

## EP30- Närvårdpodden träffar Marie Morell

PRESENTATÖR: En podcast från Sveriges Kommuner och Regioner.

MARIE: ... det är ju bara den lilla delen, det vi inte har kommit så långt med och som jag tänker är ännu mer Nära vård så som jag gärna vill se det, där vi också ska kunna jobba mer förebyggande och preventivt och använda den data som faktiskt finns....

MARIA: ...jag menar friskfaktorer i livet till exempel och vad kan jag stimuleras av och vad skulle jag behöva för att må så bra som möjligt....

LISBETH: Välkommen till Närvårdpodden, Marie Morell. Vem är du, Marie Morell?

MARIE: [skratt] Ja det var väl en bra fråga att börja dagen med! Ja vem är jag? Jag är ju en regionpolitiker som bor och verkar i Östergötland primärt, det är där jag har mitt huvuduppdrag. Jag bor i en liten ort som heter Åby som ligger norr om Norrköping, det är många som passerar utanför på E4:an. Georg Åby Eriksson är en kändis men det är bara de lite äldre som kommer ihåg honom nuförtiden, dagens ungdom har inte koll på honom längre! Jag har sysslat med hälso-och sjukvårdspolitik i jättemånga år, jag började tidigt. Jag har faktiskt inte haft några andra uppdrag än i landsting och region. Kom in i fullmäktige efter valet 1991 så det börjar bli några år vid det här laget. Jag har nu också fått förmånen att vara ordförande i sjukvårdsdelegationen i SKR till exempel, bland många andra uppdrag.

LISBETH: Ja, men säg något om de andra uppdragen, jag vet att du har så otroligt många olika fokus!

MARIE: Hemma i Östergötland så är jag ju andreviseordförande i regionstyrelsen och jag var ordförande där under åtta år under de så kallade allians-åren. Sen har jag naturligtvis en del uppdrag lokalt hemma, sitter i samverkansnämnden för sydöstra sjukvårdsregionen till exempel, jag tycker det är jätteviktigt. Vi har ju ett väldigt nära och bra samarbete med våra kollegor i Jönköping och

Kalmar. Där har jag funnits med i många år också. Men på det mer nationella planet så har jag till exempel förmånen att sitta i Ineras styrelse, som ju jobbar mycket med digitalisering och e-hälsa och det är ju frågor som jag också tyckt varit spännande. Genom sjukvårdsdelegationen har jag också kommit in i samverkansgruppen, eller styrgruppen för Vision e-hälsa 2025 och jag har också fått förmånen att sitta med i regeringens samverkansgrupp för life science frågor och hälsa som Jenny Norborg leder. Finns med i vårt life science-arbete lokalt i Östergötland också i den styrgruppen vi har för vår nya life science-nod. Det har blivit en del uppdrag som drar åt IT och life science-frågor. Men sen har jag ett annat ganska udda uppdrag också, jag är ordförande för direktionen i kommunalförbundet för avancerad protonstrålning. Skandionkliniken kanske fler känner det som, som är en strålningsanläggning som sju regioner äger tillsammans i Uppsala. Så det är lite blandat, högt och lågt. Sen finns det ju som sagt en massa saker på hemmaplan där man finns med i olika sammanhang också.

LISBETH: Du är mycket ett ansikte också i digitaliseringsfrågorna precis som du säger. Om du får beskriva hur digitaliseringen och kanske också life science-delen passar ihop med Nära vård? Hur tänker du då?

MARIE: Jag tänker att dom är ju en förutsättning nästan för Nära vård. Just de digitala tjänsterna är ju verkligen någonting som är nära och där jag tror att många känner att tröskeln minskar väldigt mycket för att ta den där kontakten med hälso-och sjukvården. Jag hade ett samtal häromdagen, vi spelade in en liten webb-lunch med MUFs ungdomsförbundsordförande för att prata om ungas hälsa och framförallt unga kvinnors hälsa. Där hon också lyfter fram väldigt tydligt möjligheten för unga att söka vård med digital ungdomsmottagning och såna saker. För man vet inte riktigt hur sjukvården fungerar men det digitala känns man mer trygg med. Jag har också fått beskrivet från till exempel personer inom psykiatrin som har gått över till att ha mer webbsamtal, att de faktiskt får andra svar, man kanske kommer djupare in på problem än vad man gör i ett fysiskt möte. Så jag tycker att digitaliseringen är häftig. Sen ska vi inte stoppa vid att vi ska sitta så här och prata i ett webbsamtal, det är ju bara den lilla delen. Där vi inte har kommit så långt och som jag tänker är ännu mer Nära vård så som jag gärna vill se det, det är ju

också att vi ska kunna jobba mycket mer förebyggande och preventivt. Att använda den data som faktiskt finns för på ett smartare sätt för att tydligare se vilka patienter eller personer som finns i riskgrupp för att bli allvarligt sjuka. Det kan handla om hem-monitorering och så vidare, men det kan också handla om att faktiskt vara lite bättre och duktigare på att söka ut personer som vi vet har riskfaktorer som dom själva kanske inte fullt ut är medvetna om. Så det finns massor att göra här. Forskning naturligtvis, att vi är med i kliniska studier och att vi jobbar med dom sakerna, utvecklar de här produkterna.

LISBETH: Jag hade förmånen i veckan att prata digitalisering och Nära vård på vårdarenan. Då hade jag med mig en verksamhetschef från Värmland som jobbar på första linjen och de har frågat unga precis som du säger, hur de helst vill ta kontakt. Då visar det sig att just vid psykisk ohälsa, att ringa och beskriva hur man mår, att få börja beskriva själv i någon typ av webbtjänst, och de använder mycket emojis, att kunna sätta lite bilder på sina känslor är ett sätt att minska tröskeln till att sen söka kontakt. Då tänker jag att allt det där kan också bli redskap för egen vård framåt.

MARIE: Exakt och det kan ju också vara ett sätt att om jag kan börja med att sätta ord på mina känslor så kan det också vara enklare att hantera det i andra sammanhang. Man spräcker hål litegrann på den där bubblan som känns obehaglig och man börjar kanske kunna sortera. Vissa saker ska naturligtvis hanteras av hälso- och sjukvården och är allvarliga bekymmer men många saker kan man också jobba med och stötta varandra. Jag tänker också att man kan ta hjälp av andra i liknande situationer. Det finns sådana oändliga möjligheter tänker jag. Jag tänker att vi har inte alls utnyttjat digitaliseringens potential som det så fint brukar heta ibland.

LISBETH: Brukar du reflektera över det här att det finns en risk att vi ofta jobbar med frågorna lite separat, Nära vård har sin drift och sen har digitaliseringen sin. Någonstans har ju vi på SKR och också ute i regionerna ett ansvar att få det där att växelverka.

MARIE: Ja men precis, det vi ser väldigt ofta som vi kommer tillbaka till är ju att hur får vi över information mellan olika enheter och verksamheter. Ska man kunna göra Nära vård i den bemärkelsen som vi kanske oftast pratar om, att kunna integrera både den kommunala verksamheten och regionverksamheten, så måste vi lösa det här med att kunna föra över information. Vi ska kunna dokumentera så att vi ser varandras ordinationer eller läkemedelslistor eller vad det nu kan vara för någonting. Det är en grundförutsättning. Men också att du ska känna dig trygg med att om du söker vård på någon annan ort, att de faktiskt har kunskap om dina sjukdomar och vad du har för någonting, att du inte behöver bära med dig det som individ. Man utgår ju ifrån att det fungerar så men så gör det inte alltid det. Jag tycker också att vi behöver tajta ihop, Nära vård hänger ju också ihop med det vi pratade om på den absolut mest högspecialiserade vården. Där kan jag tycka ibland att vi i Sverige är lite duktiga på att sortera upp och göra små lådor och boxar och stuprör för olika frågor. Vi gnäller lite grann på hälso- och sjukvården att dom jobbar i stuprör men så när vi själva ska organisera utvecklingsarbetet så gör vi det i stupröret igen i alla fall. Vi får fundera lite på det tänker jag.

LISBETH: Precis, för jag ser ju att många olika frågor får ju ni hantera som politiker men de kommer ju från lite olika håll, det är från tjänstepersonsnivå om man så säger. Jag tänkte Marie, att du ska få berätta för dom som lyssnar om den politiska strukturen på SKR, för jag tror inte att den är så väldigt lätt att förstå sig på. Du finns ju i sjukvårdsdelegationen, berätta vad det är för samling.

MARIE: Egentligen får man backa ganska långt tillbaka för en gång i tiden så fanns det både något som hette Kommunalförbundet och så fanns det Landstingsförbundet. Där hanterade man ju frågorna, det som var landstingets frågor och framförallt hälso- och sjukvård var ju en egen organisation och kommunernas verksamhet var i en annan organisation. Sen slog man samman det här och det är ju 20 år sen vid det här laget. För att fortsätta ha ett tydligt fokus på frågor som rör hälso-och sjukvård så bildades i den nya organisationen det som heter sjukvårdsdelegationen. Hela SKR är en medlemsorganisation och det är kommuner och regioner som är medlemmar. Den politiska delen av SKR är ju uppdelad ungefär som in en kommun skulle jag vilja säga, där vi har dels ett fullmäktige som träffas efter valet och dit

väljs olika representanter från sitt hemmalän, det är en blandning av både kommunpolitiker och regionpolitiker. Man röstar genom att lägga listor i en urna och det räknas samman. Så det är ett litet pyssel när man ska veta hur många mandat respektive parti har fått till SKRs kongress som vi kallar det för, eller fullmäktige. Så ser man vad man har för mandatfördelning mellan de olika politiska partierna där och så förhandlar man på samma sätt som man gör hemma i kommuner eller riksdag. Så blir det några som får majoritet och några som hamnar i opposition. Så har vi då en styrelse, det är där Anders Knappe är ordförande och Anders Henriksson är viceordförande, kända namn för många. Sedan har vi då både delegationer och beredningar. Sjukvårdsdelegationen är ju som sagt en delegation och sen har vi förhandlingsdelegationen och skillnaden är att vi har möjlighet att fatta vissa beslut själva tydligare, allt behöver inte fastslås utav styrelsen så vi har liten annan status eller möjlighet. Men så finns det en mängd olika beredningar också som handlar om skola till exempel, utbildningsfrågor, det handlar om samhällsbyggnadsfrågor, regional utveckling och kultur och fritid och sådana saker. Så det finns en hel organisation med politiker. Där är man vald av det här fullmäktige och jag är utsedd eller föreslagen av mitt parti att ha den här positionen som mitt parti har förhandlat fram att vi ska besätta och så är jag det förslaget som finns där. Sen råkar jag komma från Östergötland, det är ju en missuppfattning många gånger att man tror att alla regioner är representerade i sjukvårdsdelegationen men så är det inte. Vissa regioner, Östergötland till exempel har två representanter. Min kollega, Kaisa Karro som representerar Socialdemokraterna, är styrelsens ordförande men är på hemmaplan min ledamot och då är jag ordförande över henne när vi sitter här. Många andra regioner har ingen position i sjukvårdsdelegationen. Det där är en missuppfattning för många att man tror att det är ett representantskap, att man sitter där en person från respektive region men så funkar det inte. Det är partipolitiska mandat som man har fördelat det på.

LISBETH:

Dom här beredningarna tänker jag, så är det framförallt en beredning som också har mycket dialog runt Nära vård och det är beredningen för primärvård- och äldreomsorgsfrågor.

MARIE: Precis och vi har ju några systerberedningar som vi har lite mer samverkan emellan och det är ju då PÅB som vi kallar det, primärvård och äldreomsorgsberedningen. Men även den om social- och individomsorg som också tangerar våra områden ganska ofta. Så ibland har vi gemensamma dragningar och det är ofta vi har ärenden som är samma och någon av oss är huvudansvarig och de andra får ha synpunkter och skicka med medskick.

LISBETH: Du berättade ju att du egentligen har levt ditt yrkesliv som politiker kan man säga, varför det, vad är det som är roligt? [skratt]

MARIE: Ja jag har varit heltidspolitiker i över tjugo år nu, det kan ju låta hemskt, någon gång måste man ju sluta med det här tänker jag. Men jag måste ju säga att jag tycker det är kul fortfarande och jag tänker att så länge jag känner att jag kan bidra. Det är ju ett förtroendeuppdrag, man ska ju vara ödmjuk över det, det handlar ju inte bara om vad jag vill utan det handlar om vad mina väljare och mitt parti vill. Vad jag ska bidra med och jag tycker att vi har så många spännande frågor hela tiden och det händer saker och utvecklas. Nu har vi hamnat mitt i en pandemi och det är inget som man önskar sig men det är klart att det är ju utvecklande och lärande också i mitt uppdrag. Jag känner inte att jag står still på det sättet och jag har ju alltid varit väldigt intresserad redan från början av hälso-och sjukvårdsfrågor och tycker att de har varit extra intressanta. Jag har alltid trivts i det här gänget, både det partigång som finns och som man blir välkomnad in i men också i hela hälso- och sjukvårdsverksamheten, att man uppskattas och tycker det är roligt.

LISBETH: Viktiga frågor, det är inte svårt att gå igång på dom.

MARIE: Ja det finns alltid något att engagera sig i och det jag tycker är viktigt är också att man kan få den här, det får man säkert i andra verksamheter också, jag började min karriär i fritidsnämnden i Norrköping för många herrans år sen. Jag kände nog att när jag kom in i landstinget sen att jag fick möjlighet att vara mycket mer nära. Mitt första uppdrag, det visar ju länge sedan det var, det var när vi hade omsorgsfrågorna i landstinget, det var innan "omsorgsädel" och jag satt i något som hette sociala nämnden. Jag var drygt 20 år då och blev kontaktpolitiker för ett antal boenden för personer med

funktionsnedsättningar och så. Jag fick åka ut, träffa dom, lyssna på deras berättelser, vad fungerade, vad fungerade inte bra. Jag hade ett ansvar att återkoppla det in i vår styrelse för att se vad vi kunde göra bättre för att deras vardag och liv kunde bli bättre. Det bär jag fortfarande med mig och kan fortfarande känna och se många av de mötena med de personerna som fanns på de boendena som jag hade ansvar för. Jag hade ett boende för vuxna hjärnskadade till exempel med personer som hade haft ett helt friskt liv och sedan råkat ut för någon händelse och inte kunde verka i det fullt ut längre. Det är sådant som sitter kvar. Sen har jag jobbat ganska mycket med psykiatrifrågor, det gjorde jag tidigt. Så jag har fått de här mötena väldigt nära, det är det som ligger i längst in när man tänker på de här frågorna.

LISBETH: Det är det som blir en drivkraft också förstår jag.

MARIE: Ja precis.

LISBETH: Men vad betyder där här, att du har både din vardag lite mer nära i Östergötland och det nationella, hur kan du använda dom olika perspektiven tycker du, din roller, är det svårt eller?

MARIE: På tal om Nära vård så tycker jag att det är viktigt att vi som politiker också är nära i vardagen och det måste jag säga att jag tycker jag har en enormt stor nytta av att ha båda de här världarna som jag ser det. Jag kan ju verkligen ofta relatera och för mig blir det oftast enklare att kunna koppla ner det till en östgötsk kontext och tänka att vi i Östergötland har gjort så här. Då blir det oftast enklare. Jag känner väldigt många tjänstemän och andra företrädare i organisationen så det blir ju väldigt ofta lätt för mig att kunna fråga efter information eller fakta. De är ju ofta väldigt behjälpliga, om jag säger att jag skulle behöva veta någon om det här för den här frågan är uppe i nationell nivå, har du något du kan stötta mig med? Det är ju inte så att de säger "nej det vill jag inte". Det tycker jag är jätte viktigt, just de här lokala exemplen men jag kanske är en sådan där pragmatisk politiker, att jag vill också se att det funkar i verkligheten. Går dom idéer och dom förslag och tankar som vi har som politiker på en ganska övergripande och ibland fluffig nivå, går de att omsätta i praktiken, kommer det här att funka i vardagen för annars tycker jag

att det känns ganska orealistiskt att föra fram. Just inom Nära vård får vi ofta den typen av frågor, hur är det tänkt på riktigt, vad är det som ska hända, vad ska vi göra.

LISBETH: Vad svarar du då?

MARIE: Då tänker jag att man får ta exempel att så här har vi gjort på det här stället och det kan ju vara ett sätt att tänka. Finspång är ju ett sånt exempel som jag har tagit upp och det vet jag att du också har tittat lite närmare på. Nu råkar jag komma från Finspång så det ligger ju ännu mer extra varmt om hjärtat för min del naturligtvis. De har ju jobbat väldigt spännande under lång tid med det som faktiskt är Nära vård på riktigt.

LISBETH: Berätta!

MARIE: Jag leder in samtalet här [skratt]. Finspång är ju en ganska typisk kommun, de är cirka 20 000 invånare så de är en ganska normal kommunstorlek i svensk kontext. Det fanns ett lasarett, jag var född på BB där men som på många andra ställen så monterades det ner på 70–80-talet. Det fanns ett stort engagemang, det ligger ju ganska nära Norrköping, det är ju bara tre, fyra mil till Norrköping så det är ju inte långt ute i ödemarken på något sätt. Men det fanns en drivkraft i att hur ska man kunna hålla kvar en bra hälsa- och sjukvård och hur ska man jobba och det fanns ett engagemang för dom frågorna. Det där tror jag man har behållit och utvecklat på olika sätt. Bland annat så fick man möjligheten att vara ett sånt SOSAM-försök på 90-talet. Där hade jag möjlighet att sitta i den styrelsen i ett antal år, där vi tajtade ihop den kommunala verksamheten med den primärvård som företrädesvis fanns kvar. Men det fanns också en del vårdavdelningar kvar på resterna av det här lasarettet som det kallades. Där utvecklade man samverkan för det var inte helt lätt att anställa medarbetare. Man hade tidigt en gemensam nattorganisation mellan landsting och kommun. Östergötland har ju mycket lasarettansluten eller avancerad hemsjukvård och det har man också haft här på den verksamheten. Egentligen är det ju de som är verksamhetschefer, Rolf och Magnus som i mångt och mycket myntade det här begreppet Nära vård, som skapade ett koncept kring hur dom som läkare också deltog mer aktivt i



den kommunala verksamheten. Nu har vi precis, i december, invigt det nya vårdcentrumet som man kallar det. Det gamla huset var uttjänt, palliativ fastighetsvård förklarade vårt fastighetsfolk för oss, och då förstod vi att då var klockan slagen. Där har man exempelvis en hel vårdavdelning, där halva avdelningen är kommunens korttidsboendeplatser och den andra halvan drivs av regionen. Man kan jobba tillsammans och patienten finns liksom på samlat ställe. Man har en massa andra samverkansarbeten tillsammans. På det här vårdcentrumet så har man ett antal mottagningsrum som andra specialistläkare från till exempel sjukhuset i Norrköping kan boka timvis för att komma och ha mottagning med sina hjärtpatienter eller vad det nu kan vara, boka in en dag i Finspång och komma ut och vara där och ta emot på mottagningen. Man har försökt att tänka att hur kan vi möta patienten, Finspångsbon i den nära kontexten, vad behöver dom och hur kan vi också skapa dom förutsättningarna runt det. Det tycker jag lite speciellt, att man tänker hela vägen. Om det ska vara en specialistläkare, vi kan inte förutsätta att de finns här fem dagar i veckan men de kanske finns här en dag i veckan. Vad behöver de då? Jo, de behöver ett mottagningsrum, de behöver lite suppothjälp och lite reception. Ja men då bistår vi med det och så fixar vi det. Det är nytänkande som har präglat hela tiden.

LISBETH:

Ja det är ett fantastiskt exempel, jag hoppas att dom ska kunna vara med i en podd framöver så vi får lyssna lite närmare. Det som slår mig när du berättar är ju den här dialogen med de som bor i Finspång. Det har jag hört många politiker säga att det kan vara svårt också att möta invånarna som kanske tänker att den trygga vården är antal sjukhus vi har eller hur nära sjukhuset ligger precis där jag bor. Den här växlingen att invånarna ska känna sig trygga så att man som politiker kan våga ta de här stegen som behöver tas. Har du några tankar och erfarenheter om det?

MARIE:

Ja absolut, Finspång är ju ett sånt exempel. Det kanske var en av anledningarna till att jag fick möjligheten att vara styrelsens ordförande sen för vi hade en ganska infekterad debatt i i början på 2000-talet i Östergötland där man skulle minska ner möjligheten till akutmottagningar i Norrköping till exempel. Vi tog bort förlossningen i Motala bland annat, det var ganska många sådana förändringar i början på 2000-talet, den ilska och den oro som

sprider sig då. Där känner jag att när man gjort en del utav de här förändringarna och kunnat förklara det, det är ju både och, ibland behöver man kunna lägga samman verksamheter och göra dom på ett mer centraliserat ställe. Kan man vara tydlig mot medborgarna att det här gör vi för att vi kommer öka din kvalité, du kommer ha mycket högre patientsäkerhet. Vi kan ta Finspång igen som ett exempel för där hade det varit stora protester över saker och ting. Men sen skulle vi ändra flödet för hjärtsjukvård och strokesjukvård, för det kom nya nationella riktlinjer och då skulle man inte åka in till lasarettet som alla sa utan gå raka vägen till Norrköping i det här fallet. Men där försökte man förklara att det bara var tidssinkande att åka in på en akutmottagning som inte hade några hjärtspecialister och inte kunde göra nånting utan kunde bara titta på patienten och konstatera att den här försvårt sjuk i en sjukdom som inte vi kan behandla utan åk vidare. Man sparar egentligen tid för patienten genom att föra den till rätt ställe. Då har ju vi lyckats tycker jag. Sen tycker jag att det har hänt något de senaste åren, vi har ju i Östergötland försökt också att till exempel specialisera när det gäller höftledsoperationer eller såna saker. Kan man åka så är dom jätteduktiga i Motala och då får man åka dit även om man bor i Norrköping. Nu är ju inte avstånden i vår region jättelånga men det är ju en timmes bilfärd i alla fall. Men då har många kommit tillbaka och sagt ”vilken fantastisk vård jag fick, vad bra det vad och vad trevliga dom var och dom tog så väl hand om mig” och då blir det mun mot mun-metoden lite grann att då var det inte så farligt att åka dit, dit kanske jag också kan åka.

LISBETH: Jag får också den känslan av att den här otryggheten som ändå har funnits i befolkningen av en omställning inte är lika stark något mer men jag tror att det är otroligt viktigt att ta dom här samtalen som du pratar om, att förklara att det här handlar om att vi inte ska ta omvägen där det blir att du inte vinner någonting på det utan får komma till rätt kompetens direkt. Kanske kan vi ta nytta av pandemin, nu tror jag många har fått tjänster på andra sätt under det här året där inte platsen har varit lika viktig.

MARIE: Där tänker jag också, när vi pratar om Nära vård och hur man ska kunna organisera sig så måste vi börja släppa den här tanken på vad ska bara vara på det stora sjukhuset och vad kan vara på en mindre vårdcentral, att använda de

digitala möjligheterna, att kunna koppla upp sig med olika specialister. Det var ju något vi pratade om för många, många år sen. Det fanns ju exempel ifrån Östersund där man kopplade upp öronspecialister mot Umeå, telemedicin som det hette på den tiden. Det har vi inte riktigt fullt ut använt men jag tänker att vi gör det inom vissa områden, vi har radiologer som sitter i Australien o granskar våra röntgenbilder och varför kan inte jag då kunna ha direktsamtal med någon specialist i vilken ände av världen som helst egentligen. Så vi måste börja tänka nytt och för att vården ska kunna bli nära och för att vi ska kunna använda vårdcentralerna eller vad vi nu ska använda för lokal nod, att bli mer det här navet för att inte bara tillhandahålla exakt det som står på skylten på dörren, utan där är ett vårdnav, dit man kan gå. Nu är det många som har ett sånt där hälsorum till exempel, med stöd av en sjuksköterska eller liknande kan göra ett antal basala undersökningar. Men sen koppla upp sig mot specialisten som granskar dom provresultatet eller vad det nu kan vara som har gjorts på vårdcentralen. Om jag får ta ett till östgötskt exempel som är mer närtida, neurologen i Linköping som av lite personalbrist bland annat var tvungen att fundera på hur man skulle jobba med sina Parkinsonpatienter som ska få en pump installerad för att leverera sin medicin. Det här var ganska sjuksköterskekrävande, man låg inlagd långa perioder på sjukhuset för att ställa in den här pumpen och så vidare. Sen var det någon som kom på att vi skulle kunna digitalisera hela den här processen och det var ju patienter från sydöstra sjukvårdsregionen som kom. Genom att göra om och ta hjälp av de lokala sjukhusen, att göra det här operativa ingreppet, sätta en sån här peg, det är ju inte ett medicinskt avancerat ingrepp så det klarar man lite var som helst. Men med hjälp av webbsamtal och så vidare så har patienterna kunnat få vara hemma och digitalt följas av läkare och personal från kliniken. Man har alltså minskat ifrån ungefär någonstans mellan tio och 14 vårddygn till i princip noll vårddygn. Det tänker jag är Nära vård om något!

LISBETH:

Jag har tänkt mycket på det, att det handlar ju egentligen om att skapa icke-behov av att mötas fysiskt i vården och hur kan Nära vård handla om det.

Då funder jag på hur du tänker om styrning och ledning och uppföljning. För det har blivit mycket tydligare för mig det här året tycker jag, hur viktigt det

är att det här delarna också hänger med, så vi inte tänker att det är på vårdgolvet som det ska ske. Utan det ska ske på alla delar i systemet, om vi fortsätter att följa konsumtionen på vårdcentralen så missar vi på något sätt den här förändringen. Hur ska vi jobba med det?

MARIE:

Det tycker jag har blivit uppenbart precis som du säger i pandemin. Man mäter ju effektivitet genom kostnad genom antal besök och så vidare och vi undrade plötsligt varför man inte registrerar telefonsamtal eller webbsamtal som besök. Det kommer ju inte det med i statistiken, då kan man ju tro att de inte gjort någonting på vårdcentralen. Det vet vi ju att de naturligtvis har, men det måste ju också synliggöras med statistik. Den frågan som jag har ägnat mig mycket åt och också försöker driva på är hur ska vi ersätta den här typen av vård. Diskussionen har ju hamnat väldigt mycket om de digitala vårdgivarna i form av Kry och Min doktor och så vidare. Men det handlar också om, ta det här exemplet med neurologen, där finns det ingen ersättningskolumn för digitala besök för patienter som inte behöver åka ända från Kalmar till Linköping. Hade de istället åkt fysiskt från Kalmar till Linköping och träffat doktorn på mötesrummet, då hade man fått en peng ifrån Kalmar men gör man det digitalt så har vi ingen ersättningsmodell. Det här måste vi fundera ordentligt på, jag ser en risk i att vårdverksamheten ofta ser just de här digitala tjänsterna som en kostnad men vi måste ju också se, var har vi intäktssidan, för om jag producerar ett digitalt vårdbesök eller en digital tjänst så ska ju också min klinik kunna få ersättning för den arbetstid och den insats som jag gör. Så här måste vi ju ha ett system som fungerar åt båda håll, så det där är jätteviktigt för att vi ska kunna komma vidare. Annars riskerar vi ju att få bakslag i det här när man börjar bläddra ordentligt i de ekonomiska böckerna.

LISBETH:

Ja men precis för jag tänker att vi har både ersättningssystem som tittar mer på det analoga än det digitala, vi har också ersättningssystem som tittar mer på gränsen än på systemet. Det blir ju också utmanande när digitaliseringen möjliggör att plocka bort så många gränser och hur tänker vi då. Samma med att ersätta och följa upp effekterna ekonomiskt av samarbetet mellan kommun och region där systemet plötsligt är mycket större och olika logiker ofta i den ekonomiska styrningen.

MARIE:

Ja och det är ju likadant, väldigt mycket av den digitala vården och det som jag tycker att vi började med, Nära vården utifrån att kanske förhindra att det uppstår en vårdepisod. Den mest Nära vården måste ju vara att jag känner att jag kan få hjälp med mina symptom så snabbt som möjligt så att det inte hinner att utveckla sig så allvarligt med min diabetes eller KOL. Eller att jag kan hindra den där begynnande canceren i ett så tidigt skede som möjligt så den inte blir avancerad och jag behöver ha svår medicinerings för den. Hur premierar vi det preventiva i det här arbetet, att patienten *inte* kommer. Jag kommer ihåg att jag hade ett samtal för länge sedan med en psykiatriker i en privat verksamhet som var så upprörd över att han fick ersättning utifrån antal besök. Han sa att det var ju det mest dumma, jag ska ju inte ha några besök, det är ju då min verksamhet har lyckats. Förskrivning av läkemedel fick han också ersättning för – jag ska ju inte förskriva läkemedel, det är ju att misslyckande för mig, varför ska jag ha betalt då? Man får försöka fundera ett steg till, vad är det vi verkligen vill uppnå? Vi har ju pratat om det här med värdebaserad vård men det är ju lite svårhanterat. Men här behöver vi verkligen fundera mer på hur får vi till de här systemen som gör att vi verkligen driver vårdens utveckling ytterligare åt det här hållet.

LISBETH:

Det ser jag nog som ett av de stora fälten, om man tänker vilket stöd SKR ska kunna ge till sina medlemmar och då måste vi också involvera dom här stödfunktionerna som jobbar med det här på hemmaplan i regioner och kommuner. Ekonomer, controllers och så, och tillsammans fundera på vad är det för saker vi behöver skruva i och hur slår det. Kanske ha lite labbverksamhet och testa lite. För mig är du också en politiker som pratar väldigt mycket om det förebyggande och lägger mycket tyngd på det. Jag får ibland fråga så här, att hur ska vi kunna i en verksamhet där det akuta alltid måste gå före, hur får vi till det där? Jag hade en gång en barnläkare som sa till mig att vi aldrig kommer få till det om vi inte särskiljer den här delen av vården till något eget för den kommer alltid att komma i andra hand. Det vet jag inte om det behöver vara så men det är klart en utmaning, hur får vi verkligen till det förebyggande och främjande arbetet?

MARIE:

Jag har också funderat på det naturligtvis men jag inspireras också lite av digitaliseringen och när man tittar på en del andra system, till exempel de amerikanska systemen, även om man inte tänker förebyggande vård när man tänker på det amerikanska hälsa-och sjukvården. Men där har man jobbat ganska mycket med andra system som bygger ihop också genom sina försäkringssystem, de har också socialförsäkringen i sina system, där man krasst också ser vinsten i att individ kanske inte är sjukskriven så länge eller att man minskar till exempel diabetes. Genom att förändra kost och levnadsvanor så kan man förhindra att du börjar med insulin. Att man ser mer till de incitament som uppstår och där har vi varit lite dåliga och det finns en räddhågs-enhet i svensk kontext, törs man prata om det här utifrån att många känner sig påhoppade av att ens levnadsstil och levnadsvanor blir kritiserade. Det är känsligt ibland att prata om socioekonomisk utsatta grupper. Men vågar vi inte prata om de här frågorna som kommer ju de här individerna och personerna att fortsatt ha sämre förutsättningar för att ha en bra hälsa, tänker jag. Så det är ju att värna den gruppen och de individerna så mycket som möjligt, att identifiera olika riskfaktorer som vi behöver bära med oss och fundera på extra, hur kan vi ta om hand om dom? I USA för många år sedan när jag var där och besökte dom sjukvårdssystemen, där hade man just på diabetes, att man gjorde en genomgång på de som fanns i deras försäkringssystem, det är ju många miljoner människor där, tio miljoner i det här fallet. Så hade man ett antal riskfaktorer, ensamhet, låg utbildning och så vidare och då gjorde man speciella preventiva saker, man gjorde matlagningskurs, man gjorde ut och gå-kurs, som var riktade specifikt till de som verkligen behövde det, för att kunna få de resultaten. Jag var också på ett häftigt cancersjukhus i USA, också för många år sen, där hade de speciella matlagningskurser för att få patienterna att äta så näringsriktig och bra kost som möjligt under sin behandlingsperiod för att det vet vi, att det kan vara svårt många gånger att äta. Ena sekunden får du kortison och då vill du äta hela dygnet och sen är det cellgiftbehandling och då vill du inte äta någonting. Så det här är väldigt komplext och här vill man ge stöd. Där hade man använt patientgruppen och personalens kunskap för att supporta.

LISBETH:

Det är väldigt viktigt nu när vi har digitaliseringsfönstret så öppet, hur använder vi det här för att stärka vårt förebyggande arbete? Bara det vi

började prata om, de här ungdomarna som fick lättare att uttrycka sin känsla för psykisk hälsa genom att använda emojis. Det kan ju vara ett sätt att möta människor där dom är. Det blir mycket lättare när man har det digitala. Också stödet till egenvård, till egenhälsa. Det här systemet i Finland som man ofta återkommer till, Eksote, de har ju också jobbat mycket med civilsamhället. Det är inte bara att sticka ett recept på fysisk aktivitet rätt i handen på någon utan säga att vi har också en grupp tillsammans med den här organisationen där du kan träffas och under åtta gånger få göra det här. Att erbjuda lite mer än att bara lämna personen ensam med sin ofta ganska stora utmaning - att ändra beteende, det är det för oss alla.

MARIE:

Ja precis och där tror jag att vi gör ju små försök med civilsamhället men jag tycker inte vi har kommit riktigt hela vägen ut. Vi har en del att lära av kommunerna som är lite bättre, med unga till exempel. När det gäller förebyggande överhuvudtaget, och det är inte bara där, så har vi ju en egen verksamhet med eget tänk som heter Folktandvården som är superduktiga på massor av de här sakerna. Där frågar vi ju sällan eller aldrig hur de har tänkt och hur dom har arbetat. Där har dom ju verkligen jobbat med sina GIS-kartor där dom håller på att följa upp, tandhälsa i olika grupper. Vi behöver ju inte ens gå över ån för att hämta vatten [skratt]. Ibland när man varit ute i många mindre orter så är ju ofta folktandvården och vårdcentralen i samma fastighet. Det är en tjock vägg däremellan kan jag säga och när man frågar dom hur mycket de samarbetar med de här grannarna de har på andra sidan väggen, Folktandvården, då säger de att dom träffar vi aldrig. Här tänker jag att vi gör oss själva en otjänst att vi inte använder den kunskap och resurs som vi har i vår egen regionverksamhet.

LISBETH:

Jag upplever att dom knackar på mycket i just Nära vård-delen, att också integrera med dom. Det tror jag är otroligt viktigt.

Innan vi ska komma till de allra sista frågorna om vad som är nära för dig så ska jag säga att för ungefär ett halvår sedan så ordnade vi ett webinarium på SKR för att prata lite mer om patientkontrakt och sammanhållen planering på 1177. Du deltog där och du skickade med en tanke som inspirerade mig och jag har fortsatt att vara i den där tanken. Du sa att tänk om den här

sammanhållna planeringen på 1177 blir en framtida bas för individens möte med vården. Kommer du ihåg det?

MARIE:

Ja man är på många webinarier men jag kommer ihåg att jag har pratat om patientkontrakt och 1177. Det är nog lite tillbaka till det jag har berört här, det finns ganska många initiativ nu som går i riktningen patientkontrakt och alla delar inte fullt ut jackar i varandra. Alla tänker lite samma tanke men återigen är det de här stuprören och små boxarna som man har stoppat in saker i. Där behöver vi samordna det här så vi inte bygger parallella strukturer och parallella system med varandra. Att använda patientkontraktet, om jag har förstått rätt så handlar det om att vad ska jag göra med min vård framåt. Hur kan man koppla på andra saker, vad är mina friskfaktorer i livet, vad kan jag stimuleras av. Vad skulle jag behöva komplettera med för att må så bra som möjligt. Man skulle behöva tänka det är patientkontraktet lite bredare och fundera på att man måste synliggöra att man har många bra saker men att man behöver en liten push att komplettera kanske för att må bättre.

LISBETH:

Precis, patientkontraktet som både kan hjälpa mig att se vad är planerat framåt, om jag väntar på en tid till exempel, så man får en bild och inte tänker att har de glömt bort mig. Men också som du säger att det här kan jag göra själv, under tiden jag väntar eller det här ska göra själv och här kan jag hitta information om jag behöver hjälp att sluta röka eller vad det kan handla om. Det jag har tänkt på efter det webinariet, det var att skapa en yta som är mycket mer pro-aktiv. De allra flesta kan ju läsa sin journal på nätet och det har ju varit en process, dem glömmer vi ju inte hur svår den var från början! Nu känns ju den väldigt självklar, man kan ju inte tänka sig att man inte skulle få ta del av den, det är ju inte klokt! Men den är ju ändå reaktiv, där kan jag läsa om vad som har hänt och hur det var då. Men den här proaktiva delen, vad ska jag göra, hur kan jag ta hand om mig själv? Skrev han eller hon de där remisserna och var tog de vägen? Att det skulle kunna bli en framtida yta. Jag tycker det är en spännande tanke och då skulle vi också skapa en större kraft och empowerment hos invånarna.

MARIE:

Ja och jag tycker också att man ser att människor är intresserade. Man har sina olika klockor och grejor och följer sin hälsa. En del om till och med gör



genanalyser för att se vad har jag för risker framåt med min sjuklighet och min hälsa. Det är vissa som gör det här och många som drivs av att göra ännu mer. Men hur fångar vi in alla dom som inte riktigt har kommit dit och inte riktigt känner att man varken har råd eller möjlighet. Jag tror också att vi måste boosta människor att känna att du är värd att ha en bra hälsa. Det är inte menat för mig, den känslan, säger jag som är uppvuxen i sån där bruksort där det finns en sån mentalitet ibland över att det där är för någon annan, det är inte tänkt för mitt liv. Hur kan vi stimulera det? Jag tror det var Browns University i Boston som gjorde ett projekt för ett par år sen, där alla som hade tröttnat på sina Fitbits eller allt vad alla klockor heteroch skulle uppgradera sig till den nya, modernare varianten, kunde skänka sina avlagda träningsarmand som ändå var funktionella, till Browns. Sedan hade de ett specifikt arbete just med diabetespatienter som kanske inte hade möjlighet att skaffa de här själva. Så gjorde man försök att få dom att få ett mer aktivt liv och så var det också en recycling-tanke i det hela samtidigt som man stöttade de preventiva arbetet. Så det finns ju idéer som vi också skulle kunna jobba mycket mer med i svenskt perspektiv tänker jag.

LISBETH: Verkligen! Den tar vi med oss och funderar på hur vi skulle kunna göra något av. Vi ska börja avrunda Marie, jättespännande samtal. Är det något du tänker att det här vill jag berätta? Du ska få din sista fråga om vad som är nära men är det något annat du känner att vi inte har pratat om?

MARIE: Jag får väl utveckla det om jag kommer på det i den sista frågan.. Nära vård för mig är ju att det gäller att inte bara tänka att flytta saker från det stora huset till det lilla huset. Det måste hända någonting annat också. Det är många som tycker det här med pandemin också, man ser den uppskjutna vården och mycket sådana saker, men det vi ska komma ihåg är ju att när vi har haft andra såna här kriser i hälso-och sjukvården så har vi metodutvecklat. Till exempel när det var kris och katastrof för ett antal år sedan så började vi inse att vi behövde dagkirurgisk verksamhet för att man inte hade vårdplatser. Det är ju också ett sätt att ha Nära vård, att kanske inte behöva vara inlagd på det stora sjukhusets alla resurser när det inte behövs. Det här betyder ju inte att vi ska ta bort, utan att vi ska bli duktigare på att utveckla ännu mer så att ännu flerpatienter kan få ännu mer avancerad vård naturligtvis. Östergötland,

återigen, där har vi ju till exempel lyckats ha bröstcanceroperationer som görs till ca 98% på dagkirurgi i Östergötland. Jag tror vi är bäst i världen faktiskt. Det har att göra med att man gjorde ett utvecklingsprojekt på en mindre enhet som var lite mer fristående och utvecklade hela processen och sen har det här spridit sig. Så det finns ju möjligheter, och det är ju också nära. Att jag som individ inte behöver vara inlagd utan kan göra det här ingreppet och kunna gå hem samma dag. Vi måste kunna använda den kraften, även om många har jobbat och slitit hårt. Men den förändringskraften som pandemin ändå har inneburit, hur tar vi tillvara den och jobbar på ett annat sätt.

LISBETH: Jag tänker också att berätta de här berättelserna som du har gjort nu under de här programmet, det ger ju verklighet och det ger kött och blod till den här förändringen och det ger också hopp att det går. Det är inte bara något som är ord och powerpointbilder utan det är som görs också.

MARIE: Alla fungerar vi ju olika men jag inspireras av och vill ha bilder, både fysiska och mentala bilder för att kunna se mer handgripligen. Vad innebär det här, vad pratar vi om? Oftast tycker jag om olika typer av exempel och det har varit tråkigt nu när man inte kunnat komma ut på besök i verksamheten. Det är något som jag som politiker tycker är inspirerande och stimulerande, både att besöka vårdverksamhet hemma men också att åka till andra länder också för att se saker och ting i en annan kontext. Det har inspirerat mig väldigt mycket i mitt politiska arbete.

LISBETH: Ja verkligen, viktigt. Marie, då vill jag sluta vårt samtal med att fråga dig, vad är nära för dig?

MARIE: Nära för mig är nog kanske inte så mycket tid och rum utan det handlar också om bemötandet från vårdmedarbetare, att känna att mötet är nära, att man finns i samtalet och finns i rummet. Att man har förståelse för den situationen som är. Det nära kan vi ha i alla delar av hälso- och sjukvård, det behöver inte alltid bara innebära geografin och tid naturligtvis utan det handlar också om hur vi samtalar med varandra och hur vi anpassar vården för att den ska kännas personcentrerad, som kan kännas som ett klyschigt ord. Men för mig

så har det sammanhanget själv och familjen, när de har behövt vård, så tycker jag även om det har varit långt ifrån vårt eget hem så tycker jag att det här har varit en Nära vård.

LISBETH: Tack så mycket för att du ville vara med i Nära vårdpodden, Marie Morell.

MARIE: Tack själv! Tack så mycket för att jag fick vara med!

LISBETH: Vad kul och jag ska bara säga att mitt barnbarn längtar efter en sak och det är att åka till Kolmården! Så då ska jag tänka på dig när jag kör förbi det!

MARIE: Ja jag bor inte så långt ifrån Kolmården!

LISBETH: Tack så mycket!

MARIE: Tack själv!