



AKADEMISKA
SJUKHUSET

Nummer 3 • 2008

Ronden

Tema God vård

Vårdavtalen förlängs över 2009

Patientmat under utredning



Ronden

Nr 3 • 2008

Vårdavtalen säkrade över 2009

Sidan 3

Nya rutiner för patientmat väcker frågor

Sidan 5

Benförlängning ger chans till nytt liv

Sidan 6–7

Tema God vård

Sidan 8–15

Nya divisionschefer tar plats i ledningen

Sidan 16–18



FOTO: STAFFAN CLAESSEN

Omslagsbilden:

För tidigt födde Algot Larsson vårdas i cpap, hud mot hud med mamma Maria på 95 F. Barnläkaren Katarina Strand-Brodd justerar apparaturen.

Ronden är Akademiska sjukhusets personaltidning sedan 1960.

Redaktion

ronden@akademiska.se

Redaktör

Hannes Ljunghall

018-611 32 27

hannes.ljunghall@akademiska.se

Ansvarig utgivare

Christina Bostedt

Tryck

Trydells tryckeri, Laholm

Tryckt på Arctic Silk

Annonser

ronden@akademiska.se

018-611 32 27

Ronden

Akademiska sjukhuset

751 85 Uppsala

ronden@akademiska.se

Manusstopp nr 4/2008: 25 augusti

Tack för de här åren!

DAGS FÖR VAKTAVLÖSNING på Rondens redaktörsstol! Jag har av hälsoskäl tvingats lämna uppdraget efter sju år och nu tar Hannes Ljunghall över. Det är tråkigt för mig, men det har fördelar för sjukhuset för nu får vi in någon utifrån som ser Akademiska sjukhuset med fräscha ögon. Det är lätt att bli hemmablind och säga att det där har vi redan skrivit ett reportage om – det visar sig att det kanske var fyra–fem år sedan och det har läsarna glömt. Det blir en nystart för tidningen, som är en av Sveriges äldsta personaltidningar och firar 50 år år 2010!

Jag tar med mig en massa minnen från åren som gått, förstås. Min bedömning är att mitt mesta lästa reportage är det som hade rubriken Kärlek på lasarett, där jag intervjuade par som funnit kärleken på sjukhuset. Det var mycket letande innan jag hittade paren, men gissa om omgivningen var engagerad i det arbetet. Jättekul!

Andra roliga artiklar jag minns så här på rak arm är den när jag tittade på Cityakuten tillsammans med personal från vår akutmottagning, alla de små intervjuer jag gjorde i höstas om vad som är Akademiskas själ, temasidorna om jämställd vård och huddoktor som dömde ut reklamen för alla dyra hudkrämer som nonsens.

RONDENS REDAKTÖR HAR STOR FRIHET att utforma innehållet i tidningen själv och det är jätteroligt att få göra den från ax till limpa. Men det är slutligen informationschefen som har sista ordet om vad som får och inte får publiceras. Det har inte hänt ofta att vi kolliderat, men det har ändå inneburit en omställning för en gammal dagstidningsjournalist.

Framförallt minns jag alla dessa trevliga och roliga stunder jag haft med er ute i verksamheten! Hur många gånger har jag inte kommit tillbaka till mitt skrivbord och känt det som att jag fått nya vänner. Jag är fortfarande förbluffad och lycklig över att det finns så många härliga människor som arbetar på detta sjukhus.

OCH JAG RÄKNAR MED att få träffa er igen. Jag går över till andra arbetsuppgifter inom informationsavdelningen, så vi kommer att ses i korridorerna också framöver. Tills dess går det bra att skicka eventuella presenter, blommor och choklad till mitt kontor. Eller bara ett mejl?!

Tack för de här åren!



INGELA WIMAN,
REDAKTÖR EMERITUS

Vårdavtalen säkrade över nästa år

Oron och turbulensen har varit stor, men nu kan Akademiska sjukhuset andas ut, åtminstone tillfälligt. Alla de största externa kunderna kommer av allt att döma att förlänga sina avtal om inköp av högspecialiserad vård minst över 2009.

– Det känns jättebra. Vi sitter trygga över nästa år och kan i lugn och ro fortsätta diskussionerna om ett nytt, gemensamt avtal inom regionen, säger Anders Lindkvist, avtalsdirektör.

Omkring en tredjedel av Akademiska sjukhusets intäkter kommer från försäljning av högspecialiserad vård till andra landsting. En summering av avtalsläget ser ut som följer:

- Norra regionen, som består av landstingen i Norrbottens, Västerbottens, Västernorrlands och Jämtlands län, har till skillnad från övriga samarbetspartner ingen option om förlängning av sitt avtal, men har visat intresse för ett nytt treårsavtal enligt samma villkor som idag och diskussionerna fortsätter under hösten.

- Åland har förlängt avtalet över 2009.

- Landstinget i Uppsala läns avtal om gränssjukvård med Stockholms läns landsting, som låter invånarna fritt söka vård även hos grannlandstinget, ska förtydligas på vissa punkter, men kvarstår vad gäller huvuddragen.

Arbetsutskott enades

Inom den egna sjukvårdsregionen, där Landstinget i Uppsala län samarbetar med landstingen i Dalarnas, Gävleborgs, Sörmlands, Värmlands, Västmanlands och Örebro län, träffades den 22 maj ett arbetsutskott bestående av ordförandena i de respektive landstingsstyrelserna och enades om tre huvudfrågor.

För det första är alla med på att för-

länga avtalet om regional samverkan över 2009. Detta avtal sades upp 2006 för omförhandling av Sörmland och hade upphört att gälla den sista december i år. Avtalet reglerar det så kallade utvecklingsstödet, som betalas in till regionens universitetssjukhus (det vill säga i Uppsala och Örebro), vilka i sin tur erbjuder kompetensöverföring och kunskapsutveckling åt länssjukhusen. Dessutom ges en rabatt vid inköp av högspecialiserad vård som motsvarar utvecklingsstödet, som alltså inte innebär någon merkostnad för övriga landsting.

Att avtalet nu förlängs innebär inte bara 24 miljoner kronor i intäkter för Akademiska sjukhuset.

– Det är glädjande även eftersom det signalerar en vilja att vara kvar i regionen, åtminstone tills det kommer beslut om bildande av regionkommuner, säger Anders Lindkvist.

Gemensamt avtal ska utredas

För det andra enades arbetsutskottet om att rekommendera sina landsting att förlänga avtalen om inköp av högspecialiserad vård från Akademiska sjukhuset till den sista december 2009.

För det tredje ställde sig arbetsutskottet bakom direktiv om att utreda förutsättningar för ett gemensamt regionavtal som gäller från och med 2010. Ett sådant avtal skulle innebära ett trendbrott med stor betydelse för att trygga framtiden för Akademiska

”Det är glädjande även eftersom det signalerar en vilja att vara kvar i regionen.”



Anders Lindkvist

Tabellen visar Akademiska sjukhusets största externa kunder

Landsting	Såld vård 2007 (miljoner kronor)
Gävleborg	290
Dalarna	242
Västmanland	226
Sörmland	191
Stockholm	183
Värmland	98
Norra regionen	84
Örebro	77
Åland	26
Övriga landet	68
Utlandet	36

sjukhuset. Idag träffar sjukhuset separata avtal med varje landsting. I det gemensamma avtalet blir Landstinget i Uppsala län en av sju likvärdiga samarbetspartner, med samma tillgång till den högspecialiserade sjukvården som de andra landstingen inom regionen.

– Det ska präglas mindre av köp-sälj och mer av ömsesidigt ansvarstagande för universitetssjukhusen. Det kommer att ställa helt andra krav på regiontrohet, säger Anders Lindkvist.

Ömsesidigt utbyte

Tanken är att man inte ska skicka patienter någon annanstans om det finns kompetens och kapacitet på universitetssjukhusen i regionen, och saknas sådan ska man även verka för att bygga upp den. Universitetssjukhusen ska samtidigt stötta länssjukhusen med kunskap och kompetens i än högre grad än idag.

Än återstår dock mycket att diskutera. Ett gemensamt avtal förutsätter en harmonisering av rabatter, och ett nytt, gemensamt ersättningsystem där man slår fast

hur stor del av ersättningen som ska vara fast och hur stor del som ska vara rörlig. Det krävs också att man skiljer ut och synliggör hur mycket högspecialiserad vård på Akademiska som köps av invånarna i Landstinget i Uppsala län, något som inte går att göra på ett enkelt sätt idag.

HANNES LJUNGHALL

Nya rutiner för patientmat väcker frågor

Frågan om var patientmaten på Akademiska ska tillagas framöver är fortfarande under utredning. Sjukhusledningen fattade strax efter Rondens pressläggning ett inriktningsbeslut som visar hur man vill gå vidare.

– Det viktiga är att kvaliteten på maten ska vara densamma som idag, eller bättre. Vi får heller inte göra några avkall vad gäller kraven på god hygien, säger biträdande sjukhusdirektör Björn Ragnarsson.

Om patienternas mat ska kunna lagas på Blå korset även framöver måste köket först renoveras för omkring 70 miljoner kronor. Sjukhusledningen vill därför även utreda alternativet att köpa in mat utifrån. I det fallet finns två olika varianter att ta ställning till: antingen köper sjukhuset in färdigdukade brickvagnar, eller så läggs maten upp för servering lokalt på Akademiska.

Varm mat hela vägen inget alternativ

I samtliga alternativ i det underlag som Landstingsservice har lämnat till Akademiska, inklusive om maten lagas på Blå korset, kyls maten ned efter tillagningen och värms upp före servering, så kallad "cook chill". Tommy Lenberg på Landstingsservice framhåller de arbetsmiljömässiga bristerna i att som idag tillhandahålla varm patientmat i hela kedjan.

– Det ger en stressig arbetsmiljö där tiden i varje steg – från kokkärl, till tallrik, till leverans, till patient – är kritisk.

"Det viktiga är att kvaliteten på maten ska vara densamma som idag, eller bättre."

Livsmedelshygieniskt kan sägas att mat som lagas och sedan varmhålls ska ätas upp inom två timmar, vilket gör systemet sårbart. Dessutom ger ett system med cook chill ökade möjligheter för patienterna att äta när de har möjlighet. Det är inte alltid man har aptit vid ordinarie lunch- eller middagstid, säger han.

En av dem som har reagerat negativt är sjuksköterskan Lena Åkerlind, som arbetar på thoraxintensiven och även är avdelningens nutritionsombud.

Tillsammans med nutritionsombud från andra avdelningar har hon samlat in namnunderskrifter från kirurg-, akut- och rehabiliterings- samt onkologi- och medicindivisionen, främst i protest mot planerna på att eventuellt köpa in mat utifrån. Underskrifterna har lämnats till Björn Ragnarsson, som håller i ärendet.

Befarar minskad flexibilitet

Oron gäller bland annat sämre flexibilitet, det vill säga att matalternativen ska bli färre och det inte ska gå att beställa med kort varsel, och att kvaliteten ska bli sämre vad gäller matens smak, utseende och näringsinnehåll. Andra farhågor är att särskilt infektionskänsliga patienter ska utsättas för bakterier via maten i högre grad än idag, och att



Björn Ragnarsson



Lena Åkerlind, sjuksköterska på thoraxintensiven, har varit med och initierat en namninsamling för att patienternas mat ska lagas på Akademiska sjukhuset även framöver.

dialogen med kökspersonalen försvinner om maten lagas på annat håll.

– Akademiska sjukhuset är en av Uppsalas största arbetsplatser. Vi borde kunna hålla oss med ett eget, välfungerade kök, säger Lena Åkerlind, som även understryker att patienter med erfarenhet från andra sjukhus ofta berömmar maten på Akademiska och tycker den är mycket bättre än vad de har fått tidigare.

Vill dämpa farhågor

Björn Ragnarsson menar dock att det inte finns anledning till farhågor.

– Vi har noterat oro bland personalen, som vi tar på största allvar. Vi sätter värde på personalens engagemang i en så pass viktig fråga, men det finns ingen anledning att oroa sig för att matens kvalitet kommer att försämrats. Ekonomin spelar in och vi tittar även på faktorer som miljöpåverkan vid transporter, men det viktiga för oss är att våra patienters mat ska smaka lika bra och vara lika näringsrik som idag, säger han.

TEXT OCH FOTO:
HANNES LJUNGHALL

Många kvinnliga anställda utsatta för partnervåld

Nästan var fjärde kvinna som arbetar på Akademiska sjukhuset har någon gång blivit utsatt för våld av en partner. Det visar en ny studie från Nationellt centrum för kvinnofrid. Men egna erfarenheter av våld innebär inte att man agerar annorlunda i mötet med våldsutsatta kvinnor som patienter. Istället har utbildning i ämnet större betydelse.

Omkring var femte kvinna bland personalen i det patientnära arbetet på Akademiska sjukhuset tillfrågades i studien. Nästan var fjärde uppgav att de någon gång blivit utsatta för våld av en partner – fysiskt, emotionellt, eller sexuellt. Siffrorna stämmer överens med tidigare forskning om erfarenheter av våld mot kvinnor i Sverige.

Påverkar hälsan negativt

Kristina Stenson, barnmorska och forskare vid Nationellt centrum för kvinnofrid, är ansvarig för studien.

– Att utsättas för våld påverkar hälsan

”Ämnet måste in i alla grundutbildningar till yrken inom vården. Arbetsgivaren har också ett ansvar att fortbilda”

negativt, och våldsutsatta kvinnor söker ofta hjälp hos hälso- och sjukvården. Det är viktigt att vårdpersonalen kan identifiera orsakerna till deras problem och ge rätt behandling. Därför ville vi undersöka om personalens egna erfarenheter av våld har betydelse för hur de agerar i mötet med våldsutsatta kvinnor som patienter, säger Kristina Stenson.

Nytt namn och nya lokaler för kvinnofridsmottagningen

I juni flyttar Nationellt centrum för kvinnofrid in i nya lokaler vid ingång 17. Samtidigt har det gamla namnet Rikskvinnocentrum bytts ut helt och hållet.

Den övergripande organisationen heter Nationellt centrum för kvinnofrid, och patientverksamheten är uppdelad på kvinnofridsmottagningen och den nationella stödtelefonen Kvinnofridslinjen, 020-50 50 50.

På mottagningen får kvinnor som har utsatts för hot, våld och sexuella övergrepp hjälp och stöd av kvinnliga kuratorer och läkare. Vid akuta fall kan man kontakta kvinnofridsmottagningen direkt under kontorstid.

– På kvällar och helger hänvisar vi akuta besök till akutmottagningen och gynnottagningen, men då kan man också kontakta Kvinnofridslinjen för råd, samordning och tidsbokning till våra kuratorer och läkare, säger verksamhetschef Åsa Witkowski.

Några sådana samband kunde inte hittas. Däremot hade de som fått utbildning i ämnet mer kunskap och större beredskap att agera i mötet med våldsutsatta kvinnor som patienter. Trots utbildningsåtgång sedan mitten av 1990-talet uppgav endast 25 procent av de tillfrågade kvinnorna att de fått utbildning.

– För att möta behovet måste ämnet in i alla grundutbildningar till yrken inom vården. Arbetsgivaren har också ett ansvar att fortbilda, säger Kristina Stenson.

Studien genomfördes på Akademiska sjukhuset under våren 2006. Svartspersonerna valdes ut slumpmässigt och fick en enkät skickad till sin arbetsplats. Undersökningen har publicerats i marsnumret av tidskriften Women Health Issues.

TEXT OCH FOTO:
HILLEVI GOOD

Kristina Stenson, barnmorska och forskare vid Nationellt centrum för kvinnofrid, har genomfört en studie som visar att var fjärde kvinna som arbetar på Akademiska sjukhuset någon gång har blivit utsatt för våld av sin partner.





Björn Tjernström undersöker Tim Billström, som är nyopererad och ska genomgå vinkelkorrigering av underben och drygt sex cm förlängning av lårben.

Chans till ett nytt liv

TEXT:
SAMUEL
SEHLBERG
FOTO:
STAFFAN
CLAESSON

Sedan 1980-talet har Akademiska sjukhuset varit ledande i Sverige på kirurgiska benförlängningar.

– Jag brukar säga att vi har ”skapat” drygt närmare 25 meter nya ben sedan 1980-talet, säger barnortopeden och överläkaren Björn Tjernström.

Nu har barnortopeden i ingång 95 fått sina kunskaper klassificerade som riksspecialitet.

Björn Tjernströms databilder med barnben, före och efter förlängning, påminner för en lekman om ett smärtsamt, livsavgörande illusionstrick. Missbildade, skruvade ben rätas ut, förlängs till likvärdiga, fungerande springverktyg.

Barn fångade i sin ofrihet får möjlighet till ett nytt liv.

De senaste 20 åren har ortopedkliniken i Uppsala utfört drygt 400 förlängningar och korrigeringar, med en genomsnittlig förlängning på sex centimeter.

– Nästan allas livssituation förändras radikalt till

det bättre. Det gör att de flesta patienterna är motiverade och tycker den långa processen är värd uppoffringarna det innebär.

– Det mesta av arbetet måste patienterna nämligen göra själva, och det är en relativt lång läkningsprocess, säger Björn Tjernström som genomförde sin första förlängning 1986.

Förfinad metod

Metoden som kliniken så framgångsrikt har förfinat kallas Ilizarovmetoden, efter Gavril Ilizarov som under andra hälften av 1900-talet arbetade i Kurgan, en industristad i västra Sibirien.

Huvudmetoden kan kortfattat beskrivas i fyra punkter.

- Genom ett kirurgiskt ingrepp skapas en fraktur på benet som ska förlängas. För att läkningen ska gå bra, bör benet delas så att cirkulationen störs så lite som möjligt.

- Benet fixeras genom att kirurgen skruvar på ett externt fixeringsinstrument, en metallställning som håller benet stilla. Patienten får sedan vila 5–10 da-

gar, beroende på hur skonsamt ingreppet har varit.

- Sedan startar förlängningen som patienten kan sköta själv i hemmet. Genom att skruva på fixeringsinstrumentet förlängs det, och ökar då benets längd. Vanligtvis görs det med cirka en millimeter per dygn.

- Läkningstiden är cirka 40 dagar för varje centimeter, det vill säga knappt ett års läkningstid för åtta centimeter.

Det finns ingen noterad övre gräns för hur långt benen kan förlängas, på Akademiska sjukhuset är största förändringen drygt 30 centimeter.

- Vetenskapliga artiklar har visat att en förlängning med 0,5 mm per dygn ökar risken för för tidig slutning. Blir det mer än en millimeter per dygn får man sämre läkning. Att skruva på instrumentet är mycket enkelt, barnen brukar förstå precis hur de ska göra. Kanske lite mot vad man kan tro är metoden inte heller speciellt smärtsam, säger Björn Tjernström.

- Barnen kan gå i skolan och sköta sitt vardagliga liv med hjälp av vanliga smärtstillande medel som alvedon. Däremot har de mycket ont dagarna efter att vi har orsakat frakturen, men den smärtan går vanligtvis ner första veckan efter ingreppet.

Risk för djupt liggande infektioner

Björn Tjernström och hans kollegor på barnortopedien har under åren även prövat i huvudsak två andra metoder. I den ena kombineras den externa fixeringen med en märke-spik som skruvas in i benet. Fördelen är att metallställningen kan tas bort mycket tidigare. Nackdelen är risken för djupt liggande infektioner.

- Den andra tekniken är att sätta in en förlängningsspik, som gör att man slipper all yttre fixering. Spiken skruvas in i benet och förlängs genom att patienten roterar benet flera gånger per dag. Det är förenat med viss smärta och en av spikarna på marknaden går därför under namnet "Twist and shout". Nackdelen är att man inte har kontroll över förlängningen. Om till exempel patienten är för aktiv kan förlängningen gå för fort, säger Björn Tjernström, som doktorerade 1994 med "Leg Lengthening. A Clinical and Radiological Study".

Varje år genomför ortopedin i Uppsala cirka 20 benförlängningar. De som kommer till sjukhuset och söker hjälp tillhör framför allt patientgrupper med olika långa ben eller med olika typer av medfödda bende-fekter.

Ilizarovinstrument för samtidig vinkelkorrektur och förlängning av båda underbenen hos patient med achondroplasi.



- En grupp vi för det mesta sä-

ger nej till är kortväxta människor som vill bli längre, och alltså vill förlänga båda benen. Härom veckan kom en manlig patient som var strax under 1,60. Honom nekade vi operation. Vi har lagt gränsen på ungefär 140 centimeter.

- En bilateral benförlängning är mycket tidskrävande för patienten, och det finns risker för skada på leder, muskler och nerver. Dels kostar det mycket pengar, dels tar det mycket tid, inte bara för vår avdelning. En benförlängning inkluderar många människor under lång tid på sjukhuset, vårdavdelningspersonal, sjukgymnaster och röntgenpersonal.

Vilka ser du som de viktigaste möjliga förbättringarna i framtiden?

- Att förkorta läkningstiden. Ultraljud har visat sig påskynda läkningen på frakturen. Förhoppningsvis kan man i framtiden ge patienterna kemiska ämnen som förkortar läkningsprocessen i ben och mjukdelar ytterligare.

- Några som läker extra långsamt är rökare. Vissa kollegor vägrar förlänga benen på rökare, men jag ser inga rimliga möjligheter att kontrollera om mina patienter röker eller inte.

Vad betyder det att få utnämningen riks-specialitet?

- Redan idag har vi patienter från hela landet. Men det är bra för Akademiska sjukhuset och ett konkret bevis på att vi genomför ett framgångsrikt arbete. Jag vågar säga att vi har klart bredast erfarenhet i Sverige på de mest komplicerade fallen, säger Björn Tjernström.



Vänstra bilden visar en 15-årig yngling med förkortning drygt 30 cm och vinkelfelställningar på grund av medfödda skelettförändringar (Olliers sjukdom). Högra bilden visar samma patient drygt två år senare, vid avslutning av andra förlängningen.



Förlängningsspik ISKD med ca tre cm förlängning.

Över 100 år sedan första benförlängningen

Första beskrivna benförlängningen hänförs till Codivilla från Bologna 1905. De första förlängningarna gjordes med sträckbehandling och i en del fall med extern fixering. Sedan stabiliserades benet, ofta i gips.

Andersson (1952) vidareutvecklade fixeringsinstrumenten och utförde 200 förlängningar. Genombrottet kom på 1960-talet med Wagners teknik, som framför allt utvecklade fixeringsinstrumenten.

Ilizarov utvecklade samtidigt sina metoder i Sibirien, och de fick därefter spridning i Västeuropa.

För mer läsning se "Benförlängningar – historisk återblick och aktuell teknik", särtryck till Läkartidningen volym 87, nr 35 1990.

Varje patient ska känna sig trygg i kontakten med vården, och varje medarbetare ska ges förutsättningar att göra ett bra jobb. Dessa är grundprinciperna bakom God vård, ett systematiskt förbättringsarbete som i allt högre grad genomsvyr Akademiska sjukhusets verksamhet.

God vård är säker vård

Det har alltid pågått ett arbete med att utveckla verksamheten på Akademiska, men de senaste åren har ett mer systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete tagit allt fastare form inom ramarna för Socialstyrelsens föreskrifter, som ofta ges samlingsnamnet God vård.

De föreskrifter som idag kallas God vård utfärdades av Socialstyrelsen hösten 2005, och lanserades i en mer användarvänlig "handbok" följande år, med titeln "God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården". God vård ersatte Socialstyrelsens tidigare föreskrifter och allmänna råd från 1996.

God vård delas in i sex huvudrubriker, som anger att vården ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och ska ges i rimlig tid. Grundtanken är att varje patient ska känna sig trygg i kontakten med vården och att varje medarbetare ska ges förutsättning att utföra sitt arbete på ett bra sätt. För att uppnå detta ska varje vårdgivare skriva så kallade ledningssystem, ett något abstrakt begrepp som ställer krav på organisatorisk struktur, ansvarsfördelning, dokumenterade rutiner och kontinuerlig uppföljning. Systemet syftar till att skapa en grundläggande ordning och reda i verksamheten för att så långt som möjligt förebygga risker och misstag som kan leda till vårdskador.

Kerstin Franck, chefssjuksköterska, ansvarar för att skriva ledningssystemet för Akademiska sjukhuset, som ska vara infört i sin helhet senast den 30 juni 2010.

– Våldigt mycket av innehållet är inget nytt. Vi har arbetat i många år med att utveckla vår patientsäkerhet och med att utveckla nya rutiner och metoder. Det nya är det här strukturerade sättet att arbeta, men även där har vi redan vidtagit åtgärder inom ramen för systematisk verksamhetsutveckling, SVU, säger hon. Även om innehållet på sätt och vis kan tyckas självklart ser Kerstin Franck ett stort värde i God vård.

– Vi kan inte jobba hårdare än vi gör idag, men vi kan jobba smartare, det vill säga mer systematiskt. Arbetet inom God vård är helt nödvändigt för att vi ska vara säkra på att vi gör rätt saker. För patientnyttan är det jätteviktigt.



Kerstin Franck

HANNES LJUNGHALL

”Vi kan inte jobba hårdare, men vi kan jobba smartare”



Öppenhet ger

Neonatalavdelningen 95 F lyfts ofta fram som den avdelning på Akademiska sjukhuset som har allra bäst patientsäkerhet. Hemligheten är en kultur där man inte drar sig för att skriva avvikelserapporter – förra året bokfördes över 100 stycken på avdelningen. Lyfts problemen inte fram kan man heller inte åtgärda dem.

De för tidigt födda barnen som vårdas på neonatalavdelningen är en känslig patientgrupp där det finns högst begränsat utrymme för misstag från



Neonatalavdelningen 95 F anses ha den bästa patientsäkerheten på Akademiska sjukhuset. Här vårdas Maria Larssons son Algot i cpap samtidigt som han får ligga hud mot hud med sin mamma. Algot föddes i vecka 24 och har på bilden hunnit bli sex veckor gammal.

den bästa patientsäkerheten

TEXT:
HANNES
LJUNGHALL
FOTO:
STAFFAN
CLAESSON

personalen. Samma sak kan dock sägas om många andra patientgrupper och det är inte på grund av ett unikt behov som 95 F har anammat sitt säkerhetstänkande, utan för att det har funnits personer där som har sett ett grundläggande värde i att arbeta från basen med patientsäkerheten.

Arbetet har tagit formen av en tvärprofessionell patientsäkerhetsgrupp på sju personer, i vilken ingår läkare, undersköterskor, sjuksköterskor och sekreterare. Gruppen har utbildat all personal på 95 F, med ett underliggande huvudbudskap: rapportera alla avvikelser, hur små de än kan tyckas.

Genom att registrera allt skapar man ett öppet klimat där man åtgärdar fel i systemen istället för att leta syndabockar.

Gruppen bildades 2003 och antalet avvikelserapporter har därefter ökat kontinuerligt.

– Men det var förra året som det verkligen tjongade till. Det har tagit ett tag för budskapet att sjunka in ordentligt, säger undersköterskan Annette Johansson.

Tillsammans med kollegorna i gruppen ansvarar hon för att ta emot och utreda alla avvikelserapporter som görs på 95 F. Dessa presenteras sedan för →

hela personalen på årligen återkommande utbildningsdagar, inklusive de åtgärder som har vidtagits för att förhindra att händelserna upprepas.

Gruppen har ingen särskilt avtalad arbetstid för sitt arbete; avdelnings- och verksamhetschefen har gett medlemmarna ett stående mandat att "ta den tid som behövs", vilket ofta blir i kortare pass när luckor uppstår mellan de

"Det var förra året som det verkligen tjongade till. Det har tagit ett tag för budskapet att sjunka in ordentligt."

ordinarie arbetsuppgifterna på avdelningen, men också i form av möten två timmar per månad samt en årlig två-dagarskonferens.

Fortfarande stort mörkertal

Katarina Strand-Brodd, barnläkare och koordinator för gruppen, uppskattar att det fortfarande finns ett mörkertal på 25–50 procent vad gäller avvikelser på 95 F, men att det då handlar om småsaker som i sig inte innebär någon fara.

Den som anmäler en avvikelse behöver inte själv skriva direkt i Medcontrol. Om någon hellre rapporterar på en papperslapp eller muntligt kan gruppens medlemmar hjälpa till med registreringen, antingen för att underlätta praktiskt eller för att någon kanske inte vill skylta med sitt namn i Medcontrol.

Gruppen jobbar även med att göra patienternas föräldrar aktivt delaktiga i förbättringsarbetet, genom att de utifrån sina egna erfarenheter av avdelningens arbete får lämna kritik och förslag på ändringar av rutiner.

Patientsäkerhetsgruppen på 95 F har hittills varit den enda i sitt slag på sjukhuset, men nu ligger andra i startgroparna för att följa efter, bland annat kvinnokliniken och akutmottagningen.

Barnläkaren Katarina Strand-Brodd uppskattar att det fortfarande finns ett mörkertal på 25–50 procent vad gäller små avvikelser på neonatalavdelningen.



Största f hittills sk

En av tio patienter som läggs in på Akademiska sjukhuset drabbas av en vårdrelaterad infektion. I höst drar Akademiska igång sitt största gemensamma förändringsprojekt någonsin för att komma tillrätta med problemet.

Problemet med vårdrelaterade infektioner, VRI, är nationellt och ser ungefär likadant ut överallt: en av tio som läggs in drabbas. Sveriges kommuner och landsting, SKL, har därför ålagt de svenska sjukhusen att halvera antalet VRI före år 2010.

För Akademiska finns tre huvudsakliga vinstter att göra. Först och främst handlar det om patientnyttan; patienterna kan besparas ett stort lidande om antalet VRI minskar. För det andra finns stora pengar att tjäna. Kostnaden för VRI på Akademiska är idag omkring 110 miljoner kronor om året, främst på grund av förlängda vårdtider. Denna summa ska alltså sänkas till 55 miljoner kronor. En tredje aspekt är att Akademiska i stor utsträckning lever på kundrelationer med andra landsting. Ett lågt antal VRI är en kvalitetsfaktor som ger konkurrensfördelar.

Fortlöpande arbete

Akademiska sjukhuset har liksom andra sjukhus en särskild enhet, vårdhygien, som arbetar fortlöpande med att bekämpa vårdrelaterade infektioner. Vårdhygien fungerar som en stödjande, konsultativ expertfunktion inom sjukhuset och övriga landstinget, och hjälper till när behov uppstår, till exempel vid ett utbrott av multiresistenta bakterier. En viktig del av arbetet är att fortlöpande utbilda personalen i vårdhygieniska frågor. Vårdhygien sitter även med i lokalplaneringsärenden och ser till att bland annat ventilation, material och placering av olika funktioner blir optimala ur hygiensynpunkt.

I sin fortsatta kamp mot VRI startar Akademiska i november sitt största gemensamma förändringsprojekt någonsin. Projektet är del av en nationell satsning för ökad patientsäkerhet som bär namnet Vriss (vårdrelaterade infektioner ska stoppas), och bedrivs enligt en modell som tidigare har prövats med goda resultat bland annat

Örändringsprojektet a halvera antalet VRI

på universitetssjukhusen i Örebro och Linköping. Alla avdelningar på Akademiska som har somatiska vårdplatser (i praktiken alla utom psykiatrin) ska delta.

I Vriss använder man sig av genombrottsmetoden (se även artikel om Akutenprojektet på sidan 12–13), som kännetecknas av att man jobbar mot konkreta mål, som man uppnår genom att utvärdera och förbättra sina rutiner. Nya idéer testas småskaligt och lanseras i större skala när de har visat sig effektiva. Sedan följer man upp med kontrollmätningar och kontinuerlig vidareutbildning.

Samarbete med Örebro

Vad gäller Vriss handlar det mycket om att följa basala hygienrutiner och att göra fortlöpande infektionsregistreringar. Projektet genomförs delvis i samarbete med Universitetssjukhuset Örebro som

har tidigare erfarenhet från egna Vriss-projekt. Egentligen handlar det om ett stort antal mindre projekt under samma paraply; varje avdelning kommer att ta fram egna team som riktar in sig på den egna verksamheten med dess egna, unika problem. Sedan sker ett fortlöpande erfarenhetsutbyte över avdelningsgränserna.

–Alla berörs och alla jobbar mot samma huvudmål. Just det att så många team samverkar tror jag kommer att bli lyckosamt. Det här ska bli jätteroligt, säger Torbjörn Söderström, chefsläkare.



Torbjörn Söderström

TEXT:
HANNES
LJUNGHALL
FOTO:
JOHAN
WAHLGREN

I kampen mot vårdrelaterade infektioner är det viktigt att följa basala hygienrutiner, till exempel desinfektion med handsprit före och efter direktkontakt med en patient.



Bra flyt kortar köerna på akuten

Väntetiderna på Akademiska sjukhusets akutmottagning har ofta varit långa under senare tid. Nu ska ett bra flyt-projekt se till att 90 procent av patienterna får vänta maximalt fyra timmar innan de antingen får åka hem eller läggs in på någon avdelning.

Långa väntetider på akuten har länge varit ett växande problem i takt med att antalet sökande har ökat. Det så kallade Akutenprojektet drog igång i oktober förra året för att vända trenden, utan att ge avkall på vårdkvalitet och patientsäkerhet. Det handlar om ännu ett "genombrottsprojekt" enligt bra flyt-metoden, som tidigare har gett goda resultat när den har tillämpats på bland annat gynmottagningen, infektion och nyligen handkirurgen.

I ett genombrottsprojekt arbetar man mot ett väl definierat, mätbart mål genom att först kartlägga verksamheten noggrant för att identifiera vilka problemområden som finns. Därefter diskuterar man sig gruppvis, inom den egna personalen, fram till lösningar.

Dessa prövas först småskaligt och utvärderas, innan de införs över hela linjen. Hela tiden genomförs mätningar som visar var man står och vilken effekt förändringarna har.

Inledande invändningar

Låter det som självklarheter? Projektledaren Marie Källman, som arbetar heltid med att hjälpa olika verksamheter på Akademiska att dra igång egna bra flyt-projekt, säger att hon ibland får höra inledande invändningar i stil med "det här är inget nytt och löser inte våra problem, det enda som hjälper är fler läkare till avdelningen".

– Men de är aldrig kritiska när projektet väl är genomfört. Då får jag snarare höra "vad roligt det har varit att arbeta så här, det har varit otroligt bra för oss". Det ger ofta en aha-upplevelse när man spaltar upp och kartlägger sin verksamhet systematiskt på det här sättet. Man kan inte heller anställa ny personal i all oändlighet. Det här är ett sätt att lära sig att hushålla med de resurser man har, säger hon.

När Akutenprojektet startade i höstas nådde en-

dast 34 procent av patienterna fyratimmarsmålet. Den längsta väntetiden som hittades vid en inledande mätning var avsevärt längre – strax under 21 timmar.

Arbetet med att kartlägga akutens verksamhet var omfattande och pågick från oktober till mars. Var skulle man börja? Vilka patientgrupper fick vänta längst?

Det fanns inget dataregister att hämta uppgifter ifrån; alla siffror fick plockas fram och registreras "för hand", och personalen fick sköta sina ordinarie arbetsuppgifter parallellt med kartläggningen – en krävande men nödvändig inledningsfas.

Sedan vidtog arbetet med att följa patienternas väg genom systemet, för att identifiera problem och flaskhalsar som stoppade upp patientflödet.

Vissa saker har gått att åtgärda omedelbart; till exempel uppdaterar man introduktionsprogrammen för nya läkare och sjuksköterskor, som minskar variationen i yrkesutövandet och ser till att alla följer samma rutiner. En annan i sammanhanget enkel åtgärd är uppdaterande av gamla pm och riktlinjer för apparatur och läkemedel.

Småskaliga tester

Tumregeln vid mer övergripande förändringar är att först testa småskaligt och utvärdera innan man går vidare. I ett sådant försök har man tittat på om undersökningsrummen på kirurgakuten kan utnyttjas mer effektivt genom att man ändrar rutinerna för vilka patienter och rum som handhas av at- respektive st-läkare. En annan test blir att flytta specialisterna längre fram i triagen för att undvika onödiga delmoment på vägen.



Marie Källman

"Det ger ofta en aha-upplevelse när man spaltar upp och kartlägger sin verksamhet systematiskt på det här sättet"

TEXT:
HANNES
LJUNGHALL
FOTO:
STAFFAN
CLAESSON



Akutenprojektets projektledare Marie Källman och akutsjukvårdens verksamhetschef Urban Säfwenbergs ställer upp vid två undersökningsrum på kirurgakuten där patientflödet ska optimeras, för man ska att kunna ta hand om fler patienter på kortare tid.

En viktig övergripande fråga har varit patienternas väg in och ut från akuten. Finns det till exempel anledning att ifrågasätta en del av de remisser till akuten som skrivs från husläkarsidan och vad kan man i så fall göra åt det? En annan frågeställning har varit hur länge varje enskild patient stannar i akutrummet, där man behandlar patienterna med de mest kritiska tillstånden. När är dessa patienter så pass stabila att de kan skickas vidare, och hur snabbt kan de andra avdelningarna ta emot?

Ovanligt komplicerat på akuten

Bra flyt-projektet på akuten är komplicerat inte bara på grund av det handlar om en ovanligt stor enhet, den är även ovanligt beroende av övriga sjukhuset.

– Vi jobbar för att förbättra våra flöden inne på akutmottagningen så mycket som möjligt, men vi är samtidigt beroende av andra avdelningar för att våra patienter ska kunna lämna akuten. Vi hoppas verkligen att vi får gehör för vårt arbete, det är en förutsättning för att det ska gå bra, säger Marie Källman.

Akutenprojektet är uppdelat på fyra team: ett övergripande samt ett för var och en av de tre underavdelningarna inom akuten: medicin, kirurgi och ortopedi. De tre senare teamen består av gruppchef, sjuksköterskor och undersköterskor, samt en medicinskt ledningsansvarig läkare som kan föra diskussionerna vidare till sina respektive ”hemavdelningar” och förankra dem där.

Det aktiva förändringsarbetet efter den inledande kartläggningen har än så länge bara pågått i ett par månader, men det syns redan tydliga resultat. För närvarande klarar akuten fyra timmars målet för drygt hälften av patienterna och man räknar med att siffrorna ska stiga.

– Vi hoppas att vi ska nå målet på 90 procent till årsskiftet, men det är ett väldigt högt satt mål och det är en bra bit kvar. Men ju mer vi jobbar med det här, desto större är chansen att vi lyckas nå ända fram, säger Marie Källman.

Förbättringsarbete med amerikansk förebild

Genombrott är en metod för systematiskt och lärandestyrkt förbättringsarbete som har sin förebild i ”Breakthrough Series” utarbetat av The Institute for Health Care Improvement (IHI) i Boston.

Metoden bygger på att det finns kunskap som inte tillämpas i tillräckligt stor omfattning i vardagsarbetet inom hälso- och sjukvården och att ny kunskap inte sprids tillräckligt snabbt, det vill säga är ett angreppssätt för att snabba på spridning av bättre praxis. I Sverige har metoden tillämpats för att öka tillgängligheten, för att förbättra demensvården, vården i livets slutskede, diabetesvården, cancervården, intensivvården, hjärkirurgin samt för att minska vårdrelaterade infektioner. I alla landsting/regioner och i allt fler kommuner finns nu minst ett team som varit med i minst ett genombrottsprojekt.

Källa: SKL

”Bättre lära av misstag än leta syndabockar”

TEXT:
HANNES
LJUNGHALL
FOTO:
STAFFAN
CLAESSON

Bort med syndabockstänkandet. Låt oss istället skapa ett öppet och tillåtande klimat, där man vågar diskutera och det accepteras att alla kan göra fel ibland. På det sättet kan vi lära av våra misstag och se till att de inte upprepas, menar Anders Fagerlund, som analyserar alla anmälningar från Akademiska sjukhuset till Socialstyrelsen enligt Lex Maria.

Anders Fagerlund är barnläkare och har de senaste tre åren varvat detta med att göra händelseanalyser vid sjukhusets Lex Maria-anmälningar. Det är chefsläkaren eller den berörda verksamhetschefen som tar det första initiativet. Sedan kallar Anders Fagerlund alla berörda till intervjuer – inklusive patienter med anhöriga, vilket är unikt för Akademiska sjukhuset. De senare är inte tvingade att ställa upp, men har hittills aldrig tackat nej. Personalen är däremot skyldig att inställa sig. Under intervjuerna får de sedan berätta vad som har hänt, varför det hände, och vad hade man kunnat göra för att undvika det. Efteråt

upprättas ett åtgärdsprogram, som ska minska risken att händelsen upprepas. Detta åtgärdsprogram får även patienter och anhöriga ta del av.

Anders Fagerlund har hittills analyserat ett 50-tal Lex Maria-fall och hans slutsatser är tydliga: Vi har allt att vinna på att flytta fokus från ”vem” till ”varför”.

– Sjukvården utför ett komplicerat arbete där det är lätt att göra fel, men systemet har varit inriktat på att hitta syndabockar. Det har lett till en kultur där man sopar misstag under mattan istället för att lära sig av dem.

Anders Fagerlund efterlyser mer ödmjukhet och bättre kommunikation, inte minst för patienternas skull.

– Sjukvården ber normalt inte om ursäkt när något har gått snett. Det saknas i läkarnas och sjuksköterskornas utbildning att de får lära sig att alla gör fel ibland, inklusive de själva. Händer det något allvarligt betyder en ursäkt jättemycket för de drabbade. Gör man en noggrann händelseanalys och låter dem medverka i arbetet och ta del av resultatet

Anders Fagerlund analyserar alla anmälningar från Akademiska sjukhuset enligt Lex Maria.



inser de att man har tagit intryck och inte kommer att upprepa misstaget. Det hjälper dem att gå vidare, säger han.

Även personalen har mycket att vinna på att få bearbeta händelsen ordentligt. Man kan må oerhört dåligt av att ligga bakom att en patient har lidit skada. Det behövs professionell hjälp för att hantera dessa känslor. Man mår också bättre om man får möta den drabbade och be om ursäkt. Händelseanalysen bidrar med struktur och ger möjlighet för de ansvariga att själva hjälpa till att hitta bättre rutiner.

– Det är läkande för dem, det har jag fått höra flera gånger. Det är mycket bättre än en klapp på axeln och en bortförklaring. Att förklara bort det inträffande kan även vara kränkande för patienter och anhöriga. Kanske vågar de heller inte protestera ifall de behöver ytterligare behandling och befinner sig i beroendeställning gentemot sjukhuset.

Vill riva ner gamla hierarkier

Anders Fagerlund vill riva ner gamla hierarkier som står i vägen för patientsäkerheten. Dessa kan till exempel yttra sig i att en sjuksköterska själv inte kan ta kontakt med bakjouren i ett akutläge utan måste gå via ett antal läkare enligt en turordningslista.

– Ett sådant system är förlegat. Det finns ett tydligt samband mellan graden av hierarki och graden av säkerhet. Vågar man inte säga till underifrån när något håller på att gå fel ökar risken för misstag, säger han.

Anders Fagerlund efterlyser även bättre kommunikation över enhets- och divisionsgränserna. Patienter flyttas regelbundet över dessa gränser och kan bli lidande av en kultur där man inte blandar sig i eller ifrågasätter vad andra gör.

– Man tänker ”det här är inte mitt bord” och lämnar ifrån sig allt ansvar. Vi kan inte göra så längre, man måste se till patientens bästa och lägga all personlig prestige åt sidan. Vi behöver ett tillåtande klimat där det är accepterat att lägga sig i.

Ny lagstiftning är på väg

Anders Fagerlund håller numera i en utbildningsdag för at- och st-läkare, där de får reflektera kring fall som har blivit Lex Maria-anmälningar. Han säger att han får starkt stöd från denna yngre generation vad gäller vikten av att ifrågasätta, och det verkar även som att systemet i stort är på väg i den riktning som Anders Fagerlund önskar.

Socialstyrelsen anmäler idag bara ett fåtal fall vidare till HSAN och en ny lagstiftning är på väg som är mer anpassad till att åtgärda systemfel än att leta enskilda syndabockar.

”Det saknas i utbildningen att de får lära sig att alla gör fel ibland, inklusive de själva”

Samarbete kring standardvårdplaner kan bli föredöme

Akademiska sjukhuset och Universitets-sjukhuset i Lund har under våren inlett ett samarbete kring sina standardvårdplaner.

– Vi kan lära mycket av varandra. Till-sammans kan vi höja kvaliteten på våra standardvårdplaner, vilket patienterna har stor nytta av, säger Marie Fogelberg Dahm på projekt- och utvecklingsavdelningen.

Initiativtagare till utbytet är Socialstyrelsen och SKL, som vill främja utvecklingen av standardvårdplaner. Tanken är att skapa goda exempel som sedan eventuellt kan lanseras på ett nationellt plan.

I Lund är standardvårdplanerna mer systematiskt evidensbaserade än på Akademiska och är dessutom tvärprofessionella på ett annat sätt. I Lund signerar inte bara sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter utan även läkare sina behandlingsåtgärder i vårdplaner, dock endast på papper än så länge.

Akademiska kan å sin sida bidra med landets mest omfattande erfarenhet av att ta fram och implementera standardvårdplaner. Idag finns sådana inom samtliga verksamhetsområden utom psykiatri; totalt har över 200 stycken tagits i bruk. På Akademiska är standardvårdplanerna dessutom integrerade i det elektroniska patientjournalssystemet Cosmic, vilket ger en smidigare och säkrare dokumentation och säkerställer att alla jobbar efter samma mall.

HANNES LJUNGHALL

Samplar mål och åtgärder

En standardvårdplan är en handlingsplan som innehåller basnivån för vårdinsatser för en specifik patientgrupp. Den innehåller identifierade risker och problem, mål och planerade åtgärder för patientgruppen. Standardvårdplanen är en journalhandling som tidigare fanns i pappersjournalen och idag finns elektroniskt i Cosmic.

Till vårdplanen hör kvalitetsnormen som baseras på senaste vetenskapliga rön och innehåller riktlinjer för de planerade åtgärderna i vårdplanen. Det finns idag möjlighet att länka mellan standardvårdplanen i Cosmic och kvalitetsnormen om den är inlagd på verksamhetens sida på Navet.



Nya divisionschefer tar pl



Margareta Öhrvall

Född: 1952 i Stockholm. Uppväxt i Vasastan.

Utbildning och yrkesbakgrund: Grundutbildning till läkare på Karolinska institutet. At- och st-utbildning (internmedicin) i Kristinehamn, med följande läkartjänst. Flyttade till Uppsala 1989 och fick jobb på dåvarande metabolenheten på Kungsgärdet, som senare blev överviktsenheten på Samariterhemmet. Disputerade 1996. Blev sedan ansvarig för överviktsenheten och blev därmed del av ledningsgruppen på geriatriken, där hon blev verksamhetschef för tre och ett halvt år sedan.

Tillträdde som divisionschef för kvinno- och barndivisionen: 31 mars i år.

Familj: Man och tre vuxna barn.

Bor: Lägenhet i centrum.

Personlighet: "Min ambition är att vara tydlig och så tror jag också att man uppfattar mig. Det är kanske också därför som jag har fått det här jobbet. Jag är plikttrogen och gör det som jag har utlovat."

Kvinn- och barndivisionens nya chef Margareta Öhrvall kommer närmast från ett uppdrag som verksamhetschef för geriatriken, som under hennes ledning flyttade från Samariterhemmet till Akademiska sjukhusets kärnområde.

–Då gällde det att göra geriatriken syn-

lig. Vi hade svårt att få plats här och man visste inte riktigt vad geriatrik var för någonting. Jag fick jobba väldigt mycket med att göra oss synliga och låta geriatriken få ett ansikte utåt, säger hon.

Nu väntar alltså nya utmaningar på kvinno- och barndivisionen.

–Det finns ett stort vårdbehov och det är hela sjukhusets utmaning att regionen ska välja oss och skicka sina patienter till oss. Vi lever ju väldigt mycket på våra regionkontakter och det är alltid en utmaning för oss.

Ställer höga krav

Chefskapet har tvingat Margareta Öhrvall att välja bort det mesta av sin kliniska verksamhet och forskning, något som hon beskriver som ett ganska svårt val.

–Men det här är så pass roligt att jag kan välja bort andra saker som också är roliga. Jag tror också att man ska kunna mycket om både klinik och forskning på de här positionerna för att kunna göra ett riktigt bra jobb.

Som chef för kvinno- och barndivisionen tänker Margareta Öhrvall tydliggöra verksamhetschefernas roll och ställa ganska höga krav på dem.

–Min förhoppning är också att informationen och kommunikationen ska fungera bra; att man får den information



ats i ledningen

TEXT:
HANNES
LJUNGHALL

FOTO:
STAFFAN
CLAESSON
& JOHAN
WAHLGREN

Nils Crona

Född: 1947 i Uddevalla. Uppväxt i Göteborg och Lysekil.

Utbildning: Läste till läkare i Göteborg. Utbildad till gynekolog och tumörkirurg.

Yrkesbakgrund: Läkare på heltid fram till 1990. Först i Varberg, från slutet av 1970-talet på Sahlgrenska i Göteborg. Efter 1990 olika chefsuppdrag, senaste sju-åtta åren chef på heltid. Sista uppdraget på Sahlgrenska före flytten till Uppsala var som områdeschef, vilket motsvarar divisionschef på Akademiska.

Tillträdde som divisionschef för otm-divisionen: 7 april i år.

Familj: Fru och tre vuxna barn, sju barnbarn.

Bor: Lägenhet i centrum.

Personlighet: "Jag är ganska gladlynt. Håller högt tempo och är lite otålig ibland. Mera systematisk med åren än tidigare."

När onkologi-, thorax- och medicindivisionens nye chef Nils Crona kom till Akademiska i december förra året var det som vikarie. Han hade ett par månader tidigare lämnat ett mångårigt uppdrag som områdeschef (motsvarande divisionschef) på Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg.

Till en början hade han inga fasta planer, men när det kom ett erbjudande från Akademiskas sjukhusdirektör Marie

Beckman-Suurküla, som han kände väl från deras gemensamma tid i ledningen för Sahlgrenska, att tillfälligt ta över ledningen för kvinno- och barndivisionen på Akademiska sjukhuset, styrde han tillbaka in på den chefsbana som han egentligen hade tänkt lämna.

Och där blir han alltså, om inget oförutsett inträffar, kvar ett antal år till, nu som chef för otm-divisionen.

–Egentligen skulle det bara vara ett

spännande vikariat på tre månader, men jag tror att Akademiska sjukhuset har en väldigt stark framtidspotential och det spelade in när jag bestämde mig för att stanna. Det som många har beskrivit som hotbilden, att det ligger för nära Stockholm, i en liten region utan ett säkert upptagningsområde, det tror jag är en konkurrensfördel. Både Stockholm och Göteborg har en sorts monopolsituation i sitt upptagningsområde och behöver inte anstränga sig för sina kunder eller samarbetspartner. Här vet man att man måste anstränga sig och då sköter man sig lite bättre – med regionmöten och med återkoppling – och det är till nytta för patienterna, säger Nils Crona.

Gynnsamt läge

Han framhåller också nyttan av att Akademiska ligger i en lagom stor stad och att det ligger som en sammanhållen enhet mitt i staden.

–Karolinska universitetssjukhuset är splittrat på flera områden. Sahlgrenska, som är norra Europas största sjukhus, är splittrat på tre sjukhusomter i helt olika



forts. från föregående sida

man behöver och att man tycker att man kan kommunicera sina frågor. Jag tänker jobba via verksamhetscheferna med de frågorna. Jag vill stå för en tydlighet, att vi jobbar utefter linjen och att vi tillsammans kan diskutera frågor och hitta lösningar. Utifrån denna dialog fattar jag sedan beslutet.

Har du någon förebild som ledare?

– En sådan är en av mina första chefer, som alltid såg mig. Han hade alltid tid med mig. Utifrån linjen vill jag också göra mitt bästa för att ha tid för dem som söker upp mig.

Hur tror du att framtida utveckling inom diagnostik, teknik och läkemedel kommer att påverka vården?

– Utvecklingen går mot att det blir dyrare och dyrare. Vi måste tydliggöra uppåt i organisationen hur mycket det kostar att ta till oss nya behandlingsmetoder och läkemedel. Vi kan inte hänvisa allting till politikerna, men vi måste ha en vägled-

”Vi kan inte hänvisa allting till politikerna, men vi måste ha en vägledning om hur vår vård ska se ut och vad den får kosta”



ning om hur vår vård ska se ut och vad den får kosta.

Hur ser du på den kliniska forskningens plats inom din division?

– Den är nödvändig och ett viktigt ben att stå på. Målet är att många forskar, gärna inom alla professioner. Samarbetet med universitetet är också viktigt. De ska driva forskningen, men den ska också drivas kliniskt och vi ska samarbeta kring gemensamma mål. I den mån man ska forska under sin kliniska tid är det ju alf-medel som reglerar det, och vi ska uppmana våra medarbetare att forska.

Hur länge tror du att man kan och bör vara divisionschef?

– Jag har ett treårsförordnande och jag

tror att det är lämpligt att jag gör en utvärdering efter de tre åren, och att sjukhusdirektören gör detsamma. En ensam treårsperiod kan nog vara lite kort och det kan vara lämpligt med en förlängning i tre år till. Kanske behövs det sedan nya ögon.

Har du någon särskild hjärtefråga?

– Generellt är det att kommunicera. Vi måste prata med varandra och föra en dialog kring viktiga frågor. Och ska medarbetarna vara nöjda måste de bli sedda.

Hur upplever du stämningen inom divisionen idag?

– Jag tror att det är en god stämning, jag har bara mötts av positiva tongångar. Jag ser fram emot det här.

forts. från föregående sida

delar av Göteborg, med de svårigheter som det ger att hålla ihop en sådan organisation. Det är en väldig konkurrens fördel för Akademiska sjukhuset att man ligger samlat där man ligger och har en struktur som gör att man måste vara aktiv och samarbetsorienterad. Det tycker jag genomsyr sjukhuset. Man ser det kanske inte när man är anställd sedan länge, men man ser det när man kommer utifrån. Sedan finns det även en stark identitet bland de anställda, som stärks av tv-serien Sjukhuset, som mina gamla kompisar i Göteborg för övrigt är jätteavundsjuka på. Den är oerhört varumärkesstärkande. De anställda identifierar sig med sjukhuset och det är en väldig skillnad mot Sahlgrenska.

Hoppas på stabilisering

Nils Crona ser nu som sina viktigaste uppgifter att stärka ledningsorganisationen för divisionen, att utveckla kärnverksamheterna och att klara en stabil ekonomi. De anställda inom divisionen kan dock inte vänta sig några omedelbara tecken på att de har fått en ny chef.

– Inte omedelbart. Förhoppningsvis ska min närvaro innebära en stabilisering ef-

ter ett antal chefsbyten på kort tid, men den tror jag kommer efter hand.

Hur ser din ledarstil ut?

– Jag leder med humor och gott humör. Vi bedriver en för medborgarna oerhört viktig verksamhet som man ska ta på största allvar, men man ska samtidigt känna en glädje och trivsel i arbetet, och det vill jag förmedla. Sedan tror jag att jag är ganska informell i kontakten med mina närmaste medarbetare.

Hur många timmar i veckan jobbar du?

– Jag är rätt så duktig på att sätta gränser och jag tror inte att man ska jobba så värst mycket mer än 40 timmar, jag tror inte att man mår bra av det. Under en kort period kan man tvingas jobba väsentligt mer, men jag tror det kostar mer än verksamheten och man själv har nytta av, om man kontinuerligt jobbar 50–60 timmar. Jag tror dessutom att många överdriver när de får den frågan.

Hur länge tror du att man kan och bör vara divisionschef?

– I grunden tror

jag, och det gäller både divisions- och verksamhetschefer, att de treårsförordnanden som tillämpas över landet är för korta. Jag tycker att man ska sikta på åtminstone två perioder. En viktig uppgift för en chef är att formera en ledningsgrupp som är stark och sammansvetsad. Det tar tid. Och det tar tid att sätta sig in i alla frågor, även om det går fortare om man är erfaren.

Vad tänker du göra sedan?

– Detta blir mitt sista chefsuppdrag. Jag slutar nog inte arbeta, men jag slutar som operativ chef. Jag kan tänka mig att det sedan blir utredningsuppdrag och mentorskap. Jag är redan mentor för några chefer i Göteborg och kommer att fortsätta med det.



”Här vet man att man måste anstränga sig och då sköter man sig lite bättre”



Foto: Hannes Ljunghall

Lena Lillhager var ett av 136 smärtombud som samlades på Eklundshof under smärtombudsdagen den 15 april.

Ökat intresse för smärtlindring

Den 15 april hölls det årliga mötet för Akademiska sjukhusets smärtombud. Deltagarantalet har varit i ständigt stigande; i år deltog 136 personer. En av dessa var sjuksköterskan Lena Lillhager, som är smärtombud på hospiceavdelningen sedan ett år tillbaka.

Vad gör du som smärtombud?

– Jag ansvarar för smärtlindring på avdelningen och förmedlar kunskaper på området till mina kollegor i det dagliga arbetet.

Varför blev du smärtombud?

– Jag är intresserad av smärtfrågor, det är ett spännande område. En stor del av arbetet som sjuksköterska går ut på att lindra smärta. Majoriteten av mina patienter har en cancersjukdom och i livets slutskede har många av dem smärtproblem. Dessbättre finns det goda möjligheter att behandla smärtan men för det krävs att personalen har utbildning och kunskap om smärta.

Detta är andra gången du deltar i smärtombudsmötet, vad hoppas du få ut?

– För min del är Staffan Lundströms föreläsning om steroider och deras användning inom cancerrelaterad smärtbehandling särskilt intressant.

Personalförsörjningen utreds

Hur ska Akademiska sjukhuset locka till sig, behålla och utveckla kompetent personal i framtiden? Under våren har en arbetsgrupp arbetat med frågan, som tillmätts stort värde av sjukhusledningen.

– Det här är en av de absolut viktigaste strategiska frågorna för sjukhuset. Utan kompetens kan vi inte bedriva verksamheten på ett bra och kvalitativt sätt, säger personaldirektör Lotta Halling.

– Vi måste göra en ordentlig analys av dagens personalsituation, titta på pensionsavgångar och se vilken kompetens som behövs framöver.

Arbetsgruppen har genomfört två workshops där chefer, medarbetare och fackliga representanter har deltagit. En enkät med liknande frågeställningar har också gått ut till ett stort antal medarbetare.

Arbetet ska mynna ut i en handlingsplan som ledningen sedan ska fastställa.

– Det är viktigt att lyssna på medarbetarna, och det är även viktigt att vi kommer fram till konkreta förslag. Vi behöver lösningar inte bara för morgondagen utan för längre perspektiv, säger Lotta Halling.

Välbesökt pubkväll

Olle Korsgren (bilden), överläkare i klinisk immunologi och transfusionsmedicin, var en av talarna när Akademiska och Uppsala Bio den 27 maj ordnade så kallad Bio-pub med Akademiska sjukhusets forsknings- och innovationsverksamhet i fokus.

Övriga talare vid det välbesökta arrangemanget var Johan Stjernschantz, uppfinnare av latanoprost, samt barnsköterskorna Maria Jansdotter och Karin Holmgren som ligger bakom företaget KAM Care.



Foto: Hannes Ljunghall

Intensiv kampanj för att värva blodgivare

Lördag den 14 juni deltar landets alla blodbussar i en intensiv värningskampanj för att uppmärksamma den internationella blodgivar dagen. Målet är att under fyra timmar ta prover på minst 500 nya blodgivare. I Uppsala ska blodbussen stå på Vaksala torg kl 10–14.

Förhoppningen är att kunna locka såväl gamla som nya blodgivare att lämna blod, helst redan före sommaren eftersom blodlagren behöver fyllas på.

Akademiska mest eftersökt

Akademiska sjukhuset är det vanligaste begärda numret i 018-området på Eniros tjänst 118118, skriver Upsala Nya Tidning.

Näst mest efterfrågat var numret till Länsförsäkringar, följt av Uppsala kommun och universitetet. Nya på 018-listan i föl var Scandic Hotels och bilfirman G. Persson. Ut från listan åkte polisen och Bildemo.

Tro och förväntningar bidrar till tillfrisknandet



Namn:
Fatane Salehi
Yrke:
Chefskurator
Började på Akademiska:
2002

HAR JAG INGA MÖTEN direkt på morgonen är det första jag gör att gå igenom dagen med Maud, min sekreterare. Ibland tar det ett par minuter. Då och då har vi ett längre möte. Det beror på vad som ligger framför oss och om det har hänt något.

Mauds rum ligger omedelbart till vänster i den korridor där kuratorsorganisationen har sina lokaler. Mitt ligger längre ner. En bit innan man kommer till mitt rum finns två stora fönster mot en numera oanvänd sal. Där kunde lyckliga föräldrar och stolta anhöriga se sina nyfödda på den tiden förlossningsavdelningen hade sina lokaler här. De båda fönstren gör mig glad. En sorts påminnelse om livets ständiga början och enastående kraft. Och det kan behövas ibland. Kuratorsorganisationen ska ju hjälpa till i andra änden. När livet är svårt, kanske rent av på väg att ta slut.

MÖJLIGEN SKULLE MAN KUNNA SÄGA att vår uppgift är att använda placeboeffekten. Testas nya läkemedel är det viktigt att kontrollera för både tro och förväntningar. Men vårt kliniska arbete handlar just om att arbeta med tron och förväntningarna för att underlätta tillfrisknandet och utveckla livskvaliteten för våra patienter. Det är den ena huvuduppgiften. Den andra är att hjälpa patienter och anhöriga i praktiska frågor. Det kan handla om allt från kontakter med myndigheter till att diskutera sexlivet med ett par där mannen har fått prostatacancer.

Väl på mitt rum öppnar jag mejlen. Jag får några

tiotal om dagen, om allt från möten som måste flyttas till förfrågningar om att hjälpa till med personalutveckling, inte minst genom kurser i krishantering och svåra samtal. Många mejl är från myndigheter och organisationer utanför Akademiska. En del är från sjukhusledningen, klinikerna eller min egen chef. Ska jag vara ärlig gillar jag inte mejl. Jag ringer hellre upp eller ber om ett möte.

Efter genomgången av mejl och mötet med Maud har jag fått perspektiv på vad jag behöver ta itu med. Jag uppdaterar listan över personer jag ska kontakta. Just den här dagen ringde jag Per, min chef, för att få hans synpunkter på en fråga jag hade fått på mejlen. Medan vi pratar tittar Susanna förbi. Susanna är en av kuratorerna och jag tecknar åt henne att sätta sig och vänta ett ögonblick. Per och jag är i stort sett klara.

SUSANNA VILL ATT JAG SKA DELTA i ett planeringsmöte med kirurgdivisionen. Vi bläddrar i kalenderarna och hittar två förslag. Hon ska återkomma under dagen med besked om något av dem fungerade.

Jag hinner klara av ett par telefonsamtal och klockan närmar sig tio. Det är dags för ett möte med kuratorerna på kvinnokliniken. De har öppnat en jourtelefon och vi ska följa upp hur det hela har utvecklats. Det blir ett bra möte. Det mesta verkar fungera. Vi är klara efter en dryg timme och jag går tillbaks till mitt rum för att fortsätta ringa. Jag passar på att äta lite av en sallad jag haft med mig. Jag



Chefskurator Fatane Salehi har sitt arbetsrum i den före detta förlossningsavdelningen ingång 11. "En sorts påminnelse om livets ständiga början och enastående kraft", skriver hon.

brukar inte vara särskilt hungrig mitt på dagen.

Eftermiddagen börjar med ett möte på onkologien. Klinikerna är kuratorsorganisationens kunder. Det är så jag ser det. Just den här dagen handlade det om att följa upp vår verksamhet och diskutera utvecklingsbehoven. Jag går därifrån med några frågor och ångrar att jag inte hade med mig en av kuratorerna. Jag måste ringa för att få deras synpunkter. Jag gör en anteckning om saken så snart jag får tillfälle.

JAG HAR EN DRYG HALVTIMME över innan nästa sammanträde och använder tiden för att förbereda vårt arbetsplatsmöte senare i veckan. Vi träffas en gång i månaden för att prata om saker som rör kuratorsorganisationen i stort. Vi är över trettio personer, med många viljor och en hel del goda synpunkter. Så det kan vara svårt att hitta lösningar ibland. Men det är viktigt att alla träffas och kan ta del av sådant som berör hela verksamheten. Patientfrågorna, och detaljerna kring hur vi ska arbeta, tar vi i de sex team vi har delat upp oss i.

På väg till nästa möte tittar jag in till Susanna. Vi arbetar med ett projekt om missbruksfrågor och planerar bland annat en föreläsning med akut- och rehabdivisionen tillsammans med socialtjänsten. Jag vill bara höra mig för hur arbetet fortskrider. Jodå, det går bra. Och nej, hon har inte hört något från kirurgdivisionen ännu.

Jag träffar en person från försvarsmaktens utbildningsenhet. Internt har vi pratat om att våra

nya teamledare skulle gå på försvarets gruppdynamiska UL-kurser. Och jag behöver veta lite om kostnaderna, när kurser planeras och vad det är för folk som brukar delta.

Tillbaka på kontoret ringer Zara, min dotter, och undrar om hon kan låna bilen över helgen. Innan jag kommer ihåg att jag skulle köpa växter till trädgården hinner jag svara ja. Så buskarna får vänta. Vad gör man inte för sina barn.

DET HAR BLIVIT SEN EFTERMIDDAG och jag får lite tid för mig själv. Det har kommit ytterligare nya mejl. Jag gör några anteckningar, ringer ett par telefonsamtal och går igenom de papper Maud har lagt in till mig. Två fakturor ska attesteras och en rapport hamnar i väskan för att läsas hemma istället. Susanna har lagt en lapp om tiden för mötet med kirurgdivisionen. Jag gör en notering i kalendern.

Klockan är strax efter sju. Jag passerar fönstren till den gamla förlossningsavdelningen och kan nästan höra ljuden från de nyfödda barnen. Ibland får det mig att tänka på min barndoms somrar vid Kaspiska havet i nordvästra Iran. Kanske var det där, i solen, bland vågorna och alla stojande ungar, min passion för livet fick sin första näring. Idag har jag privilegiet att jobba med människors rehabilitering och livskvalitet på ett sjukhus i världsklass. Jag är stolt över det psykosociala behandlingsarbete vi inom kuratorsorganisationen bidrar med. Och i morgon fortsätter det arbetet.

"Ska jag vara ärlig gillar jag inte mejl. Jag ringer hellre upp eller ber om ett möte"

Om rättvisa – i livet och vården

MITT ÄLDSTA BARNBARN fyllde i vintras sju år, ett februaribarn. Hennes yngre syster, majbarn, uttryckte under kalasförberedelserna sin förtrytelse över den oerhörda orättvisan att det var ett par dagar till storasysters födelsedag men lång tid kvar till hennes egen. Flickornas mamma förklarade då pedagogiskt att beträffande födelsedagar är livet osedvanligt rättvist – alla har precis en sådan varje år.

Men i grunden har lillasyster rätt – även om hon själv inte avser det man som vuxen och livserfaren kan lägga in i hennes påstående. Livet är fundamentalt orättvist. Livet själv – kallat bios av de gamla grekerna, ett ord som vi har kvar som förled i läran om livet, biologin – känner inte begreppet rättvisa. (Livet som fenomen och princip har nog inga kunskaper alls, men det är en fråga för Filosofiska rummet.) Det gäller allt liv, människor såväl som djur och växter. Generna tilldelar oss slumpmässigt våra egenskaper, starka och svaga. Omständigheterna och miljön tilldelar oss livsbetingelser, lättsamma och plågsamma. Vi är mer eller mindre vackra, attraktiva, begåvade, talangfulla, friska, framgångsrika.

BEGREPPET RÄTTVISA ÄR FÖRSTÅS en uppfinning av den tänkande mänskliga hjärnan. Djuren har sannolikt ingen känsla för begreppet – äta eller ätas gäller fullt ut i biosfären, människan undantagen. Människan har, åtminstone så långt tillbaka som hennes tänkande kan spåras, i någon mån – tydliga undantag finns! – strävat efter att jämna ut livets orättvisor.

I vårarbetet konfronteras vi dagligen med den elementära, biologiska orättvisan. Hälsa och sjukdom slår i huvudsak blint, livsstilsorsakad ohälsa oräknad (men även livsstilen torde åtminstone delvis fördelas enligt samma orättvisprinciper). Det oskyldiga barnet som drabbas av leukemi eller hjärntumör, den unga studenten som utvecklar elakartad MS, 65-åringen som ser fram emot att åldras i ro men får en svår hjärnblödning dagen efter sin pensionering. ”Varför?” läser vi ibland i dödsannonser. Svaret är ju att frågan inte låter sig ställas – det finns

inte något därför.

SJUKVÅRD ÄR ETT STARKT EXEMPEL på människans vilja att jämna ut orättvisorna, socialpolitik ytterligare ett. Vi har delvis lärt oss att bemästra



Jan Fagius är överläkare på neurologen, där han har arbetat sedan 1974. Han återkommer med nya funderingar i nästa nummer av Ronden.

den grymma naturens nycker, som blint slår oskyldiga människor med sjukdom; i sjukvården försöker man lindra effekterna. Den grundtanken kan vara värdefull att ha i minnet, då ”orättvisor i vården” diskuteras. Vi måste givetvis sträva efter riktig prioritering av olika svåra sjukdomsfall, undanröja långa väntetider; kort sagt arbeta effektivt och ”rättvist”. Men i relation till de globala orättvisorna – massdöd bland barn och hiv-epidemin, för att nämna några – är en månads extra väntetid på en höftprotets faktiskt lappri.

För att göra frågorna betydligt svårare: gör vi rätt i att satsa ”allt” av intensivvårdsresurser i situationer där vi främst ser en mycket dålig prognos, men följer behandlingsprinciperna enligt Socialstyrelsens författningar och med Ansvarsnämnden i hasorna på överjaget? Vi har förmånen – tilldelad oss orättvist! – att leva och verka i ett välfärdsland, där vi vant oss vid att lidande i huvudsak ska kunna undanröjas. Ibland undrar jag om vi i för hög grad saknar perspektiv. Vi satsar oerhörda resurser på en enskild, av bio-orättvisan drabbad individ, men bortser från vad samma resurser kunde innebära i ett globalt perspektiv, som också ser framåt bortom den korta tidsperiod som är vår egen.

”Gör vi rätt i att satsa ‘allt’ av intensivvårdsresurser i situationer där vi främst ser en mycket dålig prognos, men följer behandlingsprinciperna enligt Socialstyrelsens författningar?”

Låt humanism gå före religion

I senaste Ronden kretsar Jan Fagius tankar runt begreppet "helg" och han uppmanar att "vårda kulturarvet", d v s vara medveten om de kristna bakgrunderna i många grundpelare i vårt västerländska liv. Jan Fagius påstår att "stora delar av den humanism, som vår moderna sjukvårdssyn [...] innebär, vilar på kristen grund." Jag skulle tvärtom påstå att uppkomsten av kristendomen har varit, och fortfarande är, ett hinder i vidareutvecklingen av den medicinska vetenskapen, och därmed ett hinder för att ta hand om patienter på bästa möjliga sätt.

Ett historiskt exempel är obduktioner. Efter romerska rikets fall och kristianiseringen stagnerade den anatomiska forskningen i Europa, mycket på grund av den kristna motviljan mot att undersöka döda kroppar. Först under 1800-talet utvecklades en mera omfattande och systematisk anatomisk forskning i Europa.

Ett annat exempel på hur kristna uppfattningar hindrar viktigt utvecklingsarbete är frågan om stamcells forskning. Hur lägger man upp stamcells forskning om man inte får använda befruktade äggceller, vilket blir fallet om kristna regler får gälla? Ytterligare ett avskräckande exempel på hur religion skapar medicinska problem är den katolska kyrkans hållning mot användning av kondomer även i av aids mycket svårt drabbade länder.

Vi bör inte glömma bort att Akademiska sjukhuset bär sitt namn för att det är ett universitetssjukhus, där vi tillsammans strävar efter att utveckla de bästa behandlingssätten för patienterna. Det gäller såväl kunskap om sjukdomar och läkemedel som det bästa sättet att bemöta och omhändertaga patienten. Därför vill jag uppmantra alla att i sin yrkesroll använda sig av en generell humanism som inte är präglad av någon religiös inskränkning.

SUSANNE KÖBLER,

TEKNISK AUDIOLOG PÅ AUDIOLOGISKA AVDELNINGEN

Svar:

Susanne Köblers påpekanden kan utgöra startpunkt för långa samtal. Jag ville med mina "funderingar" erinra om en ingre-

diens i vår kulturella bakgrund, som vi inte kan avsvära oss, även om många i vår upplysta tid avsvurit sig kristen tro. Mina tankegångar innebär inte att jag propagerar för mänsklig trångsynthet och inskränkthet – historien visar tyvärr att sådan kan växa fram i de bästa av grunder.

JAN FAGIUS

Vi vill fira med er!

Samtidigt som Akademiska Sjukhuset fyller 300 år, firar vi på Eklundshof 25-årsjubileum. Tillsammans har vi 325 år av spännande historia.

Vi vill erbjuda er möjligheten att fira ert stora jubileum i en nära och vacker miljö och har för detta ändamål tagit fram en 325-årsmeny, till jubileumspriset 325 kronor.

Så går ni i kalastankar - hör av er till oss för att diskutera hur vi kan skapa en fest för er!



Tel. 55 01 00 · Eklundshofsvägen 7 · www eklundshof.se



Stödstrumpor
– Stå på god fot med dina ben!

Motverkar och lindrar svullna/trötta ben och åderbräck. **Specialpriser** till landstingsanställda, (visa ditt "id-passerkort" i butiken).

mabs®

Arbetskor / sandaler
Birkenstock, Ecco, Crocs, Träskor/clogs etc.
Finns som lagervaror.



Hela familjens skoaffär

Normans

Vaksalagatan 19-21 • Tel 13 04 74
GODA PARKERINGSMÖJLIGHETER PÅ SIVIATORG



AKADEMISKA
SJUKHUSET



NINA CAVALLI-BJÖRKMAN

”Nu är livet snart slut, konstaterar han och ser på mig”

En man som var tillfreds

RYKTET HAR SPRIDITS: en onkolog har kommit till ön. Plötsligt strömmar remisserna in.

En distriktssköterska ringer om Helge. Kan jag se honom på min mottagning, förutsatt att han gör den långa resan till lasarettet? Det måste vara cancer han har, säger hon.

Onsdagen därpå sitter han i väntrummet, en aning tussig i håret. Finkläd i bästa syntetskjortan och hängslen. Det tar en stund för honom att klä av sig på mottagningsrummet. Och visst måste det vara cancer, det får jag hålla med om.

HELGE ÄR ÅTTIO ÅR, och bor med sin äldre bror på en gård på Fårö. Ingen av bröderna har någonsin varit gifta. De levde med sin mor tills hon dog, och då uppdagades problemet: ingen av dem kan laga mat. En syster som fanns på en kilometers avstånd förbarmade sig – de var välkomna till lunch och till middag. Då och då kom hon och städade hos dem också. ”Fint och bra på alla sätt, det har vi”, sade Helge.

PROSTATACANCERN MÅSTE HA smugit sig på honom; ont har han aldrig haft. Däremot har den brett ut sig så att lymfkörtlarna inuti kroppen invaderats, en efter en. I början märker man inte det heller, men till sist börjar benen svullna, nedifrån och upp.

Får cancer ha sin gång kan man svullna ända upp till underlivet. Så långt brukar det inte behöva gå om man får hjälp av en lymfoterapeut, men en handfull patienter

har jag ändå sett. Någon enstaka har varit så svullen att han inte kunnat kissa, men det är ovanligt.

När Helge fått av sig kläderna får den här Stockholmsdoktorn en ny upplevelse. Helge är svullen upp till armhålorna.

Problemet, förklarar han, är maten. ”Är jag så här så kan jag ju inte gå till min syster, förstår doktorn. Det är hårt att gå hungrig”.

”VI FÅR NOG LÄGGA IN DIG” säger jag och undrar vad i hela världen jag ska hitta på. Han är för gammal för cellgifter, för långt gången för lymfterapi. Vätskedrivande? Strålbehandling mot igenproppade lymfkörtlar?

En snäll undersköterska hjälper honom till ett vackert rum med havsutsikt. När han lagt sig på sängen blir han filosofisk. ”Nu är livet snart slut”, konstaterar han och ser på mig. ”Kanske är det så” svarar jag. Han gör en paus och fortsätter sedan. ”Men det var ett bra liv. Jag har arbetat 45 år på konserverfabriken i Slite. Inte har jag varit sjuk mycket”. En stunds tystnad medan han betraktar havet.

LIVET STANNAR UPP, och tanken går inte att hejda: aldrig gift, bött med brorsan. 45 år på konserverfabriken. Ett bra liv? I sängen ser jag en man som är tillfreds.

Tänk, detta jobb som vi både älskar och hatar! Alla nätter på akuten, tröstlösa episkrishögar, arga och oroliga människor vi bemöter. Men också stunder som denna: med Helge från Fårö.

En människa läggs till min samling.