

EP25 - Näravårdpodden träffar Anna Nergårdh

- VOICEOVER: En podcast från Sveriges Kommuner och Regioner.
- ANNA: ... är problemet att vi är inte tillräckligt bra på att ta hand om att möta den psykiska ohälsan, oavsett det egentligen om den har ökat eller minskat. Och jag tänker att det finns också så mycket historik i det här, vi skriver en del om det. Så då kommer man också in på juridiska och formella förhållanden och precis som vi har varit inne på från början, det här är inget nytt uppdrag för primärvården men det behöver synliggöras.
- LISBETH: I dagens Nära vård-podd så kommer vi ha fokus på primärvårdens roll för den psykiska hälsan. Så välkommen tillbaka till Nära vård-podden, Anna Nergårdh.
- ANNA: Tack så mycket.
- LISBETH: Hur mår du i dag?
- ANNA: Jag mår bra, det är så klart ... men det är det vi ska prata om, lite spännande att ha lämnat utredningens avslutande betänkande.
- LISBETH: Ja, det förstår jag. Fyra år har det gått av utredande. Vet du vad Anna, jag kom ihåg så klart särskilt ... jag tror det var ert första besök, nedslag ni gjorde i utredningen. Och då kom ni till Övertårneå hälsocentral och jag fick vara med för jag var i min roll som utvecklingsdirektör i region Norrbotten då. Vad betydde det för besöket och alla de här andra besöken som ni har gjort under de här fyra åren, vad har de betytt?
- ANNA: Nej, men de har betytt allt för utredningen skulle jag säga och utredningens arbete. Det där att just ta fram förslagen och bedömningarna i dialog med, som det står i direktiven, samtliga berörda aktörer. Det var någonting som jag verkligen ville att det skulle uttryckas i direktiven. Utifrån att jag tänker att ... jag har alltid tänkt så

EP25 - Näravårdpodden träffar Anna Nergårdh

kring min egen chef och ledarskapsfilosofi, att det är så viktigt att involvera de som faktiskt är berörda. Så vi rivstartade med det där i mars 2017 och precis som du säger, vår första resa var den där vi bland annat besökte Övertårneå hälsocentral. Och fick ett fantastiskt gott mottagande men också se en väldigt fin verksamhet. Så att vännerna där har vi haft kontakt med under hela utredningen sen. Och Övertårneå hälsocentral, i teamet där, medverkade också på ett ... vi hade vid ett tillfälle en workshop där vi samlade alla våra referensgrupper. De politiska huvudmännen, patienter, brukare och professioner. Och då hade vi just Övertårneå som ett gott exempel, så vi har hållit kontakten och det känns jättekul.

LISBETH: Ja, men vad kul. Ja, det var jättehärligt att få vara med på det där mötet och jag tyckte också att det var väldigt spännande att se hur er nyfikenhet från det nationella utredandet och deras berättelse om deras vardag möttes på ett så fint sätt.

ANNA: Ja, det är lite det man hela tiden hoppas tänker jag, att man ska kunna överbrygga de här glappen som ofta blir. Och jag tänker att det finns inget annat sätt att göra det om man ska översätta mellan de här olika logikerna, den nationella politiken. Och så det som faktiskt är varje dagverksamheten för medarbetarna och de vi är till för, patienter och brukare. Då måste man ut i verkligheten.

LISBETH: Det är det som också känns som grunden för att det här kommer att bli så hållbart att det faktiskt kommer att ... den nära vården kommer successivt att ta sin form eller gör det. Det tror jag handlar om det, att det här griper tag i människors vardag. Som ni har gjort också med utredningen på det här sättet.

ANNA: Ja, det tror jag också, dels att det här ... det är ett slags nytt ... alltså det här narrativa berättandet, att använda det på olika sätt tänker jag det ligger också i det här. Men också i det formella, att det har jag nog sagt

EP25 - Näravårdpodden träffar Anna Nergårdh

och tänkt hela tiden och också styrkt sig genom åren att den här förändringen av hälso- och sjukvården till någonting som faktiskt är anpassat till människors behov och förväntningar i dag. Jag är övertygad om att de starkaste drivkrafterna där finns hos personer med egen erfarenhet, patienter, brukare, närstående och hos medarbetarna. Och då är det så klart att då är det den kraften man ska ta till vara, något annat vore knasigt, det är klart man ska gå från det hållet. Så att det har vi försökt göra.

LISBETH: Ja, det har märkts och det låter sig sägas men det är inte alltid det låter sig göras, så att där tänker jag att du får checka ut och känna dig väldigt nöjd.

ANNA: Det är roligt att höra och jag tänker ibland att ... Och det kanske jag, det är väl en sån här sak som man ... när man pratar med andra om det här så brukar jag påpeka att det är i princip som du säger, det är inget som gör sig självt. Och det finns ingen genväg, utan det är så klart att det ligger många timmar bakom. [skratt] Om man sen kallar det timmar av arbete eller lärande eller samskapande, för att jag och mina medarbetare har också tyckt att det har varit fantastiskt berikande också för oss personligen. Men jag tror inte ... man ska inte tro att man kan göra den typen av insats, det gör sig inte med vänsterhanden, utan det är så klart att det är många timmar på tåg [skratt], det är många möten. Det är mycket energi och mycket förberedelser men som sagt vi känner alla att vi har fått ut så fantastiskt mycket av det.

LISBETH: Nej, men det är också arbete så man inte tänker att arbete handlar bara om det man sitter själv vid sitt skrivbord, utan det är också en del av arbetet. Hörrudu i Nära vård-podden så frågar vi alltid, på tal om narrativet, att berätta vem du är. Jag tänker du för göra även om du har varit med en gång förut, så berätta.

EP25 - Näravårdpodden träffar Anna Nergårdh

ANNA: Yes. Nej, men jag är väl då en människa i hälso- och sjukvårdssystemet tänker jag. För jag tänker att vi alla är det utifrån våra olika roller. Och i mitt fall så är den rollen att jag är läkare, specialist i kardiologi och internmedicin. Disputerat på förmaksflimmer en gång i tiden. Och sen fått förmånen att arbeta just med styrning och ledning i olika sammanhang i hälso- och sjukvården. Jag har varit verksamhetschef, jag har jobbat i sjukhusledning, jag har jobbat i regionledning. Och jag hade även innan jag fick det här regeringsuppdraget haft ett antal olika medverkande i projekt, arbetsgrupper, nätverk på nationell nivå. Så det är väl lite grann om min bakgrund.

LISBETH: Har det format dig någonting de här fyra åren tänker du?

ANNA: Ja.

LISBETH: Vad har varit viktiga lärdomarna?

ANNA: Jo, men det har det, absolut. Jag tänker att jag har alltid ... jag hade ... jag har intresserat mig mycket för just det här med patientdelaktighet och patientinvolvering egentligen i alla ledningsuppdrag jag har haft faktiskt. Och där har jag lärt mig otroligt mycket mer. Jag har lärt mig mycket om den nationella men också internationella patientdelaktighetsrörelsen. Patient empowerment och olika metoder, alltså det är ett teoretiskt kunskapsområde i dag hur man kan arbeta med det.

LISBETH: Just det.

ANNA: Så det ha varit ett stort lärande. Sen är det också det här att jag har nog alltid i mina chefsuppdrag brunnit lite grann just för arbetsmiljöfrågor och medarbetarna i hälso- och sjukvården. För jag tycker att man i sina olika chefsuppdrag, har sett så många som vill så mycket och gör så mycket och ofta ... Alltså jobbar man i hälso- och sjukvården, det är

EP25 - Näravårdpodden träffar Anna Nergårdh

inte bara ett arbete, det präglar så mycket av ens liv. Och att det ibland har känts att många människor satsar så stor del av sitt liv på att vara medarbetare i hälso- och sjukvården och ibland med ganska dåliga förutsättningar. Och det där har jag nog alltid med mig, alltså att det är också ... Man blir så imponerad över allt det arbete som görs och man vill verkligen vara med och skapa bättre förutsättningar.

LISBETH: Och det tycker jag också är förmånen med hela den här omställningen att de här två perspektiven går så ihop. Att patient och närstående och brukare, klienters perspektiv och arbetsmiljön för medarbetare faktiskt inte på något sätt är varandras motsatser, utan varandras förutsättningar.

ANNA: Yes.

LISBETH: Och ...

ANNA: Och det tänker jag också har väl varit en kunskap som ... jag har ... jag kommer mycket från patientsäkerhet och kvalitetshållet in i de här frågorna. Och där känner jag väl också att där är det precis så, att fokusera på kvalitet gör att samtliga övriga perspektiv faller på plats, inklusive det ekonomiska perspektivet, så ser jag det. Och att fokusera på kvalitet det handlar just om att göra det absolut bästa man kan för de man är till för. Och ska man kunna göra det som medarbetare, då kräver det goda förutsättningar och möjlighet också att jobba ... att ha ett hållbart yrkesliv.

LISBETH: Precis, precis. För du i den här podden så ska vi i dag prata om det sista delbetänkande som ni lämnade i torsdags. Den heter God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa. Och när jag läste betänkandet nu som ... när den nu var sluttad eller klar. Så skriver ni där att det kanske är ert viktigaste betänkande, varför skriver ni det? Varför är det det?

EP25 - Näravårdpodden träffar Anna Nergårdh

ANNA: Ja. Ja, vi malde på de där orden för att det är ... annars brukar vi vara rätt försiktiga med värderingar på det sättet, men jag stod på mig där. Jo, men därför att jag tycker att den psykiska ohälsan, mycket brett begrepp vi kan återkomma till det, men det är en så stor del av hälso- och sjukvården i dag, det är en samhällsutmaning. Och jag vill hävda att oavsett, för den diskussionen förs om den psykiska ohälsan, har ökat eller minskat så är problemet att vi är inte tillräckligt bra på att ta hand om ... att möta den psykiska ohälsan. Oavsett det egentligen, om den har ökat eller minskat. Och jag tänker att det finns också så mycket historik i det här, vi skriver en del om det, hur man har sett på människor med psykisk ohälsa historiskt och vad det betyder när det gäller stigmatisering. Och att det här är någonting som sitter i oss alla tror jag. Och det finns där och det påverkar mötet av de som är patienter och närstående. Men det påverkar också hur man som medarbetare ser på området psykisk ohälsa och inte minst hur de som styr och leder ser på området psykisk ohälsa. Och det här gör väl då att vi pratar mycket om synliggörandet i det här betänkandet.

LISBETH: Just det.

ANNA: Och att jag tänker att det finns nog ibland en slags hierarki mellan det somatiska eller fysiska eller psykiska. Och att få hjälpa till och bidra då till det här synliggörandet, ja, jag tror i efterhand att jag kommer nog fortsätta känna att det har varit ett av våra viktigaste uppdrag.

LISBETH: Jag tänker, jag tror att jag sa det ... har sagt det också under utredningens gång, att finns det en risk att man tittar på era betänkanden och tänker så här att "ja, där kommer de där som var före ..." Är det fyra som har kommit före eller? Hur många är det? Nu tappade jag räkningen. Fy... fe... ja, fyra före.

ANNA: Det är fem totalt, tro det eller ej. Ja [skratt].

EP25 - Närvårdspodden träffar Anna Nergårdh

LISBETH: Och ja, just det men vi tittade i det femte för det är där det handlar om psykisk hälsa och ohälsa.

ANNA: Ja, den farhågan finns så klart så att vi försöker ... vi skriver i alla fall om det i det femte betänkandet och försöker också prata om att jag är glad att vi fick det uppdraget. Och det är jag mot bakgrund av att för utredningens del så har vi aldrig skiljt på den fysiska eller psykiska ohälsan vad gäller hälso- och sjukvårdens uppdrag eller primärvårdens uppdrag. Det har lite varit vår grej snarare just att se till hela människans behov.

LISBETH: Verkligen.

ANNA: Så det gör också att ... hade det inte varit så hade vi nog haft svårt också att från ... alltså tiden från vi fick det här tilläggsdirektivet och till vi lämnade betänkandet, det hade varit svårt att få ihop det. Att det gick beror på att vi sen första dagen när vi har varit ute och mött verksamheter, personer med egen erfarenhet, så. Så har vi pratat både förstås om det fysiska och det psykiska. Och jag tänker att inte minst förslagen i huvudbetänkandet, det här som handlar om samverkan mellan regioner och kommuner, eller det som handlar om planeringsverktyg, den individuella planen, SIP:en. Väldigt mycket av de berättelser vi har fått till oss kring det kommer just från människor med erfarenhet av psykisk ohälsa. Verkligen ... minns ganska tidigt när vi diskuterade just det här med individuell plan att i något sammanhang där vi träffade just personer med den erfarenheter, så påpekade de att för det första, att man inte kände att det fanns en plan för insatserna. Men också flera stycken som berättade om att "i efterhand förstod jag att de hade gjort en plan, men jag fick aldrig ta del av den. Jag visste inte att den planen fanns." Och det var precis den typen av berättelser som ledde oss fram till förslagen som handlade just om att öka delaktigheten hos den man är till för när man gör de här individuella

EP25 - Näravårdpodden träffar Anna Nergårdh

planerna. Så att nej, just området psykisk ohälsa det har funnits med i hela vårt arbete. Även om det här ...

LISBETH: Så hela utredningen handlar om både och, men sista handlar om en djupdykning i området?

ANNA: Ja, det gör det. ja.

LISBETH: Kan du säga något om direktiven? För det var ett tilläggsdirektiv, varför kom det och vad vill... vad tror du att man ville eller vad läste ni in att man ville med det? Tror ni.

ANNA: Ja, det tilläggsdirektivet just avseende psykisk ohälsa, det kom utifrån 73-punktsöverenskommelsen mellan regeringspartierna då och Centern och Liberalerna. Och där finns det i en punkt som har nummer 63, så pratar man om att utreda en ny vårdform där patienter snabbt får hjälp vid lättare psykisk ohälsa. Och då skulle det tillsättas en utredning för det, därför att det är så man gör när man vill förändra lagtext och lagskrivningar. Och då valde man att ge oss ett tilläggsdirektiv och titta på det här. Och vi tyckte så klart att det var väldigt bra och jag uppfattade att många andra tyckte det också eftersom vi har tittat så mycket på primärvårdens roll i systemet.

LISBETH: Precis.

ANNA: Och det kanske hade blivit lite stökigt om någon annan skulle börja från ett annat håll samtidigt, så att det kändes bra att får det uppdraget.

LISBETH: Säg någonting om avgränsningar för vi vet att det är också avgränsningar, ni har inte tittat på allt inom psykisk hälsa, psykisk ohälsa?

ANNA: Nej, därför att det vi skulle titta på var precis som det står då i direktiven, att det handlade om insatser i primärvården. Och det betyder

EP25 - Näravårdpodden träffar Anna Nergårdh

att då blir så att säga psykiatrin, den specialiserade vården, en avgränsning. Samtidigt så betyder inte det att ... vi ska inte bidra till vattentäta skott, tvärt om. Men det är inte det vi utreder då i formell mening. Likaså så har vi Anders Printz utredning kring samsjuklighet, så att det som handlar då om det området och socialtjänsten, det blir också en avgränsning för oss. Och sen är det så att Peter Almgren har ett uppdrag att titta på god och nära vård för barn och unga. Och i det uppdraget så finns en slags spegling av vårt uppdrag när det gäller psykisk ohälsa. Så vi har framför allt i våra kartläggningar och analyser tittat då på 18 år och uppåt. Samtidigt är det förstås så att när vi föreslår insatser i primärvården, det gäller alla de här avgränsningarna som jag pratade om nu, så primärvårdens uppdrag är ... det är det som är primärvårdens styrka just det oavgränsade och generella. Så att det är inte så att det avgränsar vissa grupper så att säga, våra lösningar. Men det riktar sig framför allt då ... insatser i primärvården och vi tar hänsyn till andra uppdrag som är givna så att vi inte lägger förslag som går emot varandra.

LISBETH: Nej, just det. För då kan man tänka till exempel att annars hade ni behövt göra ännu mer kring elevhälsa eller andra saker för att få med barnen till exempel.

ANNA: Ja, precis så. Men det uppdraget har Peter.

LISBETH: Ja, precis det har Peter. Jag vet att de här särskilda vårdformerna för lättare psykisk ohälsa och så, finns det lite internationella exempel på och ni tar också upp det i utredningen. Vad har ni tagit inspiration från?

ANNA: Ja, man kan säga att uppdraget var speciellt på flera sätt jämfört med våra tidigare uppdrag, dels det här att det faktiskt mer tittar på ett definierat område som mer kan uppfattas som ett mer definierat diagnosområde eller så. Så det var speciellt på ett sätt. Och det andra var att just ordet vårdform fick vi fundera en hel del och också

EP25 - Näravårdpodden träffar Anna Nergårdh

reflektera tillsammans med andra över. Därför att vårdform, då kommer man väldigt snabbt in på metoder och arbetssätt.

LISBETH: Precis.

ANNA: Och det är inget som vi i den svenska hälso- och sjukvårdsstrukturen kan lagstifta fram. Därför att ansvaret för organiseringen av hälso- och sjukvården åligger huvudmännen, regioner och kommuner. Så att det var väl en sån där första utgångspunkt. Och sen stod det då i direktiven att vi skulle titta, omvärldsbevaka internationellt, och det har vi också gjort tidigare i utredningen. Och i det här fallet då så lyfte man särskilt Storbritannien, England och Norge. Och det var väl lite därför att i England och Storbritannien så har man den här modellen IAPT som har funnits där ett antal år och som vill ses som en av de största satsningarna på psykisk ohälsa i olika hälso- och sjukvårdssystem. Och det har byggt på evidensbaserade insatser, grundat sig på det här ... kunskapen om att just psykologiska terapier oftast erbjuds i mindre utsträckning än kanske farmakologiska behandlingar, läkemedelsbehandlingar.

LISBETH: Just det.

ANNA: När man då skapade ett system i England för det här då handlade det om att bygga upp en slags parallell verksamhet, en parallell vårdform, bredvid det ordinarie sjukvårdssystemet. Och när man tittar på Norge så har man anammat mycket av tänket och arbetssätten från det engelska systemet, men ändå lagt sig lite närmre det ordinarie hälso- och sjukvårdssystemet då och den ordinarie primärvården. Vi slog ganska tidigt fast att vi kände att utifrån att ... en viktig del i vårt uppdrag hela tiden har varit att minska fragmentiseringen.

LISBETH: Just det.

EP25 - Näravårdpodden träffar Anna Nergårdh

ANNA: Och det skede vi är i i Sverige det är snarare just att betona primärvårdens roll som basen i systemet. Och därmed så blev det ganska självklart för oss att inte bygga upp någonting nytt vid sidan av. Det här är också tänker jag att utifrån att vi vet i dag att ungefär 30 % av de som söker primärvården, regionernas primärvård, gör det med anledning av någon form av psykisk ohälsa. Om vi tittar på Socialstyrelsens nationella riktlinjer för ångest och depression och uppföljningen där, så är det ungefär så att 70 % av de med symtom på ångest och depression hanteras i primärvården. Och det är vår uppfattning i Sverige att det ska vara på det sättet. Och då tänkte vi då att det är så stor del av primärvårdens uppdrag, så det blir väldigt märkligt att bygga upp någonting vid sidan av. Däremot så kunde vi också se att det här är inte tillräckligt synliggjort, man har inte rätt förutsättningar att arbeta med den här problematiken. Och det var lite det då som ledde fram till de förslag och bedömningar som vi sen nu då lämnade i betänkandet.

LISBETH: Jag tänker, precis som det du säger, att själva direktivet med vårdform och allt det här, det har också gjort eller gett er ganska speciella förutsättningar nu under utredningen. Och det blir också, jag ska inte säga speciellt, men det blir ett annat sätt att också lämna förslagen på eftersom förslagen handlar väldigt mycket om bedömningar, eftersom huvudmännen äger frågorna. Du får berätta om förslagen, vad lägger ni för förslag eller bedömningar?

ANNA: Ja. Ja, men alltså det är väl så ... på sätt och vis skiljer det inte så mycket än jämfört med tidigare. Därför att vi har hela tiden varit noga och påpekade, alltså jag vet första åren fick jag ganska ofta den här frågan "kan ni föreslå att regionerna ska avskaffas?" Och nej, de kan vi inte, en statlig utredning har i uppdrag att besvara de frågor man har i sitt direktiv. Så att vi har inget uppdrag att ändra ansvarsförhållandena. Och då får det effekter, det är det som är ... jag kan tycka att det är de

EP25 - Näravårdpodden träffar Anna Nergårdh

som är det roliga med att vara utredare också, då får man klura och fundera, hur gör man det här då på bästa sätt för att bidra? Och i det här fallet då så landar vi i att ganska mycket handlade om metoder och arbetssätt. Och det är klart att då kan man säga så här, det går inte att lagstifta så då kan vi inte göra så mycket åt det.

LISBETH: Just det.

ANNA: Men jag tycker då att då har man en möjlighet att lämna bedömningar och min erfarenhet av våra tidigare betänkanden är att bedömningar spelar roll, det gör att man får en belysning av frågan. Och gör man också sina bedömningar på det sätt vi har gjort, att man tar fram dem tillsammans med många aktörer, inklusive huvudmännen, då är det klart att då är många redan från början med på de här tankarna. Så jag tycker att det är funktionellt med bedömningar, jag tycker att det passar bra i det här sammanhanget. Samtidigt så har man lärt sig det här med åren att det är också viktigt att lägga förslag, förslag till lagändring. För för mig så är ... jag vet att många i hälso- och sjukvården kan känna så här ”ja, men lagtext det är väl mest symboliskt, spelar det så stor roll?” Men tänker man ett varv till och frågar man sina jurister i utredningen så är det klart att det spelar jättestor roll. Och för mig i praktiken så handlar det mycket om att skapa uthållighet, därför det är så klart att det som är lagreglerat, det tvingar systemet i en viss riktning. Det är ändå det som är ramen sen för verksamheten, även för huvudmännen. Och sen kan jag säga att sen är det på ett sätt till och det är att ett förslag, ett lagförslag, har sin speciella så att säga arbetsform. Det är nämligen så att då ska regeringen i så fall ta det vidare i en proposition till riksdagen. Och det ger en alldeles särskild belysning av frågan. Och det piffiga tycker jag är då att har man ett lagförslag som leder till en proposition, då har man också möjlighet att ta med skrivningar och intentionerna även i bedömningarna. Så jag tycker i min roll som utredare att det är ett bra sätt att få hela paketet här att lyfta, att ha ändå

EP25 - Näravårdpodden träffar Anna Nergårdh

ett förslag till lagändring och sen då ett antal bedömningar. Så därför landade vi då just i att när det gäller förslag till lagändring, då tycker vi att det ska synliggöras i primärvårdens grunduppdrag att det faktiskt omfattar både fysisk och psykisk ohälsa.

LISBETH: Just det.

ANNA: Och då är det så att riksdagen beslutade i höstas för första gången faktiskt att ha en beskrivning i hälso- och sjukvårdslagen av primärvårdens grunduppdrag. Och då tycker vi att det passar alldeles utmärkt att komplettera det då också med det här synliggörandet av den psykiska ohälsans roll.

LISBETH: Så det är det lagförslag ni lägger? Och sen lägger ni ett antal bedömningar som ni har gjort i en struktur, berätta om den.

ANNA: Ja, sen så var det då så att då är det ett antal bedömningar som vi tycker att vi vill lyfta fram. Och man kan säga att de grundar sig dels i det här jag sa att vi vet att omfattningen av den psykiska ohälsan i primärvårdens uppdrag är så pass stor. Men de grundar sig också i att vi har sett och tagit del av många beskrivningar genom åren på att det finns en hel del evidensbaserade metoder vad gäller diagnoser inom området psykisk ohälsa, som är ofullständigt implementerade.

LISBETH: Just det.

ANNA: Och det här var väl lite ... alltså det gjorde att jag funderade mycket över att då blir det knepigt ... apropå också ny vårdform, att föreslå en massa nya saker.

LISBETH: När vi har dem.

ANNA: När vi egentligen vet vad vi ska göra, men vi har inte förutsättningar att göra det. För jag är noga att säga då att det inte är implementerat, det

EP25 - Näravårdpodden träffar Anna Nergårdh

beror inte på ovilja eller oklarheter på en enskild vårdcentral eller hälsocentral. Det beror på att förutsättningarna inte riktigt finns. Och det har också slagit oss då att i och med att det här är så många patienter, man vill göra ett bra jobb men man har inte riktigt verktygen. Det kan göra att det blir en flora av ganska spretiga initiativ faktiskt i slutändan. Och då kändes det också viktigt att återigen går tillbaka till, vad vet vi att vi faktiskt borde göra inom det här området? Och då har vi samlat de insatserna till en modell som vi kallar just Rätt stöd till psykisk hälsa.

LISBETH: Just det.

ANNA: Och den här modellen, då har vi samlat bedömningarna i tre områden där det första är vägen in, det andra är organisering av primärvårdens insatser och det tredje är samverkan och samarbete.

LISBETH: Just det. Det är det jag tänker att det blir en tydlig struktur, en tydlig ram. Jag tänker ändå kommentaren kring ”vi har egentligen evidensläget, vi har våra riktlinjer hur vi ska göra, men det blir inte riktigt gjort.” Och jag tänker ibland att det är just det som är Nära vårds uppdrag eller det omställningen handlar om. Att vi är väldigt duktiga på innehållet men det är formen för hur tjänsterna ska levereras, hur det faktiskt blir det här mötet mellan den enskilde på den enskildes villkor och medarbetaren i slutändan. Och förutsättningar runt om för att göra det på nya sätt eller mer strukturerade sätt eller ...

ANNA: Ja, jag tror det också och jag tänker att inom det här området så har det väl slagit oss ... Jag tror också att det är ... det är återigen, jag använder det ordet ofta, det är det här förändrade logikerna för hur saker behöver göras. För att jag tänker att mycket av den evidens som finns kring området psykisk ohälsa, om man tar en diagnos som depression eller en ... ja, det är ett bra exempel, även ångest. Så är det som att när vi har byggt hälso- och sjukvård traditionellt utifrån specialistvården, så är

EP25 - Näravårdpodden träffar Anna Nergårdh

lösningarna framtagna utifrån specialistvårdens logiker. Och sen så har vi förflyttat oss närmre människor, vi gör allt mer i primärvården. Men det är egentligen aldrig någon som har tittat på ”och hur blir det då när man ska implementera det här i primärvårdskontexten?” Och inte minst så glömmer man bort att faktiskt höra efter med dem som arbetar inom primärvården, som har kunskapen om området. Hur ska man göra det här för att det ska få fäste i just den kontexten? Så det här gör väl då att förutom att vi lyfter de här tre områdena, vägen in, organiseringen och samverkan och samarbete. Så gör vi också ett antal bedömningar som handlar om infrastrukturen, hur får vi det här mer att hända? Och där kan man väl säga att där handlar det just om att när man till exempel gör statliga satsningar, överenskommelserna mellan regeringen och SKR, så måste förstås primärvården inkluderas tydligare. Och då kommer vi också tillbaka till januariutredningens kapphästar, att även i det här betänkandet så är det primärvård hos både regioner och kommun.

LISBETH: Ja, precis. För det var det jag skulle ... för jag tänker att det kan vara lätt att man sitter och tänker ”vårdcentralen” framför sig. Och sen har ni varit noga med att hela tiden peka på den delade huvudmannskapet och den delade primärvården vi har i Sverige där kommunerna också har en roll. Vad har de för roll för den psykiska hälsan?

ANNA: Inom det här ... ja, inom det här området så blir det jätteviktigt. Därför att ... det var faktiskt så här att insikten där fick vi av att det finns en rapport från Socialstyrelsen för några år sen som visar att många äldre får, vad gäller diagnoser inom området psykisk ohälsa, får läkemedelsbehandling. Men inte särskilt ofta andra typer av insatser, till exempel psykologisk behandling. När vi tittade ... för vi har gjort en kartläggning och tittat på ett antal förfrågningsunderlag hos regioner och kommuner. Då ser vi att det här är ofta hos både regioner och kommuner väldigt översiktligt beskrivet vad man egentligen ska

EP25 - Näravårdpodden träffar Anna Nergårdh

erbjuda. Men det finns en problematik på kommunsidan, för det är ibland lite oklart om man finns i kommunens hälso- och sjukvård, hur man ens möter de här andra kompetenserna som kan behövas inom området psykisk ohälsa. Och jag tror att det här har att göra med att ädelreformen i början av 90-talet, ni vet de här skrivningarna om upp till ... till och med sjuksköterskekompetens. Det är väldigt fokuserat på en slags hierarkisk ordning mellan yrkesroller. Och yrkesroller som psykolog och hälso- och sjukvårdskurator, de är inte ens nämnda. Och det är så klart att då måste man förstå att om man finns i kommunens hälso- och sjukvård så finns det så klart en massa kompetens som inte finns, och om du frågar mig kanske inte heller ska finnas där, utan som mer handlar om samverkan mellan kommun och region. Men det vill till att de som möter de här personerna i kommunernas hälso- och sjukvård har kunskap att uppmärksamma tecken på psykisk ohälsa. Och det vill till att de tjänster som sen erbjuds inte bara erbjuds till personer som har receptblock och penna så klart, utan också andra typer av insatser. Därför att annars är det inte så konstigt att Socialstyrelsens rapport visar att det blir läkemedel eller ingenting annat. Så att det här är faktiskt ett område som vi skriver en del om och där vi ... ja, vi tror att det här behöver uppmärksammas. Och sen vill jag vara tydlig och säga att då har också våra dialoger visat att när det gäller stöd till den psykiska hälsan, så är det så klart att det är inte alltid kanske konventionella terapier som ska till. Utan om man tänker att möta besvär av ångest och oro hos många på ett särskilt boende, då kanske det handlar om struktur i vardagen.

LISBETH: Ja, precis.

ANNA: Det kanske handlar om möjlighet att få röra på sig, det vill säga arbetsterapeuter, fysioterapeuter. Så att det är inte så, återigen, det är inte så att det finns ett quick fix-svar på den frågan heller, att man

EP25 - Näravårdpodden träffar Anna Nergårdh

skickar in en viss yrkesgrupp och så är man klar. Utan det handlar så klart om att se, återigen det personcentrerade ...

LISBETH: Precis.

ANNA: ... individens behov och vad som behöver erbjudas utifrån det. Så att ... ja, då kom vi tillbaka till lite det här att ... den här skrivningen om att det här kanske är på vissa sätt den viktigaste delen av vårt uppdrag, att det här är frågor som inte har uppmärksammats så tydligt tidigare.

LISBETH: Nej, precis. För jag tror att det har varit ett väldigt bidragande ... det gäller hela utredningsarbetet, alltså den kommunala hälso- och sjukvårdens roll i systemet. För det här är också otroligt viktiga patientgrupper som de här delarna av hälso- och sjukvården möter.

ANNA: Ja, och det är väl ... jag tror också att när jag om ett antal år tittar i backspeglarna så kanske jag kommer att tycka att det är en av våra större insatser att vi har fått bara med och belysa det här. Jag tänker också att från att ha känt sig ibland lite ensam på den barrikaden så kan man säga att pandemin har gjort att nu är det många på den barrikaden. Och sen får man hoppas att de då stannar kvar och faktiskt driver de här frågorna nu, därför att här finns stora utmaningar och stora behov.

LISBETH: Verkligen. Ja, man får väl säga ... jag tänker på att Louise som du har jobbat så jättenära nu kommer att vara en del av utredningen av framtidens äldreomsorg, vad gäller definitioner och lagstiftning. Det är väl ett sätt att brygga över också ... kunskap?

ANNA: Det känns jättebra, Louise Andersson har varit huvudsekreterare i min utredning och kommer nu att gå över till att vara huvudsekreterare i den utredning som ska legas av Olivia Wigzell. Och det känns så bra på flera sätt, dels därför att kompetensen tas till vara. Men också tänker jag att det ... vi hade ett samordnande uppdrag från början i vår utredning,

EP25 - Näravårdpodden träffar Anna Nergårdh

samordnade utveckling. Och för mig var just det här att det pågår så många initiativ, utredningar, så att hur får man det här att hänga ihop bättre? Och vi har arbetat en del med workshops med andra utredningar och just försökt skapa en sån samverkan. Och därför, det känns då lite extra roligt att det blev på det här sättet att man faktiskt kan ta ... ja, stafettpippen och gå vidare så att säga.

LISBETH: Ja, precis. Och jätteviktigt tänker jag för vårdsverige att saker och ting hänger ihop. Anna du pratade tidigt när vi började samtala i dag om definitioner av psykisk hälsa och psykisk ohälsa. Och nu har vi pratat på här om utredningen, men jag tror ändå att det är viktigt, berätta hur ni landade där för att det där kan vara någonting som många funderar på, vad är det egentligen? Vad är vad och ...? Hur ska man orientera i det här?

ANNA: Ja, [skratt] det gjorde vi också kan jag säga. Därför att det ... vårt uppdrag som det var beskrivet handlade om lättare psykisk ohälsa.

LISBETH: Just det.

ANNA: Det finns ingen definition av lättare psykisk ohälsa, det finns egentligen ingen tydlig definition av hela området psykisk ohälsa, det används på lite olika sätt av olika aktörer. Vi blev väl ganska snabbt varse att någon juridisk eller diagnosmässig definition av lättare psykisk ohälsa, det är egentligen inte möjligt. Vi såg också att i och med att vi från utredningens sida har velat har ett personcentrerat angreppssätt på frågorna, så tänkte jag att utifrån individens perspektiv så kan man inte själv veta om man har en lättare eller svårare psykisk ohälsa. Utan vi bestämde oss nog ganska tidigt för att idén här var en slags lågtröskelmöte.

LISBETH: Just det.

EP25 - Näravårdpodden träffar Anna Nergårdh

ANNA: Att öka tillgängligheten, att göra det lätt att söka för besvär när man känner att ””nu mår jag på ett sätt som jag inte klarar att hantera själv.” Sen är vi också noga med att säga att sen är det viktigt att förstå att hälso- och sjukvården och primärvården kan inte lösa människors alla besvär. Alla besvär av så att säga nedsatt psykiskt välbefinnande. Men vi tänker ändå att primärvården har den här rollen att faktiskt se, är det här någonting hälso- och sjukvården kan hjälpa till med? Eller finns det andra aktörer, vi pratar mycket om civila samhället och föreningslivet i det här betänkandet och den samverkan, så. Men det gjorde då att då insåg vi att vi kommer inte att ta fram en juridisk definition av lättare psykisk ohälsa, därför att det är inte ... det personcentrerad är ”vart går jag med min upplevelse.” Sen när vi då skulle titta på definitioner vad gällde hela området psykisk ohälsa, därför att vi uppfattade också att det fanns en problematik i att man använde begreppet men använde det på olika sätt. Men då blev vi varse ett arbete som faktiskt utifrån rådet med styrning för kunskap har gjorts av Folkhälsomyndighete, Socialstyrelsen, SBU och SKR. Och där har man gjort en slags begreppsarbete kring hela området psykisk ohälsa som i det här fallet då är verkligheten, har den här stora bredden. Och sen gör en slags indelning i det som är psykiska besvär och psykiatriska tillstånd och för resonemang då kring ett slags begreppssträd. Och vi ställer oss bakom det här arbetet, det är ett arbete som i dag ... det finns bland annat på SKR:s hemsida att se hur det här är gjort. Och sen är man noga med att säga där att det här kanske är ett arbete som också delvis kom ... Det är ett levande arbete, det kommer att förändras över tid, men vi ställer oss bakom det begreppsarbetet. Och då har vi sen då till följd av det också uttryckt oss i enlighet med de begreppssträden i vårt betänkande.

LISBETH: Just det, så man kan hitta i både betänkandet och på SKR:s webbplats om man är nyfiken? För att läsa mer om det.

ANNA: Ja.

EP25 - Näravårdpodden träffar Anna Nergårdh

LISBETH: Hörudu, jag tänkte om vi skulle säga några korta ord om de här tre olika delarna, vägen in och organiseringen av primärvårdens insatser och samverkan och samarbete. Och då tänkte jag på det här Vägen in och så skriver man ... ni skriver en del om 1177 Vårdguidens roll, vad tänker du att det kan ha för roll i ... och är det ett primärvårdsuppdrag eller hur ska man se på det där? Har du funderat på det?

ANNA: Ja, det har vi. Vi tror ... och jag ... vi tror i utredningen och jag tror personligen att 1177 Vårdguiden har en viktig roll som ingår i hälso- och sjukvårdssystemet. Jag tycker också att det har en alldeles särskild roll, därför att det är huvudmännen, det är regionernas ingång i hälso- och sjukvårdssystemet, så att säga. Så vi skriver om det, både som en del i Vägen in, men också vad gäller samverkan därför att sen har vi också ett stort antal helt fantastiska stöd- och hjälplinjer som andra tillhandahåller.

LISBETH: Precis.

ANNA: Och här tror vi väl att det kanske behövs en mer strukturerad samverkan mellan dem insatserna. Och sen är det väl så att vi beskriver att precis som i många andra delar av systemet, när det många gånger blir mer fokus på den somatiska hälsan och de fysiska problemen, så beskriver vi att det finns nog lite av den dragningen eller det synsättet även i beslutsstöden hos 1177 Vårdguiden. Så att vi tror att även det är ett ställe där just området psykisk ohälsa behöver synliggöras mer, eftersom så många söker med de här besvären.

LISBETH: Söker, precis.

ANNA: Och där tänker vi också, i 1177 Vårdguiden, så tänker vi också ... Vi skriver en hel del, precis som tidigare, om hälsolitteracitet. Vad man själv kan göra för att må bra. Och vilka stöd man kan få till sin egen

EP25 - Näravårdpodden träffar Anna Nergårdh

hälsa. Och där tror vi förstås som många att 1177 Vårdguiden också har en roll i det.

LISBETH: Verkligen, det tänker jag också är en stor roll eftersom man ... Det blir en plattform där man kan vara trygg med att kunskapen är rätt och det är ett sätt att skapa relation till hälso- och sjukvårdens ja, men kunskapsbank på något sätt. Känns sig trygg att faktiskt kunna både läsa mig till och kanske ställa frågor också på telefon eller på ... digitalt.

ANNA: Ja, men jag tror det och jag tror också att för mig är det alltid så eftersom jag är i mycket en samverkansperson, men jag är också den första att tycka att det blir ingen samverkan om man inte har tydliga roller för vem som gör vad. Egentligen, nej, ibland beskrivs det som att det här med samverkan och samarbete är någon slags halvflummig dimension [skratt] som är lite svår att ta på. För mig så ... det finns nog ingenting som ställer faktiskt så tydliga krav just på roller och uppdrag som samverkan. Därför att man kan inte vare sig vara trygg med den samverkan man har eller utföra den på ett bra sätt om inte alla är överens om vilka roller man har i systemet. Så att just såna saker skriver vi en del om också.

LISBETH: Jag tycker också det ... du var inne på det kring samverkan och samarbete och civilsamhällets roll just på det här området, jag tycker det är faktiskt särskilt intressant att läsa den delen av ... förutsättningarna för hur vi får ihop det här. Jag tycker det blev så tydligt för mig när jag läste just de ... alla de initiativ som så bra och fina initiativ som civilsamhället står för just inom det här området, berätta lite.

ANNA: Ja, det där tycker jag också är jättespännande, att det är ... det fick mig att reflektera ... Alltså jag är föreningsmänniska i grund och botten, det fick mig att reflektera också om föreningslivets roll för den svenska folkhälsan historiskt. Allt från nykterhetsrörelsens roll till förstås

EP25 - Näravårdpodden träffar Anna Nergårdh

idrottsrörelsen, friluftsverksamheter, så. Och hur mycket det betyder för människor och det sociala sammanhanget att vara med i en förening. Både att vara mottagare av aktiviteter i en förening men också att vara ledare och ansvariga, alltså det finns så många ... ja, så mycket bra i det här.

LISBETH: Precis.

ANNA: Och sen stötte vid då på enstaka exempel på där man hade en strukturerad samverkan, verkligen i närmiljön, i närområdet. Jag kommer tillbaka till den här gamla bilden vi gjorde i ett av våra betänkande, hälsocentralen mitt i byn, som visade just den här samverkan som kan finnas. Den bilden kommer för övrigt Folkhälsomyndigheten att ta över och förvalta nu efter utredningstidens slut, det känns jätteroligt. Ja, men just den här ... och den där strukturerade samverkan hittade vi inte på så många ställen, däremot så hittade vi rätt många föreningar som på olika sätt sa att ”vi uppfattar att vi har verksamhet som möter människors behov i dag, men de som skulle behöva det hittar inte riktigt till oss.” Och så hittade vi exempel på vårdcentraler och hälsocentraler där man hade en väldigt fin samverkan med en eller flera föreningar, då byggde ofta det på att någon på hälsocentralen eller vårdcentralen själv brann för den här frågan eller såg möjligheterna i det här. Och här tror vi att man skulle kunna få till stånd en mer ... alltså också i ... en stödjande struktur för sån samverkan. Finns också ett spännande forskningsprojekt i Umeå som vi lyfter där man har tittat på att vi är en app, utifrån individens intressen och behov tillgängliggöra olika delar av föreningslivet. Sen återigen som alltid, digitaliseringen ska vara inkluderande så det är klart vi ska inte bara jobba med appar, men alltså det finns mycket just i det här tror jag som man skulle kunna få väldigt fina effekter av.

EP25 - Näravårdpodden träffar Anna Nergårdh

LISBETH: Jag ... det är inte många som har kanske hunnit läsa hela betänkandet än, den kom i torsdags. Men jag har ändå hunnit stöta på några som har ... om de inte har läst allt så har de skummat och så säger de så här att ”det känns jättebra, det här känns angeläget. Men vi får inga resurser.” Och jag tänker att det är också någonting som vi har problematiserat eller jag har lyft när man inte lägger författningsförslag så är det ... kan man ... behöver man inte heller koppla pengarna till. Och jag tänker ändå att det här är en ambitionshöjning för svensk primärvård, du pratar om förutsättningarna och så, hur tänker du kring det där? Hur ... har ni löst det?

ANNA: Ja, nej, den är svår för att den är ... så då kommer man också in på juridiska och formella förhållanden. Och precis som vi har varit inne på från början, det här är inget nytt uppdrag för primärvården men det behöver synliggöras. Det var faktiskt också en av tankarna med att samla de här olika bedömningarna till en modell, Rätt stöd till psykisk hälsa. För där skriver vi också att vi ser framför oss att den modellen kan bli föremål för statliga satsningar, till exempel i en överenskommelse mellan regeringen och SKR. Jag tror fortfarande att det är det bästa sättet att tillgodose att pengarna kommer på ett öronmärkt sätt dit där de behövs. Men jag har på senare tid och som ... lite som en avslutning för utredning flera gånger och i olika sammanhang lyft att det här är en nyckelfråga för omställningen nu. Inte bara att det satsas pengar på omställningen till god och nära vård, därför att det gör det. Senast i den här överenskommelsen som presenterades här om dagen så är det ett antal miljarder till. Men det är bekymmersamt att medarbetarna i verksamheten, framför allt primärvårdens medarbetare, de ser inte de här resurserna. De uppfattar inte att de här pengarna kommer hela vägen ut till verksamhet på det sätt som behövs. Och det är ... man kan säkert argumentera för och emot, om det förhåller sig så eller inte, men det är avgörande. Då

EP25 - Näravårdpodden träffar Anna Nergårdh

kommer vi tillbaka till det här att faktiskt medarbetarnas möjlighet att påverka den här förändringen. Och jag tror att det här måste man göra på ett klokt sätt så att man faktiskt uppfattar att det här också blir resurssatt.

LISBETH: Ja, det ligger mycket ... det tänker jag också, att berättandet, som ni gör både i det här betänkandet som vi försöker jobba med, när det har ... när man gör de här sakerna i verksamheterna, medarbetare, patienter. Vad blir effekterna? Hur ser resultaten ut? Hur kan det här bygget se ut? Så vi hjälper varandra att se framför oss den rörelse som pågår och så.

ANNA: Jo, jag tror också ... här ligger väl också mycket i för att om man säger område psykisk ohälsa är ett område och där ... det tror jag vi har många med oss i den uppfattningen där man också har satsat stora ekonomiska medel genom åren. Men som sagt återigen, det vill till då att hela vårdkedjorna omfattas och att det här ... Vi diskuterar lite också kring möjligheten att skapa modellområden.

LISBETH: Just det.

ANNA: Och det är väl just för att sätta ljuset på det här sättet att skära systemet, så att säga. Att man skulle kunna prova den här samverkan som behövs, både mellan huvudmän ... involvera personer med egen erfarenhet, medarbetare och också den här delen med föreningslivet och civila samhället. Och tydligt också vetenskapligt utvärdera hur den här modellen skulle fungera.

LISBETH: Just det. Ja, det ligger ett sånt förslag i ert betänkande?

ANNA: Det finns med.

LISBETH: Anna är det någonting du inte har hunnit säga om det som nu lämnades över till socialministern i torsdags? Massor så klart men någonting som ...

EP25 - Näravårdpodden träffar Anna Nergårdh

- ANNA: Jag tror att ... ja, nej, men jag tror att vi har pratat om de stora och viktiga delarna. Det är ... det är ... alltså jag är ... över huvud taget så känns det väldigt bra tycker jag, både med de här ekonomiska satsningarna som gör förstås. Och också det arbete som görs för att stödja omställningen hos er på SKR och också uppdragen som har givits till Socialstyrelsen, myndigheten för vård- och omsorgsanalys, IVO ... hade ett uppdrag också. Det tänker jag att det borgar för att det här faktiskt verkligen händer. Jag tycker det är så roligt med er den här utbildningen ni har nu under våren ...
- LISBETH: Ja, visst är den.
- ANNA: ... som också vänder sig till politiska beslutsfattare och beslutsfattare på olika nivåer och att den verkar ha fått så stort genomslag.
- LISBETH: Ja, jag tycker det är fantastiskt och det visar också att det finns ett stort driv och intresse i att vara med i den rörelsen och driva den här omställningen. Så att det är verkligen roligt. Anna vi brukar ... jag brukar fråga vad ”nära” är för dig, om du skulle ta det i det här perspektivet av psykisk hälsa, blir det något annat? Vad skulle du tänka att det här betänkandet, hur speglar det ”nära”?
- ANNA: Ja. Här ... just när det gäller området psykisk ohälsa då är det nog för mig nära för alla. Vi har pratat mycket om och hoppas att det här ska kunna bidra, så då kommer vi in på det här med stigmatiseringen av psykisk ohälsa. Att inte bara prata om att det ... ja, att man vänder sig till hälso- och sjukvården för allt. Men att också faktiskt lyfta det här med dem som inte vänder sig till hälso- och sjukvården, när man har besvär av psykisk ohälsa som man borde känna att man kan vända sig till hälso- och sjukvården med. Och det ligger väl ... där är som hela grunden att jag tror att det är så rätt att lägga det här, synliggöra uppdraget i primärvården. Också att vi skriver så mycket om betydelsen av kontinuitet, fast läkarkontakt, fast vårdkontakt i primärvården för att

EP25 - Näravårdpodden träffar Anna Nergårdh

våga lyfta de här många gånger ganska svåra frågorna. Och jag tänker att vi vet att vi har misslyckan... Alltså vi har grupper när det gäller suicidprevention som inte når i tillräcklig utsträckning. Vi har en underbehandling av vissa diagnoser inom området psykisk ohälsa, vi har också många som har en diagnosticerad psykisk ohälsa som inte kommer till vad gäller de fysiska besvären och de somatiska.

LISBETH: Precis.

ANNA: Så att i det här ... när vi pratar just om psykisk ohälsa då handlar det i väldigt stor utsträckning för mig att göra vården nära för alla.

LISBETH: Tack, det tycker jag var ett väldigt fint avslut på det här samtalet, tack så mycket Anna och lycka till framåt.

ANNA: Tack så mycket för att jag fick vara med, vi hörs. Hej.

LISBETH: Tack hej.