

EP47 - Näravårdpodden träffar Maria Taranger

PRESENTATÖR: En podcast från Sveriges Kommuner och Regioner.

MARIA: ...plötsligt kom det rubriker som sa att det är bara hälften av alla dom sköra äldre som dör, som får dö på sjukhus och jag kände att kunskapsläget och opinionen alltså flyttades 20 år tillbaka i tiden...

MARIA: ..och sen måste vi någonstans fundera som skattebetalare och allmänhet, vad kostar det att ha all den här vården vi har? Vad kostar det att man får bli äldre i Sverige idag och få en lång tid när man faktiskt inte är yrkesverksam?

LISBETH: Välkommen till Näravårdpodden. Idag har vi en gäst i repris, ingen mindre än Maria Taranger. Välkommen Maria.

MARIA: Tack så mycket.

LISBETH: Du, jag tänker ju så här att när vi träffades och spelade in podden förra gången, då var det februari 2020 och vi fanns båda två i Göteborg på centrum för personcentrerad vårds jubileum. Vi hade ingen aning om vad som bara en månad efteråt skulle vara verklighet, en stor pandemi. Om du tänker tillbaka på den här det här året som nu har gått, ja, mer än ett år sen vi träffades. Vad kommer först i huvudet på dig?

MARIA: När jag sitter här med dig, så tänker jag på det jag gjort. Mycket att jag var ju så otroligt glad för dom förändringarna vi hade gjort. Jag tänker mycket på det för det jag framför allt är så oerhört glad för är våra mobila team som fick en nyckelroll på hela Sahlgrenska universitetssjukhuset under pandemin och för hela det här tänket. Att så långt som möjligt se till att nå ut och göra saker utanför sjukhuset så att bara de som verkligen behöver få sjukhusvård får det.

LISBETH: Ja precis!

MARIA: Jag är jätteglad för det, så alla dom förändringarna var ju att förbereda oss. För det tycker jag var tydligt under pandemin, det var ju väldigt svårt att, alltså har man inte alls börjat med något så tror jag det är väldigt svårt att dra i gång något helt nytt under en pandemi. Däremot blir det enorm acceleration när man hade börjat i liten skala på någonting som verkade lovande, det fick ju en otrolig skjuts under pandemin.

LISBETH: Det måste vi komma tillbaka till. Jag tänker för lyssnarna att du påminner om vem du är, berätta om det. Vad du hade för roll då, för det är också så att sen vi träffades sist så har ju också du bytt roll mitt under en pandemi, men berätta både om din tidigare roll och din nuvarande roll och vem du är, Maria.

MARIA: Ja men precis ja jag har ju jobbat i sjukvården i, vad blir det, över 25 år. Jag är läkare i professionen och har nästan jobbat hela mitt yrkesliv på Östra sjukhusets, som det hette då, internmedicinska klinik, men som under åren även inkluderade akutmottagningen och den geriatriska verksamheten. Så det blev en stor verksamhet och där var jag verksamhetschef 2015 till då juni 2020 i den verksamhet jag själv hade funnits på olika positioner under de åren. När jag nu i juni först blev tillförordnad, och nu är jag ordinarie områdeschef, en av sex områdeschefer på Sahlgrenska universitetssjukhuset. Så att jag är så att säga sammanhållande chef över sju verksamheter där jag tidigare var verksamhetschef. De sju verksamheterna, flera av dem har lite grann av internmedicin och akutmedicin i sin karaktär men det är också annat. Jag är då chef över akutmedicin-geriatrik här, så att även akutmottagningen och de avdelningarna ingår. Vi har en verksamhet som heter specialistmedicin som innehåller till exempel hematologi, gastroenterologi, neuro-sjukvården som både innehåller neurologi, rehabiliteringsmedicin och neurokirurgi. Kardiologen och lungmedicin, allergologi och palliativ medicin och ambulanssjukvården då, som sträcker över hela SU ingår också i det här området. Nu tror jag fick med alla sju, alltid farligt att missa någon. Men det påminner delvis om de verksamheter jag hade, men det är också helt nya, mer av högspecialiserad vård, mer av planerad vård också.

LISBETH: Du bytte mitt under pandemin. Hur har det varit?

MARIA: Jag bytte ju precis efter första vågen. Och då hade vi ju på något sätt fått många saker och ting på plats i min gamla verksamhet. Vi hade bra chefer som tog vid där så det kändes ändå som att det var ett okej och bra läge att lämna och sen kom jag hit då i början på sommaren. Jag jobbade ju nästan hela sommaren, jag var inte ledig så mycket och det blir ju ett administrativt lugn under sommaren. Jag kunde lära känna in mer och det dröjde ju fram till slutet av oktober innan pandemin drog i gång igen med sin andra våg så att jag hann att komma in i spelet lite grann men det är klart att vad känner jag nu... Jag är ju en person som älskar att vara ute mycket, träffar mycket folk, röra mig mycket och det har jag inte kunnat göra och då i en ändå ny verksamhet så det saknar jag, att vara ute och träffa människor.

LISBETH: Därför det tänkte jag också när vi pratade ledarskap förra gången, att det är ju verkligen en del av dig och ditt ledarskap uppfattar jag.

MARIA: Något som jag ändå vill säga också är att det för mig nog har varit viktigt hela vägen att försöka ha ett litet kliniskt ben, göra något som verksamhetschef. Så jag gick jour i alla fall tre gånger i månaden och jag var ibland inne och jobbade i mobila teamet, jag var ju inne hela sportlovet 2020 och jobbade där och det hade jag tänkt göra här också, i Sahlgrenskas mobila team. Jag var inplanerad julveckan, då skulle jag in och jobba och stötta och så, men då drog ju pandemin i gång så det var så pass mycket chefsfrågor som jag var tvungen att jobba med det under julhelgen. Så jag kunde inte det och det har inte blivit av, det enda jag har gjort nu är att ha varit telefonansvarig för ambulansen på långfredag där inför påsk. Men det kan jag sakna lite också. Jag vågar liksom inte sätta upp mig på något klinisk tjänstgöring innan jag vet att det är lugnt, för då ställer man till det i verksamheten om det är så att man behöver rycka in som chef.

LISBETH: Jag förstår det. Ja, du får ha det på din lista framåt, men i de här verksamheterna som du nu är övergripande chef för, ligger mobila teamet i de verksamheterna?

MARIA: Jajamän Sahlgrenska tomtens mobila team. Och det är någonting som är roligt under det här året att vi har fått ihop det. Vi har ju de mobila närsjukvårdens team på Sahlgrenska sjukhuset. Det började med att Mölndal öppnade ett team, det allra först i början av 2017, sen öppnade vi på Östra vårt slutet 2017 och expanderade ganska snabbt. Vi var kopplade till en större verksamhet än Mölndal, så vi fick kanske mer volym fort och sen kom då Sahlgrenska tomtens mobila team som sist ut och vi har haft lite olika profiler vi tre. Men det som har blivit väldigt roligt nu är att vi har jobbat ihop oss mycket under det här senaste året och där leder jag och styrgruppen för de här tre olika teamen. Vi är ju liksom förvånade, från att ha varit lite grann 1000 blommor blommor, så kommer det nu ett in alltså tryck inifrån, att nu måste vi ensa våra rutiner, se lite mer likartade ut och det blir det blir väldigt bra när det kommer inifrån och inte uppifrån och det känns roligt. För det är ju också lättare för dem vi jobbar mot, för ambulansen, för kommuner, primärvård, att vi ser mer lika ut. Det är rörigt för dem att hålla reda på tre för olika verksamheter.

LISBETH: Det kan man ju förstå. För du sa tidigt i Läkartidningen redan 24:e mars 2020 så här att jag tror vi klarar det här, för Västra Götalandsregionens långsiktiga satsning på mobila team kan bli räddningen i Coronatider och då tänker man ju ändå hur, hur gick det? Du sa lite i början om vad har det betytt?

MARIA: Det har betytt mycket den här tiden, vi dubblade ju väldigt snabbt kapaciteten och det vi märkte på Östra sjukhuset är att det tog ju trots allt någon månad, faktiskt hela mars månad innan patienterna blev så många inne på sjukhuset. Men däremot förfrågingen att komma ut och göra bedömningar utanför sjukhuset, att bistå på särskilda boenden, korttids enheter och i hemmen, det behovet kom med en gång så att mobila teamet jobbade som illrar från början av mars och expanderade och så. Så att det var en tydlig utveckling. Och sen såg ju dom på dom andra sjukhustomterna, Mölndal och Sahlgrenska dubblade också sin verksamhet och vi hade tätt samarbete då med ambulanssjukvården. Något som har kommit till under pandemin också är att vi bemannar nu ambulansen, bedömningsbilarna där med akutläkare, vilket är helt nytt.

LISBETH: Jaha.

MARIA: Vi kan prata om det också, men det är nytt, som också samarbetar med de mobila teamen på ett nytt sätt. Så det är väldigt mycket som har hänt i den, som man tidigare sa, prehospitäl vården. Vi, Elisabeth Hammar som är verksamhetschef på ambulansen, hon vill att vi ska gå ifrån det uttrycket med prehospitäl vård utan hon kallar det extra hospital vård för det handlar inte bara om före utan det handlar om under och efter och man kanske inte kommer in till sjukhuset alls. Jag vet att jag pratade ju i förra podden väldigt positivt om ambulansverksamheten och fantastiskt roligt att sen få komma och bli övergripande chef över den och få vara med för de är otroligt innovativa och i framkant och är ju så otroligt mycket mer än akut blåljus och en transportorganisation utan de är ju verkligen en vårdgivare i dess verkliga bemärkelse.

LISBETH: Var intressant att du säger det, för sen vi träffades förra gången så har vi också tecknat en ny överenskommelse om de här stimulanserna som staten ger för att ställa om till Nära vård och då ambulansen blivit en del av Nära vårdomställningssatsningen finns det ett särskilt avsnitt om ambulansen. Så jag tycker att det är ju härligt att höra dig berätta att du verkligen ser den innovationskraft som finns i ambulanssjukvården och hur vi skulle kunna jobba med den.

MARIA: Vi har pratat om det här innan också med mer ledarskap och innovationer som verkligen funkar. Jag tycker ju mycket om när saker kommer inifrån och inte utifrån och uppifrån. Något som jag tyckte var roligt som hände under pandemin var där i mars när vi hade fullt upp så kom ju mycket oroliga frågor från vår larmcentral, hur ska vi bedöma den här frågeställningen? Ska patienten in eller inte? Man ville diskutera med läkare och jag var mycket på, men ska vi inte skicka ut läkare och sätta dem där på larmcentralen och finnas i närheten och kunna ge råd. Ja, det var lite invändningar mot det. Men så kom Emma Lukic som är chef för akuten Östra, och hon sa men du Maria nästa vecka så har vi läkare över några pass. Är det okej om jag skickar in dem i ambulansens bedömningbil så kan de vara med där ifrån och göra bedömningarna. Men gör det sa jag, det här var någon gång i början av mars, sen hade jag fullt upp med

annat, jag följde aldrig upp hur det gick och sen fick jag klart för mig i slutet på april att Emma hade utan att stämma av med mig fortsatt bemanna varenda dag med akutläkare hela vägen till ambulansen. Och jag menar, normalt sett är vi inte en sån verksamhet där man bråkar om vem det är som ska betala utan jag blev jätteglad att hon hade gjort det och det här har ju nu faktiskt blivit en permanent satsning vi har sett här på Sahlgrenska universitetssjukhuset, att akutläkarna är här för att stanna inom ambulanssjukvården. Därför att innan har det varit anestesiläkare som har varit dom som har varit engagerad och anställd i ambulanssjukvården. Men de har ju en annan profil. De har inte riktigt kunskap och kompetens för dom här sköra äldre och har svårt att lägga den energin där. Men våra akutläkare, de skriver recept, de konstaterar dödsfall, de ger råd och dom samverkar. De vet hur de ska bedöma den här typen av patienter så att det har blivit fantastiskt bra.

LISBETH: Häftigt att höra. Jag tänker också du säger så här att ja, men ni hade mobila team innan pandemin kom och sen kunde ni växla upp det där, ni till och med dubblerade, alltså hur gör man det? Vad tar det, är det människor som jobbar traditionellt i den sjukhusvården som helt plötsligt börjar jobba mobilt?

MARIA: Men vi hade ju det. Jag tror jag pratade om det sist, men det har varit avgörande hur vi har riggat våra mobila team här på SU. Att man inte jobbar heltid i mobila teamet utan alla som jobbar i mobila teamet har de har sin huvudanställning någon annanstans och så jobbar dom femtio procent av sin tid i det mobila teamet och de kommer från många olika ställen på sjukhuset. De kommer från medicinavdelningar, de kommer från akuten, några kommer från ambulansen, några är vårdplaneringssjuksköterskor med lite mer administrativa uppgifter annars. Så att det är ju det som gör att vi har många vinster, dels så låser man inte in sig utan man får hela tiden förståelse för sjukhusets totala behov när man ser behoven från sin egen hemmaavdelning också. Man sprider informationen om mobila teamet lättare ut men nyckelfrågan är att man har ju så många spelare. Man har ju minst dubbelt så många spelare som kan gå in i teamet om det behövs och det har ju varit så avgörande för att det gjorde ju att då kunde vi ju snabbt dela in dem, såg att de mobila teamen är de som det är störst efterfrågan på och då rycker vi alla de som hade kompetens in i bilarna och

började också utbilda fler. Det måste jag säga, det är en stor framgångsfaktor, det är trots allt inte så många varje dag som åker i de mobila teamet än och det blir väldigt skört då om någon blir sjuk eller någon försvinner så att det är ett väldigt robust sätt att bygga och det har många fördelar.

LISBETH: Berätta lite grann om kopplingen också. Jag tror du gjorde det i förra podden också, men kopplingen till primärvård och den kommunala hälso- och sjukvården för att någonstans där så tänker jag att vi behöver mötas och få ihop det.

MARIA: Jag uppfattar ju att vår modell här inte har den konfliktyta mot primärvården som vi uppfattar att en del andra närsjukvårdsteam runt om i landet har haft. Och det är väl att vi är ganska tydliga med att vi tycker att de som är bäst för de sköra äldre och för den här typen av vård, är primärvårdsläkare. Det är det bästa om en primärvårdsläkare där man är listad, som förhoppningsvis känner en, kommer ut det är absolut det bästa. Men om det av olika skäl, logistik brist, att man inte har arbetssätt, om inte det funkar då är våra mobila team näst bäst och det sämsta är om man i stället kommer in till sjukhus så därför så slåss vi liksom inte riktigt om samma yta utan vi är ganska ödmjuka. Vi frågar alltid, vill ni att vi kommer? Vi är väldigt noga med när det ringer sjuksköterskor från kommunal hälso- och sjukvård, så frågar vi, har ni först varit i kontakt med primärvårdens läkare? Vill dom att vi kommer och då har de antingen liksom stämt av och de önskar vår hjälp. Då säger vi ok och ibland så säger man att vi har försökt ringa nu 3 -4 gånger, vi får inte tag i dom, läget är akut, okej, tänker vi, då åker vi ut. Så att vi försöker att aldrig runda dem. De är det viktigaste och jag brukar beskriva det att vi är lite grann som flytspackel i sprickorna, vi ska bara vara där det är en spricka och då är vi där. Sen kan man resonera om att jaha, men om den vårdcentralen funkar sämre då får de ju mer hjälp av er och är det rättvist? Nej, det vet jag inte om det är rättvist, men det är det som är det bästa för de sköra äldre och jag tänker att sen får vi chefer på övergripande nivå kolla, vart är det vi gör mest insatser och analysera det och se hur man kan undvika det. Jag tror ju då tyvärr att det kommer ta 20 år innan vi bygger upp en primärvård som gör att man kan klara sig utan oss, om någonsin. Så att det har väl gjort att jag känner att göra ett gott samarbete med primärvården och sen handlar det om att

man inte ska gå på varandra och att inte flera åker hem till samma person utan att man vet om varandra. Där har vi ett sånt där elektroniskt system "Samsa" där vi även gör vårdplaneringar och där har vi börjat jobba nu. Vi skickar meddelande i det systemet, för då går det snabbt så fort man hemma hos någon eller gör något eller får ett samtal. Då går det ut till alla tre parter på en gång. För annars kan det vara lite knöligt att hinna ringa och informera om att nu har vi varit här och nu har vi varit där, så är det upptaget i telefonen och så är man hos en annan patient och så blir inte det här klart och så kommer någon ut nästa dag och blir jätteirriterad, jag hade inte behövt åka ut på det besöket om ni var där igår och det blir rörigt för den äldre.

LISBETH: Och du säger alla tre parter, då är kommunen också en del av det här "Samsa". Du har ju varit en av de röster som har hörts i debatten kring vad som är bäst för sköra äldre. Berätta lite grann om din syn på både på debatten som har varit kring de äldre och om det är bäst med sjukhus eller kanske det särskilda boendet och hur du ser på frågan.

MARIA: Ja. Det är väl det som har tagit mig mest under pandemin, hur på något sätt, opinionen bara skiftar. Jag har ju många år slagits för att man ska få god vård hemma. Man ska slippa komma in till sjukhus för att dö, den bästa vården utanför sjukhus, vi måste rigga den och jag har varit ute i pressen många gånger med rubriker, Maria Taranger larmar om att hälften av alla göteborgare dör inne på sjukhus och att det är hemskt. Plötsligt kom det rubriker som sa att det är bara hälften av alla dom sköra äldre som dör, som får dö på sjukhus och jag kände att kunskapsläget och opinionen alltså flyttades 20 år tillbaka i tiden. Och det gjorde mig väldigt ledsen för det var ganska hårda toner och folk blir anklagade för att inte unna de sköra äldre en god vård på sjukhus och sen förstår jag att pandemin har ju blottat brister. Vi har ju, det vet ju inte minst jag om, att vi har funnits för lite. Det är klart att vi måste ut och vidta åtgärder så man får en bra bedömning, en god smärtlindring, bra brytpunktssamtal så att det blir bra och där räcker vi fortfarande inte till. Men det vi gjorde under pandemin här i göteborgsområdet är bara att vi satsade mycket på det här ihop. Så att man gjorde mer av detta än någonsin, men det är klart att det räckte inte hela vägen och då såg man väl de bristerna men det var en konstig debatt.

LISBETH: Nej, men otroligt viktig debatt att ta och föra. Och självklart att man har rätt till den individuella planen och att läkarmedverkan hos de här sköraste patienterna här så otroligt viktig. Både läkarmedverkan och medverkan från andra professioner och en god medicinsk kompetens runt den.

MARIA: Det håller jag med om och det är ju där vi får säga att när vi har bröstit så har man inte fått en individuell läkarbedömning. Då har vi absolut gjort fel men har man fått en individuell läkarbedömning så kan den i väldigt många fall vara att man faktiskt har det bäst att inte komma in till sjukhus och då blir det konstigt när det kritiserats.

LISBETH: Precis.

MARIA: Jag tror ju tyvärr att för många sköra äldre är det faktiskt färden in i ambulans som kan ha varit det som har tippat en del av dem, att det finns en överlevnad i att slippa de här besvärliga förflyttningarna när man är väldigt skör.

LISBETH: Verkligen och jag tänker mycket av hela nära vårdomställningen handlar ju om det här. Att mycket mer möta upp där människor befinner sig i livet snarare än att de ska möta upp oss där vi befinner oss i våra byggnader och hus.

MARIA: Just att den kraften som finns i media, man blir ganska tagen av den. Jag tror det var någon gång i slutet på maj-20 när debatten blossade upp och vilken effekt det fick. Alltså mina läkare från akuten Östra och min chef på akuten, hon var gråtfärdig alltså det kom in döende människor i ambulans och när vi ringde och frågade men hur kommer sig detta och vi försökte, men anhöriga var så oroliga och ledsna och personer dog i ambulansen. Det kom närstående som vi försökte släppa in och få vara med där på akutrummet, vi försökte att få upp dem på avdelningar. Men det var faktiskt hemskt ett tag och det var sorgligt att se. Men det är klart vi behövde trygga upp och någonting som var, nu pratar jag på, men det var en väldigt fin händelse jag faktiskt skulle vilja berätta om som hände i Göteborg här. Det var precis mellan nyår och trettonhelgen, på Furulund som är ett särskilt boende i Partille. Där har vi ju samverkansmöten med chefer i

kommun och primärvård och på ett sådant samverkansmöte så fick David Genbäck som biträdande verksamhetschef på medicin Östra, han fick reda på att nu har det blivit ett stort utbrott av covid-19 på det här äldreboendet. Vi tror att det är 17 personer som är drabbade och läkarna i primärvården, det var flera av kollegorna där som hade cancer, det var någon som var sjuk, det fanns knappt någon läkarresurs kvar just då dom dagarna. De hade svårt att nå och det är lite grann som chefen därför har beskrivit det sen, att det var ju lite grann en katastrofsituation egentligen att försöka räcka till för de här personerna, göra planer och att göra just de individuella bedömningar. Men David sa ju med en gång, låt mig återkomma och efter en timme efter det här mötet så sa han, men vi sätter upp en ny bil, vi har ju det här systemen med att vi har många som kan. Så att han bemannade upp en extra mobil bil och avsatte den först två dagar, sedan ytterligare en dag veckan därpå. Så det kom ut en läkare och sjuksköterska från sjukhuset och satte sig där på Furulunds äldreboende och tillsammans med sjuksköterskorna där så gick man igenom alla de här patienterna. Man gick in och man gjorde individuella bedömningar och planer där man bedömde, har den här personen nytta av sjukhusvård om den försämras och hur ska vi göra och man identifierade att några av dem skulle nog kunna ha nytta av sjukhusvård om de försämras. För det vi inte kunde erbjuda där vara syrgas och det var ju det som var frågan och då kunde också ambulansen som vi samarbetar med att komma ut med syrgastuber och så gjorde vi test på dom där. Så vi testade under en timme, förbättrar syrgasen den här personens välbefinnande och läge och tolererar den det, för det var många som var dementa, klarar den av det här? Och då på det sättet så kunde vi och jag tror att det var två personer till slut av de här tjugotalet personer som vi bedömde ja, men de behöver komma in, tror vi det är nog. Och då kunde vi göra det och så kunde vi ge en trygg vård och hjälpa till med ordinationer och samtal med närstående på plats. Och det alla har varit väldigt tacksam över det, kommunal hälso- och sjukvård, primärvården och vi var ju också så tacksamma för att annars hade vi kanske behövt nästan öppna en hel vårdavdelning till för de här personerna och de fick vara kvar i sin hemmiljö och få den bästa vården och så önskar jag att det kan få bli liksom överallt alltså, det var väldigt fint.

LISBETH: Vad tror du kommer att vara kvar av era mobila team? Nu har ni växlat upp, kommer ni nu att växla ner eller vad tänker?

MARIA: Du, det har vi gjort redan lite granna, alltså kommit ner till någon slags halv nivå och det är ju det som är vår styrka. Vi kan växa upp och ner efter behov och sen på sikt så tror jag att vi långsamt kommer att mer göra den lite mer långsamma uppväxlingen. Att vi behöver göra ett nytt omtag, komma ut till nya avdelningar som inte riktigt är vana att jobba på det här sättet, som då kan våga skriva ut sina patienter tidigare. Be oss följa upp någonting, Vi ska ännu mer ut och möta våra kollegor i primärvården så vi hittar former för samarbete och att man hör av sig till oss oftare. Vi ska fortsätta prata med ambulansen och akutläkarna så att på sikt tror jag att vi kommer växla upp mer igen men vi har gått ner lite men vi är inte nere på det som var före pandemin utan kanske en och en halv gång så stor.

LISBETH: Jobbar ni med någon utvärdering eller genomlysning av vad som hände under pandemin och vad har vi gjort för lärdomar? Gör ni något sånt?

MARIA: Ja alltså dels har vi ju en stor genomlysning hela VG-regionen. Sedan har vi på Sahlgrenska universitetssjukhuset haft en särskild genomlysning av hur det fungerar och en professor som kom hit från Karolinska som gjorde en bedömning av det och det är klart det var ju mycket. Det var ju kring ledningssystem och hur vi jobbade. Men det som han var väldigt imponerad av, det som man sa var att behåll nu absolut er ambulanssjukvård in-house i er egen organisation. De snabba förflyttningarna, samarbetet med mobila team men också de här med att vi kunde göra fördelningen av patienten både mellan de tre sjukhuskropparna i Göteborg, men också mellan de olika sjukhusen i Västra Götaland. Och ett väldigt fint samarbete inom intensivvården där man tidigt bestämde sig för att ha dagliga möten vilket man har haft såväl lördag som söndag i ja vad blir det ett och ett halvt år snart, där man varje dag träffas, ansvariga för intensivvårdsavdelningen i hela Västra Götaland och diskuterar vilket läge man har och hur man kan fördela patienter. Så där hjälper ju ambulanssjukvården sedan till med att transportererna fungerar och så.

LISBETH: Jag tänker på ledarskap, jag tycker att många vittnar om en mindre byråkratisk styrning under pandemin. Det är klart det är en kris. Vi måste handla snabbt. En större tilltro till dom som finns i verksamheterna. Har du sett det och har du reflekterat kring det?

MARIA: Ja för min personlighet och min ledarstil så passar det här läget väldigt, väldigt bra. Nu blir det ju i pandemin ganska tydliga mål, det är ganska tydligt för alla oavsett vilken position man har, för alla 17 000 på SU vad som är målet. Och det är klart att det går lättare att improvisera kring och man är inte lika beroende kanske av rutiner. Sen har det ju varit mycket med det här att man är lite snabb och att man testar saker och att man inte sitter och utreder i hundraelva år innan man prövar något utan man testar något, man utvärderar snabbt på ett kort möte. Man ändrar, man skruvar det. Det tilltalar mig mycket och jag hoppas ju att vi ska behålla det sättet att jobba. Det är ju farligt när det är klart att det känns ju nu efter, nu börjar det liksom gripa tag igen och man ska ha dom här stora utredningarna och rita kartorna och rita kartor och kartor och kartor i stället för att ut i verkligheten och testa, utvärdera.

LISBETH: Ja precis, för jag tänker det du berättar om precis med ambulanssjukvården att det är ju häftigt att se hur kraften finns där när man väl säger att nu kör vi nu testar vi. Även om jag håller med och har reflekterat mycket kring det. Att det är klart med så tydligt mål och som ett mål som också handlar om att möta en kris. Det är förenar ju på ett sätt som man kanske inte kan ha i det långsiktiga och då behöver vi en väg mitt emellan där kanske?

MARIA: Men det som jag har sagt i många sammanhang, det är att det här vällovliga i att försöka skapa rutiner och riktlinjer, vilket man gör i den bästa välmening för att det ska bli rätt, för folk ska få ett stöd och känna att dom rör sig inom rätt riktlinjer och ramar. Men det finns ju tyvärr något väldigt passiviserande i det och varje gång du gör en riktlinje så sänder du signaler att det här kan du inte tänka ut själv. Men det måste vara balans i det och den balansen kanträr tycker jag tyvärr åt att det blir för mycket riktlinjer och för lite att man litar på människor och människor blir väldigt passiva, de blir osäkra. De är rädda att de

följer riktlinjer och så gör de ingenting alls och det kan vara väldigt farligt också. Vi måste verkligen tänka efter 100 gånger för sen kommer det riktlinjer där man tittar på checklistor om man följer checklistorna och så blir det aldrig någon verkstad utanför checklistorna.

LISBETH: Och det jag tänker är just att skapa osäkerhet. I välmeningen att skapa säkerhet så skapar man osäkerhet, otrygghet, klarar jag det här, har jag följt det rätt. Vad var det nu som var nästa steg. Det är intressant.

MARIA: Nu gäller det ju verkligen att vi håller tungan rätt i mun, vi har ett nytt stort IT-system Millenium och det är nödvändigt och det finns mycket bra och många möjligheter men det finns också en väldigt fascination och tilltro till algoritmstyrd vård. Att vi ska göra rätt, man ska hänga med i det senaste, att man inte gör fel och det är bra men det får balanseras. Vi har börjat fråga oss det här, vår biträdande sjukhusdirektör Göran Matejka brukar säga att vi måste titta på balansen mellan algoritmstyrning och personcentrerad vård. Det är lite för lättvindigt säga att det är inga problem, utan det finns faktiskt en konfliktyta där som man måste våga prata om. Sen är algoritmer absolut bra ibland, men inte alltid. Och hur mycket, det är faktiskt någonting som vi måste ta på allvar. Det går inte bara att vifta bort.

LISBETH: Att just ta de konfliktytorna på allvar och vara i det och lyfta det. Det är nog ett ansvar, tänker jag för professionen att göra. Och du, jag funderar på hur ser du på omställningen till Nära vård nu efter det här dryga året som har gått. Har det förändrat din syn på omställningen?

MARIA: Egentligen inte, för mig har det bara varit ”vad var det jag sa”. Det här är viktigt, jag känner att vi har fått en skjuts. Och det har öppnat ögonen för många fler som har varit mer skeptiska till att förstå att det är hit vi måste, men det finns en lärdom för att om man med Nära vård tror att man på något sätt helt ska kunna avveckla sjukhusvård. Alltså samtidigt så tycker jag att pandemin också har visat hur viktiga sjukhusen är. Sjukhusen har väldigt viktiga uppgifter också, det är väldigt speciell vård som faktiskt bara kan ges på sjukhus och den vården kommer ju också expandera. Den behöver också expandera och det är lite grann

därför vi måste göra plats också för den vården. Med Nära vård vi behöver ha väldigt speciella, mycket dyra kostsamma resurskrävande target-behandlingar inom cancersjukvård, hjärtsjukvård. Vi måste ha den här, det här bredd och spets som vi pratar om sist, så vi måste ha den typen av vård på sjukhus. Vi kan inte montera ner dem, men därmed inte sagt att sjukhusen ska bedriva den här stora delen av mycket av den Nära vården som kan ges någon annanstans just för att vi måste göra båda delarna, både bredd och spets. Där har jag ju med min förflyttning nu, min tjänst, jag hade väldigt mycket mer bredd och hade lite spets i min gamla verksamhet men inte så mycket vård eller högspecialiserad vård. Vi hade lite grann då med vuxna med medfödda hjärtfel men här har jag mycket mer, femtio procent så att säga och här blir det mycket tydligare för mig att det är att ta och ge. Akutsjukvården och de frågorna kring sköra äldre måste få sin plats men det får inte heller kantra utan vi måste kunna ha möjlighet att ta in och göra plats för den elektiva, väldigt högspecialiserade vården också. Men det måste hela tiden vara en gungbräda och pandemin här har ju gjort att de här verksamheterna har samarbetat fantastiskt fint och det är en annan förståelse och en annan samsyn på hur man ska fördela platser och hjälpa varandra med bördor men det är klart att det har också sina konfliktytor. Det är väl det jag ser som min huvuduppgift nu. Att försöka parera där och få folk att mötas och träffa och hitta lösningar i detta.

LISBETH: Och då tänker du, konfliktytor mellan den specialiserade sjukhusvården och den mer Nära vården eller primärvården.

MARIA: Jag tänker mer faktiskt inom sjukhuset. Jag tänker länssjukvården, som kommer in via akutintaget och behöver platser och där inte platserna inom akutsjukvården räcker till. Man behöver få platser på de enheter som har mycket mer av högspecialiserad vård och som då blir oroliga att de inte kan ta in sina patienter som har gått och väntat på det här ingreppet nu i tre månader och nu måste dom, och så blir det en konflikt där. Men där vi har blivit mycket bättre på att lösa dom konfliktytorna under pandemin och måste fortsätta jobba med det. Men därför så tror jag är viktigt att man pratar om Nära vård för ibland är det väldigt lättvindigt och man tror att man kan demontera sjukhusen och det kan vi inte. Men kan vi jobba mycket med Nära vård så kan sjukhusen koncentrera sig

på att utveckla mer av den delen. Sen måste vi någonstans fundera som skattebetalare och allmänhet, vad kostar det att ha all den här vården vi har, vad kostar det att man får bli äldre i Sverige idag och få en lång tid när man faktiskt inte är yrkesverksam. Men plockar på sig den ena sjukdomen efter den andra, behöver mer kontroller och mer skraddarsydd vård och det är ju så att all vård som förlänger livet, den kostar skattepengar och det tycker jag är bra. Men någonstans måste vi fundera på vad vi kanske behöver lägga mer resurser på och det tror jag människor är beredda att göra om de förstår vad de får för pengarna. Där kommer vi in till det här, vi är inte så bra ibland på att lyfta fram det vi gör och vad man faktiskt får och vad det kostar att hålla den vården.

LISBETH: Och så tänker jag också att ju mer vi lever längre, vi lever med våra sjukdomar, kanske livslångt och många kroniska sjukdomar. Det är klart att tjänsterna ska se annorlunda ut för att också sjukhusens vårdplatser ska kunna användas till dem som behöver det. Men jag tycker på det sättet är Nära vård för mig så mycket win win att det också skapar en bättre livskvalitet att få vara hemma, att inte behöva vara på sjukhus i onödan samtidigt som vi också vinner genom att vårdplatser finns då för dem som verkligen behöver i spetsen som du säger.

MARIA: Men det är det som är så roligt. Jag blir så ivrig, så jag avbryter!

LISBETH: Nej, men det är du som ska prata!

MARIA: Det är så många vinster i detta. Det är verkligen det och där måste vi i vården backa. Vi är så omhändertagande ibland och i den Nära vården, människor vill få kunskap och verktyg för att ta hand om sin egen sjukdom. Men de vill inte bli lämnade helt ensamma, för det är ju det man ibland får, att de blir liksom lämnade utanför vården och får ingen hjälp alls. Vår uppgift är att ge verktyg och liksom ett stöd. Och vara uppskattade rådgivare och ge människor makt och ta kontroll över sin sjukdom. Och det måste vi göra. Vi kommer inte räcka till. Vi kommer inte räcka till och ha den bemanningen som vi har per sjuk person idag. Den kommer bli mindre och då tack och lov så finns det många vinster i att få manövrera sin egen sjukdom och då måste vi våga släppa och det vågar vi inte alltid. Vi är lite hönsammor. Vi bäddar ner folk i sängar och tänker det

bästa är att du ligger här så vi har koll på det och jag går och hämtar vatten till dig och vi måste sluta med det. Men det är faktiskt, där har vi ett nytt roligt samarbete på gång här mellan Chalmers och Sahlgrenska universitetssjukhuset, ett stort övergripande paraply-koncept som heter när vården flyttar hem. Det handlar om att forska på allt ifrån teknikutveckling, vi har en mobil röntgen på väg ut här nu som ryms i en liten ryggsäck som vi ska testa, men också att man forskar kring organisation och arbetssätt. För det är ju minst lika mycket det det handlar om. Så det ska bli väldigt spännande och utveckla det.

LISBETH: Gör dom det på uppdrag av er, Chalmers eller?

MARIA: Nej de har tagit kontakt med oss.

LISBETH: Det blir väldigt spännande att följa!

MARIA: Andreas Hellström som leder det arbetet har tagit kontakt med oss och vill ha samarbete och även då med näringslivet på ett nytt sätt. Och samla upp allt som pågår.

LISBETH: Dom har väl någon gren också som tittar på lokaler och utformandet och sådana saker, också miljön?

MARIA: Absolut och det är ju så roligt att Helle Wijk, som är professor och med i det arbetet, hon sitter ju min ledningsgrupp. Ja, det är en av mina två akademi representanter så att jag har ju verkligen kommit i ett väldigt roligt sammanhang där allt funktionerar.

LISBETH: Härligt. Du, är det något annat som du känner att du vill ta upp nu, så här när du kommer tillbaka till Näravårdpodden efter ett pandemi år, något som du vill berätta mer?

MARIA: Jag tycker att jag har kastat mig in och nämnt många saker så att jag tror jag kommit in på de här förändringarna, men det är viktigt nu att vi inte ramlar tillbaka i det här checklist och planeringsträsket där vi inte gör någonting. Vi

måste göra saker, vi måste pröva. Vi måste våga misslyckas, jo, det skulle jag nog vilja säga. Det tycker jag, det här syndabocksletandet i pandemin, att man är upprörd över att inte samhället visste exakt hur man skulle landa rätt när det kommer en pandemi och att man tror att det finns någon som på något sätt har orsakat detta. För mig blir det väldigt tydligt att människor tror att allting går att påverka och lösa. Vi lever i en natur. Det här är naturfenomen som dyker upp och lösningen är ju inte det som att ja, nästa gång då ska vi ha de här beredskapslagren och då ska vi ha x antal IVA platser. Alltså. Jag ser ju att lösningen för att klara, för det är ju inte säkert att det kommer en pandemi nästa gång. Det kommer något helt annat som vi inte vet vad det är och då är lösningen att vi måste ha mer självgående människor som vågar testa nya saker, för det är det som har hjälpt oss i pandemin, de som vågar ta , som misslyckas men stämmer av, som kan samarbeta och som inte kör naturligtvis, för då kan man ju köra helt fel om man kör i väg helt själv och inte lyssna på andra. Men människor som kan samarbeta, våga testa nytt. Då kommer vi vara rustade för vad som kommer, men vi ska inte tro att vi ska kunna sitta och räkna ut exakt vad som kommer och ha den beredskap för det vet vi inte.

LISBETH: Därför då tänker jag mycket att det handlar ju snarare om att lärdomen blir, hur skapar vi tillit mellan människor så vi kan jobba tillsammans när de här sakerna händer än att tro att vi ska tänka ut vad som ska hända och rustas exakt för det. Så det är ju spännande. Det är ju mycket spännande ledarskapstankar, det kanske får bli om ett år Maria, när jag bjuder tillbaka till Närvårdpodden, då pratar vi om ledarskap och dina erfarenheter efter pandemin för då hoppas vi att vi ändå har gått tillbaka till någonting som är mer lik det vi var där vi träffades där i februari-20. Jag tänker att du får även den här gången reflektera lite grann, vad nära är för dig innan vi avslutar?

MARIA: Ja nu tänker jag att jag har ju en väldig längtan av att träffa många fler människor tredimensionellt i stället för platt. Jag vill hålla om dom faktiskt. Jag vill faktiskt vara nära och finnas mer fysiskt nära människor nu. Det är väl det jag tänker på just nu och det handlar både privat och på jobbet. Det blir till slut utdraget. Sen tror jag vi kommer behålla de här kända, snabba teams mötena i många sammanhang, men det finns saker man inte kan utveckla om man inte

träffas. Inne på Sahlgrenska universitetssjukhus just nu, har vi fortfarande munskydd på oss i alla sammanhang inomhus. Du ser ju inte ansiktsuttrycket på det sättet. Så det kan jag längta väldigt mycket efter nu.

LISBETH: Då hoppas vi att det kommer snart! Stort tack Maria än en gång för att du var med och på återhörande vill jag säga och lycka till med allt ditt fina ledarskap framåt.

MARIA: Tack, kul att få komma hit och samtala med dig.

LISBETH: Tack.