

EP36 - Näravårdpodden träffar Lis Palm, Ann-Marie Wennberg Lärk

PRESENTATÖR: En podcast från Sveriges Kommuner och Regioner.

LIS: ...vi träffades och gjorde upp och prioriterade vilka frågor och vad i all sin dar vi ska göra, och då var det en självklar fråga som stod allra högst på agendan, att det är att patientens kunskap...

ANN-MARIE: ...Lis pratade om new public management och då kom jag osökt in på all administration. Jag brukar ju säga att jag tycker vården är sönderadministrerad och det står jag faktiskt för...

LISBETH: Idag kommer vi ha ett samtal med extra fokus på kompetensförsörjning, utbildning och forskning. Så varmt välkomna till Näravårdpodden, Ann-Marie Wennberg Lärkö och Lis Palm. Vi börjar med den vanliga frågan i Näravårdpodden. Ann-Mari, vem är du?

ANN-MARIE: Professionellt är jag sjukhusdirektör på Sahlgrenska universitetssjukhuset, det största universitetssjukhuset i Sverige och ett av de större i Europa och jag är också professor i hud- och könssjukdomar. Jag tycker att det är en väldigt bra grund att stå på, att jag har kompetens både ifrån den kliniska verkligheten och den akademiska verkligheten.

LISBETH: Är du aktiv också i den kliniska verksamheten?

ANN-MARIE: I min kliniska forskning är jag det, så jag har fortfarande en hel del jobb där och det tycker jag är bra, för då får jag den här golvkontakten som jag tycker är så viktig. Det får inte bli att man svävar i något moln långt ifrån verkligheten, det anser jag vara otroligt viktigt.

LISBETH: Mer då, vem är du mer?

ANN-MARIE: Jag bor i Göteborg, är göteborgska och gillar att bo här, gillar Bohuslän. På sommaren kan jag vara uppe i Kungshamn, Smögen och trivs väldigt bra med det, med vattnet, havet och det är väl sånt som nu under pandemin har skänkt något tycker jag, om man verkligen vill koppla av så är långa promenader utmed vattnet helt underbart

LISBETH: Ja det låter underbart. Du är också här för att du är ordförande i nationella vårdkompetensrådet och det ska vi komma tillbaka till vad det är för någonting och vad man gör där. Tack Ann-Marie! Lis, vem är du?

LIS: Lis Palm, jag arbetar i Fyrbodals kommunalförbund som är ett kommunalförbund i Västra Götalands län som består av norra Bohuslän och Dalsland, Uddevalla, Vänersborg och Trollhättan. Där arbetar jag med forskning och utvecklingsfrågor för socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården till vardags.

LISBETH: Vad har du gjort mer? Vad har du mer bakom dig?

LIS: Min bakgrund är att jag utbildade mig som dietist först och arbetade med det i många år och på 80-talet jobbade jag mycket med hjärt-kärlprevention och hälsofrågor. Och sedan gick jag över till att arbeta mer med folkhälsa och det arbetade jag med i tio år i Strömstad kommun där jag bor. Då var det ju mer samhällsnivå att titta på hur man kan främja hälsa. Och sen tio-tolv år tillbaka så arbetar jag för kommunerna i det här området.

LISBETH: Du ingår ju också det här nationella vårdkompetensrådet, eller hur?

LIS: Ja, det gör jag. Det är ju också väldigt hedrande att få representera alla kommunerna i Sverige tillsammans med David Ledin, vi är två stycken som representerar den kommunala hälso- och sjukvården. Det är jätteroligt och bra att vi får vara med.

LISBETH: Det känns ju så bra och vi kommer till det, att det är både regioner och kommuner, att man tittar på frågan gemensamt. Om vi stannar lite vid det ni har sagt nu. Ann-Marie, du säger att Sahlgrenska sjukhuset är Sveriges största. Hur stort är det?

ANN-MARIE: Tittar man på antal anställda så ligger vi på drygt 17 000 medarbetare och det inkluderar många tomter. När man talar om de större tomterna så brukar vi säga Östra sjukhustomten, Mölndals sjukhustomt och Sahlgrenska, men också någonting som heter Högsbo. Och så har vi en stor rättspsykiatrisk avdelning i ett område som heter Olofstorp, så det är stort kan vi säga. Men också funktionellt, så det är roligt. Vi kombinerar ju det här med länssjukvård, men också regional sjukvård och nationell högspecialiserad sjukvård. Det är det som ligger i det här med universitetssjukvård, där går de ju in i varandra, just det här med att också kunna jobba med forskning, utbildning, utveckling och innovationer in i hela sjukvården. Det är någonting som är mycket intressant och roligt att få göra, att få möjlighet till det.

LISBETH: Jag tänkte också Lis, du pratade om Fyrbodals kommunförbund, kan du säga någonting om vad ett kommunförbund är och gör?

LIS: Kommunalförbundet heter vi då, det finns kommunförbund också. Men i ett kommunalförbund, då har man lagt över en kommunal verksamhet i en gemensam pott. Kommunen är ju en egen huvudman som du vet och man får bara göra saker för den skatten för kommuninvånarna. Men man kan ha kommunalförbund, om man går samman om någonting, räddningsförbund finns och gymnasier och sånt. Men det här är ett kommunalförbund,

egentligen kring tillväxtarbetet, men det har också blivit så att vi samarbetar, i de här fjorton kommunerna om många frågor som är gemensamma. Framför allt har vi också en samlad röst när vi ska prata med Västra Götalandsregionen och då är Västra Götalandslänet så stort så vi har fyra kommunalförbund. Där blir det en utmaning för regionen att prata med 49 stycken parter, så då försöker vi samordna det. Mycket blir ju mycket smartare också om man gör det tillsammans.

LISBETH: Såklart, det är en stor del i hela Nära vårdomställningen, att hitta de här mellanrumsarbeten. Det kan man säga att kommunalförbunden gör, de tätar i mellanrummen mellan olika kommuner, men också hjälper till i mellanrummet till regionen. Lis, vad betyder nära för dig?

LIS: Nära, ja, då tänker jag ju på långt borta också, sån är jag. Ser en motsats på nära och långt borta. Nära kan ju vara långt borta också. Jag tror att nära inte måste vara fysiskt nära. Nu är vi väldigt nära varandra i den här intervjun, fast vi befinner oss i olika landsdelar. Man kan ju vara i samma rum som någon men man känner sig väldigt ensam fast folk är nära, så jag tror att det är ett bra begrepp att prata kring, vad det betyder. Både att man frågar patienter eller klienter, vad är nära, men också att vi försöker tänka till, alla orkar inte engagera sig. Utan vi får försöka tänka till vad är nära den här personen. Så det kan vara jätteroligt. Och det har inte bara med det fysiska att göra tycker jag.

LISBETH: Ann-Marie, hur tänker du kring nära?

ANN-MARIE: Jag tänker att det ska vara lätt att hamna rätt och sen instämmer jag precis i det som Lis säger att det behöver ju inte vara fysiskt nära. Jag tycker att pandemin har gjort att vi med hjälp av digitala hjälpmedel, ungefär det vi använder oss av idag, har kommit mycket närmare varandra. Det är väl en av de sakerna som är så

viktiga att vi håller i, så att fysiskt nära behöver man vara för dom personer och patienter som behöver det. Men sedan finns det ju många hjälpmedel som vi kan använda oss av och som vi har sett under pandemin, hur väl det har funkat. Då kommer vi närmare och vi sliter inte på miljön på samma sätt. Sedan det här med patientinflytande, att utgå från att det är lätt att hamna rätt och att patienterna är med och vi lyssnar in och ser hur vill man ha det.

LISBETH: Jag vet att en av de kanske tydligaste bilder jag sett när man har diskuterat eller definierat det här med Nära, den kommer ju från Västra Götaland. Jag gissar att det är från regioner, men det kanske är något ni har gjort tillsammans. Det står Nära i mitten och så finns det en del som är geografisk, en del som är mer relationell och en del som handlar om tillgänglighet. Vet ni vilken jag menar?

ANN-MARIE: Jag vet precis!

LISBETH: Den är väldigt tydlig och sätter fingret på någonting som jag tycker ni berättar om båda två.

ANN-MARIE: Är det inte den som SKR har tagit och har som definition också?

LISBETH: Ja, vi använder den väldigt mycket. Jag tänker precis som du säger Ann-Marie, hur mycket pandemin har visat på det här med att nära verkligen inte behöver vara geografiskt nära. Tillgängligheten till samtalet har vi ju fått på ett helt annat sätt. Även om det kanske är digitalt eller till och med via telefon för en del. Men just det här nära på det sättet.

ANN-MARIE: Ja, instämmer helt. Verkligen. Så har man också sett när det inte fungerar. Här så tycker jag en som var tidigt ute med det här är ju faktiskt Anders Ekholm och medarbetare. Den här lev-utredningen som kom redan 2013 som ju hette Empati och High Tech, att använda de här digitala hjälpmedlen så att vi får tid över. Även då

fysisk möjlighet till dom medborgare och patienter som verkligen behöver, i detta fallet sjukvården till exempel.

LIS: Och då blir det ju att man mer utgår ifrån behoven som jag tycker är så viktigt, patienterna eller brukarens behov. Inte efter vilka organisationer vi har, som jag ändå tycker att vi gör alldeles för mycket. Det är ju där den stora omställningen måste göras.

LISBETH: Exakt, och det är ju också det som jag tror kommer att vara den riktigt stora utmaningen, för vi är väldigt skolade i att stå i våra egna skor och betrakta världen därifrån. Jag tänker på det här med omställningen till Nära vård. Hur ser ni på den, om ni ska beskriva den eller berätta kring den? Lis, vad tänker du?

LIS: Jag tänker så här om man tittar lite bakåt, hur det var på typ artonhundratalet eller när sjukvården, den vi har nu, konstruerades. Det har väl alltid funnits vård av någon form så länge det har funnits människor, men så som det ser ut nu. Att man utgick från hur världen såg ut då med ett skråväsende, vi byggde upp olika skrå, mästare och gesäller. Sedan gick utvecklingen mot ett mer industrialistiskt tänkande där vi specialiserade oss och fick jättemånga nya olika yrkesgrupper. Sen kanske den här new public management, där vi har organiserat oss efter det. Jag tänker att Nära vårdomställningen är nästa steg, vi måste liksom utgå från någonting annat och inte från vad vi professionella kan eller hur vi ser det. Det är det som kommer att vara besvärligt och kommer att göra ont också, men att utgå ifrån den här patientcentreringen, vad man behöver. Det är då som vårt uppdrag i vårdkompetensrådet kommer in, att titta på vad vi ska ha för vårdkompetenser, och hur vi ska utveckla dem vi har nu. Men det som jag tycker är jättespännande är de helt nya, både nya kombinationer och helt nya yrken och utbildningar. Så det ska bli jättespännande att se i framtiden hur det har blivit. Så ser jag på omställningen, att det behövs, det är en del i utvecklingen.

LISBETH: Vad spännande att sätta in det i samhällsutvecklingen på det sättet. För det tror jag är väldigt viktigt. Det är ju inte bara så att vi kan stå still oavsett, utan vi behöver ju också hänga med i en samhällsutveckling som pågår och hur välfärden och hälso- och sjukvården ser ut då? Men Ann-Marie, du har en liten annan utsiktspunkt om vi nu tänker din utsiktspunkt som sjukhuschef. Vad tänker du om omställningen till Nära vård?

ANN-MARIE: Jag håller ju med om mycket av det som ni säger här. Vi i Västra Götalandsregionen har jobbat med omställningen i många år. Just det här hur vi kan använda alla kompetenser på bästa sätt och hur man inom kommun och region, universitetssjukvård, länssjukvård och primärvård tillsammans, att vi helt enkelt struntar i, så gott det går, i organisationsgränser och också i professionsgränser. Jag gillar det här som Lis säger med att ta tillvara alla olika professioner och vi ser ju hur det kommer nya professioner. Jag menar dietister, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, BMA:er, bionformatiker, naturvetare och ingenjörer med mera . Att vi ser vikten av att faktiskt arbeta i team och använda alla olika kompetenser som finns. Det här är ju någonting som vi i nationella vårdkompetensrådet också tar med oss. Och i framtiden måste vi tänka på så sätt, att vi använder alla dom kompetenser som finns. Sedan vi hjälps åt över organisationsgränser, här är ju vi som universitetssjukhus med och bidrar på alla sätt och vis.

LISBETH: För jag tycker ibland att jag får frågan, ja, men vad säger sjukhusen om omställningen till Nära vård? Jag tycker det du beskriver är ju mer av att se hela systemet.

ANN-MARIE: Vi måste det. Där kan jag säga med bakgrund både i klinisk vardag, men också i det här med FOUUI de här orden med forskning och utbildning och så vidare, man behöver hjälpas åt. Då kommer jag tillbaka till pandemin, vi har ju verkligen sett vikten

av forskningen för sjukvården. Titta hur snabbt det här med vaccinet tas fram och hur man har kunnat behandla patienter med Covid med nya behandlingsformer. Det är samverkan, hela vägen, hjälps åt.

LISBETH: Du har ju fått leda regeringens nationella vårdkompetensråd sen, visst är det 2019?

ANN-MARIE: 2020 kan jag säga att det är!

LISBETH: Det startade 2020, just det. Kan du berätta för dom som lyssnar, vad är det här nationella vårdkompetensrådet?

ANN-MARIE: Det är ett råd som har fjorton medlemmar och som alla är utsedda av regeringen. Det är ett regeringsuppdrag och vi är knutna både till UKÄ och till Socialstyrelsen och båda generaldirektörerna sitter med i rådet. Vi har ett kansli som rent fysiskt ligger på Socialstyrelsen. Sedan är det så fint ordnat att rådets 14 medlemmar täcker hela vårt avlånga land. Så man kommer ifrån norr till söder, just för att vi har ju faktiskt olika utmaningar beroende på var vi bor i landet. Så det är representation både ifrån lärosäten och högskolor och ifrån regioner och kommuner, så jag tycker att man verkligen har tänkt till. Så körde vi igång eller hur Lis, vi körde igång där 2020 och vi hann ha ett fysiskt möte och det är jag jätteglad över att vi fick till det. Sen så sa det pang och så kom pandemin efter det. Men jag tycker vi verkligen har jobbat på, vi haft mycket digitala möten och vi har bildat arbetsgrupper så det hänt en hel del. Det kanske därför du tänker att vi har varit igång sedan 2019, men det är bara ett drygt år.

LISBETH: Det är bara ett drygt år. Vad är uppdraget? Vad har regeringen gett er för uppdrag? Vad ska det här leda till?

ANN-MARIE:

Det man kan säga i stort och Lis, du får komplettera mig här, är att det handlar om att ta sig an kompetensutvecklingen inom hela hälso- och sjukvården. Vi fokuserar framför allt på våra 22 legitimationsyrken inom hälso- och sjukvården och att vi ska knyta samman just högskolor, lärosäten med regioner och kommuner. För här har man sett att det finns ett glapp och, där är ju du extra engagerad Lis, så ska vi ju starta sex stycken sex regionala vårdkompetensråd och där kan ju du ta vid, Lis.

LIS:

Först vill jag säga något om det här nationella rådet. En sak är också att jag ser det som ett partnerskap, och det tror jag är ett ord eller begrepp som leder till framgång, hoppas jag. För att vi är med som jämbördiga parter allihopa och det gör att det blir en väldigt kreativ dialog och det måste man ju ha i ett bra partnerskap. Det finns ju dåliga relationer också, men här ett bra partnerskap och på första mötet så var ju berörda ministrar med också, som också satte tonen för hur viktigt man tycker att det här är och att det har saknats. Det är jättekonstigt när man förklarar för folk ibland. Men vi har inte träffats på nästan någon nivå, alla parterna, alltså de båda huvudmännen för offentligt finansierad hälso- och sjukvård och utbildaren som Ann-Marie sa, till att börja med från de 22 legitimerade yrken. Men vi har redan sagt att fler yrken och fler utbildningar kommer att involveras och då får vi kanske ändra sammansättningen i rådet. Men det är också för att det ska hända någonting, vi är väldigt bra på att träffas i sina grupper, men för att det ska hända någonting i praktiken som Ann-Marie sa, så har det bildats regionala råd utifrån sjukhusregionerna, som ju förvisso är sjukvårdens eller regionernas geografi. Det är ju en utmaning för kommunerna eftersom vi är 290 stycken och få in oss i det. Högskolorna är, jag ska inte säga fel siffra, men det är många där också och då måste vi liksom försöka knö in oss i systemet. Men det har gått att bilda de här sex råden och alla har alla tagit fart och kommer att arbeta på lite olika sätt. För det är ju precis som Ann-Marie säger, det är olika utmaningar i olika regioner som de här tre

parterna har tillsammans. Det handlar inte bara om vad utbildningsanordnarna har för utmaningar eller vad regionsjukvården har för utmaningar eller kommuner, för då leder det ingenstans. Utan det är liksom den lilla mittbiten som vi kan lyfta som det inte har funnits mötesplatser för förut. Vi som då är ganska ny sjukvårdshuvudman, kommunerna alltså, är ju helt med på samma villkor i detta och det är ju jättespännande. Därför blir det också en kreativ dialog när vi inte alls har dom traditionerna eller vanorna med oss som regionsjukvården har.

LISBETH: Det där kan ju vara väldigt viktigt, för man kan ju ställa helt andra frågor när man har ett långt perspektiv, än när man kanske har ett något kortare. Det kan verkligen bli dynamik. Men förstår jag dig rätt att i de här sex sjukvårds regionerna så finns det regionala vårdkompetensråd där både lärosäten, kommuner och regioner finns representerade i dag?

ANN-MARIE: Så är det, och vi fick ju igång dem, eller hur Lis? Vi fick igång dem här tidigt i höstas. Du frågade om våra uppdrag, så det är ett av de uppdragen, att starta dom här regionala råden och sedan också se till att vi har en interaktion och att det funkar väl. För det är här som jag tror att man kan få väldigt mycket att hända, likaväl som på nationell nivå.

LIS: Det är ju i de regionala råden man också kan testa saker, hur kan vi samverka kring specialistsjuksköterskeutbildningen eller någonting helt annat, som vi inte kan göra på samma sätt på nationell nivå.

LISBETH: Man längtar till att se saker som kommer ut, för jag tror precis som du var inne på i början, att så många delar behöver få lite nytändning och nytänk. Jag tänker, vilka yrkesgrupper och hur ser utbildningarna ut, inte bara dimensionering av dagens utbildning, utan vad är det vi behöver i morgondagens utbildning. Hur ser

dom ut? Hur ser det professionella lärandet ut och du var inne Lis, på det här med att utbildningsfrågor inte bara är lärosätenas fråga, utan det också huvudmännen. Så det är ju verkligen många delar i det här, plus hela forsknings delen. Men ni pratade om att ni har arbetsgrupper också så förutom de här regionala råden så har ni också arbetsgrupper. Vad kan dom? Vad jobbar dom med?

ANN-MARIE:

Precis, för vi behöver ju också ha en viss framdrifftid i det här så vi känner att uppdraget är brett. Samtidigt så vilar det ett tungt ansvar på oss och vi vill ju verkligen leverera och se till hur vi kan vara med och bidra och se till kompetensförsörjningen framöver. Samtidigt också det här med att effektivisera som faktiskt står i vårt uppdrag, hur ska vi tänka? Ett sätt att bli mycket mer konkreta, det är ju just att bilda arbetsgrupper och att man för varje arbetsgrupp kommer fram med att så här och så här tänker vi. Då är det till exempel det här med VFU, förkortat verksamhetsförlagd utbildning, som ju finns inom många professioner. Där vet vi att det är en flaskhals och här behöver vi lägga rätt så praktiska aspekter på detta, gör man så här så här så kan man få till fler platser. Inom många hälso- och sjukvårdsutbildningar har vi ju ökat intagningen, men samtidigt så har man ju också sett, det är den här stora revisionsrapporten som kom, att trots att man har ökat intagningen så får man ändå inte ut mer hälso- och sjukvårdspersoner. Då måste vi titta på vad det är för flaskhals? Fortbildning, till exempel är en annan, Sverige ligger riktigt i bakvattnet vad gäller fortbildning. Det här är ju mycket viktigt att komma med förslag på en nationell samordning och hur man ska göra detta. Sen har vi inom klinisk forskning och också inom läkarutbildningen, att man från och med mitt i sommaren, i juli, så börjar man ju med det som heter BT. AT ska ju så småningom fasas ut och så ska man ha det här som heter bastjänstgöring. Så det är några av dem. Kommunen ska ha en stor konferens eller hur Lis? Vi ska ha en stor konferens här i september för att det är många som vill vara med och påverka och ha en interaktion med

oss i rådet och det har vi på många olika sätt. Men den här konferensen blir ett av de sätten att kunna interagera med professionsgrupper, med SKR med mera, så den ser vi som en väldigt bra sak som vi också jobbar med.

LISBETH: Vem är målgrupp för den konferensen?

ANN-MARIE: Ja, men egentligen så kan vi väl säga att alla som vill vara med och ta del av detta vad gäller Sveriges framtid och kompetensförsörjning, här inkluderar det ju studenter riktigt tidigt i livet, men också studenter som går inom våra hälso- och sjukvårdsutbildningar, olika professionsgrupper och även våra fackliga organisationer med mera.

LISBETH: Jag tänker Lis, när du har den här kommunala huvudmannaskapshatten på dig. Vad får du med dig för utmaningar från den kommunala hälso- och sjukvården in i det här året, vad ser du är de stora utmaningarna om man nu ska prata om utmaningarna och inte bara om lösningarna?

LIS: Utmaningarna är ju många. Vi är ju ändå ganska nya, så det måste man ta hänsyn till. Där kan jag ju se när vi pratar om forskning och utveckling till exempel, så har vi ju inte alls den traditionen och vi har inte kommit i fatt och vi inte riktigt hittat vårt sätt heller hur vi ska arbeta med det. Vi har inte riktigt hittat ens de här trapporna eller stegarna som man har i många regioner till exempel, för hur man kompetensutvecklar sig. Så där finns ju mycket att göra. Jag håller på dammsuger vilka doktorander det finns som är anställda i kommunal hälso- och sjukvård och också disputerade som är anställda i kommunal hälso- och sjukvård. Jag är förvånad över hur få jag har hittat hittills, så det är en utmaning. Där är utmaningen att hitta en ordning för hur man ska få in det i verksamheten. För den kommunala hälso- och sjukvården utvecklas ju också med den Nära vården och vi pratar ju om vilken

kompetens vi behöver. Det behöver ju utvecklas och den är ju helt avgörande av vad patienterna har för behov. Jag kan samtidigt också se att vissa områden i kommunal omsorgsverksamhet har andra mycket att lära. Jag tänker på funktionshindersidan där jag tycker man är otroligt bra på att se på brukarna behov och utifrån dessa säga att okej, de har behov för detta. Vad innebär det i kompetens? Vad behöver vi för kunskap för att möta deras behov och så samlar man det. Och så ser man vad behöver vi ge för utbildningar? Det tänket kan vi i kommunerna ta med oss in i det här arbetet. Det är en utmaning och jag ser också VFU, som ju också är en utmaning för kommunerna också med tanke på hur små vissa huvudmän är. En kommun på 4500 invånare med bara nästan en handfull anställda inom den kommunala hälso- och sjukvården. Om man jämför med vad Ann-Marie har under sina händer, så vill det ju till att man får till bra praktikplatser, men samtidigt så är det många små kommuner som är otroligt bra på det här. Där är istället utmaningen att få studenterna att komma till dom. Där ser jag en utmaning som vi snabbt skulle kunna lösa med hjälp av digitalisering. För det är helt 1900-tal, det finns mycket Excel ark och folk ringer och praktikplatser. Det finns ju digitalteknik som skulle vi skulle kunna ha gemensamt för hela landet kring VFU som skulle underlätta och som också skulle göra det möjligt för dom ställen lite längre från utbildningsorterna att få studenter och få upptäcka det. Också tänka att många utbildningar som Anne-Marie sa, har nationella uppdrag och vissa utbildningar är också bara på något ställe i landet. Men också att man skulle kunna utveckla VFU med hjälp av den digitala tekniken. Vi har pratat om det i rådet också, om e-hälsa och digitalt stöd.

LISBETH:

Jag funderar själv mycket på möjligheten för kommunerna att kunna ha tillräckligt med akademisk kompetens för att kunna examinera, för att kunna handleda på ett bra sätt. Jag tänker att här är det ju spännande att fundera mellan lärosätena och huvudmännen hur man ska skapa den här akademiska miljön också

i verksamhetsförlagda, ännu tydligare än vad vi gör idag. Att utveckla på något sätt akademiseringen i det verksamhetsförlagda. Vad tänker ni när jag säger det?

ANN-MARIE:

Jag kan ju börja där. Det finns ju goda exempel här också, eftersom vi har regionaliserat en hel del så finns det kanske goda exempel att ta därifrån. Det är ju det som är en fördel med rådet, att här har vi ju universitet och högskola, alltså lärosätena är med, så här kan man jobba tillsammans och se på vilket sätt man kan göra de här sakerna. Jag tror att mycket handlar om samarbete, samverkan, hur jobbar man tillsammans? Alltså en sak som vi måste bli bättre inom i Sverige generellt är ju kliniska prövningar till exempel. Här finns ju mycket man skulle kunna göra tillsammans med akademier och högskolor. För det behövs ju. Det handlar ju om att jobba tillsammans, se hur man på olika sätt kan inkludera patienter, hur man kan hjälpas åt. Jag tror det finns mycket, bara man väl bör prata om det också tillsammans.

LIS:

Jag tänker också stöd både av de nya lagändringarna som kommer nu, hälso- och sjukvårdslagen som handlar om primärvården, men också från när vi läser utredningen god och Nära vård där man väldigt tydligt beskriver från primärvårdens uppdrag att vara en aktör i vårdutbildningarna, som inte vi har tänkt på så mycket innan. Men som ju är en otrolig fördel framöver om vi gör det här tillsammans. För hur ska utbildningsanordnare kunna göra bästa utbildningen själva? Det är ju när vi gör det tillsammans och det är också att vi utvecklar VFU'n till att inte bara vara något slags administrativsystem utan som är en miljö där vi möts och där vi tar tillvara på studenternas kunnande i nyheter. Möten med utbildningsanordnare i hur vi utvecklas så att dom också följer med, för det händer mycket i sjukvården och omvårdnaden nu. Det ser jag fram emot och också att det kommer att stå att vi har ett ansvar för forskning och utveckling. Det blir ett stöd för

kommunerna, men det är ju som Ann-Marie säger, det finns många lagar, men det är i mötet som det ska hända någonting.

ANN-MARIE:

Jag tycker det var väldigt intressant, jag läste ett policydokument ifrån Forum för health policy, vård och omsorg av äldre under pandemin. Här yttrar sig bland annat Helle Wijk som är sjuksköterska och professor i omvårdnad vid Göteborgs universitet, universitetssjukhusöversjuksköterska vid Sahlgrenska universitetssjukhuset och hon också gästprofessor vid Chalmers vad det gäller vårdens arkitektur. Här lyfter hon ju ledarskapet också, hon säger att det sedan decennier nämligen har funnits specialistutbildning för sjuksköterskor inom vård av äldre. Men det har inte varit något söktryck, man inte tänkt på det här. Nu har det blivit det, men jag menar att det finns mycket redan. Men genom att komma samman och genom att utveckla i detta fall, det har vi pratat också om inom rådet, det här med ledarskap och att man som just chef inom hälso- och sjukvården är bekant med och känner till vad det finns för olika möjligheter och kan aktivt delta. Så det finns mycket som kan göras och proppen har gått ur i och med pandemin, så nu är söktrycket jättehögt på de här utbildningarna. Det är väldigt roligt.

LISBETH:

Det är ju fantastiskt. Jag tycker också Helle och hennes kollegor är så bra exempel på att man kan behöver samverka över landet, för de gjorde ju också en specialistutbildning för sjuksköterskor som var en nod där flera lärosäten samarbetar, så också samarbetet mellan olika lärosäten som ger kraft. Om du ska titta mer på utmaningar Ann-Marie, vad är de stora utmaningarna inom kompetensförsörjningsområdet?

ANN-MARIE:

Men egentligen så handlar det ju mycket om rätt så praktiska saker också. Då kommer jag tillbaka till det här som vi sett under pandemin, men som man också sett tidigare, nämligen den här Lis pratade om, new public management och då kommer jag osökt in

på all administration. Jag brukar ju säga att jag tycker vården är sönderadministrerad och det står jag faktiskt för. Det är mycket klåfingrighet om man vill att det ska rapporteras. Det inget fel på att rapportera, men det måste ju ha ett syfte vad som rapporteras och vem läser. Jag tror det finns hyllmeter av olika rapporter som bara hamnat just på en hylla. Det finns ju undersökningar gjorda på hur mycket jobbar hälso- och sjukvårdspersonal med det direkta patientarbetet. Och det är skrämmande läsning, för de är inte mer än 30 procent kanske. Så här finns ju mycket att göra, för det går ju hand i handske så vi måste ju se, och jag återkommer till ordet effektiviseras. Vi har pratat om alla dessa professioner som finns men också att vi som arbetar inom hälso- och sjukvården ägnar oss åt det som vi ska göra, det har vi ju sett under pandemin att just kärnverksamhet, alltså patientnära hälso- och sjukvård. I vårt fall också det här med forskning och utbildning och att patienten är med som en likvärdig partner i det här. Det är viktigt, mycket handlar ju om hur ska det se ut framöver? Vad behövs det för kompetenser? Hur många mer behöver vi framöver? Det är också någonting som vi behöver ha synpunkter på från rådet. Men sen handlar det också om hur arbetar man? Får man ägna tid och kraft åt det som man faktiskt i mångt och mycket utbildat sig för? Och digitaliseringen kommer att hjälpa till genom det. Den är jätteviktig och det jag är rädd för är att det här fjädrar tillbaka och vi kanske sitter stora delar av vår tid framför datorer. Det kan vara bra, men inte alltid, utan det är ju det här patientnära arbetet och den forskning och utbildning och att vi använder alla våra kompetenser och arbetar i team. Det är stora utmaning, det låter enkelt, men det är jättesvårt.

LISBETH:

Jag ser mycket av Närvårdsmötningen också som en omställning i synen på kunskap. Och då handlar det om det som ni har pratat mycket om, det inter-professionella, att se varandras kompetensområden, verkligen jobba i team på riktigt. Var intresserad och nyfiken. Jag tänker på ditt exempel, Lis från

funktionshinderområdet, det är ju jätteintressant, vad bär dom med sig för kunskap. Men jag tänker också på patientens egnerfarna kunskap, den levda kunskapen och dess möte med den lärda kunskapen, den professionella kunskapen. Där tror jag också att vi har en zon vi ska kunna använda mycket mer. Hur funderar ni i vårdkompetensrådet på hur ni tar in invånaren, patienten och brukarens perspektiv eller någon mötesplats så, eller har ni diskuterat just den här andra synen på kunskap, kompetens?

LIS: Den gången vi träffades och gjorde upp och prioriterade vilka frågor eller vad i all sin dar ska vi göra så var det en självklar fråga som stod allra högst på agendan. Att det är patientens kunskap, så det är högt på agendan. Men vi har ingen arbetsgrupp för det just nu, om det är det du frågar efter Lisbeth.

ANN-MARIE: Jag har stor erfarenhet av personcentrerad vård som ju kommer in i mycket av de här delarna, både inom sjukvården men också det här med kunskap och forskning och sådant, så här finns ju verkligen mycket. Vi har precis nu på Sahlgrenska universitetssjukhuset startat ett patientforum med ett antal patienter som är med. Vi har till och med gått ut med en annons och fått in en gruppering av patienter. Vi har hunnit ha ett första möte med dom och här finns ju mycket. Jag tycker att vi i sjukvården, om vi ska vara självkritiska, så har vi inte varit tillräckligt bra på detta, även om vi har jobbat väldigt mycket med just personcentrerad vård. Men vi kan bli mycket bättre i det, det är någonting som vi i rådet verkligen behöver ha med oss framöver.

LIS: Vi som känner oss nya i sammanhanget, kommunerna, vi har ju med oss socialtjänsten och om jag pratar funktionshindersidan så kan man prata hela individ- och familjeomsorgen där man ju till exempel genom sociala barnvården har kommit långt med delaktighet från barn och unga för att kunna göra ett bra arbete.

Det är ju omöjligt annars, så det är ett lärande man får in mellan de här tre parterna.

LISBETH:

Jag tänker också på omställningen till Nära vård och hur kan den vara en drivkraft i ert arbete? Kan den stödja kompetensförsörjningsfrågan och ert uppdrag i rådet på något sätt. Hur tänker ni?

ANN-MARIE:

Absolut, det är alltid bra när man sätter fingret på någonting. Sen så vill jag ändå återkomma till det, för i Västra Götalandsregionen har vi jobbat väldigt mycket med det här, så vi har kommit en bra bit på vägen. Men just hur alla är med och hur man gör efter den bakgrund man har. Men en sak som jag ändå skulle vilja lyfta här, det är ju mobila team till exempel, hur vi arbetar med mobila team. Det är en av våra chefer på sjukhuset som heter Maria Taranger som är mycket duktig på detta och det är alla hennes medarbetare också. För att använda ett tråkigt ord så har verkningsgraden blivit väldigt bra, det vill säga patienterna har hamnat på rätt vårdnivå, man har väldigt snabb tillgång till ett mobilt team, till personer som arbetar där och på så sätt så kan det göra att man som patient kommer på rätt vårdnivå. I mångt och mycket så behöver man inte alls komma in till de stora akutsjukhusen, utan det kan gå lösa på många andra vis. Det här är någonting som patienterna uppskattar mycket. För det är ju inte så att nirvana är en vårdplats på ett sjukhus, utan det finns ju mycket annat, eller hur? Sen det här hur vi arbetat med avancerad sjukvård i hemmet. Där har vi en nära kontakt. Det är inte bara universitetssjukhuset utan det är nära kontakt med hemsjukvård, med kommun, med flera andra parter, så att det finns ju mycket här och vi arbetar med primärvården i detta. Jag som är hudläkare i botten, hur man kan ta kort på sina misstänkta födelsemärken? Där är ju patienterna väldigt involverade, men också primärvården och hur de här bilderna snabbt kan komma in. Apropos det att man säger att en bild säger mer än tusen ord. Ni vet när man skriver remisser och så beskriver

man att det är svart födelsemärket och brunt och rött och så vidare och sedan kan man ändå inte beskriva hur det ser ut. Men det får man med bilden och då kan det här rädda liv. För då tar man på specialistsjukhuset bara in de patienter som verkligen ska komma. Här finns många exempel på hur vi hur vi samverkar och samarbetar.

LISBETH: Vi passar på att göra reklam för Maria Taranger som också har varit med i Näravårdpodden, hennes avsnitt är väldigt värt att lyssna på. Lis vad tänker du för exempel eller för delar i Nära vården som driver på?

LIS: Jag tänker lite som Ann-Marie säger, att vi har arbetat med detta i många år, det är viktigt att ha med sig. Det ett arbete som pågår, vi kommer prata om det i många år till. Sedan ser jag att vi i rådet och de regionala råden har ett väldigt stöd av både utredningarna i god och Nära vård, men också de lagändringar som kommer nu. Så det hänger ju ihop på något sätt, men det är ett stöd för att vi ska titta på de här frågorna om vårdkompetens. Jag håller med Ann-Marie om att både mobila teamen och närsjukvårdsteam, som kommer mer och mer, vi samverkar med sjukhusen i närheten och ambulans och 1177 och vårdcentraler och kommuner, men också i det stora men även i det lilla. Jag hörde häromdagen om Dals-Ed som är en liten kommun i mitt område. Där samarbetar man kring legitimerad rehabpersonal, för att det ska bli bättre för patienterna.

LISBETH: Det känner jag också igen som kommer från den norrbottniska kontexten, att där får ju också kommun och region samarbeta med kompetensen, för vi har inte så många som vi kan dubblera på alla poster utan vi hittar sätt att jobba på det sättet.

ANN-MARIE: Jag skulle säga det här med covid-rehab, där har vi också ett jättebra samarbete mellan Sahlgrenska universitetssjukhuset och primärvården. Det funkar väldigt väl och säkert också flera andra

aktörer, så att har man det tänket med sig, så är det viktigt. Samtidigt som vi inte får glömma bort, för jag tycker nu när vi pratat mycket om pandemin, den är ju en game changer och då har vi ju också sett vikten av att ha vårdplatser när de väl behövs, eller hur? Vi får inte glömma bort det här med IVA-vårdplatser och även andra vårdplatser, vi får hålla flera tankar i huvudet samtidigt.

LISBETH:

Och se att ett väl fungerande system supportar ju varandra, så att vårdplatser till dem som behöver vårdplatser och leva livet till dem som behöver få leva livet och få sin vård hemma. Jag tänker att en fråga innan vi ska börja avrunda, det är ju forskningen och du var inne på just förändringen Lis, som kommer i och med primärvårdsuppdraget, att medverka i forskning, det har ju tydliggjorts i lagstiftningen nu för primärvårdens uppdrag. Fortfarande ser vi ju att en för liten andel av forskningsmedel och forskningsresurser finns i den nära vården och ju mer patienterna finns där med sina långvariga sjukdomar så behöver vi också ha forskningen på plats där. Vad behöver vi göra för att det här ska ske? Vad är de viktigaste sakerna och stegen?

LIS:

Ja, det är ju en fråga i rådet för alla parter och när vi pratar om det så kan jag höra, som var så insatt ibland från akademien, att även där ser man att man får svårare att få tag på disputerad personal dit. Så att det finns en kedja i att man ser att det har minskat med forskning, både anslagen och personer som doktorerar och disputerar i Sverige de senaste åren och det ger ju effekter på alla delarna i kedjan. Men för kommunernas del så har vi ju en resa att göra och där är vi ju jätteglada nu, över överenskommelsen om god och Nära vård och även om det är en liten peng och det är första året, att man har sett att vi satsar på specialistsjuksköterskor. Vi hoppas ju på nästa år att man tänker på all legitimerad personal och vi hoppas att man kanske kan tänka lite större kring det, att man kan plocka kurser eller så. Men det är ju en del i att göra sig redo för att skapa kunskap på djupare nivå som behövs. Och det

behövs, för att det ser olika ut. Förutsättningarna är ju olika. Vi behöver ta reda på vad det är som behövs. Vi har hos mig till exempel, en av de här få sjuksköterskorna som är doktorand och det i lilla kommunen Mellerud i Dalsland. Hon tittar just på vilken kompetens beövers sjuksköterskor i kommunal hälso- och sjukvård i samverkande sjukvård. För det är en sak att vi vill hjälpas åt med de här svårt sjuka patienterna som kanske har sin läkarkontakt och sjuksköterskor på sjukhuset. Men vad behöver vi kunna i kommunerna? Det är ett område, men det finns områden som vi inte kan så mycket om som måste beforskas. Det görs ju bäst av dem det berör så att säga.

LISBETH:

Vad tänker du Ann-Marie från din kliniska forskning?

ANN-MARIE:

Det är handlar ju om att vill man få något att komma till stånd så måste man efterfråga det, eller hur? Jag sitter här och tänker på det här med karriärvägar, då måste det löna sig att satsa på sådana karriärer, det är någonting som vi har med oss på universitetssjukhuset, nämligen det här att visst, vi behöver fler som disputerar, alltså medicindoktorer. men vi måste också se till, för här är vi bekymrade, för vilka är det som är lärare och detta har vi talat mycket om inom rådet. Lärare bör ju då vara docentkompetent och vi har sett en vikande trend, att det inte är lika mycket docenter som tidigare. Vi har något som vi tillsammans med just Sahlgrenska akademien pratar om, som heter front åt student till docent. Så vi måste få till fler docenter för det är ju docenterna som är med och utbildar sen. Så det måste tryckas på inom alla, det är flera knappar. Och då måste det också löna sig, dels att det finns tjänster där man efterfrågar akademisk kompetens och att det även ekonomiskt skall löna sig att satsa på detta och att vi också ser över genusfrågan här, så att vi har det med oss vad gäller docenter, men också vad gäller att vi får ut mer professorer. Det är det något som kan bekymra mig kan jag säga,

så fler tjänster, bättre betalt med mera, så det finns mycket man kan göra.

LISBETH: Och mer riktade forskningsmedel också till primärvården. Det vet jag att man skriver i forskningspropositionen, men också att man bör beakta här från Vetenskapsrådet

ANN-MARIE: Precis och så kommer jag tillbaka till samarbete för sedan måste man då efterfråga, för vad händer sedan när man ger forskningsmedel så att man ser till att alla hjälps åt att kunna beforska viktiga områden. Här har ni ju varit inne på det här med till exempel våra stora folksjukdomar som vi måste ha med och där patienterna många gånger inte finns inne på sjukhusen.

LISBETH: Ett område som vi kanske sällan pratar om som klinisk forskning, det är ju hela ledarskapsdelarna i hälso- och sjukvård, där vi också måste få en starkare evidens och kunskap kring hur vi kan driva förändringar, de här komplexa systemen som bara är att titta på ledarskap från alla andra branscher så att det finns mycket spännande.

Det går snabbt när man pratar om viktiga frågor och det har alldeles snart gått en timme i ett spännande samtal. Är det någonting som ni vill skicka med? Är det något sista ord från er båda innan vi avslutar det här samtalet? Något som känns angeläget för er till dem som lyssnar kring kompetensförsörjningsfrågorna framför allt.

ANN-MARIE: Jag återkommer till det här ändå, kärnverksamheten. Att hälso- och sjukvård ska arbeta med hälso- och sjukvård och här tar jag med precis det som vi har pratat om, forskning, utbildning och att vi har rätt kompetens för att jobba med utbildning. Och så life science och innovation, det är också mycket, mycket viktigt. Vi har stora förutsättningar i vårt land.

LISBETH: Tack! Har du något mer Lis?

LIS: Nej, jag håller med Ann-Marie. Jag var glad att du lade till I.et, Innovation. För det är just det, nytänkande, att lösa nya utmaningar på nya sätt. Och jag ser fram hur vårdkompetensen i den kommunala hälso- och sjukvården kommer att utvecklas nu när vi får mer ljus på den.

LISBETH: Så spännande. Tack så jättemycket för att ni ville vara med i Näravårdpodden! Tack ska ni ha!