anhöriga inför ett system. Alltså, det måste vara två och då är det inne på något som jag tycker är spännande är hur kan ledarskapet då i vården vara så att medarbetare också känner sig som personer och inte utbytbara brickor? Så att allt det där hänger ihop tänker jag.

LISBETH:

Verkligen, jag tänker det du sa innan just det här att mycket av det här papprifigeringen och det kanske har lagt sig som något typ av lager utanpå den här personen, så att det därför man upplever att systemet, det är inte fel egentligen på människorna och jag håller med dig, Jonas. Mitt möte när vi pratar om det här med vårdens olika professioner är ju att det här vill man och det här längtar man till. Men det finns någonting som vi håller på att bryta igenom. Jag tänker att allt det här vi har pratat om nu. Det tycker jag är en så stark fond för det projektet som ni var involverade i som heter just Närmare. Jonas, berätta kort om det här projektet, vad är var det för projekt?

JONAS:

Utan att bli för detaljerad, tänker jag vad dom olika uppdragen som vi som vi utgick ifrån, så handlade om kan man väl säga, att vi under en tid såg att vi skulle vilja bidra om det gick. Olika regioner eller landsting då hade ju börjat att anamma designkunskapen lite mer. I Värmland tog man ju ett stort steg 2013 och man startade sitt projekt Experiolab där och började se hur man kunde jobba med design i hälso- och sjukvården där vård möter design. Som ett nytt kunskapsfält kan man säga för att också komma åt det här personcentrerade patientens delaktighet. Otroligt viktigt. Och då när vi fick chansen att se, kan man göra det här på fler ställen genom att knyta an designers in i hälso- och sjukvården. För att ta den här i god och Nära vård så pratar man ju mycket om det här relationella, det geografiskt nära och man pratar ju om att kontinuitet är viktigt, men att det också handlar om någonting annat för att möta en. Det kan ju vara kontinuitet i att man har en och samma läkare eller sjuksköterska eller undersköterska man möter hela tiden. Men det är ju inte så jättebra om den personen inte är den man förväntar sig, där man kan klicka eller där det blir dåligt, då är kontinuitet kanske inte så viktigt utan då handlar det om relation. Och där finns det ju med som en som ett begrepp och då tyckte vi att det var intressant. Okej, vad innebär det? Och med den vetskapen och insikten om att design har en förmåga att synliggöra mycket av det här och skapa, i och med att empati är ju en otroligt viktig hörnsten i designtänkande och samskapande. Då tänkte vi att kan vi kan vi få in det på olika projekt och också börja närma oss det här som vi vet är viktigt för att ställa om ett system där huvudmännen behöver börja prata med varann. Alltså regioner och kommuner för hälsa uppstår inte bara på sjukhuset. Utan hälsa uppstår ju så nära oss som möjligt i vår vardag och då är det väldigt många olika system som spelar roll. Och då ville vi börja testa det, så det blev en form av olika projekt som interventioner nästan att ok, om vi också skickar in designers där som är vana och kommer från olika håll kan de hjälpa till att starta den här

mikroprocessen av delaktighet, förståelse. Och verkligen fått till det där som är så viktigt, den där samskapandet mellan inte bara medarbetare i vården, de som jobbar och också de olika huvudmännen. Utan också mellan patienter, brukare, anhöriga. Så det var ett sätt att på något vis skapa en liten katalysator och komplexitet nämns ju också mycket. Det finns en fin handbok där också på SKR som Klara Palmgren har skrivit om att leda i komplexitet och jobba i komplexitet. Och där är det ju verkligen att varje människas agerande spelar roll för nästa skeende och att påverka det. Då var Närmare lite grann att se till om man kunde få dom här sakerna att hända så man får den här ringarna på vattnet effekten. Så för mig var det att faktiskt komma närmare den där faktiska punkten där värdet uppstår mellan sjukvården, patient, brukare och anhöriga genom att följa olika projekt.

LISBETH:

Britt-Marie, beskriv gärna du också dina bilder av det här projektet?

BRITT-MARIE:

För mig pågick det väldigt tydligt på två plan kan man säga. Vi hade ju sex piloter som är ganska kortfattat beskrivna egentligen i rapporten men där det händer en väldig massa spännande saker. Men sen jobbade ju vi i projektledningen och inte minst du, Jonas med att se, vad var liksom de gemensamma framgångsfaktorerna? Vad var de gemensamma svårigheterna? Var det någonting vi kunde få syn på som alla kan ha glädje av i ett sånt här förändringsprojekt? Och det är det rapporten till stor del handlar om, att vi faktiskt fick syn på det vi kommer att kalla paradoxen. Vad är det som gör att den här förändringen är så svår och som alla stötte på ungefär samma saker fast på olika sätt? Och det var väldigt spännande att vi rörde oss mellan det här extremt jordnära, hur ska vi ställa en fråga i patientmötet på Tensta vårdcentral så att den blir bra, till hur kan liksom den här typen av projekt ledas så att de också kommer i mål eller rent av sprids till andra och inte

bara stannar upp när eldsjälarna försvinner? Att vi rörde oss hela tiden mellan de här nivåerna.

LISBETH: Kan du säga något om någon sån här paradox? Kommer du ihåg nån så där utan att ha rapporten framför dig?

BRITT-MARIE: Ja om jag skulle sammanfatta den i några få ord så kommer jag egentligen tillbaka till det du började med, den här vetenskapliga kontra berättelsen. Att det som händer när vården ska gå till personcentrering eller nära är ju att gå ifrån det vi kan kalla det objektivt mätbara. Det som vetenskapen håller så högt till det som vi kan kalla det subjektivt erfarna. Det vill säga människans upplevelse och det är ju en förändring som är i princip hundra åttio grader kan man säga på väldigt många sätt. Där man ska gå från hierarki till att jobba gemensamt på lika villkor på ett annat sätt där man ska jobba från tryggt och säkert och färdiga rutiner till osäkert och uppfinna lite i stunden. Där man ska gå från, vi vet hur det ska göras, för jag har en standard för det till att jag får göra något ihop med den här patienten här på plats, så det är väldigt mycket som ska vändas till sin raka motsats. Ett av de roligaste tycker jag exempel att så många har hört det, men det uttrycks ju ibland ungefär så här. Ja, men vi är jättegärna personcentrerad och lyssnar på individen, men ge oss bara då de exakta mallarna och rutinerna för hur det ska göras. Och där är liksom paradoxen i sitt nötskal på något sätt. Att jodå, jag ska vara otroligt kreativ och spontan och inkännande i det här mötet tala bara om exakt hur det ska gå till. Och jag menar inte att vara raljant, även om det kanske kan uppfattas så, utan jag menar bara att det här landskapet som vården har utvecklat kring det medicinska där det naturligtvis är extremt viktigt. Jag vill inte att någon opererar mig lite kreativt random efter vad den personen var för på humör den dagen. Det vill jag verkligen inte. Men i mötet, i omhändertagande så kan man inte standardisera på det sättet. Och det här tror jag är vårdens stora utmaning att hantera det här både och. Det är både

supermedicinskt vetenskapligt korrekt. Alla ska göra lika och väldigt personanpassat individuellt i mötet. Det är ju ett extremt svårt arbete vården har framför sig, tycker jag.

LISBETH: Ja, det är precis som du formulerar det, Britt-Marie tänker man. Ja, det är ju många som pratar om paradigmskifte. Det är ju verkligen ett annat paradig. Är vi redo Jonas, för det här?

JONAS: Ja det på ett sätt så tycker jag det, det finns så otroligt mycket i vården idag. Sen präglas ju det av att vi också hamnar väldigt mycket i de ekonomiska diskussionerna om vad saker får kosta och inte kosta. Och jag tror vi nämnde något sånt där också i rapporten, kort citat, egentligen så går den inte att göra billigare för ju duktigare vi blir i sjukvården desto dyrare blir allting för att vi hittar bättre läkemedel som kan lindra eller hindra sjukdom att uppstå och då kommer det kosta mer pengar. Och kan vi leva längre, så givetvis så blir det också dyrare ur den aspekten så där är någonting att förhålla sig till. Men jag tycker alla de här brickorna finns på plats, förutom kanske att ibland upplevs det som det är lite tajt beräknat på hur många människor som kan behöva finnas för att faktiskt hinna ta hand om alla. Där står vi ju för utmaningar med resurser i form av händer och hjärtan för den delen också som finns på plats för att kunna möta oss. Men det finns ju alla möjligheter. Jag tycker att dom ökar ju på ett sätt också. Vi inspireras, jag i alla fall av en engelsk forskare, som pratar om att tillsammans i hela samhället så har vi en förmåga att ta hand om det här, vi får inte glömma bort att det är fler saker, och den digitala tekniken har ju faktiskt möjliggjort det här nu också. Vi ser ju vad som hänt i pandemin, hur vi lättare kan knyta upp och hitta tid att mötas för att vi inte behöver resa kanske i alla lägen och så där. Så svaret på den här går för att kunna lösa den gordiska knuten det är väl kanske att få till den här balansen och hitta de här synergieffekterna och så där och det är ju supersvårt, det kommer det att vara. Men jag tror att det finns där för jag tror

att det handlar om kanske till och med att gå tillbaka till rötterna om vad det där var, innan vi byggde upp den här industrin, hälso- och sjukvård. Utan det vi samhällseligt, svårt ord blev det, faktiskt tar ett gemensamt ansvar så att ja, jag vill säga ja.

LISBETH:

Ja, jag får en bild framför mig av ni vet när man kommer blicka på historien lite uppifrån så där så kanske den här industri-eran kommer att visa sig bara vara en liten stund, att det på något sätt blev ett undantag och ett lärande, men att det finns någonting annat precis som du säger, att komma tillbaka till det som egentligen är grunden och kärnan i vård och hälsa, med fokus på hälsa. Jag tänker Jonas om jag funderar vidare och blir konkret kring dom här projekten. Dels tror jag vore bra att säga, vilka var dom här piloterna och Britt-Marie sa lite om resultaten. Vad ser du med din kikare på resultaten av projektet? Men säg gärna vilka de här piloterna var också. Man blir lite nyfiken på det man lyssnar på er.

JONAS:

Vi hade ju en pilot som var i Helsingborgs kommun där man jobbar med ett digitalt team och testbädd för en bättre socialförvaltning. Och där jobbade man också med att försöka förstå egentligen hur vi kan tänka annorlunda. Egentligen allt det här bygger ju på det som design har som sin utgångspunkt, att också vara i det här lite mer okända. Så att man jobbade mycket kring det där och se hur man kunde skapa hållbara relationer över tid och jobba på ett annat sätt i socialförvaltning. Och sen så hade vi i Norrbotten där man tittar på dom här med SIPPARNA heter dom väl, samordnad individuell plan för patienter. Där man också hade gjort ett ganska långt gånget jobb där man kunde komma in och titta lite grann på hur man kan skapa prototyper och så. Men det var ju det som också var en grej med projekten i sig att när man ska starta upp såna här projekt från början då vet vi det. Ska vi behovsinventera och göra allt då är det svårt att göra sådana processer på kort tid, så det var ju här att försöka hitta sådana som gjorde något och se om man kunde gå in och nästan vara en



katalysator, ge lite extra stöd under en period. Så nästan alla dom här projekten, vad dom har slutat i, är ju att dom är egentligen fortsatte efter att Närmare på sitt sätt var slut. Så jag har svårt att hitta, jag kan inte säga idag exakt vad de har kommit fram till i de här olika delarna, men att till exempel i Norrbotten så såg man att det här med testandet och experimenterandet är viktigt och nödvändigt när man jobbar med den typen av prototyper. Och att folk verkligen vill prova och testa innan man sjesätter någonting permanent. I Sörmland tittade man på hur man skulle öka samverkan för patienter med komplexa vårdflöden. Det visar ju också på vilka svåra på ett sätt, inom parentes, projekt det egentligen är. Och att det är sånt här som är otroligt omfattande och vi hade ju här egentligen designperspektiv, så det man kunde se i det här projektet var ju mycket om att, det här med att jobba visuellt. Att faktiskt om man ska jobba med komplexa vårdflöden så behöver man visualisera. De jobbar en del med det där och då blir det tydligt att okej, när vi får se att det ser ut så här, då kan vi agera. Då skapar man det som du sa förut Lisbeth, att då sätter det sig i magen och då vill man faktiskt göra någonting åt det. För nu ser vi det. Sjukvården har ju en historia och mycket forskning också av att vara väldigt textuell. Jag vet inte hur många sådana här dokument jag sett genom åren som står i pärmar på hyllor och som folk ganska snabbt glömmor bort. För de finns inte framför en och dom är svåra att ta till sig eller ser vi tre en text så kommer vi att tolka den olika. Man ser vi samtidigt en bild så kan vi hålla oss till den, så att det var någonting i Sörmland som jag tror vi såg. Med risk för att inte vara exakt här nu, Västernorrland hade en pilot som handlade om att förbättra patienters resa med prenatal psykisk ohälsa. Och återigen, vi börjar prata psykisk hälsa och ohälsa så förstår vi att det är svårt och här är det ju kombination med att man då också blir gravid och ska genom en mer somatisk resa, kanske i hälso- och sjukvården parallellt. Och där vart det också det här med att jobba med gestaltning och metaforer och fysiska material som också design, att man faktiskt

kan ta på saker, inte bara prata om dom, utan faktiskt ta i saker som har varit viktigt att titta på. Men också utmaningar i det där när man jobbar med designprocessen, att den väcker känslor och tankar och tar sig an nya sätt att se på saker som kanske inte alltid är så lätt och förstå i stunden utan att det händer någonting på sikt. Ett annat av projekten var ju det som Britt-Marie sa, vid Tensta vårdcentral. Där man vill utforska patientberättelser för en ökad och bättre egenvård i ett område där man kommer från många olika kulturer, har olika sätt att se på det här med möten och relationer. Och det var ju superspännande också, för det är ju någonting om vad som är normen. Alltså vi tänker på hur vi ser på vad sjukvård handlar om så kan det för någon annan betyda något helt annat och där tror jag också att vi är inne på det där med, vad är det man behöver se i olika möten? Och det där såg man bland annat som en lärdom att genom att göra de här interventionerna, att jobba med design där så kunde man tydliggöra perspektivskillnaderna mellan patienten och vården. Alltså, vad är det, hur ser vi på den med olika ögon, där personalen också upplevde att det var intressant att se okej, så här kan det också se ut. Man lär sig något, det blir ju utvecklingsresor i sig. Det faktiska slutresultatet är en sak, men resan, har vi ju märkt i designprocesser är så viktigt, den blir extremt viktig att man är del av den. Och i Örebro kommun så tittade man på hur man förbättrar rehabiliterande arbetssätt i ett stort övergripande projekt och där fick den här piloten fungera som en katalysator egentligen som så att man kunde få de här djupa diskussioner om vad det faktiskt handlar om, vad är egentligen behoven. Som också är en sån här sak som jag tycker att designtänkande, tjänstedesign, design kan möjliggöra. Att inte bara gå direkt på det som människor säger att dom vill ha, för det är så lätt att vi gör det i vården. Jag hade en medarbetare i ett projekt en gång som sa, men det är väl bara att vi går och frågar patienterna vad dom vill ha och sen så skapar vi det. Då tror jag att då är man i den där fällan för att som patient så har du inte bilden av och vet vad det är du skulle kunna få, så att den

saken så kommer du säga vad du antagligen bara har hört just nu i stunden, utan det handlar om att förstå vad det är de behöver och då kanske man måste ställa frågor på ett annat sätt. Och sen kommer man tillbaka, Britt-Marie sa det, att man efterfrågar väldigt mycket standardrutiner, så här ska vi göra, då vet vi att det blir rätt. Sjukvården vill ju gärna att det blir rätt och det vill ju vi patienter att det blir när vi är där att det ska bli också. Men den här flexibiliteten då, så kunde man i alla fall ta fram mallar som man kan själv forma, kanske så att det blir någon sorts kombination av där att du får något exakt, men du får i alla fall en mall att förhålla dig till. Ja, nu vet jag. Nu ska jag vara innanför den här ramen och då kan det hjälpa till, så det hade man hittat lite grann i det där projektet.

LISBETH:

Vilken bredd, när man hör det beskrivas så här så förstår man ju vilken bredd, men också vilken gemensam nämnare som finns. Men blev det som ni tänkt då, vad tänker du? Britt-Marie blev det som ni tänkt eller du tänkt?

BRITT-MARIE:

Ja, när man kommer utifrån som jag gör så kan man ju bli förundrad över att det ska ta sån lång tid och det ska vara så svårt, men det får man ju ha respekt för. Vi skrev i inledningen att ett resultat var ju att vi lärde oss att det var, nu citerar jag, att det var lika svårt, tröttsamt och frustrerande som det var spännande, glädjefyllt och lärorikt. Och att för varje vilja att förändras så går den hand i hand med viljan att allt ska förbli som det är. Så att i piloterna hade man kanske tänkt sig att man kanske borde kunnat hunnit längre, vad vet jag som hade varit rimliga resultat, men jag tycker nog att vi nådde väldigt mycket längre än vad vi ens hade vågat drömma om i vad vi såg och lärde tycker jag, det som är sammanfattat mycket i rapporten. Och jag tycker en sak som jag blev ganska tagen av och det var det här hur svårt det här. Förutom Tensta som jobbade i sin grupp med sina patienter, så var ju alla i någon typ av samverkansprojekt och hur svårt det är att formera

sig på nya sätt runt den här personen när vården är så hårt strukturerad och hårt styrd in till ekonomi och uppföljning och ledarskap och organisation. Ta bara en sådan enkel sak som beslutsmandat. När vi sätter ihop de här grupperna i ett rum från olika enheter så vet man inte i rummet längre vem som bestämmer. Man vet inte längre i rummet vem som har rätt att tycka något och får jag säga nåt om hur ni på kommunen borde göra, det har väl inte jag rätt att ha en synpunkt om. Och på vems pengar sitter det här nu egentligen? Om jag föreslår att ni ska göra så där, då är det på era pengar. Så står det konsult eller en någon person från något labb där framme, vad har den för mandat egentligen? Här i vården är jag van vid att jag vet vem det är som bestämmer och jag vet vad det är som gäller och så finns ju informella nätverk naturligtvis i vården också, men jag vet i varje fall vad som gäller. Men nu vet jag inte längre vad som gäller. Och det här tror jag har en enormt stor respekt för, att man lossar på så mycket av det som är välkänt, så säger man ja, workshopa nu lite här med gula lappar och kom på nåt jättebra. Alltså så lätt är det inte riktigt det. Det är ett paradigmskifte, men jag håller med Jonas, när ska det göras om inte nu och nu har vi ju dessutom möjligheter. Det gäller ju bara att vi använder dem i det här syftet så det blir, man har sagt någon gång att det blir high tech med high touch. Annars går vi mot ett ännu mer omänskligt och opersonligt personifierat system. Men vi ser ju nu som du sa också, Lisbeth nu får jag mitt sms och min andra spruta, det går ju, det går ju när de tänker ända ut.

LISBETH:

Jag tänker ändå när du säger så, Britt-Marie om mandatet och vem bestämmer och när man får ett större system med det man själv är van att verka i och ha tydligheten kring. Så tänker jag att ja, men hur gör vi det här designdrivna också för dom som finns i ledning. För det handlar ju om att ändra styrsystem då, om systemet på något sätt ändå är väldigt mycket av styrsystemet, så hur får vi med dem? Britt, Marie, vad tänker du?

BRITT-MARIE: Jag tror man måste tänka om kring den här gamla modellen där man jobbar väldigt mycket top down. Vi i toppen tänker ut vad som ska åstadkommas och så skickar vi ner idéer och visioner om det, och så får de där nere tänka ut hur, för vi har tänkt ut att och vad och de får tänka ut hur och jobba. Jag tror man måste göra upp, jag tror att alla måste titta med från alla nivåer vid samma bord, runt samma arbetsuppgift och närma sig varandra. På någon mer typ av lika villkor. Jag tror att det går varken top down eller nerifrån och upp heller därför det sa ju våra piloter Jonas, eller hur? Att vi har kommit långt, men hur ska vi få det här uppåt nu då? Hur ska vi få de där uppe att förstå vad det faktiskt har gjort? Det är någonting med det där att jobba på tvärsen, eller i andra ledder. Utan att den personen då tar med den högsta chefen i ett rum utan att den personen betar sig som eller uppfattar sig eller börjar leda mötet. Alltså. Det här är ju inte enkla grejer någonting.

LISBETH: Vad tänker du Jonas? Blev det som du tänkt dig och vad förvånade dig?

JONAS: Ja, det blev något som jag tänkte och som jag ibland märker också är ett problem ibland när vi på ett sätt internt försöker att förbättra hälso- och sjukvården. Vi är duktiga på att när vi väl gör det så kan vi gå in och hitta behoven om vi tar oss tid till det och lyssna och komma till insikter och vi kan idé-generera. Men det finns också en begränsning om vi inte öppnar upp för ännu större samverkan, så där finns det fler parter som kan vara med i det här för att vi kommer lätt till, vad ska man nu kalla det, konceptualiserande där vi egentligen har en idé om vad vi vill göra. Men sen så bromsas det. Det ser vi att det har hänt många gånger historiskt i min egen resa om att om det landar i en ny IT-lösning och en tanke om att ett nytt system är någonting, ja då har vi lite svårt därför vi har inte den egna förmågan att utveckla det alltid i regionerna och kanske inte ska ha det heller. Jag vet inte det, men jag tror att det där är lurigt och då kommer vi lätt till det här att vi har en superbra idé.

Men sen vill vi få ut den och då bromsas det för att vi kanske inte riktigt har tagit tid, att förbereda ledning eller andra stödsystem runt om för att få det att hända. Så på det viset så kan man ju tänka att ja då hade man kanske hoppats att projekten på något sätt, dom hade kanske förväntat sig och vi också till viss del att ja, men det här kan vi ta vidare nu, men det där är oftast nånting som man ser som man kommer tillbaka om två år. Då var det där är ett litet frö man sådde som gjorde att man kom på en ny sak som gjorde att man då faktiskt har etablerat ett nytt arbetssätt om två år, att det tar tid. Vi är så snabba, vi vill så gärna att allting ska hända nu för nu är det jobbigt och nu vill vi ha ett svar och då blir man ju väldigt lätt att man tar fram en lösning lite för snabbt kanske. Men jag tycker att det som var otroligt, som jag reagerar på med det här, det var ju att då vi sökte efter designer som kunde tänkas att komma in och jobba med det här och vi sa att vi skulle vilja ha från olika byråer och så för att se. Och det gensvaret av människor som vill komma in och hjälpa till i hälso- och sjukvården, som drivs av att se till att vi får en bättre välfärd. Det var ju enormt, alltså vi trodde ju inte alls att så många skulle söka och så sökte dom och när dom kom från olika håll så samarbetade ju de väldigt bra för att gå ut och hjälpa. Så det finns en sån otrolig vilja som jag tycker jag ser i det här att vilja göra saker bättre. Jag borde inte ha blivit förvånad, för jag tänker att det är så, men jag vart ändå förvånad och som Britt-Marie sa, bara genom att göra såna här projekt när man gör dom och så tänker man att man samtidigt ska försöka förstå dom och dra lärande ur dom. Så märker man vad mycket som bara ett enskilt projekt, och då är det här fallet sex olika projekt, faktiskt kan generera för ny kunskap och lärande och nya relationer som i sin tur sprider ringar på vattnet. Det här komplexa att man måste göra de här små grejerna för att det ska bli en bättre helhet så småningom. Inte tro att man ska bygga helheten först utan man kan börja göra de här grejerna, så det tycker jag var mest intressant.

LISBETH:

För jag tänker mycket att det är klart att det finns ju en längtan över att det här ska komma på plats snabbare och att vi ska lära av varann och att vi ska få storskalig spridning. Och samtidigt tänker jag den andra sidan att vi måste göra för att förstå och lära oss tänka. Om man nu ska tänka tips och idéer både för de som brinner för att nu ska vi verkligen göra det paradigmskiftet. Men också tankar kring uthålligheten och vad måste till. Jonas, vad tänker du där? Vad är de viktigaste medskicken som ni lärde er eller vi lärde oss i Närmare och som du också har med dig utifrån all din kunskap. Vad tycker du viktigast att skicka med till dom som lyssnar och funderar kring dom frågorna?

JONAS:

Oj. En sak som har kommit upp och det tycker jag är ett viktigt medskick, det är ju att vi tänker att vi ska ställa om till något nytt, till Nära vård och en kollega nämnde det här i en sån här reflekterande samtal med mig för inte alls så länge sen. Vi har visat upp saker som vi vill att vi ska göra en förflyttning till och alla dom begreppen känner man till och kan läsa mycket om på Nära vård och nya vårdformer kanske. Ett annat sätt att möta, att gå från objekt till subjekt. Alltså finns många av dom sakerna och då tänker jag att då finns det den här känslan av att ja, dit ska vi. Så då behöver vi inte tänka så nu, men jag tänker så att alla dom begreppen dom borde vara nu. Alltså vi ska agera som om det vore så det är, inte så det ska bli. För det blir så lätt att skjuta det framför sig och säga att ja, men dit ska vi så det kommer om 10 år. Nej, förutsättningarna finns för att göra så nu så jag tänker att titta på de begreppen och de tankarna som finns kring vad vi behöver göra för att ställa om systemet. Och så agerar vi så i stunden, i varje liten grej försöker vi agera så. Det för över mig på mitt nästa tips, så ska jag inte bli för långrandig i det. Men det är också att den här forskningen som vi bedriver inom hälso och sjukvården är väldigt mycket uppbyggd på den kliniska forskningen och en viss forskningsprocess. Här tror jag att aktionsforskning blir viktig. Vi behöver få in mer människor som ja, kanske som jag som är

företagsdoktorander, industridoktorander, vad man kallar de som jobbar samtidigt hälso- och sjukvården och gärna då aktionsforskning. För då faktiskt är man ju med och påverkar i stunden. Man tittar inte så retrospektivt på nånting och säger så blev det. Nu ska vi försöka tänka annorlunda utan att man i stunden faktiskt försöker med hjälp av forskningsteknikerna att påverka i stunden. Det här är ju lite diskussion i forskarvärlden hur pass aktionsforskning faktiskt är då forskning och vetenskapligt. Men här tycker jag att det finns en chans i omställning till Nära vård att ta ännu mer aktionsforskning för att koppla ihop teori och praktik, alltså universitetens teoretiska och kunskapsbyggande med det praktiska görandet i hälso- och sjukvården så mer sånt där vi faktiskt gör saker i stunden.

LISBETH:

Otroligt intressant när man tänker att vi ändå ska bygga upp mycket mer av forskningen i den Nära vården. Att också fundera på hur den ser ut, vilka former vi behöver, för man kan ju också tänka att där det inte riktigt är så bäddat som vi är vana vid i hälso- och sjukvård är ju också fönstret mer öppet, så det borde vi verkligen kunna ta med. Tack för det. Britt-Marie, vad tänker du? Vilka är dina råd och tips och klokskaper?

BRITT-MARIE:

Det är tre ord, tänker jag som har stannat kvar mycket i mig och det rörelseriktning och lärande. Det här är en rörelse. Det är inte en omställning, ett paradigmskifte, med ett projekt från SKR utan det är liksom något som för evigt kommer puttra. Därför imorgon är en ny dag med nya individer och nya personer och då har det kommit nya medicinska kunskaper och landvinningar. så ska man ändå göra saker på nya sätt imorgon. Så det är lite som vädret, det kommer inte ta slut, det är bara nytt väder imorgon. Det är något evigt pågående. Så det är en rörelse och den måste man förstå på något sätt om man nu använder vårt odling språk igen, hur man göder och när och får att leva så att den inte dör. Det tycker jag är jätteviktigt och det här med riktning tycker jag är viktigt också. Jag



tror precis som Jonas, det här är inget som blir färdigt som vi sätter mål för att säga, nu är vi framme. Nu har vi fixat det här med nära vård. Det är en riktning vi går åt det här hållet hela tiden i den här rörelsen och sen tar man ut nya siktpunkter längre fram vid horisonten. Men det är en riktning mycket mer än det färdiga målet. Det vi tog också som egentligen vår största slutsats är ju att det handlar om att implementera lärande snarare än att implementera lösningar. För att för många börjar det här med, att låt oss nu ta fram ett antal bra lösningar på våra vårdcentraler, kliniker eller kommunala enheter. Och så kan vi se hur vi kan sprida dem och då får vi fart på Nära vård. Som Jonas sa, lösningar är väldigt svåra att sprida för de är ju framtagna lokalt av de människorna som var med där och då för att det är mer lärandet och hur man hur man sprider lärandet och lär sig av lärandet som är en del av rörelsen och sen uppstår det tusentals, hundratals lösningar på plats varje dag och de kanske är gamla redan efter en vecka. Då får man fortsätta bara igen på något sätt. Och det här är ju inte vetenskapsmannen dröm eller industri logikens dröm där man liksom varken i industrin eller i vetenskapen vill man ju ha liksom random slumpartat individer som kommer in med konstiga beteenden som inte var förutsägbar. Det förstör ju hela logiken liksom så här tillbaka till det här att orka vara i både och. Och orka förena de här bägge, det bästa ur bägge världen. Men det är ju jättespännande, för det är ju jätteroligt. Vi har väl sällan skrattat så mycket som vi gjorde under de här projekten. När vi höll på med bilderna och landskapen.

JONAS:

Stämmer bra.

LISBETH:

Och det är ju jättespännande, jag känner vi har pratat jättelänge och egentligen har jag massor med mer jag skulle vilja prata med er om men jag tänker att vi behöver börja runda av och jag tycker att det passar jättebra med era klokskapen de här tipsen i slutet

som en avrundning, men jag vill ändå säga är det någonting som ni känner så här. Det här vill jag sagt innan den här podden är slut.

JONAS:

Vi har varit och touchat på det, men jag kommer ju också från kvalitetsområdet där man är van att sätta, när man pratar om i det här fallet, eftersom det bygger mycket också på marknadslogik, och så pratar vi om kunder då och det vet vi ju att dom här begreppet, vad vi kallar oss är viktigt. Men om man säger att man har kunden i centrum, så har ju det varit ett sätt för mig att fundera på hur vi kan förändra det genom att inte ha det. Det har du nämnt förut också, Lisbeth, att inte ha patienten i fokus utan ha patientens fokus. Och då tänker jag att det finns den gamla skrönan att kunderna alltid har rätt. Och så tänker man att om vi ska börja ställa om i det här, så ja, då ska vi bara fråga och sen har kunden rätt och då måste vi göra så. Och det kan vi inte bygga för då kommer ju alla, i den här produktlogiska hälso- och sjukvården så pratar man, då kommer ju folk att börja konsumera ännu mer sjukvård. Jag tänker så här, nej, man har inte alltid rätt som patient eller kund eller så, men de som är där och ska hjälpa mig, dom måste förstå varför jag upplever att jag har rätt. Vad är det som jag säger egentligen? Och det behöver vi träna upp tror jag i att bli ännu bättre på att försöka förstå.

LISBETH:

Britt-Marie, vad känner du? Har du något du vill tillägga?

BRITT-MARIE:

Jag använde en bild i många år när jag var ute och föreläste om kunskapstjänster som löd så här, den som saknar kunskap saknar den sällan. Apropå det här att kunden inte alltid har rätt, man vet faktiskt inte. Så det är inte det kundfokus man ska ha, jag är helt enig med Jonas där. Men jag tar med som sista slutskick som har med ordet nära att göra. Du som lyssnar på det här, vänta inte på någon annan utan titta väldigt nära dig. Vad kan du göra väldigt nära dig för att ta del av en rörelse och sätt igång det idag. Varför inte? Ett litet steg? För jag tror att det är de många, många, många

små stegen av de många, många människorna i de många, många möten som bildar rörelse.

LISBETH: Stort tack att ni var med i Näravårdpodden.

JONAS: Tack Lisbeth.

BRITT-MARIE: Tack för att vi fick vara med!