



AKADEMISKA
SIUKHUSET

Ronden

Nummer 3 • 2007



Akademiska i närbild

Tema jämfäställd vård • Divisionschef skriver dagbok

Ronden

Nr 3 • 2007

Ny regionindelning ett tidskrävande pussel

Sidan 4

Ambulanspersonal utbildar ungdomar

Sidan 6

Tema jämställd vård

Sidorna 8–15

Populärt träna på tåliga patienter i plast

Sidan 16

Karin Norlén skriver dagbok

Sidan 20



Omslagsbilden:

Fotografen John Olsson och inslagsproducenten Magnus Egler tar de första bilderna till höstens tv-serie.

Ronden är Akademiska sjukhusets personaltidning sedan 1960.

Redaktion

ronden@akademiska.se

Redaktör

Ingela Wiman

018-611 32 27

ingela.wiman@akademiska.se

Karin Sandell

018-611 96 11

0706-22 24 21

karin.sandell@akademiska.se

Ansvarig utgivare

Christina Bostedt

Tryck

Trydells tryckeri, Laholm

Tryckt på Arctic Silk

Annonser

ronden@akademiska.se

018-611 96 11

Ronden

Akademiska sjukhuset

751 85 Uppsala

ronden@akademiska.se

018-611 32 27

018-611 96 11

Manusstopp nr 4/2007: 21 augusti

Mest jobbsnack med chefen

MED CHEFERNA talar vi gärna arbete. Med arbetskamraterna blir det mer personliga reflektioner kring barn och familjeliv. Det visar en läsarenkät som tidningen Arbetsliv gjort.

Resultatet tyder på att vi pratar mycket på våra arbetsplatser. Varje dag har de flesta kontakt och samtal med sin chef. Samtalen med chefen har klart fokus på jobbet. Sex av tio säger sig bara ta upp arbetsrelaterade frågor.

”Christina, ska jag skriva några rader till Navet om arbetet med riksjukvården utifrån mötet jag var på i måndags?”
”Ja, jättebra, gör det.”

MED DE NÄRMASTE arbetskamraterna har de flesta samtal varje dag. Med dem pratar man gärna samhällsfrågor, åtta av tio gör det. Lika viktigt är privatlivet, barn och familj. Mer sällan talar man bara jobbfrågor med de närmaste på jobbet. Desto fler talar om sina chefer eller andra medarbetare, fem av tio.

Kvinnor talar i högre utsträckning om barn och familj än män. Män å sin sida talar framför allt om samhällsfrågor och sport med chefen och de närmaste arbetskamraterna.

”Helena, såg du tv-serien Six feet under i går kväll?”

”Ja, visst har det blivit dåligt.”

”Karin, har du ett bra boktips?”

”Ja, läs Svinalängorna av Susanna Alakoski och Midnattsbarnen av Salman Rushdie.”

”Anders, såg du fotbollen i går kväll?”

”Ja, vilket spel från Milans sida!”

DET FÖREKOMMER förstås gräl och konflikter om arbetsrelaterade frågor. Men hälften tycker att det sker sällan. Nästan tre av tio säger att det sker ibland. Få tycker att det sker ofta.

Den främsta orsaken till att man inte kommer överens är stress och för hög arbetsbelastning. Därefter anges orsakerna dåligt ledarskap och otydlig arbetsorganisation. Orsaker som bottnar hos medarbetarna, till exempel personkemi och oförmåga att tänka nytt, anger en tredjedel vara orsaken.

Känner ni igen er?

INGELA WIMAN

REDAKTÖR





Inslagsproducenten Magnus Egler och fotografen John Olsson provfilmade gruppchef Emanuel Pettersson på akutmottagningen.

Livet på Akademiska blir tv-serie

Tio till tolv personer från Akademiska kommer under hösten att bli riktiga tv-kändisar när TV3 sänder den dokumentärserie som nyligen börjat spelas in på sjukhuset.

Det är produktionsbolaget Titan Television som sköter själva inspelningen. Programmen, som är 30 minuter långa, kommer att sändas måndagar till och med torsdagar. Exakt när sändningarna börjar och hur många veckor som programmen kommer att sändas är inte klart ännu.

– Vi vill skildra hur det är att arbeta på ett sjukhus på riktigt, så naket och ärligt som möjligt. Akademiska är ett bra val, det är ett stort akutsjukhus som ligger bra till i landet, säger Anette Beijer, exekutiv producent.

När Ronden gör intervjun med produktionsbolaget, pågick arbetet med att välja ut de tio till tolv personer som ska bli huvudpersoner i serien.

– Vi har träffat massvis med intresserade och intressanta anställda från sjukhuset. Nu ska vi plocka ihop en bra mix – de ska representera olika verksamheter, yrkesgrupper, åldrar och karaktärer, säger

producenten Anki Lindberg.

Dessa personer ska följas i deras arbetsmiljö på sjukhus så att tittarna lär känna dem både som yrkes- och privatpersoner. Det blir dock inga scener om personernas liv utanför sjukhuset.

– Spelplatsen är sjukhuset. Det är en spännande miljö, säger Anki Lindberg.

Serien är helt dokumentär, det vill säga att den helt bygger på verkligheten. Det förekommer inga arrangerade scener, inga i förväg skrivna repliker eller skådespelare med i serien.

– Vår ambition är att täcka så stor del av verksamheten på Akademiska som möjligt för att ge en heltäckande bild. Men även en sådan här stor satsning har sina begränsningar, det går inte att visa allt, menar Anette Beijer.

Skriftligt samtycke

Patienternas integritet och sekretess för produktionsbolagets personal finns reglerat i ett avtal mellan Titan Television och Akademiska sjukhuset. Patienterna ska ge sitt skriftliga samtycke till att vara med i produktionen. Ingen som inte vill vara med i produktionen kommer att filmas.

Patienter har också rätt att ångra sitt tidigare samtycke.

– Det är personalen, inte patienterna, som står i fokus, betonar Anki Lindberg.

Under inspelningen kommer produktionsbolaget att ha tre, ibland fyra, olika filmteam i gång på sjukhuset. Materialet ska räcka till många halvtimmeprogram under hösten, exakt hur många och när de börjar sändas är alltså i skrivande stund inte bestämt.

Allt material som produktionsbolaget planerar att sända, ska granskas av informationschef Christina Bostedt och chefsläkare Björn Ragnarsson som ingår i den styrgrupp som finns på sjukhuset för att hantera frågan.

Emanuel Pettersson, gruppchef på akutmottagningen, är en av många på akuten som visat intresse för att vara med i tv-serien.

– Det vore jätteroligt att få visa vad vi gör, både för allmänheten men också för varandra på sjukhuset. Egentligen vet vi rätt lite även internt om hur vi arbetar inom olika verksamheter, säger han.

TEXT: INGELA WIMAN
FOTO: STAFFAN CLAESSON

Ny regionindelning ett tidskrävande pussel

– Jag tror inte att det geografiska pusslet kan vara klart förrän till valet 2014. Däremot kan kanske någon eller några nya regionkommuner sy ihop sig tidigare. Dessutom kan säkert delar av kommitténs förslag, till exempel en ny patientlag, realiseras före valet 2010.

Den prognosen kommer från Martin Olauzon, som var huvudsekreterare i Ansvarskommittén och som nu återgått till sitt arbete på Glesbygdverket.

– Kommitténs förslag var visserligen att landstingen, kommunerna, statliga myndigheter med flera intressenter utifrån klara kriterier skulle bilda nya regionkommuner, en process som innehåller ett stort mått av frivillighet. Men man hade tänkt en någorlunda styrd process, säger han.

Ansvarskommittén föreslog att tre förhandlingsmän skulle utses, en för varje landsända, för att hålla ihop diskussionen och se till att alla parter kommer med på ett bra sätt.

– Men i och med att regeringen ännu inte enats om den fortsatta hanteringen av kommitténs förslag, så har den än så länge avstått från att utse dessa förhandlingsmän. Därmed riskerar de att ha släppt iväg processen och det kan bli svårt att återta ledningen av processen här, tror jag.

Moderaternas partistämman i höst kommer att bli strategiskt mycket viktig för det fortsatta arbetet med förslagen.

– Det är inte bra att racet går utan att

staten är med. Förhoppningsvis kan förhandlingsmännen komma i kapp på upploppet, men då har de andra redan sprungit minst ett varv.

Knäckfrågan är förstås hur Mellansverige ska delas upp i regioner. Martin Olauzon tror knappast att det blir en region, där de fyra länen i Mälardalen går ihop med Stockholms län.

– Den skulle innehålla en tredjedel av landets befolkning. Det kan uppfattas som en stat i staten, inte minst av den nationella regeringen, oavsett vilken färg denna har.

Likvärdig vård

Nästan allt fokus från Ansvarskommittén har hamnat på hur landet ska delas in i regioner. Men Martin Olauzon tycker att förslagen om hur sjukvården ska styras betyder mer än hur den är strukturerad.

– Vi måste skapa bättre förutsättningar för att styra och följa upp så att alla får en likvärdig vård. Lagar och förordningar är en väg vi tänker oss. Mätningar är en annan. Det är inte enkelt att mäta, det vet vi. Men länder som USA, Storbritannien och Danmark har kommit längre och dem kan



Martin Olauzon

vi lära en hel del av, säger han.

Martin Olauzon betonar att staten ska stå för likvärdigheten inom vården, men det behöver inte betyda att den ska äga och/eller utföra den.

– Vi har redan idag ett nationellt sjukvårdssystem, även om ansvaret för finansiering och tillhandahållande av vården är decentraliserat. Staten har det yttersta ansvaret och reglerar såväl de juridiska som de ekonomiska förutsättningarna för vårdverksamheten.

Detta nationella perspektiv stärks definitivt med Ansvarskommitténs förslag.

– Ett förstatligande av den högspecialiserade vården har flera nackdelar. Dels är det som anses vara högspecialiserad vård idag i en del fall ute på vårdcentralerna i morgon! Så fort går ju utvecklingen. Dels bedriver inget sjukhus enbart högspecialiserad vård. Akademiska, till exempel, är ju också ett länssjukhus för upplänningarna.

Mer kraftfulla ägare

Samtidigt är Akademiska sjukhuset för stort för sitt landsting. Norrlands universitetssjukhus har samma problem. Det behövs mer kraftfulla ägare för de stora regionsjukhusen och det behövs en tillräcklig bas för fortsatt utveckling.

– Motsatt förhållande gäller för primärvården. Hälften av landets kommuner har under 15 000 innevånare och är för små för att kunna bedriva primärvård fullt ut. Därför menar kommittén att det vore rimligt att ha sex-sju huvudmän för sjukvården, säger Martin Olauzon.

Akademiska vill fortsätta samarbetet

– Det nuvarande samarbetet med landstingen i Mellansverige fungerar mycket bra och Akademiska ser gärna att det ska bilda underlag för en ny storregion. Men det är också viktigt att fortsätta att samarbeta över gränserna med de andra universitetssjukhusen, säger sjukhusdirektör Marie Beckman Suurkula i en kommentar till Ansvarskommitténs betänkande.

Akademiska sjukhuset är ingen remissinstans, men ska på eget initiativ lämna ett remissvar. Här finns också en grupp som arbetar med kommitténs förslag ur sjukhusets perspektiv.

För att informera om Akademiska sjukhusets roll i regionen har sjukhuset tagit fram ett informationsmaterial som kan användas vid möten om Ansvarskommitténs betänkande.

Akademiska har idag avtal om samarbete med landstingen i Dalarna, Västmanland, Värmland, Sörmland och Gävleborg samt Örebro län.



Det är inte bara Sverige som sett över hälso- och sjukvårdens struktur de senaste åren. Även Norge, Danmark och Finland har utrett frågan och så här ser det ut nu.



Statligt ägande i Norge

I Norge har staten åter tagit över ägandet av sjukhusen år 2002. De har företagsstatus, som innebär ett eget ansvar för personal, drift och ekonomi.

Än så länge tyder utvärderingarna på en viss ökad produktivitet och den tycks vara jämnt fördelad mellan olika patientkategorier, det vill säga förbättringar i akutvården har inte haft negativa konsekvenser för de kroniskt sjuka.

Hälso- och sjukvården som helhet är indelad i fem geografiska regioner, som består av fem regionala hälsoföretag. Resurserna till sjukhusen kommer från staten via dessa hälsoföretag. 10-15 procent täcks med avgifter från patienter.

Norge har cirka 4,5 miljoner invånare. BNP per invånare uppgick 2003 till 48 590 dollar och sjukvårdskostnaderna motsvarande cirka 10,3 procent av BNP.

Norge har högre hälso- och sjukvårdskostnader per invånare (3 807 dollar) än de flesta andra OECD-länder (undantaget USA), vilket till största delen beror på det höga löneläget.

Antalet läkare per 1000 invånare var 3,1 och antalet sjuksköterskor 10,4 (motsvarande för Sverige 3,3 respektive 10,2).



Fem regioner i Danmark

I början av året införde Danmark en helt ny kommunalreform, som innebär att de tidigare amterna ersattes av fem sjukvårdsregioner, som styrs av direktvalda politiker utan beskattningsrätt. Intäkterna kommer från två håll, cirka 80 procent från staten och 20 procent från kommunerna. Kommunerna får vara med och betala för att motiveras att bedriva ett effektivt förebyggande hälsoarbete.

De flesta sjukhus är offentliga och staten styr som lagstiftare, finansierings- och driftsansvarig.

Danmark har cirka 5,4 miljoner invånare och landets BNP år 2003 var 39 200 dollar per invånare och sjukvården motsvarade cirka 9,0 procent av BNP.

Hälso- och sjukvårdskostnaderna per invånare var 2763 dollar år 2003 (jämför Sverige 2703 dollar).

Läkartätheten uppgick till 2,9 per 1000 invånare och antalet sjuksköterskor till 10,3.



Större enheter i Finland

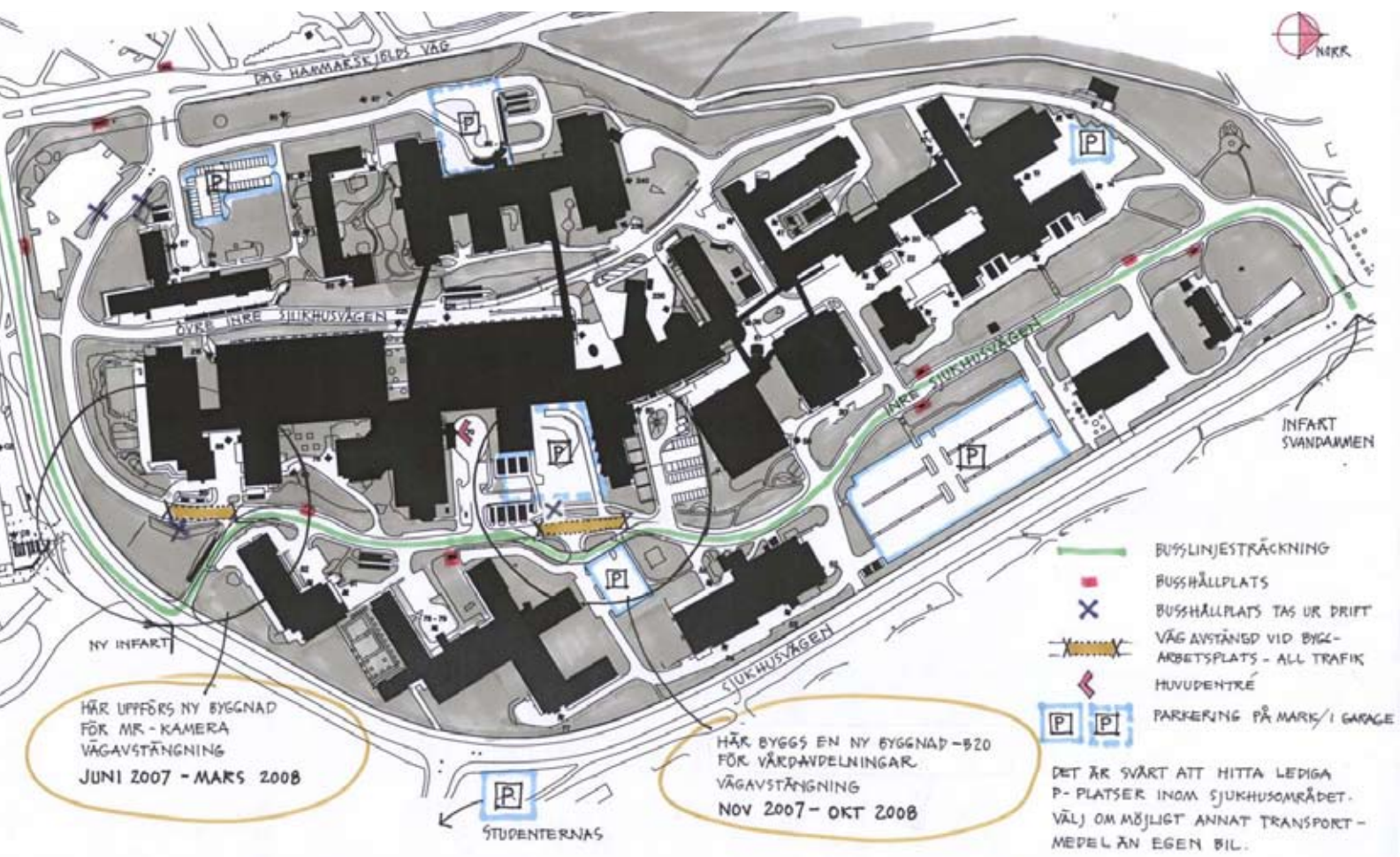
Finland har nyligen utrett frågan om hur sjukvården ska organiseras och styras (Kommun- och servicestrukturprojektet). I mycket liknar resultatet den svenska ansvarsutredningen. Den eftersträvar större geografiska enheter som underlag för tjänster som kommunerna i dag har ansvar för.

Bashälsosjukvården ska omorganiseras så att den produceras av kommuner eller samarbetsområde med minst 20 000 invånare. Dessutom ska varje kommun tillhöra en samkommun som ska ansvara för den specialiserade sjukvården. Om inte kommunerna själva på frivillig basis kommit överens år 2009 kommer staten att ta till styrmedel.

Finland har cirka 5,2 miljoner invånare och landets BNP uppgick 2003 till 31 000 dollar. Hälso- och sjukvårdens andel av den var cirka 7,4 procent.

Hälso- och sjukvårdskostnaderna per invånare var 2 118 dollar, vilket är en relativt låg nivå. Till stor del beror det på det låga löneläget.

Antalet läkare per invånare var 2,6 och antalet sjuksköterskor 9,3.



Huvudentrén vid ingång 70 blir den huvudsakliga entrén även för dem som ska till 85-huset, och bussar och övrig trafik leds ut till Sjukhusvägen medan byggarbetena för mr-huset och den nya vårdbyggnaden pågår.

Trafiken leds om när nya hus byggs

I början av juni är det byggstart för framtidens Akademiska. Allra först byggs de lokaler som ska rymma den nya MR-kameran vid ingång 85. Under byggtiden måste trafiken läggas om, och ingång 85 ska bara användas i undantagsfall. I stället blir ingång 70 huvudentré även för de patienter och besökare som ska till 85-huset.

– Vi får hjälpas åt att hänvisa patienter och anhöriga till ingång 70 och sedan lotsa dem vidare. Vi utökar antalet handikapplatser där, och där ska finnas fler rödakorsvårdar och fler rullstolar för att underlätta, säger Sonja Ekström Boström, chef för lokalplaneringsavdelningen vid Akademiska sjukhuset.

Vägen utanför ingång 85 stängs av för trafik från början av juni och åtminstone fram till mars nästa år. Trafiken leds istället ut via en ny utfart till Yttre sjukhusvägen.

– För att allt ska fungera gäller det att alla – personal, patienter och anhöriga – i möjligaste mån undviker att ta bilen till sjukhuset, säger Sonja Ekström Boström.

Busslinjerna förbi sjukhuset får en delvis ändrad sträckning och ett par busshållplatser flyttas tillfälligt.

Ny vårdbyggnad

Efter semestrarna påbörjas nästa steg, nämligen den nya vårdbyggnaden i tre våningar som byggs mellan ingång 70 och ingång 61, intill Grönwallsalen.

– Den nya byggnaden ska användas för

att evakuera verksamheterna våning för våning när vi renoverar lokalerna vid ingång 85 och ingång 70, säger Sören Hill, projektchef på Landstingsservice.

– Ombyggnaderna är nödvändiga för att vi ska uppfylla myndigheternas krav på miljön både när det gäller vården och arbetsmiljön, säger han.

Böj vid Blå korset

Från november och cirka ett år framåt stängs en liten del av Inre sjukhusvägen av på grund av byggarbetet, och trafiken leds i en provisorisk böj förbi den nuvarande taxidelen av parkeringen utanför Blå korset.

TEXT: KARIN SANDELL
SKISS: PIA WESTBECK,
FL ARKITEKTER AB

Unga får utbildning om våldets följder

Ambulanssjukvården vid Akademiska sjukhuset har sjösatt ett utbildningsprogram för ungdomar i Uppsala län. De vill starta debatt och diskussion kring våld och droger för att få ungdomar att förstå vilka konsekvenser ett enda slag kan få. De fortsätter att berätta där tidningarna ofta slutar, de berättar om de livslånga lidanden och livsöden som misshandelsfallen sedan fick.

– Jag vill få dem att förstå att istället för att ta till nävarna kan de backa ett steg och därmed avleda ett kommande slagsmål, säger Johan Dahrén, biträdande avdelningschef på ambulanssjukvården.

Johan Dahrén håller tillsammans med sjukvårdaren Kent Westberg och sjuksköterskan Kristoffer Erling i ett antivåldsprjekt som ambulanssjukvården genomför.

I projektet får ungdomar chansen att träffa personal som informerar och aktiverar dem att ta avstånd från våld.

Engagemanget för att starta projektet har vuxit fram genom en frustration över allt våld som personalens vardag ofta kantas av.

Johan Dahrén och Kristoffer Erling vill informera ungdomar om vad våldet får för konsekvenser, eftersom många i dag är påverkade av bland annat våldsfilmerna och tror att människokroppen tål mer än den gör. Denna felaktiga bild vill de radera.

Verkligheten bakom notisen

De tar både emot ungdomar på ambulansstationen och åker ut till högstadieskolor och gymnasieskolor i Uppsala län.

– Vi vill få ungdomar att reflektera och reagera över vad ett slag mot huvudet innebär för den som drabbas. Dagligen skriver tidningarna korta notiser om människor som utsätts för misshandel, men där de inte lyfter fram den drabbades lidande. Många ungdomar lever därför i tron att ett slag inte är så farligt, berättar Johan Dahrén.

Sedan hösten 2006 har de haft ett sam-

arbete med socialtjänsten som skickar ungdomar som blivit dömda för brott och som genomgår ett konsekvensprogram till ambulansmottagningen.

Johan Dahrén, Kent Westberg eller Kristoffer Erling tar sedan emot dem en och en, föreläser, visar bildmaterial och beroende på ungdom lär de även ut första hjälpen.

De pratar med socialtjänsten innan och anpassar sedan materialet efter personen som kommer dit.

Nästan alla ungdomar har varit positiva. Vissa har de låtit följa med till akutmottagningen och till niva där många har blivit starkt berörda.

– Om vi lyckas påverka en av dessa ungdomar att aldrig slå någon mer har allt arbete som vi lagt ner varit värt mödan, säger Johan Dahrén.

Vill påverka tidigt

För att arbeta mer långsiktigt har ambulanspersonal börjat åka ut till högstadieskolor och gymnasieskolor för att föreläsa. De har som mål att lyckas påverka där problemen med misshandel och droger ännu inte hunnit börja.

När de föreläser lyfter de fram enskilda specifika misshandelsfall och berättar vilka konsekvenser de fallen fick. Det innebär att dessa personers lidande inte faller i glömska.

Bilderna ska väcka en reaktion som sedan kan bli grunden för debatt och diskussion.

Att diskussionerna fungerar är viktigt eftersom det annars finns en risk att en mängd fakta går in i ena örat på ungdomarna men lika snabbt ut ur det andra.

– Vi strävar därför efter att varva information och bildmaterial med diskussioner och praktiska övningar som första hjälpen. Vetskapen om att varje enskild misshandel som vi lyckas hindra är bra håller oss ständigt engagerade och motiverade i projektet, säger Johan Dahrén.

MATILDE JOHANSSON

Fler platser i sommar

Det kommer att finnas fler vårdplatser på Akademiska sjukhuset denna sommar jämfört med förra året, i snitt 30 platser per vecka. Anledningen är ett ökat tryck på akutmottagningen.

– Vi har det senaste ett och ett halvt året märkt en ökning av antalet patienter med cirka tio procent – en ökning som också ses nationellt. Vi har inte hela förklaringen till ökningen. Delvis beror det på en ökande andel äldre, delvis på att vi nu får fler patienter från Heby. Men vi kan inte se en ökning av antalet primärvårdsfall på akutmottagningen, säger chefsläkare Björn Ragnarsson.

En del av de patienter som söker till akuten läggs in och därför behövs fler vårdplatser. Varje verksamhet ska bära sina egna akutfall. Platstillskotten gäller främst kirurgdivisionen, akut- och rehabdivisionen samt medicindelen av OTM-divisionen. Intensivvården kommer att vara ungefär densamma. Genom denna ökning av antalet vårdplatser hoppas sjukhuset undvika överbeläggningar och att tvingas flytta runt patienter mellan olika enheter.

– Från midsommar fram till början av augusti ökar vi antalet vårdplatser med 30-35 till cirka 750, för att successivt öka antalet under augusti till normalt antal vårdplatser. Vi har i möjligaste mån lyckats ta hänsyn till personalens önskemål om semestrar, menar Björn Ragnarsson.

– Som vanligt var arbetsgivaren sen med semesterplaneringen, vilket medfört att sjuksköterskorna på vissa avdelningar inte fått besked i hyfsad tid inför sommaren. Men det är inget nytt för i sommar, säger Janine Bichara på Vårdförbundet och hon får medhåll av Rose-Marie Lövgren på Kommunal.



Hjärtvård för män, smärtvård för kvinnor

**Är vården som Akademiska bedriver jämställd?
Får män och kvinnor likvärdig vård vid likvärdiga sjukdomar?
Är det lika många män som kvinnor som söker vård?
Syns könsuppdelningen i samhället i övrigt även på sjukhuset?
Ronden har intervjuat en rad specialister på sjukhuset
om hur det ser ut i deras verksamhet.**

TEXTER:
INGELA WIMAN
OCH
MATILDE JOHANSSON

FOTO:
JOHAN WAHLGREN

TECKNINGAR:
PIRKKO DAHLMAN

Ett område som under senare år hamnat i fokus, bland annat genom en rad kampanjer, är hjärt- och kärlsjukdomar.

– Det är mycket vanligare att kvinnor dör av hjärt- och kärlsjukdomar än av bröstcancer. Både allmänhet och sjukvårdspersonal behöver uppmärksammas på detta faktum. Hjärt- och kärlsjukdom är ju livsstilsrelaterad och är därmed påverkbar till mycket stor del, säger Nina Johnston, läkare vid hjärtintensiven på Akademiska sjukhuset.

Hon har deltagit aktivt i kampanjen Go Red, som har till syfte att sprida kunskap om hjärt- och kärlsjukdomar bland kvinnor.

– Kampanjen kommer från USA, där den hållits årligen sedan 1995. I Sverige var det andra året den drevs, bland annat genom en fullsatt föreläsning i Uppsala på den internationella kvinnodagen 8 mars. Vi var fyra doktorer från Akademiska som deltog.

Livsstilen påverkar

Historiskt sett dog kvinnor av infektioner, i barnsäng och så vidare. Nu är det i stället val av livsstil som påverkar livslängden (kost, motion, rökning och stress).

– Ett antal undersökningar har visat att kvinnorna själva tror att de kommer dö av bröstcancer. I själva verket är det fem procent som dör av bröstcancer och 45 procent som avlider av hjärt- och kärlsjukdomar.

Jämfört med män så drabbas kvinnor 10-15 år senare, vilket delvis, tror man, kan förklaras av östrogenets skyddande effekt på hjärta och kärl. Således är kvinnor betydligt äldre än män när de drabbas av hjärtinfarkt och de kan därmed också vara sjuka på andra sätt.

– En kvinna som kommer till en akutmottagning med bröstsmärtor associeras inte direkt med en infarkt. Därför behöver personalen på sjukhusen bli mer uppmärksamma på detta. Och kvinnor liksom män kan ha en pågående hjärtinfarkt, trots att det inte syns på varken EKG eller blodprov vid ankomsten till akuten, säger Nina Johnston.

Då gäller det att kolla hela sjukdomshistorien för att upptäcka andra riskfaktorer, till exempel högt blodtryck, höga blodfetter eller ärftlighet.

– Kvinnor med diabetes är en högriskgrupp med särskild dålig prognos.

Påståendet att kvinnors symtom vid hjärtinfarkter skiljer sig från männens är bara delvis sant, menar Nina Johnston.

– Kvinnor beskriver nog sina symtom annorlunda än män, kanske lite mer diffust och därmed mer svårtolkat. Det kan handla om allmän trötthet, illamående och ont i magen. Det är ju inget man normalt förknippar med hjärtinfarkt. Sjukvårdsrådgivningen har förstås en viktig roll här.

I alla läroböcker för sjukvårdspersonal illustreras hjärtinfarkter med en bild av en man som tar sig för bröstet av smärta. Det finns inga bilder av kvinnor i detta sammanhang.

Samtidigt har kvinnor i viss mån bättre prognos än männen vid en hjärtinfarkt. En färsk studie från Linköping visar att kvinnor med hjärtinfarkt genomgår undersökning med kranskärlsröntgen mindre ofta än män, och därmed även så kallad ballongvidgning, men att de trots det har bättre prognos än män. Alltså behöver det inte vara sämre att inte göra något alls.

– Det medför ju alltid risker att göra ingrepp. Därför är det inte fel att låta bli ibland, speciellt när det gäller kvinnor. Det kan tolkas som att sjukvården inte bryr sig om kvinnorna, men faktum är att vissa kvinnor kan klara sig utmärkt genom att enbart sätta in lämpliga mediciner.

Mer forskning behövs

De flesta studier om hjärt- och kärlsjukdomar görs på män. Det behövs mer forskning på kvinnor, menar Nina Johnston.

– Men det är svårare att hitta ”lämpliga” kvinnor än män. Kvinnor i fertil ålder kan inte vara med i läkemedelstudier och de flesta kvinnor som fått en infarkt är för gamla, helt enkelt. Men trots att vi vet att studierna är gjorda på män, överförs resulta- ➤

ten på kvinnor utan någon större eftertanke.

Vad gäller rehabilitering efter hjärtinfarkt behövs mer satsning på program som är utformade efter kvinnans behov, eftersom dessa skiljer sig något från en mans. Dels skiljer sig delvis riskfaktorerna, dels glömmes kvinnor som är mitt i livet ofta bort att ta hand om sig själva, de fortsätter att satsa på arbete och familj.

Mer intensiv huvudvärk

– Trots att det inte finns några kända biologiska skillnader mellan män och kvinnor som skulle förklara förekomsten av huvudvärk, så är migrän två till tre gånger vanligare hos kvinnor än hos män. Men den mest intensiva huvudvärken, Hortons huvudvärk, är fem till sex gånger vanligare hos män! Det är märkligt, varför skulle män vara mera drabbade av just den typen av huvudvärk, säger neurolog Peter Mattsson.

Hortons huvudvärk upplevs så besvärlig ur smärtpunkt att den drabbade måste vanka av och an under tiden huvudvärken sitter i. Migränpatienterna beskriver i stället att de ligger i ett mörkt och tyst rum under anfallen. En överväldigande majoritet av de patienter som söker för huvudvärk är kvinnor. Det handlar i huvudsak om svår spänningshuvudvärk eller migrän. Varför det ser ut så, vet man inte. Många kvinnor upplever själva att migränanfallen har ett samband med menstruationen.

– Men när de får föra dagbok, så visar det sig att sambanden är svaga. Inte heller intag av choklad visar något tydligt samband. Stress kan vara en utlösande faktor, men inget är vetenskapligt bevisat, säger Peter Mattsson.

Eftersom en majoritet av migränpatienterna är kvinnor, sker nästan all forskning också på dem. Men ändå finns det inget bra svar på varför kvinnorna är så överrepresenterade på specialistmottagningen.

– Kvinnor får oftare depressioner och ångestsjukdomar, som de söker för. Kanske är det vid dessa tillfällen som migränen kommer upp i samtalet och det kan ge en remiss till oss. Eller så upplever kvinnorna att deras livssituation är sämre till följd

av migränen och det kan orsaka en depression. Det är svårt att veta vad som är hönan och vad som är ägget, menar Peter Mattsson.

Män relaterar i huvudsak till sin jobbsituation i samtalen med doktorn om orsaken till sjukdomen, medan kvinnor tar upp hela sin livssituation.

– Eller också är det jag som omedvetet ställer olika frågor till män och kvinnor, reflekterar Peter Mattsson.

Långvarig smärta

– Vi vet nog inte varför det är en så enorm övervikt av kvinnor som kommer till oss för besvär med långvarig smärta. En förklaring kan vara att kvinnor och män reagerar olika på överbelastning – männen får hjärtinfarkt medan kvinnorna får ont i kroppen, säger sjukgymnast Olle Lööv.

Han har arbetat i 15 år med patienter med långvarig smärta. Det kan handla om fibromyalgi, pisksnärtskador, sviter efter operationer med mera.

– Fyra femtedelar av dem som behandlas här är kvinnor. Det finns förhållanden som delvis förklarar snedfördelningen mellan könen när det gäller exempelvis pisksnärtskadan; det är farligare att sitta bredvid i bilen, och kvinnor har svagare muskler och sämre genomströmning av blodet generellt sätt.

Olle Lööv pekar på det faktum att det är kvinnorna som dubbelarbetar och att det är svårt att vara sjukskriven från hemarbete.

– Kvinnorna har haft och har kanske fortfarande svårt att bli tagna på allvar för sina besvär. Fibromyalgi är ett sådant exempel, de drabbade kvinnorna kallades länge för sveda-, värk- och brännkäringar och latmaskar. Numera bemöter sjukvården dem betydligt bättre, även om det kanske finns mer att önska, menar Olle Lööv.

Övervikten jämnt fördelad

Övervikt och fetma har blivit ett stort samhällsproblem. I dag har tio till tolv procent av det svenska folket ett BMI högre än 30. Övervikten är jämnt fördelad mellan kvinnor och män, men trots det är majoriteten av dem som remitteras till överviktsenheten på Akademiska sjukhuset kvinnor.

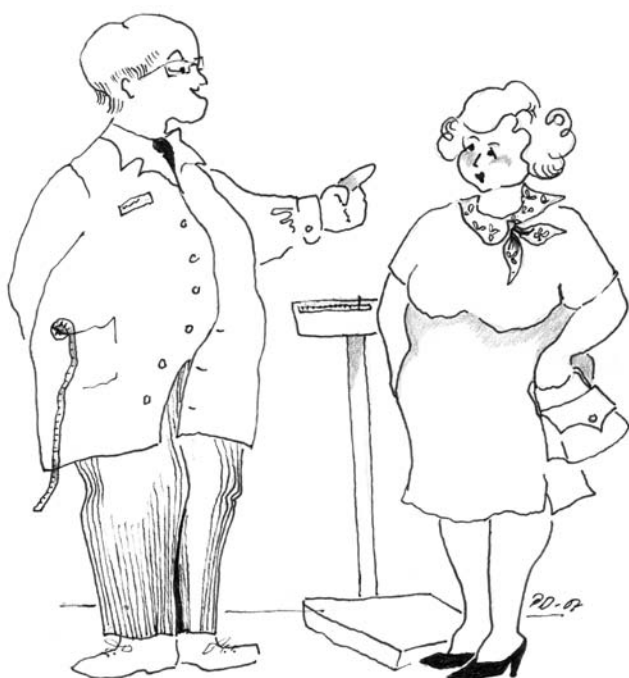
– Det är kvinnor som söker hjälp för sin övervikt inom primärvården och som vidare behandlas här på överviktsenheten, säger Margareta Öhrvall som är verksamhetschef på geriatriken.

Det är uppskattningsvis sjuttiofem procent kvinnor som behandlas på överviktsenheten och nästan åttio procent som opereras. Margareta Öhrvall tror att orsaken till att det är så många fler kvinnor än män som opereras är de attityder som samhället fortfarande präglas av.

– Omgivningen ser nedlåtande på en överviktig kvinna, medan en man med stor mage snarare anses ha pondus. Kvinnorna som kommer hit mår ofta väldigt psykiskt dåligt, och det är många av

”Migrän är vanligare hos kvinnor. Men den mest intensiva huvudvärken, Hortons huvudvärk, är vanligare hos män.”





”Omgivningen ser nedlåtande på en överviktig kvinna, medan en man med stor mage snarare anses ha pondus.”

dem som lider av ätstörningar, säger Margareta Öhrvall.

Bukfetma är den farligaste fetman då den i större utsträckning leder till följsjukdomar som hjärtinfarkt och diabetes. Att samla fett runt magen har ansetts vara en typisk manlig fetma, men nuförtiden är det även många kvinnor som lagrar fett där. Det fettet är däremot lättare att bli av med än fettet runt höfter och lår.

– Övervikt har blivit en innefråga i samhället. Media skriver ständigt om nya bantningskurer och hälsotips, detta kan snarare öka stressen hos överviktiga och trigga igång destruktiva beteenden som hetsätning. Det är istället viktigt att vi lär oss mer om fetma, för i dagsläget vet vi fortfarande ganska lite. Vi måste alla ta ett samhällsansvar, såväl kommun som landsting, och börja införa nya vanor och sätt redan i skolan, säger Margareta Öhrvall.

Två tredjedelar av dem som söker till mottagningen för unga vuxna inom psykiatri är kvinnor.

– Varför det inte är fler unga män funderar vi givetvis en hel del på. De har nog lättare att ta till missbruk i stället. Våra könsroller medger knappast heller att män är svaga och lidande och söker hjälp, menar psykiater Mia Ramklint.

En förklaring finns dock i att det är dubbelt så vanligt att kvinnor drabbas av depression som att män gör det. Varannan kvinna och var fjärde man blir deprimerad någon gång under sin livstid.

– Hos barn är det jämnt fördelat mellan könen, men under puberteten börjar skillnaderna märkas. Det beror troligen på en kombination av att det är svårt att vara ung kvinna i dag och alla könshormoner som börjar strömma runt i kroppen i den åldern.

Ätstörningar är till mycket stor del ett problem för kvinnor. Men nu börjar psykiatri märka av

att utseendekraven på killar ökar, vilket medför att fler får störningar i sitt förhållande till mat.

Fler kvinnor än män försöker ta sina liv, men det är fler män som genomför självmord. Det är också en konsekvens, tror Mia Ramklint, av att män inte söker hjälp utan i stället väljer att avsluta sina liv när det blir outhärdligt.

Metadonpatienter oftast män

Det är i stort sett bara ett specialtområde där en majoritet av patienter är män och det är inom beroendepsykiatri.

– Jag har följt 345 personer från den första metaodonpatienten för 40 år sedan till 1990 och fördelningen mellan män och kvinnor är 70-30. Så ser det ut än idag, säger Leif Grönbladh på beroendepsykiatri vid Akademiska.

Även vid andra vårdinstitutioner, till exempel vårdhem, är fördelningen densamma.

– Vi vet inte riktigt varför det ser ut så. Det har inte gjorts någon studie där man har tittat på skillnader varför män och kvinnor söker vård.

Utanför vården, det vill säga bland dem som inte har sökt hjälp för sitt drogmissbruk, tror Leif Grönbladh att könsfördelningen är jämnare.

– Av de 105 kvinnor jag följt försörjde sig 74 som prostituerade. Missbrukande kvinnor kan gå den vägen för att få pengar till missbruket, medan män är hänvisade till stölder och dylikt och därmed har svårare att försörja sig. Det kan vara en delförklaring till att fler män söker sig till vården.

Tittar man på behandlingsresultat så är könskillnaden betydligt mindre.

– Trots att kvinnor alltså kan skaffa pengar till ett missbruk genom prostitution, så går det lika bra för dem som för männen att hålla sig borta från missbruket under behandling, säger Leif Grönbladh.

Kvinnor får mest läkemedel

Kvinnor går oftare till doktorn än män och det är mer sannolikt att en kvinnlig patient lämnar doktorn med ett recept på läkemedel än att en man gör det. Det betyder att kvinnor får mer förskrivna läkemedel än män – snittkostnaden var i Uppsala län fjol 2 827 kronor per kvinna jämfört med 2 517 kronor per man.

–Det är inte bara det att kvinnor totalt sett får fler läkemedel, de får andra typer av läkemedel än männen. Mycket är naturligtvis orsakat av biologiska skillnader, men det finns också andra mönster i förskrivningen, säger Kerstin Hulter Åsberg, ordförande för läkemedelskommittén i Landstinget i Uppsala län.

–Kvinnor får till exempel betydligt mer smärtstillande, mer laxermedel, fler vitaminer och mineraler samt fler hudskyddande och uppmjukande produkter utskrivna av läkarna. Vi kan ju fråga oss om dessa mediciner verkligen gör nytta eller om läkarna bara känner att de vill ”sätta något i händerna” på dessa kvinnor.

Medelåldern för kvinnor är högre, de lever i snitt nästan fem år längre än männen, vilket också får effekt på den totala läkemedelskonsumtionen.

Apotekare Thomas Lindqvist har för Rondens räkning tagit fram försäljningsstatistik på hur många dagsdoser som män respektive kvinnor fick utskrivna under förra året i Uppsala län. Bortsett från medicin som

är rent biologiskt betingade (könshormoner, urologiska preparat och dylikt) så visar statistiken generellt en större förbrukning hos kvinnor än hos män.

–Drygt 60 procent av antidepressiva, smärtstillande, lugnande och laxerande medel tas av kvinnor. Även host- och pollenmedicin samt medel mot kronisk obstruktiv luftvägssjukdom, kol, tas mest av kvinnor. Två tredjedelar av alla vitaminer, mineraler och hudvårdande produkter på recept förbrukas av kvinnor, uppger Thomas Lindqvist.

Mer än 80 procent av medicinen vid nedsättning av sköldkörtelfunktionen tas av kvinnor.

Det omvända förhållandet gäller i stort sett bara diabetesmedicin och metadon med flera missbruksmediciner.

–När det gäller den sistnämnda gruppen använder männen två tredjedelar.

Blodtrycksmediciner jämnast

Blodtrycksmedicinerna är ungefär jämnt fördelade mellan män och kvinnor.

–Det som förvånade mig mest i dessa siffror är nog att kvinnor använder mer mediciner mot kol än vad männen gör. Rökningen ökar visserligen bland kvinnor, men jag trodde inte att följsjukdomarna nått så högt upp i åldrarna redan, säger Kerstin Hulter Åsberg.

Bilden av att männen får de nya, dyra läkemedlen och kvinnorna de äldre billiga är inte helt sann, menar hon.

–Vi har inga säkra uppgifter på att det verkligen är så. Men även om det vore sant, så ska vi inte glömma att de äldre, beprövade medlen är säkrare. Inte heller bilden av att läkemedel prövas kliniskt på unga män är längre helt sann, det börjar svänga så att prövningarna görs även på kvinnor och äldre.



Genusperspektiv i utbildningen

Sjuksköterskeprogrammet genomsyras av ett genusperspektiv från termin ett till fyra. Under termin ett introducerar lärarna de genus-teoretiska redskapen för studenterna för att sedan under termin två till fyra börja problematisera genus och sjukvård. Genus tas bland annat upp som en av flera faktorer som kan leda till diskrimineringar i vården. De strävar även efter att få in ett genusperspektiv de två sista terminerna. Sjuksköterskeprogrammet samarbetar också med Nationellt kunskapscentrum för mäns våld mot kvinnor, vilket innebär att undervisning om våld mot kvinnor finns med genom hela sjuksköterskeprogrammet.

Läkarprogrammet har en fristående kurs som heter Genusmedicin. Kursen är lagd på kvällstid och innefattar fem universitetspoäng med cirka åtta föreläsningar. Kursens syfte är att introducera ett genusperspektiv inom medicin och fokuserar på den kvinnliga och den manliga patienten. Kursen är inte obligatorisk.



Undersköterskorna Susanne Berglund, Lena Höglund, Jonas Norman och Göran Holdar på 70 E1 håller inte med om att män och kvinnor får olika mycket uppmärksamhet från vårdpersonalen.

Olika åsikter om skillnad i bemötande

– Rent spontant är jag rätt övertygad om att män får mer uppmärksamhet än kvinnor generellt. Våra grundläggande värderingar sitter så djupt, sjölvfallet blir det så att vi även inom sjukhuset är mer tillmötesgående mot män än mot kvinnor, säger Ann-Sofie Norrman, avdelningschef på 30 C.

Hon får medhåll av Pia Borgudd, biträdande avdelningschef. Innan hon kom till 30 C arbetade hon på neurokirurgen och där märkte hon en skillnad i bemötande.

– Män får mer uppmärksamhet. Majoriteten av oss som jobbar här är kvinnor och vi är mer vårdande mot män. Män är inte lika toleranta som kvinnor, utan de ber om mer hjälp. Och vi lyssnar på ett annat sätt på männen, tror jag.

Men undersköterskorna på 70 E1 har inte samma syn på omvårdnaden.

– Vi behandlar alla lika. Det är patientens vårdbehov som styr hur mycket omvårdnad de får, inte könet. Däremot kan patienten själv välja om de helst vill ha vård av en kvinnlig eller manlig undersköterska, säger Lena Höglund, undersköterska på 70 E1.

Det kan handla om att äldre kvinnor känner sig obekväma med att bli omhändertagna av en ung man och vice versa.

– Där försöker vi tillgodose patientens önskemål så långt det går. Vi kan också se att våra manliga kollegor lättare kan få de äldre damerna att komma

upp ur sängen – de uppfattas väl ha mer pondus. En del patienter tror nog att de är doktorer, säger Susanne Berglund.

Inte heller upplever de intervjuade undersköterskorna att män ställer högre krav på omvårdnad än kvinnorna.

– Däremot ställer yngre och medelålders patienter betydligt högre krav än vad de äldre gör. De gamla är glada och tacksamma över all uppmärksamhet de får, säger Jonas Norman.

Mixade salar

På avdelningen vårdas ungefär lika många män som kvinnor utslaget över tiden. De flesta vårdas i herr- eller damsalar, men numera provar de mixade salar.

– Det är lite kul, för herrarna skärper liksom till sig när de bor tillsammans med damer, berättar Göran Holdar.

Inte på någon av avdelningarna diskuteras könsperspektivet specifikt.

– Däremot använder vi oss ofta av bemötandespellet och det handlar om att väcka tankar kring hur vi beter oss mot olika kategorier av patienter, säger Pia Borgudd.

“Vi kan också se att våra manliga kollegor lättare kan få de äldre damerna att komma upp ur sängen – de uppfattas väl ha mer pondus.”

Flera nackdelar med allmän screening för att upptäcka prostatacancer

För att upptäcka bröstcancer på ett tidigt stadium erbjuder alla landsting i dag allmän mammografi för kvinnor. Män som vill undersöka sig för prostatacancer får däremot ringa och boka tid själva. Skulle undersökningsresultatet sedan visa på misstänkt cancer är det stora skillnader i väntetid för behandling mellan män och kvinnor.

År 1988 införde mammografiavdelningen på Akademiska sjukhuset allmän screening för kvinnor i åldrarna fyrtio till sjuttifyra år.

–Det har gjorts en halvering av dödligheten bland de kvinnor som går på undersökningarna, vilket visar betydelsen av screening, säger överläkare Shahin Abdsaleh, sektionschef på mammografienheten.

Av de drygt tjugotvåusen kvinnor som undersöktes 2006 blev 112 opererade för cancer.

Den positiva responsen från patienterna kan utlösas i en enkät som Akademiska sjukhuset gjort där nittionio procent av dem som gått inte skulle tveka att gå igen.

Resultat som dessa väcker frågor om varför inte regelbundna undersökningar görs på samtliga män för att upptäcka prostatacancer.

–Det vi ser när vi undersöker patienten är om han har ett förhöjt PSA-värde, säger Michael Häggman, verksamhetschef på urologen.

Om patienten visar sig ha ett förhöjt PSA-värde behöver inte det betyda att han har cancer, utan det kan bero på flera andra orsaker. Mannen kallas till ytterligare vävnadsprover som i sin tur visar om det är en tumör. Det som däremot inte går att se via en undersökning är om tumören är aggressiv eller inte, vilket är ett avgörande problem när det kommer till screeningfrågan.

Prostatacancer har generellt sett ett väldigt långt sjukdomsförlopp. Många män som dör visar sig också ha haft prostatacancer, men den slutliga dödsorsaken för dem har varit någon annan.

–Att införa allmän screening på män skulle därför kunna leda till mycket onödigt oro och ångest hos personer som inte annars skulle behöva oroa sig, då de flesta inte dör av just prostatacancer, säger Michael Häggman.



Michael Häggman

Biverkningar vanliga

Vid behandling av prostatacancer riskerar patienten att få biverkningar som impotens och inkontinens. Risken att drabbas av dessa biverkningar är tämligen höga. 25 procent av de 50-åringar som opereras blir impotenta, en risk som sedan ökar markant ju äldre mannen blir.

–Att operera en person som inte skulle behöva opereras och eventuellt ge honom dessa biverkningar känns inte bra. Bröstcancerforskningen ligger här tio år före oss i tiden, menar Michael Häggman.

Det finns en viss orättvisa när det kommer till den medicinska hanteringen av bröstcancer och prostatacancer.

–En kvinna som får beskedet att hon har bröstcancer behandlas mycket snabbare än en man med prostatacancer. Det är skillnader i väntetid eftersom en cancer i prostatan inte behöver vara dödande och sjukdomsförloppet är mycket längre än för en kvinna med bröstcancer. Men den mentala oron är ju densamma för kvinnan och mannen! säger Michael Häggman.

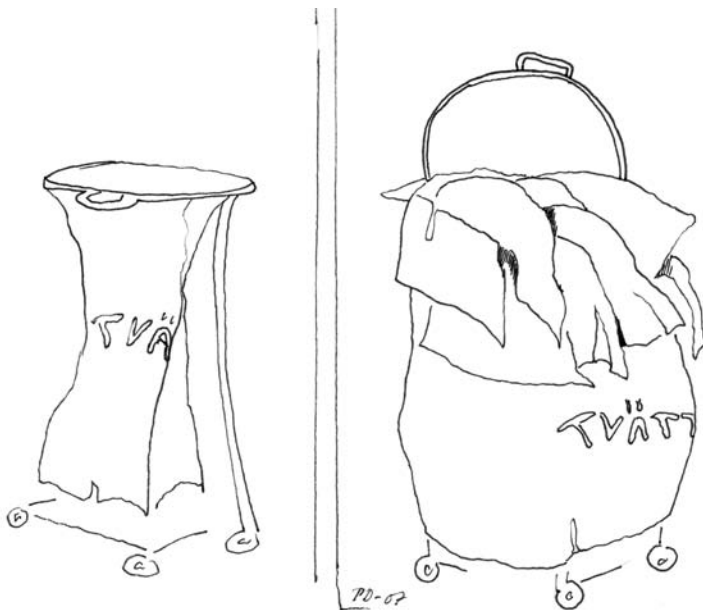
Fler kvinnliga donatorer

Det är fler kvinnor än män som donerar organ bland levande donatorer. Det beror på att män oftare insjuknar i njursjukdom än kvinnor, och varför det är så vet man inte. Fördelningen mellan män och kvinnor som insjuknar i njursjukdom i Europa fördelar sig 60 procent respektive 40 procent. Den vanligaste donationen är mellan makar. Bland de avlidna är fördelningen mera jämn, det är ungefär lika många kvinnor och män som har beslutat att skänka organ efter sin död.

Varför kvinnodivisionen?

Varför heter det kvinno- och barndivisionen? Är därmed resten av sjukhuset mansdivisioner? Vad säger divisionschef Ulf Hanson?

–Jag har nog inte reflekterat över frågan. Att det heter kvinno-divisionen beror ju på en tradition att kalla förlossningsvård, gynekologi och underlivsbesvär för kvinnokliniker. Så är det ju över hela landet. Om det är rätt eller fel vet jag inte.



Tvättsäcken i herrarnas omklädningsrum fick tömmas betydligt oftare än den i damernas, upptäckte man på hudkliniken vid Danderyds sjukhus.

Manliga psoriasispatienter får oftare ljusbehandling

Psoriasis är lika vanligt förekommande hos män och kvinnor. Behandlingsmetoderna är detsamma. Trots det får männen betydligt oftare ljusbehandling än kvinnor. Det visar en studie från Danderyds sjukhus.

– Vi upptäckte att vi tömde tvättsäcken i herrarnas omklädningsrum betydligt oftare än i damernas och beslöt oss för att titta på orsaken till det. Handdukarna i tvättsäcken kommer från den dusch som patienterna tar efter en ljusbehandling, uppger Filippa Nyberg, verksamhetschef vid hudkliniken.

Det visade sig att männen fick många fler behandlingar och att de dessutom generellt haft lindrigare besvär vid dessa tillfällen än kvinnorna.

Jämställdhetsgrupp vill granska barnsjukhuset

Behandlar vi pojkar annorlunda än flickor? Ligger pojkar inlagda längre än flickor för samma diagnos? Denna och fler liknande frågor har väckts på Akademiska barnsjukhuset av personal som tycker sig se genusskillnader i vården.

Divisionens jämställdhetsgrupp arbetar för närvarande med hur en undersökning om eventuella skillnader mellan könen skulle kunna genomföras. Intresset finns, men problemen att hitta finansiering och kompetenta handledare återstår att lösa.

Forskningspengar till kvinnohälsa

Regeringen avsätter 90 miljoner kronor till ett forskningsprogram för bättre kvinnohälsa. Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap får i uppdrag att välja ut de bästa forskningsprojekten.

– Det är viktigt att vi får en högre medvetenhet om olikheter mellan kvinnor och män när det gäller symtom, behandlingsmetoder och bemötande. På sikt hoppas jag att forskningen ska leda till ökad livskvalitet för många kvinnor, säger forskningsminister Lars Leijonborg (fp) i ett pressmeddelande.

Studier har pekat på att kvinnor i vissa fall inte får lika bra behandling inom vården som män. Det gäller till exempel hjärtsjukvården, där kvinnor får sämre vård än männen både före och under sjukhusvistelsen

”Det är viktigt att synliggöra och arbeta för en jämställd vård. Hälsa/ohälsa bedöms ofta utifrån ett manligt perspektiv. Detta främjar inte kvinnors hälsa.

Förebyggande hälsovård, diagnos, behandling och rehabilitering av kvinnors sjukdomar ska ske utifrån deras situation och livsvillkor. Akademiska sjukhuset bör därför verka för forskning om hälsa/ohälsa med genusperspektiv.

Centraljämställdhetsgruppen ska verka för att ta fram vårdstatistik med hänsyn till kön, ålder, diagnos och vårdtid. Förslaget är att varje division tar fram tre av de vanligaste diagnoserna.”

Ur sjukhusets jämställdhetsplan

Populärt att träna på tåliga patienter i plast

Kliniskt träningscentrum är en liten framgångshistoria. På fem år har avdelningen sexdubblat sin verksamhet. Nu hoppas man att fler läkare hittar till utbildningarna. – Det vore roligt, säger verksamhetschefen Mia Colliander.

Strax under marknivå vid ingång 61 ligger kliniskt träningscentrum, KTC. Lokalerna är lite undandömda bakom en dörr i en avstickare i kulvertsystemet. Men för sjukhusets interna utbildning och för universitetets vårdutbildningar har KTC sedan starten fått spela en allt mer central roll.

Med medicinskt bildspråk kan man säga att verksamheten drabbats av växtvärk.

2002 startades avdelningen på försök, med förebilder på andra svenska sjukhus. Då var budgeten en miljon kronor, i dag är den fyra miljoner.

Vid starten var antalet träningstillfällen 2000. I år blir det sex gånger så många, över 13 000.

– Ja, det har gått fort och över förväntan. Just nu väntar vi på att få utöka lokalerna med ytterligare 200 kvadratmeter, säger Mia Colliander.

– Vi var långt ifrån först i landet med den här typen av verksamhet. Men vår strategi att låta universitetet och landstinget driva verksamheten har visat sig lyckosam.

– Det har ökat möjligheten till samarbeten och naturliga kopplingar mellan utbildning och yrkesliv, säger Mia Colliander.

Datoriserade dockor

Kliniskt träningscentrum ger studenter och sjukhuspersonal praktisk träning i bland annat trauma-situationer, hjärt-lungräddning, intubering, injektionsteknik, venprovtagning och lumbalpunktion.

När patienter i vården inte i lika hög utsträckning som tidigare vill agera försökskaniner har de dato-

riserade omvårdnadsdockorna på KTC blivit en allt viktigare del i fortbildning och vårdutbildningar. Vid övningen den här onsdagen kommer en 50-årig patient in till akuten med diarré och bröstsmärtor.

– Det gör ont, jämrar sig patienten samtidigt som hjärtat slår allt mer oregelbundet.

Sjuksköterskorna fördelar arbetsuppgifterna, kontrollerar värden och försöker stabilisera situationen. Insatserna ger resultat.

En kvart senare har patienten kvicknat till. Gruppen samlas och går igenom sekvensen.

– Som instruktör lägger jag tillsammans med kursansvariga upp olika scenarier, och spelar patienten. Både genom att prata via dockan, och framför allt genom att programmera den och ge responser på personalens insatser. Det blir så realistiskt som möjligt, utan att ha en riktig patient, säger Elisabeth Haddleton, avdelningens simulatorinstruktör.

Tränar tillsammans

– Men för personalen är övningarna inte i första hand till för att lära sig nya kunskaper utan för att göra gruppen mer samtränad, och kunna prata om vad som gick bra och vad som kan utvecklas. Uppföljningen är en viktig del i träningen och gör att deltagarna bättre förstår varandra mellan yrkesgrupperna och hur kollegor reagerar under stressiga situationer.

”Läkaren” som ledde insatsen på akuten var akutsjuksköterskan Karina Rosenberg.

– Det gick ganska bra, men det var annorlunda och ovant att spela läkarrollen. Det vore bra om fler läkare var med, så att alla yrkeskategorier är på plats. Det är extra viktigt för att få effektivitet i arbetet. Vårdyrket är ett livslångt lärande, säger Karina Rosenberg.

TEXT: SAMUEL SEHLBERG
FOTO: STAFFAN CLAESSON



Från kontrollrummet kan instruktören Karin Haddleton styra patientens värden och låta personalen träna på oförutsedda akutsituationer. Anette Wennerholm och Thomas Mård håller patienten vid liv.



Kliniskt träningscentrum

- Grundades 2002
- Har fem anställda, och ska anställa en läkare på halvtid.
- Budgeten är i dag cirka 4 miljoner kronor.
- Utbildar just nu all personal i de nya riktlinjerna för hjärt-lungräddning som infördes på sjukhuset i april: 30 kompressioner och två inblåsningar.
- KTC drivs av Uppsala universitetet och landstinget gemensamt. Universitetet nyttjar utbildningen något mer.
- Nominerad av universitetet till "Framstående utbildningsmiljö 2007". Utmärkelsen delas ut av högskoleverket.
- Erbjuder utbildning på tre simulatordockor, två vuxna och en baby.

Mer färg på lekterapins gård

Under våren har studenterna Sanna Ahrens, Emma Höök och Anders Gäddlin från landskapsarkitektprogrammet förändrat lekterapins utegård i samarbete med barnsjukhuset och personalen på lekterapin.

Projektet är studenternas kandidatarbete, och under tio veckor har de både planerat och förverkligat sina idéer. Den 7 juni är det dags för invigning.

– Vi ville på kort tid och med begränsade medel skapa en lekfull utegård med starka färger, säger Sanna Ahrens.

När Ronden träffade dem hade de just börjat gjuta fast stolparna till en avskärmd plats med solskydd och arbeta med materialet som barnen ska använda för att bygga kojor. De väntade också på de uppblåsta traktorslangarna i olika färger som ska finnas på gården.

Studenternas arbete är den första av två delar i förändringsprojektet. Till hösten ska Maria Hedberg, en annan landskapsarkitektstudent, göra ett mer omfattande förslag för en permanent förändring av gården.

– Tanken är att vårt arbete ska vara en snabb, enkel och billig förändring som består i några år. Under tiden kan man pröva sig fram och diskutera hur man kan använda gården på längre sikt, säger Emma Höök.

Barbro Ekendahl och Agneta Alzén på lekterapin är mycket nöjda med projektet. Även vårdadministratören Elisabeth Lund-Ihre lovordar studenternas arbete.

– Det här är ett drömläge för oss, säger hon.

Förändringarna har finansierats med insamlade medel från bland annat Ladies Circle och Akademiska sjukhusets barnfond.



Ny utbildning om köldskador

Under våren har fyra medarbetare från akutmottagningen på Akademiska gått en veckolång utbildning om hypotermi och köldskador. Kursen ges av enheten för akut- och katastrofmedicin vid Umeå universitet på uppdrag av Socialstyrelsen.

– Vi ska nu under flera tillfällen föra ut våra kunskaper till andra medarbetare på sjukhuset. Inbjudna är alla som arbetar med akut- och intensivvård. Det första tillfället hölls i slutet av april, då ett 20-tal medarbetare deltog, säger Maria Carles, sjuksköterska på akutmottagningen.

Under hösten kommer fler utbildningstillfällen att hållas av de fyra som gick utbildningen, sjuksköterskorna Susanne Lindgren, Maria Carles och Mia Cederholm samt läkaren Maria Edmark. Ett vårdprogram ska också utarbetas.



Ny studierektor för st-läkarna

Kristina Giuliana Cesarini är ny studierektor för st-läkarna från 1 juni.

Kristina Giuliana Cesarini är överläkare på neurokirurgen och ska arbeta med st-frågor på tisdagar.

Stort intresse för kontroll av aorta

Gensvaret hos de 65-åriga män som har erbjudits ultraljudsundersökning av stora kroppspulsådern har varit mycket stort, berättar Anders Wanhainen, överläkare vid Akademiska sjukhuset och ansvarig för undersökningarna.

Under det första året kom 84 procent av de män som kallats, och totalt upptäcktes 40 fall av vidgad kroppspulsåder.

Nu har man inlett undersökningen av den årskull som föddes 1942, och på försök ska även 70-åriga kvinnor kallas till undersökning.

– Syftet är att undersöka om det även lönar sig att undersöka samtliga kvinnor. Visserligen är sjukdomen inte alls lika vanlig bland kvinnor, men å andra sidan finns det studier som visar att pulsåderbräck hos kvinnor har en större benägenhet att brista, säger Anders Wanhainen.

Mellan sex och åtta procent av alla män över 65 års ålder har bräck på stora kroppspulsådern, även kallat bukaortaaneurysm, men eftersom sjukdomen saknar tydliga symtom är de flesta ovetande om att de bär på sjukdomen. Bräcket växer långsamt och kan så småningom brista, vilket ofta leder till döden. Men om bräcket upptäcks på ett tidigt stadium kan man göra en förebyggande operation.

Undersökningen tar bara några minuter och är helt smärtfri.

Totalt orsakar brustet pulsåderbräck mellan 700 och 1000 dödsfall per år i Sverige.

”Motivationen högre här än i Tyskland”

Akademiska sjukhuset har i dag många utländska läkare med en sak gemensamt, viljan att arbeta här. Silvester von Bülow är en av dem. Han kom hit från staden Aachen i Tyskland utan att kunna ett ord svenska. Den lärde han sig däremot rekordsnabbt och stannar nu gärna i Sverige.

–Både jag och min fru hade länge drömt om att arbeta utomlands. När jag blev klar med min specialistutbildning i augusti 2006 började vi på allvar fundera över var vi kunde tänka oss att arbeta, berättar Silvester von Bülow, avdelningsläkare på brännskadeintensiven.

Han hade tidigare arbetat tillsammans med Aili Low i Tyskland, som senare flyttade till Sverige för att arbeta på Akademiska sjukhuset. Det var på det sättet Sverige kom med på kartan för Silvester von Bülow. Han hade varit på semester i Stockholms skärgård och där blivit förälskad i naturen, vilket gjorde honom tämligen säker på att han skulle trivas här.

Den avgörande faktorn blev att både han och hans fru fick arbete i Uppsala nästan samtidigt, han på brännskadeintensiven och hon på BMC. När Silvester von Bülow började arbeta på Akademiska sjukhuset i oktober 2006 kunde han inte ett ord svenska. Han löste det den första månaden genom att tala engelska med sina patienter. Därefter började han ta privatlektioner på Folkuniversitetet, som han kompletterade med drygt en månads kvällskurser. Arbetsgivaren betalade språkundervisningen. Nu han talar flytande svenska.

–Det är givetvis lättare att lära sig ett lands språk när du är bosatt i det landet. Svenskan och tyskan är dessutom ganska lika, det är många ord som påminner om varandra, vilket underlättar en hel del, säger Silvester von Bülow.

Det bästa med att arbeta på Akademiska sjukhuset tycker han är motivationen hos de anställda.

–Stämningen är annorlunda här än i Tyskland. På Akademiska får jag i stället en känsla av att de an-



–På Akademiska är motivationen på topp, de anställda brinner verkligen för det de gör, säger Silvester von Bülow, en av sjukhusets många utländska läkare.

ställda verkligen brinner för det de gör, motivationen är alltid på topp vilket leder till att teamarbetet fungerar lysande, tycker Silvester von Bülow.

Hierarkin är inte heller lika påtaglig i Sverige, menar Silvester von Bülow. Han får ett större ansvar här eftersom han själv kan bestämma över sina patienter och deras behandling. Om han sedan skulle vilja få råd och hjälp kan han alltid vända sig till kollegorna och verksamhetschefen Morten Kildal.

–Jag trivs i Sverige och kan tänka mig att stanna här om både jag och min fru får bra utvecklingsmöjligheter på våra arbeten. Föräldraledigheten i Sverige är dessutom en förmån som Tyskland ännu inte har och den känns viktig eftersom vi i framtiden gärna vill ha barn, säger Silvester von Bülow.

TEXT: MATILDE JOHANSSON
FOTO: JOHAN WAHLGREN

Viktigt ha kontakt med verkligheten



Namn:
Karin Norlén

Yrke:
Läkare och
divisionschef

**Började
på Akademiska:
1972**

KOMMER TILL JOBBET ganska tidigt, en vana som sitter i sedan jag arbetade som narkosläkare på operationsavdelning. Ropar hej till Susanne och Annica, som är två av de tidiga på kansliet.

Slår på datorn för att kolla om ytterligare mejl har kommit sedan i går kväll och det har det förstås. Läser igenom och hittar ett mejl om att de ombyggnationer som ska göras på mottagningarna är större än vi trodde. Ventilation och sprinkling ska till och det innebär att delar av mottagningen kommer att vara stängda under en relativt lång tid. Vi måste hitta mottagningslokaler på annat ställe – var?

Klockan 7.45 är det jouravlämning och rapport hos kirurgen och jag går förbi för att ibland måste jag ha kontakt med verkligheten. I natt har man opererat mycket, bland annat kom det in en patient med brustet bräck på stora kroppspulsådern som togs direkt till operation. Allt hade gått bra. När man sitter som jag och lyssnar vid enstaka tillfällen så är det fascinerande vilken kompetens och vilken kunskap det finns på vårt sjukhus för att ta hand om patienterna.

UNDER DE SISTA ett och ett halvt åren har många patienter visat sig bära på eller blivit sjuka av klebsiellabakterien. För att hindra ytterligare spridning har hygienregler skärpts, vårdplatser tillskapats och medvetenheten höjts. En före detta medarbetare, som besökte oss på sjukhuset häromdagen, sa att det kändes som att komma till ett nytt sjukhus när han såg alla regelrätt klädda medarbetare.

Varje vecka är vi en liten grupp som träffas en kortare stund för att diskutera läget och vilka åtgärder som behöver vidtas och vad resultatet av det vi gjort har blivit. Nu ligger några spännande måna-

der framför oss eftersom klebsiellabakterien förefaller trivas på sommaren.

Träff med Ebbi, anestesijuksköterska på centraloperation, för att diskutera forskaransökan, handledning med mera. Ebbi kommer med en av sina handledare Haile och vi diskuterar hur vi ska kunna ordna forskningstid, doktorandanmälan och dylikt.

Transplantationskirurgerna är ute och reser i regionen och har mottagning. Patienterna slipper på detta sätt resa och allt finns tillgängligt på hemsjukhuset. Dessa resor har pågått under många år och vi behöver förnya avtalen med länssjukhusen. Jag träffar Gunnar Tufveson och diskuterar innehållet i avtalen. Vi diskuterar igen att det är bekymmersamt med operationstid för att lägga fistlar på patienter som behöver dialys. Dessa operationer har under det senaste året gjorts på thoraxoperation, men utrymmet är litet där nu liksom på centraloperation. Operationsresurserna har ökat rejält de senaste åren på centraloperation men behovet är större.

PÅ EFTERMIDDAGEN TRÄFFAR jag representanter från regionen för att diskutera rekrytering av läkare framför allt till mindre sjukhus och inom så kallade smala specialiteter. Vi konstaterar att i alla våra län har vi brist på psykiatriker och allmänläkare och på vissa ställen neurologer och radiologer. För att förbättra rekryteringen har vi i detta regionsamarbete under många år fått pengar från Samverkansnämnden i Uppsala-Örebroregionen till läkarassistenter. Det är läkarstudenterna från termin 5–9 som får chans att prova på udda specialiteter och att arbeta på mindre sjukhus under 5–6 sommarveckor. Vi bestämmer oss för att skriva till samverkansnämnden för att få fortsätta med detta. Ruser sedan iväg på sjukhusledning som pågått



ett tag men hinner höra det sista av en presentation av mobila intensivvårdsteam. Det är något som jag tror att vi kommer att ha mycket nytta av, och jag hoppas verkligen att vi ska kunna finna möjligheter att inrätta detta. Vi diskuterar också sommarsemestrar och hur svårt det är på vissa enheter att kunna täcka alla arbetspass. Visserligen går verksamheten ner under sommaren, men det är också otroligt mycket som utförs under sommarmånaderna och någon måste göra det.

Lokaler och ombyggnationer diskuterades och vi förstår att det kommer att bli rörigt på sjukhusområdet ett tag framåt. Vi får tänka på hur bra det blir när det blir färdigt, så går det nog.

Ansvarsutredningen diskuterades. Ansvarsutredningens förslag innebär att det ska finnas ett regionsjukhus i varje region med en till två miljoner invånare samt etablerade forskningsmöjligheter. Jag träffade häromdagen ett stort antal av de läkare som går ledarskapsprogram 4 och 5 för att få deras synpunkter i frågan. Jag måste säga att jag är imponerad av dessa unga kollegor. Vilket ansvars tagande, vilken öppenhet att se möjligheter att lösa problem och vilken kreativitet. Den stunden med det gänget kan jag leva länge på.

NY MORGON – in och läsa mejlen. Datorn fungerar inte, men som tur är finns it-samordnare på plats och hjälper till. Måste man gå i pension för att hinna att lära sig hur datorn och dess program fungerar? Det var länge sedan jag var och lyssnade på handkirurgernas rond, varför jag bestämmer mig för att gå dit. Det är roligt att komma upp – jag blir hjärtligt välkommen och medarbetarna tycker att det är roligt att jag kommer. De som har varit jour under natten har inte kommit ännu, men jag får höra att man hållit på att operera hela

natten och sytt på fingrar på grund av en vedklyvskada. Och så plötsligt kommer Maria och Stephan som varit på operation tillsammans med några andra och börjar berätta vad de gjort. Helt otroligt vad man kan göra, de har alltså sytt fast några fingrar och tumme och det ser ut som det skulle kunna gå vägen. Det blir en spännande tid för patienten några dagar framåt.

Lite telefonsamtal, talar med några av verksamhetscheferna för att höra om vi kommer framåt för att lösa bekymret med operationstid för anläggande av dialysfistlar, diskuterar overtiden och extrapass med personalchefen Lotta.

KIRURGDIVISIONEN ska liksom akut- och rehabdivisionen få lite nya vårdplatser till följd av trängsel, överbeläggningar och omflyttningar samt att Heby numera tillhör Uppsala län. Jag har gett en grupp medarbetare, varav endast enstaka på chefsnivå, övriga är sådana som är intresserade av ledarskap och chefskap, att fixa till på något bra sätt hur och till vad dessa vårdplatser ska användas samt hur organisation och ledning ska se ut. Katarina som är projektledare har bett att få en tid för en första rapport och kommer och presenterar "Värdgolv med traumainriktning". Oj! Nedrans, va bra, va de kan och vilka idéer, helt imponerad. Katarina kommer senare på divisionsledningen och presenterar hur långt de har kommit och alla blir mycket imponerade. Styrgruppen sammanträder direkt efter divisionsledningen och köpte hela förslaget och ber att gruppen fortsätter på inkört spår. De påminns också om att förslaget ska tas i samverkan innan vi kan ta beslut.

Vad roligt det är med unga medarbetare som tar ansvar, vill och kan och verkligen gör ett jättebra jobb. Vi behöver inte oro oss för framtiden.



Tommy Östling Sehlin finns på plats för sin fru Lena. Han sköter sitt arbete direkt från hennes patientsal.
– Tillgången till internet har stärkt vår livskvalitet, berättar Lena Östling Sehlin.

Internet underlättar sjukhusvistelsen

Sedan slutet av mars 2007 har alla enkelrum inom verksamhetsområde hematologi tillgång till internet. Patienterna kan ta med sig datorn hemifrån, koppla in den i väggen och komma ut på nätet. Det var avdelningschefen Anette Skoglund som tog tag i internetfrågan.

– Det är viktigt att kunna erbjuda rum med internetuppkoppling, eftersom efterfrågan är stor både från våra patienter och deras anhöriga, berättar Anette Skoglund.

Hon kontaktade it-avdelningen för att se om det fanns möjlighet till nätanslutning, och med hjälp av EKG-uttagen installerades internet i fem enkelrum under hösten 2006.

Anette Skoglund har sedan dess strävat efter att alla enkelrum ska utrustas med internetuppkoppling, vilket blev verklighet i slutet av mars.

Att få tillgång till internet betyder mycket inte bara för patienten utan även för den anhöriga som kan vara mer närvarande under sjukdomstiden, menar Anette Skoglund.



Anette Skoglund

– Det är många anhöriga som nu sköter delar av sitt arbete direkt från patientsalarna.

– Det känns bra att kunna erbjuda resursen till våra patienter eftersom behovet av underhållning och kommunikation för en långtidsinlagd person är stort.

Patienten Lena Östling Sehlin kom till hematologen tidigare under året. Hon ställde sig då i kö till ett av de enkelrum som då hade uppkoppling, och den femte veckan kunde hon flytta in, till glädje för henne och hennes man. Hon betalar nu räkningar och ser på bilder på barnbarnen över nätet.

Hon läser även protokoll från arbetsmöten för att se vad som händer och för att ge synpunkter och respons.

– Internet gör världen därute mer verklig, men den har även stärkt livskvaliteten under min sjukdomsvistelse. Min man kan vara närvarande på ett sätt som inte skulle varit möjligt utan internet. Han sköter nittio procent av sitt arbete direkt från mitt rum och det stöd och den hjälp som det innebär går inte att beskriva. Internet har gjort så att jag inte känner mig lika sjuk längre, berättar Lena Östling Sehlin.

TEXT: MATILDE JOHANSSON
FOTO: JOHAN WAHLGREN

Mer operationstid i nya lokaler

En lugnare miljö för patienten, ett mer effektivt utnyttjande av operationssalarna och en bättre arbetsmiljö för personalen. Det är syftet med de nya lokalerna för centraloperations postoperativa avdelning på Akademiska sjukhuset, som tar hand om patienter före och efter en operation.

Den sista mars tas de nya lokalerna i bruk och samtidigt utökar man den förberedande verksamheten under förmiddagarna.

– Då ska en specialistsjuksköterska förbereda patienten inne i de nya utrymmena och till exempel lägga bedövningen i lugn och ro i stället för att det görs inne i operationssalen. Tanken är också att patienterna i väntan på operation ska ha tillgång till tidningar och musik och någon att prata med, säger avdelningschef Christina M Nilsson.

Med det nya arbetssättet räknar man med att kunna påverka flödet och bytestiderna på operationssalarna.

– Bytestiderna blir kortare, och det innebär att den tid som vi får möjlighet att operera blir längre, säger verksamhetschef Gunnar Enlund.

Avdelningen ligger på samma ställe som tidigare, men har fått ett helt nytt utseende och har anpassats efter det behov av vård och omvårdnad som dagens patienter har. Även efter operationen blir det lugnare runt patienten, och de nya lokalerna gör det lättare att övervaka hur patienten mår.

En annan anledning till ombyggnaden var att förbättra arbetsmiljön, och personalen har varit deltagit aktivt i planeringen av de nya lokalerna.

– Nu blir det mer plats mellan sängarna, bättre belysning och bättre golv, säger Christina M Nilsson.




AKADEMISKA SJUKHUSETS
BARNFOND



Festvåning
Konferensluncher
Bröllop
Kick off
Konsserter



SVEN DUFVA

Tel. 018-50 10 75 • Dag Hammarskjöldsväg 40.
www.svendufva.com • Mail. info@svendufva.com.



Ett sockertrolls bekännelse

I SKRIVANDE STUND är det söndag kväll. Jag har just klämt en pizza större än ett brunnslock. Den var utsökt god, och jag sitter nu bukstinn med flottig mun framför min dator och funderar.

Förutom pizza är jag också svag för gräddiga såser, ostkrokar, geléhallon, öl, hamburgare, snus, dubbeldaim, dessertostar, grape tonic

och gräddglass. Bland annat. Samtliga av dessa njutningar ger övervikt, så småningom fetma och i förlängningen troligen även hjärt- och kärlsjukdomar. Samt säkert en hel del annat. Kanske ska jag börja motionera. Efter sommarlovet.

Men jag är ju inte det minsta unik. Svagheten

för ovanstående läckerheter är något jag delar med en ohygglig massa medmänniskor. Och min fråga är given: Varför är allt som är gott samtidigt farligt?

NÄR JAG SITTER här och grunnar på detta (nu tog jag ett geléhallon) känns det som om vår skapare har misslyckats med sin produkt. Han (eller hon) måste ha fått en bugg i programmet just när han skapade människan. Troligen skulle han just programmera fullkornsgröt, spenat och tomatjuice som höjden av smakupplevelser, när han plötsligt slant över tangentbordet, kom åt fel knapp och fick oss att älska socker, flott och allehanda kvicka kolhydrater.

Och som resultat av denna fadäs har vi - som haft turen att födas i det övergödda hörnet av klotet - mycket riktigt drabbats av en fetma-epidemi som sakta men säkert håller på att ta kål på oss. Inte minst eftersom utvecklingen de senaste åren skickat iväg oss från skogarna och smedjorna och timmerbrötarna till datorerna, tv-apparaterna och dataspelen, samtidigt som snabbmat, godisbutiker, helfabrikat och glass-

stånd sällan är längre bort än 50 meter.

Det är liksom krattat i manegen för den här tjockbomben.

Min mamma har alltid sagt att ”det är liiiiiika gott med en skål morötter på bordet som med en skål godis”. Jag gick inte på det när jag var fem år, och jag går inte på det nu när jag är 41 år heller. Trots det hör jag mig själv fräsa samma repliker som jag själv föraktade i barn-
domen, när mina barn är sugna på godis:

- Det finns frukt!

För att inte tala om när de frågar efter läsk eller saft:

- Det finns vatten i kranen!

De svaren är nödvändiga, men inte särskilt bra. Och frågan kvarstår: Varför är vi så felkonstruerade? Varför njuter jag så mycket mer av en skål salta fiskar än av en skål torsklever?

JAG HAR HÖRT diverse långsökta obskyra förklaringar om att allt skulle handla om energi. Typ så här:

Det lär ju ha funnits människor redan före datorernas och pommens fritens tid, och dessa människor var ute och sprang och frös och ströp älgar dygnet runt. För dessa människor var inflödet av energi livsviktigt och svårt att hitta. För oss är energin lättåtkomlig och livsfarlig, eftersom vi inte gör av med hälften av den energi vi stoppar i oss.

Och anledningen till att all den här överflödsenergin inte slinker ut den - som det så onaturligt heter - naturliga vägen, sägs vara att evolutionen genom årmiljonerna lärt oss att lagra energin, så att vi skulle orka ranta omkring i skogen med spjut och snaror även om kexchokladen för stunden sinat.

Så man skulle vara konstruerad som en gammal dromedar alltså! Bara det att puckeln sitter på magen.

Då låter det betydligt mer troligt med en bugg i vår herres systemprogram.



KÅSÖREN JACKE SJÖDIN

”Han (eller hon) måste ha fått en bugg i programmet just när han skapade människan.”

JACKE SJÖDIN