



AKADEMISKA
SJUKHUSET

Ronden

Nummer 6 • 2010



Marie Beckman Suurküla summerar åren som direktör

Tema lean • Lättare att hitta information på nya Navet

Lättare att hitta information på nya Navet
Sidan 6

Tema lean
Sidan 8–15

Anestesiprofessorn Lars Wiklund går i pension efter 40 år på Akademiska
Sidan 16–17

Filippa Nyberg ny chefsläkare
Sidan 18

Dagbok från akut/traumaröntgen
Sidan 20–21



Omslagsbilden:

Marie Beckman Suurküla i direktörsrummet på Akademiska, beläget på åttonde våningen på ingång 61.

Sidan 4–5

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
Danagård Litho AB, Ödeshög
Tryckt på Profi silk 100 g

Annonser
ronden@akademiska.se
018-611 32 27

Ronden
Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala
ronden@akademiska.se

Manusstopp nr 1/2011: 31 januari

Lean inte svaret på allt – men till stor nytta

VÅREN 2009 HADE RONDEN en artikel med rubriken ”Lean sjukvård ny dominerande filosofi på Akademiska”, där sjukhusets utvecklingsdirektör fick reda ut det lean-begrepp som hade börjat höras allt oftare på sjukhuset. I slutet av 2010 pågår arbetet allttjämt med att införa lean på bred front över hela Akademiska. 6 000 av sjukhusets anställda har sedan ovanstående artikel skrevs gått åtminstone utbildningens första steg, och metodiken att skriva ner störningar och tidsjuvar i det dagliga arbetet på kaizenappar, för att sedan diskutera dem gruppsvis och leta lösningar, har fått stor spridning på avdelningarna. Samtidigt finns fortfarande mycket kvar att göra.

”TROR NI VERKLIGEN att lean kan lösa allt?” var (i sammanfattning) en av de frågor som ställdes till sjukhusledningen när personalen inbjöds att ställa frågor på Navet nyligen. Svaret från chefsläkaren Göran Modin kan vara värt att upprepa en extra gång: ”Lean kan inte lösa allt men /.../ det är ett konkret sätt för oss att tänka i lite nya banor och att faktiskt kunna få ut ett bättre resultat för våra patienter med oförändrade resurser.” Ronden gör i det här numret fyra nedslag på Akademiska som visar något av bredden i sjukhusets leanarbete. Exempelen visar att lean verkligen kan göra stor konkret skillnad, och det på kort tid, till en liten insats vad gäller tid och pengar.

NYLIGEN AVGÅNGNA SJUKHUSDIREKTÖREN Marie Beckman Suurküla bedömer att sjukhuset dras med kvalitetsbristkostnader som motsvarar flera hundra miljoner kronor varje år. Det var bland annat därför som hon under sin tid som direktör valde att satsa på ett sjukhusövergripande införande av lean. Detta och mycket annat berättar hon om i den utförliga avskedsintervjun på sidan 4–5.



HANNES LJUNGHALL
REDAKTÖR

Kömiljardens mål försvårar sparbetning:

Underskottet har ökat

Den aktuella årsprognosen för Akademiska sjukhuset visar ett underskott på 155 miljoner kronor, en försämring av resultatet med 45 miljoner kronor jämfört med föregående prognos. Förklaringen ligger dels i arbetet med att nå målen för att få ta del av kömiljarden, dels i en minskad produktion och försäljning av vård till andra landsting.

Kostnadsökningen beräknas bli 3,8 procent för c-länsvården på Akademiska sjukhuset, av vilket löne- och prisökningar utgör 2,2 procent. Samtidigt har vårdproduktionen för c-länsvården ökat med 5,7 procent vad gäller läkarbesök och två procent vad gäller slutenvården. Förklaringen ligger till stor del i att invånarna i länet blir fler och äldre, och därmed i större behov av vård.

Akademiska beslutade inför 2010 om ett åtgärdsprogram motsvarande besparingar på 164 miljoner kronor. Sjukhusledningen beslutade i oktober om ytterligare åtgärder för att nå en ekonomi i balans, bland annat om ett investerings- och inköpsstopp och ytterligare restriktioner vid anställningsprövningar.

–Vi ser nu att de åtgärderna inte har kunnat ge de effekter vi hoppades på. Sjukhuset och landstinget prioriterar att nå de mål om kortare väntetider som det ställs krav på för att vi ska få ta del av kömiljarden, och det gör det svårare att vara restriktiv med kostnader i verksam-

heten. Det är svårt att spara pengar och ge snabbare vård på en och samma gång, säger sjukhusets ekonomidirektör Margareta Tuvfesson.

Den uteblivna effekten av de åtgärder som beslutades i oktober innebär att prognosen för året nu ligger i fas med trenden för kostnadsutvecklingen för året, vilket skulle innebära ett totalt underskott på 135 miljoner kronor. Till detta kommer ett bortfall på 20 miljoner kronor som beror på minskad försäljning av regionvård.

–Bortfallet av såld regionvård kan bero på att den elektiva vården har fått stå tillbaka för satsningen på kömiljarden, eller på att andra landsting har fått mindre pengar att köpa vård hos oss för. Det skulle även kunna vara en kombination av ovanstående, eller helt enkelt en naturlig variation i efterfrågan, som sedan kompenseras av en kommande uppgång, säger Margareta Tuvfesson.

Det beräknade underskottet på 155 miljoner kronor motsvarar 2,2 procent av sjukhusets totala omsättning.

–Ett annat sätt att uttrycka det är att pengarna räcker hela året till fram till den 17 december, det är de sista två veckorna som går utanför ramarna. En annan aspekt är att de senaste siffrorna från SKL:s öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet visar att vi står oss väldigt väl i konkurrensen nationellt vad gäller kostnadseffektivitet, säger Margareta Tuvfesson.

HANNES LJUNGHALL



Akademiska ligger långt fram vad gäller kostnadseffektivitet, enligt SKL:s öppna jämförelser.

Ett ögonblick ...

... Jakob Johansson, nytillträdd studierektor för läkarprogrammet i Uppsala och överläkare vid anesthesi- och intensivvård på Akademiska, som har blivit tilldelad det nationella priset "Årets handledare" av Svenska läkarförbundet och Medicine studerandes förbund.

Du får priset dels för att ha infört en sjukhusövergripande gemensam utvärdering av den kliniska handledningen, dels för att ha varit drivande i arbetet med att ta fram en webbaserad pedagogisk meritportfölj för vetenskapsområdet medicin och farmaci. Kommentar?

–Det känns förstås bra att något som man har lagt ner mycket tid på uppmärksammas på det här sättet. Det är ett erkännande av projektet.

Vad är syftet med den webbaserade pedagogiska meritportföljen?

–Vi undervisar och handleder mycket vid Akademiska sjukhuset, men det har inte funnits något bra verktyg för att dokumentera och strukturera de pedagogiska meriterna. Det här är ett sätt att synliggöra de pedagogiska meriterna och att öka de anställdas motivation att ägna tid och kraft åt undervisning/handledning. Den gemensamma utvärderingen av sjukhusets kliniker innebär ökat fokus på den kliniska handledningen. Det har varit ett stort intresse kring projektet, som vad jag vet är helt unikt i sitt slag. Under året har vi presenterat konceptet på konferenser i bland annat Glasgow och Singapore.

Ska du gå vidare med nya projekt?

–Nu pågår lanseringen av den webbaserade meritportföljen. Det har även visats intresse från andra universitet, vilket även gäller den sjukhusövergripande utvärderingen för klinisk handledning.





Efter knappt fyra år som sjukhusdirektör för Akademiska sjukhuset lämnade Marie Beckman Suurküla uppdraget den sista november.

"Det hade behövts mer tid för förändringsarbetet"

Sedan den sista november är Marie Beckman Suurküla inte längre Akademiska sjukhusets högsta chef. För Ronden summerar hon sina knappa fyra år som sjukhusdirektör. Hon berättar bland annat att tankarna att lämna uppdraget hade funnits där en tid innan beslutet fattades.

– Jag har varit chef på Ackis i snart fyra år och kände att det var dags att göra något annat. Därför förde jag diskussioner efter sommaren med landstingsdirektören som gick ut på att jag inte skulle fortsätta mer än året ut. Jag tror att sjukhuset mår bra av en ny ledning nu, någon som kan ta nya tag med uppgifterna som väntar.

Sjukhuset har samtidigt gått back ekonomiskt under ett stort antal år i följd. Är det ett omöjligt uppdrag att klara den förväntade produktionen

och samtidigt hålla budgetramarna?

– Jag tror mycket väl att man kan rationalisera mera på Akademiska. Där finns mycket att göra fortfarande, men man kan inte göra det på en så kort tidsrymd att man äventyrar innehållet i verksamheten. Det räcker inte heller att bara ta bort några hundra personer, man måste tänka på hur arbetssätten ska förändras och moderniseras. Vi har jobbat i den riktningen under de fyra åren som jag har varit här. Vi har satsat på kvalitetsarbete och på God vård och dessutom har vi infört lean, där vi har utbildat 6 000 personer och även håller på att utbilda våra chefer i det mera coachande ledarskap som leanfilosofin för med sig. Det tror jag är vägen att gå. Så gör man också på de andra universitetssjukhusen.

Har det känts otacksamt med alla sparbetning och nedskärningar?

– Nej, jag tycker att man ska effektivisera och rationalisera vården. Jag tar gärna det arbetet. Som chef har jag alltid sparat, alltid rationaliserat, alltid försökt att ge en bättre vård till en mindre kostnad. För mig är det naturligt att det ingår i jobbet, och vi kommer aldrig att komma ifrån behovet att rationalisera och minska kostnaderna inom svensk sjukvård. Det är viktigt att ge mer patientvårde för skattemedlen.

Är sjukhuset underfinansierat?

– Det beror på hur man ser det. Vi har på ett sätt uttömt våra marginaler att ständigt göra mer med befintliga resurser. Om man å andra sidan tittar på vad det finns för kvalitetsbristkostnader skulle jag vilja säga att det rör sig om cirka tio procent. Översätter man det till pengar blir det flera hundra miljoner kronor som sjukhuset skulle kunna minska sina kostnader med, om man fortsatte att driva ett effektivt för-

ändringsarbete. Men där är landstingets behov att få till snabba besparingar inte riktigt i fas med den tid som förändringsarbetet behöver få ta. Sjukhuset mår inte med de nödvändiga förändringarna utan bättre finansiell täckning.

Vilken förståelse har du mött hos landstinget för de resonemangen?

– Jag tror att alla förstår vad det handlar om, men det finns inga pengar. Ansvar ligger på landstingsledningen, tjänstemännen och sjukhuset gemensamt. Och där driver alla på, för att utveckla Enköping, för att se till att närsjukvården förstärks och att primärvården får större ansvar för patienter som annars hamnar på Akademiska. Det finns en god ansats, men även den tar längre tid att förverkliga än vad behovet att spara pengar tillåter.

Vad blir den största utmaningen för din efterträdare?

– Om ägarens direktiv är kortsiktiga blir det svårt att skapa en långsiktigt hållbar struktur på sjukhuset. Jag tror att ägarna egentligen vill ha en långsiktighet, men de är samtidigt pressade av ekonomiska problem. Som ensam ägare till ett jättesjukhus är det svårt för landstinget att hantera

"När man har en sådan fin verksamhet är det lätt att man lutar sig tillbaka, och det är inte alltid lätt att baxa upp folk ifrån den tillbakalutade positionen."

de stora kostnaderna för investeringar, för kostnadsökningar och så vidare. Jag har den största respekt för att man politiskt försöker göra sitt allra bästa i den här frågan. Men det går inte att tro att man löser det med en quick fix.

Har du något förslag på hur man skulle kunna förbättra förutsättningarna för nästa direktör?

– Jag tror att det är viktigt att ha en ordentlig diskussion med ägaren om upp-

draget. Man måste diskutera vad man vill och hur man ska komma ur det nuvarande ekonomiska läget.

Har det varit en fördel som sjukhusdirektör att vara läkare och forskare? Har det varit en begränsning eller nackdel på något vis?

– Jag tycker att det har varit en väldig fördel. Jag tror att vi ska använda professionen och folk med den typ av bakgrund som jag har betydligt mer inom svensk sjukvård. Samtidigt är det framför allt den personliga förmågan att vara ledare som är det viktigaste, det är inte yrkesbakgrunden, även om det är en fördel om man kan sätta sig in i hur medarbetarna tänker genom att man själv har jobbat inom verksamheten.

Vilka är de viktigaste lärdomarna du tar med dig från din tid som sjukhusdirektör?

– Det tar mycket längre tid att få till en förändringsbenägenhet än jag beräknade. När man har en sådan fin verksamhet är det lätt att man lutar sig tillbaka, och det är inte alltid lätt att baxa upp folk ifrån den tillbakalutade positionen. Samtidigt har jag också lärt mig att Akademiska sjukhuset är fantastiskt bra på att bry sig om sina patienter, det finns en patienthänsyn som är outstanding. Här finns så mycket gott och jag hoppas att nästa person som ska leda sjukhuset förstår att ta tillvara det.

Finns det något du ångrar?

– Jag är inte en människa som håller på och ångrar mig. Jag försöker att ta de bästa besluten i varje moment. Sedan får man ibland inse att vissa saker var mindre lyckade.

Finns det något du hade föresatt dig att genomföra på sjukhuset som inte gick att genomföra?

– Nej, det tycker jag inte. Mina främsta ambitioner gällde att säkra Akademiskas framtid i form av regionavtal. Det andra jag föresatte mig var att försöka få med verksamheterna i ett förändringsarbete och där tycker jag att vi är på väldigt god väg. Det tredje var att sätta Akademiska sjukhuset på den nationella kartan, inte minst med tanke på den utomordentliga forskning som vi och universitetet bedriver.

Vilket är ditt bästa minne från tiden på Akademiska?

– Jag tycker nog att 300-årsjubileet var det roligaste, det var en fantastisk upple-

velse. Det var en sådan uppslutning kring Akademiska från alla håll, för att inte tala om veckan efteråt när vi hade våra personalfester.

Om du ser till dina förväntningar innan du tog jobbet, blev det som du trodde?

– Ja. Jag hade redan suttit många år i en universitetssjukhusledning och det blev precis som jag förväntade mig. Kanske var jag inte riktigt förberedd på att Uppsala är så pass litet och att det därför blir så mycket fokus på sjukhuset från mediernas sida. Vi har försökt att visa de bra sakerna vi gör på sjukhuset, och det har också funnits en sådan rapportering, men så fort det blir problem hamnar de i fokus. Och då blir det en oproportionerligt stor negativ slagsida.

"Jag har den största respekt för att man politiskt försöker göra sitt allra bästa i den här frågan. Men det går inte att tro att man löser det med en quick fix."

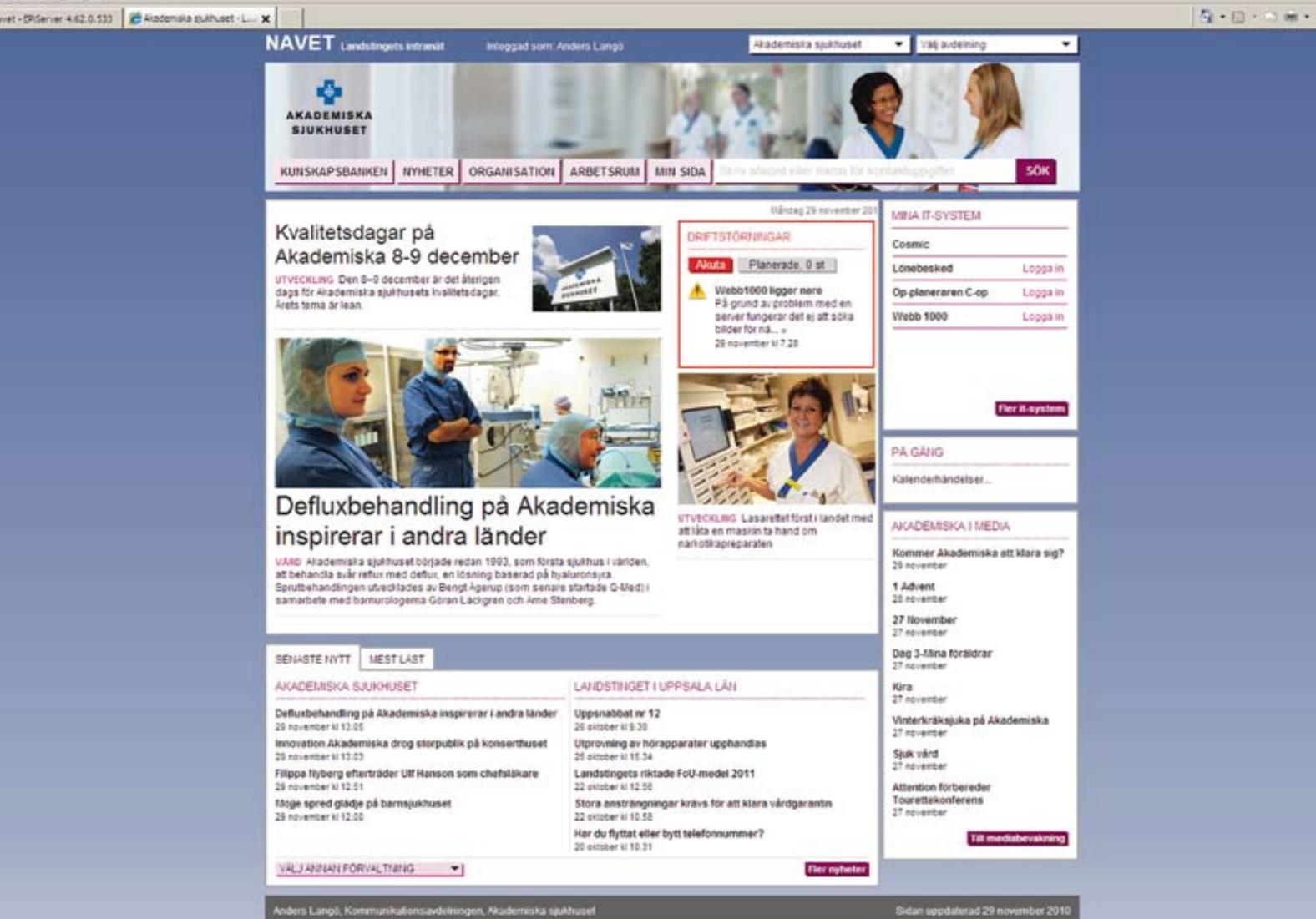
Hur ser framtiden ut för din del?

– Jag har en del uppdrag av övergripande karaktär i nationella sammanhang som jag successivt kommer avsluta. Dyker det upp något senare får jag ta ställning till det då, men för tillfället har jag inga särskilda andra planer. Att jobba i Uppsala har varit en givande period, men vi har våra rötter på västkusten och vi kommer att återvända dit så småningom.

Har du några avskedsord till personalen?

– Jag vill tacka jättemycket för det förtroende som man har visat mig. Jag har sett att personalen älskar sitt Akademiska och vill det väl. Fortsätt med det och fortsätt att utveckla sjukhuset. Det är utifrån den medicinska kvaliteten som Akademiska kommer att konkurrera i framtiden.

TEXT: HANNES LJUNGHALL
FOTO: STAFFAN CLAESSION



Anhörigstöd i nya former

Nils Bergströms fru fick diagnosen frontallobsdemens för fyra år sedan och kan idag knappt kommunicera med andra människor, än mindre klara sig på egen hand i vardagen. Minnesmottagningens gruppträffar och Blå rummets utbildning för anhöriga har varit ett stöd för Nils under den svåra tiden sedan hustrun insjuknade.

Nils Bergströms fru Gunnel är inte äldre än 62 år men bor sedan två månader på ett äldreboende som specialiserar sig på demens. Gunnel fick diagnosen frontallobsdemens för fyra år sedan, men Nils hade långt tidigare märkt att något var fel.

–Det första tecknet var att hon slutade läsa på morgnarna, det hade hon alltid

gjort tidigare. Senare försökte jag ge henne talböcker, men förmågan att ta in ny information blev hela tiden sämre. Idag kan hon varken tala, skriva eller läsa, och tyvärr blir hon sämre hela tiden, det finns inga bromsmediciner som det till viss del finns mot andra typer av demens. Det är väldigt tufft att se det här hända med någon som man har levt tillsammans med i 40 år, säger Nils Bergström.

Han har deltagit i anhörigträffar på Akademiska sjukhuset under tre års tid. Först på minnesmottagningen, och sedan i september i en ny form av patient/anhörigutbildning i Blå rummets regi. Konceptet går ut på att det är de anhörigas egna frågor som styr utbildningens innehåll. Utifrån frågorna bjuder Blå rummet sedan in lämpliga föreläsare till träffarna; antingen medicinsk expertis eller handledare på kommunen, som kan upplysa om vilka regelverk som gäller, eller något helt annat.

Nils Bergström lyfter särskilt fram de gruppsamtal som uppstår som en viktig faktor.

–Första träffen jag deltog i var vi bara fyra-fem stycken, men numera är vi sna-



Nils Bergström.

rare 15–20 stycken. Jag gillar att det är så pass många, det betyder att det hela tiden kommer upp frågor som man kanske inte hade tänkt på själv. Det blir en väldigt spridning på frågeställningarna, särskilt som sjukdomen slår väldigt olika mot olika personer och orsakar olika typer av problem.

Utbildningen för anhöriga till frontallobsdementia var något av ett test av konceptet där deltagarnas egna frågor styr innehållet. Blå rummet ser nu gärna att andra verksamheter på Akademiska hör av sig med förslag till nya utbildningar för patienter och anhöriga.

Lättare att hitta på nya Navet

I dagarna sjösätts den nya versionen av landstingets intranät Navet. Bland nyheterna märks en rejält förbättrad sökfunktion och möjligheter att göra personliga inställningar som anpassar intranätet efter ens egna behov.

–Tidigare ”ärvde” förvaltningarna (Akademiska, Primärvården m fl) sidinformation från centrala landstingskansliet, vilket orsakade allvarliga tekniska problem. Bland annat gick servern ner i princip varje dag och behövde startas om. Vi behövde därför göra en rejäl uppdatering av intranätet och i det arbetet har vi passat på att genomföra ett antal förbättringar av innehållet, säger Anders Langö, webbutvecklare på Akademiska sjukhuset.

I en enkät bland landstingets personal, som genomfördes för ett år sedan med 1500 svarande, framkom att många tyckte att informationen på Navet var bra, men att det var ofta var svårt att snabbt hitta fram till den information man var

ute efter. I enkäten framkom även ett utbrett missnöje med den interna telefonkatalogen.

Bättre träffar vid sökningar

I det nya Navet är sökfunktionen helt omgjord. Nu kan man söka efter rutiner, nyheter, allmän information med mera – inklusive telefonnummer och andra kontaktuppgifter – på ett och samma ställe. Sökmotorn kan även föreslå lämpliga sökord och ger möjlighet att filtrera sökningarna för bästa resultat.

–I det gamla Navet kunde en sökning ge träffar utan att de rangordnades, det var inte självklart att en viss enhets egna plats på Navet listades som viktigare än till exempel ett mötesprotokoll där enheten nämndes. Med bättre inställningar i den nya sökmotorn ska också träffbilderna bli bättre, säger Anders Langö.

Den gamla telefonkatalogen kommer att finnas kvar som ett komplement.

En annan viktig nyhet är att användar-

na får egna identiteter på Navet, antingen som personliga användare, eller som funktionsanvändare, då man delar inställningar med övriga i sin funktionsgrupp.

–Det innebär bland annat att man kan lägga till de it-system man oftast använder, till exempel Cosmic eller operationsplaneraren, direkt på startsidan. På så sätt kan man anpassa intranätet efter sin personliga användarprofil, vilket gör det snabbare och lättare att använda, säger Anders Langö.

Andra nyheter är möjligheten att publicera rörliga bilder, att RSS-flödet med länkar till externa nyheter om sjukhuset är tillbaka, och att divisionernas egna nyheter syns redan på startsidan, där det nu även finns en tydlig plats för både akuta och planerade driftstörningar.

En kort instruktionsfilm hjälper användarna att komma igång och använda de nya funktionerna.

HANNES LJUNGHALL



Vi hjälper dig att hitta och hålla kontakten med läkarkollegor över hela Sverige. Se till att de får den senaste informationen om dig också! Registrera dig på www.meduniverse.se/register

MedUniverse är ett oberoende nätverk, utan ägande från läkemedelsbolag, landsting och fackförbund. Exklusivt för läkare och läkarstudenter från termin 9. Allt material är kvalitetssäkrat och dina uppgifter lämnas aldrig vidare till tredje part. Drivs i samarbete med Doctors.net.uk med 180 000 anslutna brittiska läkare. www.meduniverse.se info@meduniverse.se

MED UNIVERSE
För läkare, av läkare

Rädda hjärnan 1: Vägning i akutmottagningens ambulansintag. Genom att väga hela bären direkt vid ankomsten till akuten och sedan dra ifrån bärens vikt, sparar man upp till tio minuter jämfört med tidigare, då man lyfte patienten från en säng till en sittvåg och sedan tillbaka till sängen. Erik Lundström, avdelningsläkare och ansvarig för förändringsarbetet, agerar patient för kamerans räkning.



Akademiska sjukhuset arbetar vidare med det sjukhusövergripande införandet av lean, vilket syftar till att hjälpa personalen att arbeta mer effektivt. Ronden har gjort fyra nedslag på olika verksamheter, som tillsammans visar något av bredden i sjukhusets leanarbete, och hur man kan nå påfallande goda resultat med ganska små medel.

"Rädda hjärnan" en omedelbar framgång:

Mer än dubbelt så snabb insats efter att vårdkedjan trimmades

Leanprojektet "Rädda hjärnan" startade på allvar i september, med första delmål att halvera insatstiden för trombolys vid stroke. Två månader senare var målet uppfyllt och mer därtill.

– Jag är väldigt nöjd hittills, det har gått över förväntan, säger Erik Lundström, avdelningsläkare på neurologen och ansvarig för förändringsarbetet.

Vid ischemisk (propprelaterad) stroke dör två miljoner hjärnceller varje minut. Ju mer man lyckas korta tiden före trombolys (behandling med propplösande läkemedel), desto mer minskar risken för bestående skador som förlamning, talsvårigheter och synnedbrott. Om trombolys ska ges måste det ske inom fyra och en halv timme.

2009 befann sig Akademiska i ett läge där insatstiden var uppe på två timmar, efter att under en tid ha ökat snarare än minskat. Det var mot bakgrund av det som förbättringsarbetet påbörjades, med de inledande delmålen att halvera insatstiden till en timme och att fördubbla antalet utförda trombolys.

Efter en tids planering och förberedande arbete trädde de nya rutinerna i kraft den 1 september i år. Vid Rondens pressläggning hade fem patienter getts trombolys sedan dess. Mediantiden för insats från ankomst till akuten var 48 minuter, vilket kan

jämföras med riket som helhet, där mediantiden ligger på omkring 75 minuter.

– Jag hoppas och tror att vi kan nå ännu längre på sikt. Vårt mål är att bli bäst i Sverige på strokevård, säger Erik Lundström.

Rädda hjärnan involverar personal i hela vårdkedjan, från ambulansen till akuten via röntgen till neurologen. Numera kör ambulansen patienter med misstänkt stroke som prio ett, istället för som tidigare prio två. Det kan innebära en tidsvinst på upp till tio minuter inom Uppsala län.

Rädda hjärnan-larm

Ambulansen ringer även in särskilda Rädda hjärnan-larm, som vidarebefordras till tre olika läkare på Akademiska: neurologjournen, röntgenjournen och neurokirurgjournen. När larmet har inkommit beger sig neurologjournen till akutmottagningen och tar emot patienten direkt från ambulansen. Medan läkaren väntar in transporten kan han eller hon läsa på om patienten. De checklistor som ska bockas av för att se om patienten har de rätta symtomen har slimmats ner till det absolut mest väsentliga.

Ett nytt moment är vägningen av patienter på akutmottagningen för att kunna dosera rätt mängd läkemedel under trombolysen. Tidigare gjordes detta efter ankomst till nima eller ava, där trombolysen sker, och innebar att patienten fick lyftas från en säng till en sittvåg och sedan tillbaka till sängen.

TEXT:
HANNES
LJUNGHALL
FOTO:
JOHAN
WAHLGREN



Rädda hjärnan 2: Triagestation på akutmottagningen där läkaren kan läsa på om patienten före ankomst och där prover kan tas efter ankomst.



Rädda hjärnan 3: Datortomografi på akutröntgenavdelningen. Visar datortomografin att det handlar om en propp och inte en blödning går beskedet till nima eller ava att omedelbart börja blanda läkemedlen till trombolyten.

Idag rullar man upp hela baren på en nyinköpt våg direkt vid ankomsten till akuten, vilket innebär en tidsbesparing på upp till tio minuter jämfört med tidigare.

Efter vägning i ankomsthallen och provtagning vid den intilliggande triagestationen körs patienten direkt till datortomografi på akutröntgenavdelningen utan att passera akutrutrummet.

"Vårt mål är att bli bäst i Sverige på strokevård"

–Varje station på sjukhuset innebär att det går mer tid, det finns alltid några detaljer som personalen vill åtgärda innan man skickar vidare patienten. Det är i bästa välmening som man utför dessa saker, men det är inte alltid som momentet bidrar. Därför har vi standardiserat handläggningen., säger Erik Lundström.

Om datortomografin visar att det handlar om en propp och inte en blödning, får en sjuksköterska på nima eller ava besked att det är dags att börja blanda läkemedlen till trombolyten, en procedur som tar åtta-tio minuter. Patienten rullas under tiden läkemedlen blandas till nima eller ava och behandlingen påbörjas så snart som både patient och läkemedelsblandning är på plats.

Omedelbara inskrivningar

Erik Lundström ser en stor vinst med Rädda hjärnan utöver de kortade insatstiderna:

–De patienter som undersöks av neurologjournen och inte kommer ifråga för trombolyten kan ändå skrivas in omedelbart på strokeavdelningen 85AM, vilket minskar risken för komplikationer avsevärt. Tidigare hände det att de blev kvar lång tid på akutmottagningen, i värsta fall upp till tio timmar, säger han.

Erik Lundströms drömscenario inför framtiden är att sjukhuset köper in en datortomograf till akutmottagningen.

–Då skulle behandlingen kunna inledas på akuten, och insatstiden skulle kunna kortas ända ner till omkring 20 minuter. En av tio som får trombolyt blir helt återställd, vilket i så fall innebär en be-



Rädda hjärnan 4: Anestesisyjuksköterskan Reza Lotfi på nima blandar läkemedel till trombolyt. Det propplösningsläkemedlet Actilyse som används kostar 10 000 kronor per flaska.

sparing på 650 000 kronor för samhället jämfört med det mest kostsamma scenariot, och det bara för en enda patient. 78 procent av samhällskostnaden ligger hos sjukhuset, så det skulle utan tvekan vara ekonomiskt motiverat att investera i utrustning som möjliggör snabbare trombolyt, säger Erik Lundström.

Lotta Lindström, gruppchef på akutmottagningen, ser positivt på att personalen på akutmottagningen har fått ett närmare samarbete med neurologerna.

–Det är också roligt att resultaten är väldigt bra så här långt, säger hon.

–Samtidigt är insatstiden inte lika kort för de patienter som insjuknar när de redan är inlagda på sjukhuset, som inte kommer in via akutmottagningen utan från andra avdelningar. Där finns det fortfarande arbete kvar att göra, summerar Erik Lundström.



Rädda hjärnan 5: Trombolyten sätts in på nima (kan även göras på ava). Sjuksköterskan Lotta Lindström avrapporterar till anestesisyjuksköterskan Reza Lotfi.



Pia Årstam, stående till vänster, ändrade i rutinerna för akutmottagningens läkarsekreterare, vilket både har ökat produktiviteten och gjort det roligare att jobba. På bilden syns även läkarsekreterarna Monica Ek (stående) och Kristina Davon.

"Förut spelade det ingen större roll om jag skrev 10 eller 25 diktat på en dag, när det ändå var flera hundra kvar."

Kristina Davon,
läkarsekreterare, akutmottagningen

Akutmottagningens läkarsekreterare:

Tydliga mål ökade arbetstakten

Dagens diktat skrivs ut samma dag, inget läggs på hög för framtiden. Genom ganska enkla ändringar av sina rutiner fick läkarsekreterarna på akutmottagningen ett rejält lyft i både produktivitet och arbetsglädje.

Pia Årstam hade varit gruppchef för akutmottagningens läkarsekreterare i ett och ett halvt år, och hela den tiden hade mängden utskrivna journaldiktat pendlat mellan 500 och 1500, eller enstaka gånger ännu fler.

I genomsnitt handlade det om omkring 150 diktat per dygn fördelat på nio-tio sekreterare. Ett diktat tar olika lång tid beroende på hur långt det är och hur det är inläst av läkaren. Vissa är 30 sekunder långa, andra uppemot sex-sju minuter. Vissa är tydligt dikterade, medan det i andra fall är svårare att höra vad läkaren säger. Allt inräknat såg ändå

Pia Årstam att arbetsgruppen hade kapacitet att klara av upp till de omkring 15 diktat per person och dygn det handlade om, och mer därtill. Hon bestämde sig för att ändra på arbetsrutinerna för att få en ändring till stånd.

Det hon gjorde var att be gruppen stryka ett streck över allt gammalt arbete som inte hunnits med. Istället skulle hädanefter samtliga diktat från den aktuella arbetsdagen skrivas ut. De gamla diktaten som låg på hög skulle timvikarier ta hand om.

Pia Årstam såg även till att förstärka bemanningen under de arbetstoppar som statistiskt brukar inträffa på eftermiddagarna under söndagar till tisdagar samt på fredagar. Till hjälp hade hon en och en halv extra tjänst som nyligen inrättats, men denna tjänst hade samtidigt tillkommit för att arbetsgruppen nyligen fått i uppgift att sköta den tidskrävande registreringen i Cosmic av de patienter som läggs in

TEXT
OCH FOTO:
HANNES
LJUNGHALL

från akutmottagningen till avdelningar på övriga sjukhuset.

De nya rutinerna började gälla i september. Resultatet blev inte bara att gruppen klarade av dagens diktat och därmed slutade samla ogjort arbete på hög – av farten hann gruppen även med att på några veckor beta av den hög på 6–700 diktat som låg liggande sedan tidigare, och det i stort sett utan hjälp från extrainkallade timvikarier.

Medarbetarna synliggörs

Förklaringen till den ökade produktiviteten är huvudsakligen ökad motivation genom att den egna arbetsinsatsen har blivit synlig.

–Det är inspirerande att ha ett mål att jobba mot. Förut spelade det ingen större roll om jag skrev 10 eller 25 diktat på en dag, när det ändå var flera hundra kvar. Nu märks skillnaden på ett helt annat sätt, säger läkarsekreteraren Kristina Davon.

Hennes kollega Monica Ek instämmer och menar, kanske något paradoxalt, att det är mindre stressande att jobba numera, trots att gruppen producerar fler diktat.

”Det känns lugnare nu när man vet att inget blir liggande för länge”

Monica Ek,
läkarsekreterare, akutmottagningen

–För mig är det så i alla fall. Tidigare skapade allt som låg utskrivet en inre stress. Det känns lugnare nu när man vet att inget blir liggande för länge, säger hon.

En ytterligare fördel med att alltid jobba med dagsaktuella diktat är att man kan gå och fråga den dikterande läkaren vid oklarheter. Tidigare kunde den som dikterat antingen vara ledig, eller till och med ha lämnat arbetsplatsen för gott.

–En annan vinst när vi skriver dagsfärskt är att remisser, brev och journalkopior skickas iväg snabbare. Tidigare skrevs anteckningarna ibland ut flera veckor senare om inte läkaren kommit ihåg att högprioritera diktatet, säger Kristina Davon.

–En enkel förändring har gett mycket positivt för både vår arbetsgrupp och den fortsatta vårdkedjan, vilket i slutändan även gynnar patient och läkare, säger Pia Årstam.

Nu är även ytterligare förändringar på gång i och med att sekreterarna på akutmottagningen ska ta över kassaregistreringen av patienter. På så vis frigörs de undersköterskor som tidigare gjorde detta för patientvård, vilket bidrar till att korta väntetiderna på akutmottagningen.

Ortopedavdelningarna 70 E1 och E2:



Karin Larsson, avdelningschef på 70 E, visar prov på hur avdelningen har sorterat all sin utrustning och gett varje sak sin tydligt utmärkta plats.

Ordning och reda tjänade in två timmars arbete – varje dag

De fem s:en som skapar ordning och reda på arbetsplatsen har inneburit en mindre revolution för personalen på avdelningarna 70 E1 och 70 E2.

–Vi har nog tjänat två timmars arbetstid varje dag på att slippa springa omkring och leta efter saker. Samtidigt har vi tagit bort många stressmoment som det är väldigt skönt att slippa, säger avdelningarnas chef Karin Larsson.

Fem S är en metod för att systematiskt åstadkomma och upprätthålla ordning och reda. Det centrala är att aktivt söka orsaker till störningar och att försöka åtgärda grundproblemen. För 70 E1 och E2 inleddes det arbetet förra sommaren. Efter att personalen hade gått igenom leanutbildningens första steg (plus steg två och tre för cheferna) samlades avdelningarna till en planeringsdag där de tillsammans gick igenom störningsmoment och tidstjuvar i det dagliga arbetet.

i närheten och vem som kunde tänkas behöva den i vilket moment.

Denna plats märktes sedan ut tydligt, antingen med tejprensor i golvet om det gällde något som tog upp golvyta, till exempel en sittvåg, eller med skyltar och lappar om det handlade om något som rymdes i ett skåp – i vissa fall även med fotografier utanpå skåpen som visar vad som döljer sig innanför skåpdörrarna utan att man först behöver öppna dem. Återigen är principen att små tidvinster blir stora om momentet upprepas tillräckligt många gånger.

När något väl har fått sin bestämda plats på avdelningen får platsen inte ändras utan att det först har diskuterats på en arbetsplatsträff och sedan har förmedlats till hela personalen via avdelningschefens veckobrev.

Ett enda gemensamt huvudförråd

Det krävdes inga större förändringar i den fysiska miljön för att möjliggöra den här sorteringen och struktureringen av utrustningen. Ett undantag var att det krävdes några extra förvaringsskåp i det nya gemensamma huvudförrådet som ligger mittemellan de båda avdelningarna.

–Att vi bara har ett huvudförråd gör det lättare att hitta och att planera inköpen. Man behöver aldrig gå över till andra sidan och leta, finns det man letar efter inte i huvudförrådet finns det inte här överhuvudtaget. Det kunde vara ett väldigt tidsödande spring emellan avdelningarna förut. Numera går ingen tid överhuvudtaget åt till letande längre, säger Karin Larsson.

Efter att omorganiseringen av avdelningarna var klar fick hela personalen gå med på en runda och lära sig var allting fanns, ungefär som en nyanställd får gå på introduktionsrunda för att lära sig hitta.

–Nu återstår bara det sista s:et, att skapa vana, men jag tror inte att det blir några problem, säger Karin Larsson.

–Fem S har varit en fast punkt under alla arbetsplatsträffar under hela året och kommer att fortsätta att vara det framöver. Alla var inte med på tåget på en gång, vissa kände väl att det här var ”ännu en grej som man ska göra”, men idag är ingen negativ vad jag vet, snarare får man höra att det är skönt att veta var saker finns och att det är bättre ordning. Förut hände ett man bara skjutsade väg utrustning i korridoren efter att man hade använt den. Den fick stå där den stod eftersom det inte fanns någon fast placering, men idag är det omöjligt att göra så. Folk tycker att det är fint och prydligt på avdelningen och trivs bättre med det, säger Karin Larsson.

TEXT
OCH FOTO:
HANNES
LJUNGHALL

Fem S som ger en bättre ordning på arbetsplatsen:

De fem s:en är (i översättning från japanska):

1. Sortera (Seiri)
2. Systematisera (Seiton)
3. Städa (Seiso)
4. Standardisera (Seiketsu)
5. Skapa vana (Shitsuke)

Syftet är att skapa förutsättningar på arbetsplatsen för att använda lean sjukvård, att standardisera arbetssätt, att skapa förutsättningar för bra flöde och att visualisera budskapet av ordning och reda till patienter och medarbetare.

Kolorektalavdelningen 70 B1:

Produktionsplanering ger kontroll över flödet

Sedan den 1 oktober bedriver kolorektalavdelningen 70 B1 produktionsplanering med detaljerade veckovisa uppföljningar och analyser.

– Det ger oss större kontroll över patientflödet och större möjligheter att redovisa både för oss själva och för andra hur det faktiskt ser ut, säger avdelningschefen Mats Liljedahl.

Mats Liljedahl fick idén att börja med detaljerad produktionsplanering vid ett studiebesök på ABB i maj. Han funderade och diskuterade med sektionschefen och en grupp ekonomer över sommaren, vilket ledde till att det nya konceptet kunde presenteras på avdelningens planeringsdagar i augusti. Den nuvarande försöksverksamheten inleddes den 1 oktober och är tänkt att gå över i permanent "skarpt" läge vid årsskiftet.

Varje måndag kl 8.30 beger sig Mats Liljedahl till konferensrummet på 70 B1 tillsammans med sin biträdande avdelningschef, en sekreterare, den sjuksköterska som har hand om väntelistan, avdelningens överläkare och den sektionsansvarige. Tillsammans ser gruppen över hur föregående vecka förlöpte och vilka behandlingar som ska utföras i kommande arbetsvecka. Avsikten är bland annat att följa patientflödet så att en viss typ av behandling matchas mot en viss typ av kompetens i bemanningen. Exempelvis har en professor av naturliga skäl en större och bredare kompetens än en st-läkare, vilket betyder att fler typer av behandlingar kan utföras de dagar som professorn arbetar än de dagar han är ledig. Det finns samordningsvinster att göra över lite längre sikt om man på det viset kopplar kompetens mot vårdunderlag på ett systematiskt sätt. I arbetssättet ingår även patientsäkerhet, flaskhalsar, bemanning och utförda operationer. Målet är att arbeta i en jämn, på förhand bestämd takt som förhindrar att köer skapas och växer till sig.

Veckovisa uppföljningar

En stor fördel med produktionsplanering är att man kan analysera patientflödet vecka för vecka i efterhand och se varför till exempel ett visst mål inte uppnåddes en viss vecka och vad det i så fall berodde på. Var det fel bemanning? Berodde det överhuvudtaget på faktorer som avdelningen eller sektionen kunde styra över?

Produktionsplaneringen ger svar på huvudfrå-

gorna: var ligger man i produktionen och varför ser det ut som det gör? Det är viktigt att tydligt kunna visa sådan orsak och verkan i budgetdiskussioner och i andra sammanhang. Finns det en inbyggd underdimensionering i systemet som förhindrar att man klarar vårdgarantin? Produktionsplaneringen gör sådana samband synliga. Det finns även patientsäkerhetsaspekter att beakta. Om det till exempel uppstår en viss typ av avvikelse enligt ett visst mönster gör produktionsplaneringen det lättare att identifiera detta mönster och sedan göra ändringar i rutinerna.

– Man kan säga att "det har blivit vad det har blivit" tidigare. Det finns en tradition inom sjukvården att man tar emot och åtgärdar allt man får skickat till sig utan att nödvändigtvis fundera över möjligheten att planera sin verksamhet systematiskt på det här sättet, säger Andreas Henriksson, divisionsekonom på kirurgdivisionen.

– Det görs produktionsplanering även på andra håll på sjukhuset, men jag tror att det är relativt ovanligt att den görs på det här detaljerade sättet, att man analyserar verksamheten systematiskt vecka för vecka och åtgärdar eventuella avvikelser. Det är också en viktig del av leanfilosofin, att man strävar efter ständig förbättring, fortsätter han.

TEXT:
HANNES
LJUNGHALL
FOTO:
STAFFAN
CLAESSON

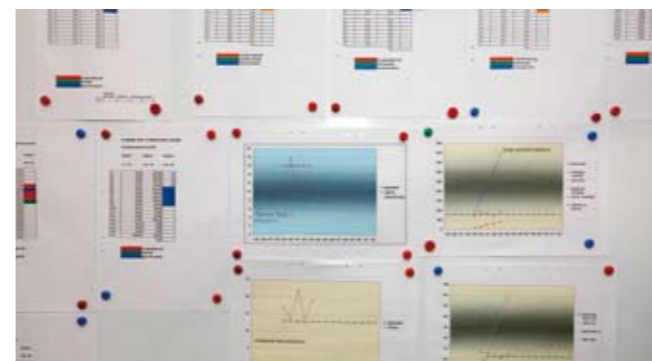
"Man kan säga att 'det har blivit vad det har blivit' tidigare. Det finns en tradition att man åtgärdar allt man får skickat till sig."

Andreas Henriksson,
divisionsekonom, kirurgdivisionen



Produktionsplaneringsmöte måndag morgon kl 8.28-8.35 i konferensrummet på 70 B1. En genomgång av föregående vecka visar att en av de tolv planerade operationerna fick strykas, och att det förekom en mindre avvikelse på avdelningen. Väntelistan ligger obrutet på omkring 140 personer; målet är att få ner siffran till 80–90 för att ligga i fas med

vårdgarantins tre månader. På bilden: Mats Liljedahl, avdelningschef (i grått), Emma Bäckman Henriksson, biträdande avdelningschef, Gerd Andersson, sekreterare, Joakim Folkesson, överläkare, Marie Walther Gustavsson, ekonom, Urban Karlbom, sektionschef, Wilhelm Graf, professor. Nedan t v: leantavlorna på 70 B1. Nedan t h: Mats Liljedahl.



Enkät: Jobbar din avdelning lean?

Katarina Söderholm, avdelningschef, spinalenheten:

– Vi har inte kommit så långt än. Under hösten har vi startat ett "ordning och reda"-projekt, så just nu är det snarare o-lean när allt är under omorganisering och ingen hittar något. Men när vi har fått ordning på allt ska det förhoppningsvis bli bättre.



Gunilla Frykberg, sjukgymnast, sjukgymnastikavdelningen:

– Ja, vi har tavlor med kaizenlappar där vi skriver upp problem. Jag har gått utbildningens första steg och tycker att lean har varit till nytta i arbetet så här långt.



Birgit Ahlström, läkarsekreterare, kärllaboratoriet:

– Jag och kollegorna har gått utbildningen, men det har inte lett till så många konkreta förändringar av arbetsrutiner än. Samtidigt jobbar vi en hel del lean i praktiken ändå.



Anna Carlsson, sjuksköterska, ortopedmottagningen:

– Vi skriver kaizenlappar och vi har leanmöten första tisdagen i varje månad, där vi tillsammans diskuterar förbättringsåtgärder, delvis utifrån lapparna, men även sådant som kommit upp på annat håll.





Lars Wiklund, en förgrundsgestalt inom svensk anesthesi- och intensivvård, går i pension efter 40 år på Akademiska sjukhuset.

Anesthesiestor går i pension

Tanken var att bli bergsingenjör, men livet vigdes åt medicin. Efter 40 år på Akademiska sjukhuset går en av Sveriges nestorer i anesthesi- och intensivvårdsforskning Lars Wiklund i pension.

– Det som drivit mig är nyfikenheten, och förhoppningsvis har någon insats lyckats göra en liten skillnad, säger han.

– Finns det möjlighet att göra en intervju?

Frågan skickades på mejl. Två dagar senare kom ett kort, blygsamt men klargörande svar till inboksen:

– Tycker kanske inte att det är så bråttom... jag har aldrig ägnat så mycket tid att annonsera vad jag gör./Lars W.

Man säger att svaret är symptomatiskt för Lars Wiklund. Inga åthävor, inga stora ord. ”Han har aldrig varit mycket för att visa upp sig”, som en kollega säger.

Någon vecka senare träffas vi ändå på Lars Wiklunds kontor på institutionen för kirurgiska vetenskaper.

Flyttlådor står på golvet och några hundra studier i anesthesi- och intensivvårdsforskning ligger i osor-

terade högar. Flytten är påbörjad, pensionen väntar och snart ska också städningen förhoppningsvis bli klar.

När mejlkonversationen kommer på tal ler den tidigare klinikchefen lite ursäktande och säger:

– Det finns som bekant en jantelag i Sverige, man ska inte synas så mycket eller berätta vad man gjort. Inte minst gäller lagen i universitetsvärlden. Jag har nog bara anpassat mig.

– Det var faktiskt inte meningen att jag överhuvudtaget skulle läsa medicin. I Kolsva i Köpings kommun i Bergslagen där jag växte upp läste några av mina kamrater till bergsingenjörer och det ville jag också bli. Men far hade alltid velat läsa medicin, och av en tillfällighet sökte jag medicin och kom in, säger Lars Wiklund.

Nyfikenheten en drivkraft

Anställningen på Akademiska sjukhuset kom 1970 och arbetet har sedan dess till stor del kretsat kring klinisk forskning. Drivkraften har varit nyfikenheten, viljan att hitta lösningar och en handfast inställning om att ”här finns saker att göra”.

Några bland intresseområdena har handlat om förändringar i hjärnan och inre organ i samband

TEXT:
SAMUEL
SEHLBERG
FOTO:
STAFFAN
CLAESSON

”Att vara forskare är att vara elitidrottsman. Man måste satsa 100 procent för att bli duktig, inte bara under arbetstiden”

Anställdes på Akademiska för 40 år sedan

Namn: Lars Wiklund.

Ålder: 67.

Livet på Akademiska sjukhuset (i urval): Anställdes 1970. Disputerade 1975 på metaboliska förändringar efter operation, speciellt i samband med smärtlindring. 1977–86 neuroanestesiolog, forskade på lediga stunder. 1986 professor i anesthesi och intensivvård. 1986–1999 klinikchef för anesthesi- och intensivvårdskliniken. Har sedan 1999 bedrivit egen forskning, varit prefekt på universitetsinstitutionen, har ett flertal nationella och internationella uppdrag och handleder doktorander.

Övrigt: 2000–2010 prefekt för institutionen för kirurgiska vetenskaper, Uppsala universitet.



med narkos och operation, men också utmaningen att minimera skador på hjärnan efter hjärtstillestånd och slaganfall.

Idag efter 40 år på Akademiska sjukhuset är Lars Wiklunds arbetskapacitet omvittnad.

”En forskare ända in i själen”, som en kollega uttrycker det och fortsätter ”kanske den viktigaste personen för dagens svenska anesthesi- och intensivvård”, men också en chef som ”inte varit rädd för att jobba hårt och ta viktiga strider”.

– Att vara forskare är att vara en elitidrottsman. Man måste satsa 100 procent för att bli duktig, inte bara under arbetstiden. Under en del av min karriär tog vi dubbla jourer på helgerna och forskade när vi var lediga på jourkompensation under veckan efter. Man var trött, men lärde sig att vara skärpt korta stunder, och arbeta vidare.

– Idag är det lite annorlunda, fritiden har blivit mer prioriterad. Men det viktiga är ändå att forskare fortfarande vågar gå på djupet och utmana de stora frågorna, inte bara skumma på ytan. Det finns alltid nya problem att lösa. Vi vet till exempel fortfarande inte vad som händer i hjärnan när vi sover en människa, konstaterar han.

Och striderna?

– Strider och strider... I slutet av 80-talet tyckte jag att läkare skulle klara en tentamen för att få sin specialistexamen, som i England. Det var inte så populärt, speciellt inte bland de yngre läkarna. Men patienter kommer allt mer efterfråga kompetens och precis som inom andra yrkesgrupper är inte alla läkare lika duktiga. En tentamen säkerställer åtminstone en viss miniminivå. Idag har några hundra anesthesiläkare i Sverige frivilligt tagit en sådan examen.

– Lite senare, som klinikchef upptäckte jag att statens så kallade Alf-pengar till medicinsk forskning gick rakt ner i landstingsbyråkratin. Ingen

kunde förklara vart de tog vägen. Kontot bara tömdes. Jag såg till att pengarna på min klinik gick till forskningen. Det tog jag strid för, forskningen behöver alla pengar den kan få. Idag är detta normen för hela landet som skapades då, här i Uppsala bland annat genom min insats.

Efter närmare 40 år som forskare, vilken är framtidens stora utmaning för medicinforskningen i Uppsala?

– Att skapa fler tjänster för heltidsforskare och skärpa konkurrensen. Vi är ganska goda kliniker, men de kliniska forskarna är för splittrade mellan olika arbetsuppgifter. Vi i Sverige kommer aldrig att kunna konkurrera kvantitativt med USA, det har vi inte resurser till. Men vi kan skärpa konkurrensen för att öka kvaliteten.

– Samtidigt, det handlar inte bara om resurser. Karolinska institutet är till exempel lika stort som hela Uppsala universitet, men KI är inte så duktiga som de tror, säger han med ett bakslug leende.

Finns det en upptäckt du önskar att du gjort under yrkeslivet?

– Ja. Jag och en forskarkollega upptäckte att plötslig spädbarnsdöd kommer i säsongsanhopningar i Sverige, runt jul i södra Sverige och i maj-juni och augusti i Norrbotten. Vår hypotes var att nitrat i konstgödnings när dricksvattnet i samband med snösmältning och regnperioder, och därefter när barnen via vattnet som sätts till bröstmjölksersättningen.

– Tyvärr gick det inte att statistiskt bevisa, eftersom det var för få fall av plötslig spädbarnsdöd i Norrbotten och våra planerade försök på grisar inte kunde genomföras. Men det är en spännande hypotes som jag önskar jag kunde fått pröva. Förhoppningsvis tar någon annan den stafettpippen när jag själv övergår till pensionärlivet, säger Lars Wiklund.

Till slut, vad ska du göra under pensionen?

– Det blir ingen större utmaning. Arbetsuppgifterna kommer inte att ta slut. Men kanske får jag tid att tillbringa litet mera tid i sommarstugan vid Upplandskusten.



Filippa Nyberg ny chefsläkare

Filippa Nyberg efterträder Ulf Hanson som chefsläkare från och med årsskiftet. För närvarande pågår överlämning till henne av de många ärenden som Ulf Hanson ansvarar för.

Chefsläkarnas uppgift är att vara medicinsk rådgivare till sjukhusledningen, med patientsäkerhetsarbete som en central dimension. Filippa Nyberg kommer att vara huvudansvarig för avvikelshantering inklusive anmälningar till Socialstyrelsen enligt lex Maria. Hon ska även, tillsammans med den andra chefsläkaren, Göran Modin, arbeta med implementering av nya patientsäkerhetslagen från och med januari. Där ingår arbetet med att ta fram ledningssystem för patientsäkerhet i landstinget.

– Idag saknas ofta tvärförbindelser mellan specialiteter och divisioner. En patient hamnar lätt i ett visst spår inom den högspecialiserade vården, vilket ökar risken för fördröjd diagnos och behandling, och i värsta fall gör att man fokuserar på fel problem, säger Filippa Nyberg.

Att hon nu tar uppdraget som chefsläkare hör ihop med ett långvarigt intresse för patientsäkerhet och fungerande processer, och möjligheten att påverka vårdens övergripande frågor.

Volontär i Calcutta

Före läkaryrket hade hon några års erfarenhet av djursjukvård och tjänstgjorde under de åren bland annat på en veterinärstation i västra Sudan. I slutet av läkarutbildningen jobbade hon ett halvår som volontärläkare på moder Therasas sjukhus i Calcutta, vilket gav perspektiv bland annat på resursfrågor.

Innan hon fastnade för hudspecialiteten, provade Filippa Nyberg på invärtesmedicin, allmänmedicin och reumatologi. Utbildningen till hudspecialist skedde vid hudkliniken på Karolinska Sjukhuset, där hon också skrev sin avhandling. Hon är numera docent vid Karolinska institutet och handleder för närvarande två doktorander. Forskningen handlar om autoimmuna sjukdomar i huden, vilket engagerar flera specialiteter. Inom kvalitetsutveckling har det också blivit några publikationer kring jämställd vård, då olika behandling för kvinnor och män var ett mycket uppmärksammat biffynd vid en uppföljning av ljusbehandling för psoriasispatienter.

Som ledare har Filippa Nyberg arbetat nio år som verksamhetschef, sju av dem på hudkliniken Danderyds sjukhus där också infektionsavdelningen ingick. Därefter blev hon rekryterad till hudkliniken på Akademiska för två år sedan. Under våren vikarierade hon en period som chef för onkologi-, thorax- och medicindivisionen. Hon är också ordförande för specialitetsföreningen, och har lett arbetet med en ny målbeskrivning för sin specialitet.



Foto: Karl Wängstedt

Lex Maria – vad hände sen?

På grund av en rad samverkande faktorer, bland annat bristande information i vårdkedjan och brist på rutiner för att identifiera rubbade vitalparametrar, avled i somras en ung patient i hjärt- och lungsvikt på Akademiska, efter att tidigare ha vårdats på Lasarettet i Enköping.

Patienten hade först vårdats på kardiologen på Akademiska under diagnosen kardiomyopati och övre luftvägsinfektion. Efter utskrivning dröjde det bara två dygn innan patienten sökte till akutmottagningen i Enköping för andfäddhet och feber.

Efter inläggning på medicinavdelning blev patienten sämre och flyttades till IVA, där tillståndet försämrades ytterligare och behovet av syrgas ökade. Patienten remitterades till infektionsmottagningen på Akademiska, men då transporten fördröjdes och infektionsmottagningen inte tar emot patienter efter kl 19 kördes patienten till akuten, där jourhavande infektionsläkare bedömde att patienten behövde intensivvård. Jourhavande läkare på civa uppfattade inte vidden av patientens syresättningsproblem och patienten togs om hand på hjärtintensiven. Syresättningsproblematiken stod inte klar heller för jourhavande kardiolog på hjärtintensiven, som hade vårdat patienten några dagar tidigare. Under natten blev patienten orolig och föll ur sin säng. Återupplivning startades omedelbart och patienten fördes till civa, där dödsfallet senare konstaterades.

Huvudorsaken till den olyckliga utgången i detta fall är att patientens allvarliga tillstånd och behov av intensivvård inte uppfattades tydligt. Användning av en mer strukturerad modell för rapportering (SBAR) och användning av systematisk värdering av vitalparametrar (MEWS) hade sannolikt inneburit att patienten hade kommit till den intensivvård hans tillstånd krävde.

– Problem av det här slaget återkommer regelbundet i lex Maria-anmälningar med allvarlig utgång. Sjukhusledningen förbereder nu ett beslut om att utbildning i SBAR och MEWS ska ske över hela sjukhuset, säger Ulf Hanson, chefsläkare.

Hon skildrar anorexi utifrån egna erfarenheter

Anestesisjuksköterskan Ann Lögde är i dagarna aktuell med boken "Diktator Anorexia Nervosa", en skönlitterär skildring av anorexi, som hon skrivit utifrån egna erfarenheter.

– De med ätstörningar är många. Och förutom den drabbade själv, så finns det en omgivning som också känner sig drabbad, för en person med ätstörning berör. Min upplevelse är att många tycker att anorexi eller bulimi är något gåtfullt, och känner obehag inför mötet med en drabbad person. Med min bok vill jag ta bort en del av det gåtfulla utan att för den delen ta bort allvaret i att ha en ätstörning.

Ann Lögde växte upp i en akademikerfamilj, där akademiska meriter sågs som en självklarhet.

– Kraven var aldrig direkt uttalade, men varje framgång, oavsett om det gällde idrottsliga prestationer eller bra betyg, möttes med sådan glädje att det till slut blev som ett tvång hos mig att lyckas. Till slut blev det som en ond spiral, och det kändes som om ingenting jag gjorde blev tillräckligt bra. Jag kunde aldrig förutse om jag skulle lyckas springa ännu snabbare, eller om jag skulle lyckas svara alla rätt på proven, men vad jag stoppade i munnen, det kunde jag ha full kontroll över. En bidragande orsak till anorexin tror jag också ligger i en skörhet som kommer sig av att jag är adopterad. En ofta omedveten reaktion hos adopterade är att de vill bevisa att de duger, säger hon.

Ann Lögde var 16 år när anorexin blev ett sätt att kontrollera



Anestesisjuksköterskan Ann Lögde.

tillvaron. Hon fick ganska snabbt professionell hjälp. Ändå tog det flera år att komma till insikt om orsaker till sjukdomen och att bli frisk.

– Jag var 21 år när jag friskförklarades. Sen tog det några år till innan jag var fri från ett anorektiskt tänkande, och jag hade ett fullständigt normalt förhållande till mat. Det viktigaste i terapin var att bli empatiskt bemött av en professionell terapeut. En som med bibehållen värme och ett genuint intresse orkade vänta in mig tills jag var beredd på att bli frisk.

Idag jobbar Ann Lögde som anestesisjuksköterska på thoraxanestesi på Akademiska, där hon även är huvudhandledare för studenterna. "Diktator Anorexia Nervosa", med förord av Birgitta Edlund, docent i vårdvetenskap på Uppsala universitet, vänder sig till alla som kommer i kontakt med anorexidrabbade, samt inte minst till dem som själva drabbats.

– Jag vill visa att det finns hopp. Att det går, och att det kan bli riktigt, riktigt bra.

"Det är väldigt annorlunda"

För tredje året i rad tar Akademiska emot studenter från School of Nursing i Dar es-Salaam i Tanzania. Ronden träffade Fatina Ramadhani Bororo och Emmanuel Geoffrey Mwakapasa, som specialistutbildar sig till intensivvårdssjuksköterskor, och bad dem berätta om skillnaderna mellan Akademiska och hemsjukhuset Muhimbili National Hospital (MNH).

Det är via Uppsala universitet som Akademiska har blivit ett sjukhus dit sjuksköterskestudenter från Dar es-Salaam kan söka sig för utlandsstudier. På senare tid har möjligheten att göra en del av sin utbildning på Akademiskas intensivvårdsavdelningar tillkommit, och dessa studenter är två-tre veckor på vardera briva, civa, niva och tiva. De har även möjlighet att göra studiebesök på andra enheter.

– Det är väldigt annorlunda här, säger Fatina Ramadhani Bororo efter att ha tillbringat två månader på Akademiska.

Det är annorlunda organiserat. Till exempel har vi på MNH färre intensivvårdsavdelningar och de ser också annorlunda ut. Vi samlar alla patienter i en stor sal medan Akademiskas intensivvårdsavdelningar har fler mindre salar med betydligt färre patienter i varje, säger hon.

Andra saker som skiljer sig vad gäller intensivvården är att Akademiska har modernare utrustning, högre personalitet per patient och bättre logistik i meningen att alla nödvändiga funktioner och apparater finns samlade på avdelningen, till exempel för rutinmässiga provtagningar och labbanalyser av dessa. Personalen på MNH har inte heller samma möjligheter att registrera patientjournaler i Cosmic eller motsvarande.



Fatina Ramadhani Bororo och Emmanuel Geoffrey Mwakapasa.

– Det är fler svårt sjuka som kan räddas här, säger Emmanuel Geoffrey Mwakapasa, som tror att det kan bli frustrerande att inte ha samma möjligheter att hjälpa patienterna efter hemkomsten.

Samtidigt bidrar lärdomarna från Akademiska till att utveckla intensivvården vid MNH, och det finns andra faktorer som pekar på att saker är på väg åt rätt håll vid hemsjukhuset, såsom den förbättrade utrustning, de nya byggnader och den kapacitet att utföra

hjärtkirurgi som har tillkommit under senare tid.

– Men det tar tid, och för landet som helhet är det en stor utmaning att se till att det utbildas tillräckligt mycket kvalificerad sjukvårdspersonal, säger Fatina Ramadhani Bororo.

Liksom Emmanuel Geoffrey Mwakapasa är hon nöjd med den utbildning hon har fått på Akademiska.

– Det har varit ett väl upplagt schema och det är bra att alla personalkategorier inom enheterna har varit involverade i utbildningen.

Tiden är avdelnings- chefens hårdvaluta



Rabi Mehho är ny i sin roll som avdelningschef för akut/traumaröntgen.

FOTO:
STAFFAN
CLAESSON



Namn:
Rabi Mehho
Yrke:
Avdelningschef
akut/trauma-
röntgen
**Började arbeta på
Akademiska
sjukhuset: 2001**

STÄMPLAR IN KLOCKAN 07.17. En ny dag på jobbet, det ligger optimism i luften och vi har en ny verksamhetschef på bfc (Adel Shalabi) med nya idéer och förhoppningsvis nya lösningar inför de nya utmaningar vi har framför oss. Även om det är turbulent på sjukhuset just nu så måste jag vara positiv, annars är det ingen mening! Och jag vet faktiskt inte hur mycket det kommer att påverka den dagliga verksamheten och vilken betydelse det har egentligen.

Matlådan i kylan. Möter några morgonblickar i korridoren på väg in mot min avdelning och hejar, första stoppet är placeringstavlan. Ägnar några minuter åt placeringen av personalen, noterar några sjukfrånvaro, ledigheter och så vidare.

07.30 ÄR DET MORGONSAMLING med några ord av mig och mina kollegor som informerar om det händer något utöver det vanliga idag. Det är viktigt för medarbetarna att veta hur deras dag ska se ut, det skapar trygghet. Växlar några ord med min chef Eva Raland och går in till mitt kontor som jag delar med min kollega Anna. Vi fungerar bra som team, vi är fyra avdelningschefer på sektion 1 och 3 på Akademiska sjukhuset och en i Norduppland.

Sätter mig till ro och kollar upp vilka möten jag har idag. Det brukar vara något möte om dagen. Sätter på datorn och läser min "att göra-lista". Den bara växer och växer ju längre tiden går. Noterar

vilka projekt som är igång, just nu har vi fullt med att till exempel ta fram nya regler för önskeschemat, några jobbar med en intern metodbok, HLR, utbildning av de nya med mera. Ibland måste jag prioritera vad som är mest akut just nu. Okej, det ser bra ut, det är under kontroll.

Kvar i rummet och känner lite oro, men jag samlar mod och öppnar "Pandoras ask", alltså min mejl. Ibland kan det vara skönt att inte öppna mejlen. Just det! Jag var borta i två dagar och det lyser rött i skärmen framför mig, massor av olästa mail förstås. Kollar det viktigaste. Egentligen är det inte meningen jag ska sitta och läsa mejl hela dagarna även om det är ett måste.

DAGS FÖR MIG ATT JAGA tiden för dagen.

Tiden är en hårdvaluta, det finns så lite av den. Jag är ny i min roll som chef och visst ibland är det tufft och krävande mentalt. Inte bara det, jag har gått upp i vikt några kilo också för att jag sitter så mycket med administrativa uppgifter för att få ihop verksamheten, till exempel skriva en dispens för nya anställningar eller mammaledighet.

Det är en sak som jag borde eller ska göra mera av i fortsättningen, att jag ska gå ut och jobba på labb ibland för att jag ska må bra. Men jag tycker om det jag gör och det känns bra att jag kan påverka något till det bättre.

Tar en vända till bemanningsassistenten (hon

är guld värd) och pratar om bemanningen och om ledigheter för några medarbetare, det gör jag mer eller mindre varje dag. Hade stämt tid med den utbildningsansvarige, vi diskuterar hur långt vi har kommit med att lägga upp några framtida projekt.

Det är dags att ha medarbetarsamtal med en medarbetare, som jag hade förberett mig på i förra veckan. Det kan ta mellan en och en halv och två timmar. Det gick bra, men det svåraste med medarbetarsamtalen är lönen, för vem vill inte ha högre lön? Ekonomin styr generellt alltid mycket av vår verksamhet och vår vardag.

SKA KANSKE GÅ OCH ÄTA NU och sedan gå igenom vad jag ska ta upp på arbetsplatsträffen på eftermiddagen. Efter det ska jag ha sektionmöte. Det brukar vara hos min chef tillsammans med andra kollegor som medicinskt ledningsansvarig läkare och vi avdelningschefer. Där får vi en återkoppling och information från klinikledningen.

Kl 15.30 går jag till mitt rum och kollar mejlen igen. Många påminnelser om avvikelser. Några sökte ledigheter i besched. Okej, det är bra. Jag behöver paus, går på rast och ringer ett samtal till min käraste, jag behöver det.

IBLAND PÅMINNER JAG MIG SJÄLV om vad det är vi sysslar med här egentligen! Vi är här för patienterna i första hand. Enkelt uttryckt röntgar

vi patienter med olika metoder, vi ger patienter från sjukhuset och övriga remitterer den undersökning de begär, samtidigt som vi ger så bra service det går. Vi har ett tvåtimmarsmål uppsatt. Det innebär att det inte ska gå mer än två timmar från att en akutremiss kommer in till att ett preliminärsvaret går ut. Ibland ser det ut som på centralstationen på min avdelning, det är svårt att planera inför sådana situationer. Utöver akuta patienter tar vi även hand om elektiva patienter, men vi vet på ett ungefär hur topparna ser ut och har även beredskap för stora katastrofer.

RUNT KLOCKAN 16 går jag ut för att träffa och prata med medarbetarna, för att ge återkoppling och uppmuntran. De är mina kollegor och det är min linje att lyfta upp det de gör, många gör ett bra jobb i det tysta. Pratar med teamledaren för få en bild av vad som händer just nu.

Jag vill ha ett bra klimat på arbetsplatsen där vi gör ett bra jobb och medarbetarna trivs. Jag känner att det bland annat är mitt ansvar att skapa förtroende och ha fungerande samarbete på avdelningen. I slutändan handlar det om att få ihop vardagen. Sedan jag blev chef har jag lärt mig att jag inte kan vara alla till lags, men jag försöker vara rättvis så långt det går. Det krävs en portion ödmjukhet och att jag inte är forcerande i mina beslut.

Snart är klockan 17.10, ses imorgon.

**"Ibland ser det
ut som central-
stationen på
min avdelning"**

Akademiska ropar: Ernest Shackleton – where art thou?

ALLA KLAMRADE SIG FAST vid livet som skeppsbrutna vid en flotte, helt prisgivna åt havets raseri och nyckfullhet. Utan kompass, sjökort, bara med en enda föresats, att utvärda stormarna och att överleva med stolthet till vilket pris som helst. I brist på ledare kan en sådan seglats liknas vid ett självmord, där självspillingarna i sina vita pyjamasar flyter som ett blåvitt pärlband efter flotten.

De prisgivna på flotten började märka att även deras chefer och ledare, som försäkrat sina matrosar att de skulle komma välbehållna hem, började tappa sugen. När den tredje rytande vattenväggen kastade sig mot flotten spolades kaptenen i en vid båge västerut från sin rorkult ut i ett gråblått rytande hav och försvann. Då förstod de flesta att från och med nu skulle inget skulle bli som förr.

ÄVEN OM DET STORMAT hade hon med sina berättelser om en lysande framtid för sjukhuset i backen fått de flesta att somna sött. En och annan hade hållit sig vaken och undrat vad de sövande orden från havet och från rorskvinnan egentligen betydde. I skydd av mörkret tog de sina beslut och gled sakta ner i det kalla havet som slukade dem. Medan de sakta sjönk mot botten eller mot nya äventyr i världsvängen med armar och ben utspridda som om vore de

korsfästa, dinglade antingen stetoskopen eller slipsarna från halsen och pekade uppåt mot den rasande havsytan.

NÄR ERNEST SHACKLETON vid sin tredje Antarktisexpedition körde fast med sitt skepp Endurance i ett helt okänt område i det antarktiska Weddellhavet förstod han vad klockan var slagen. Skeppet övergavs och efter några dagar skruvades skeppet ner i isen och försvann. Under äventyrliga omständigheter lyckades man ta sig till Elefantön, en obebod ö utanför den Antarktiska halvön. För

att få hjälp måste de få kontakt med civilisationen. Shackleton, som var en ledare i varje tum, valde ut sig själv och fem andra att i en öppen roddbåt



Björn Olsen är professor och överläkare på infektion vid Uppsala universitet och Akademiska sjukhuset sedan 2007.

försöka nå Sydgeorgien. Med en primitiv sextant som navigationsverktyg seglade de över mer än 100 mil över ett öppet och synnerligen grönigt hav. De letade en nål i en höstack. Resan tog 17 dygn och har rankats som en av de största seglatsen som någonsin företagits. De som stannade kvar på Elefantön litade till hundra procent att Shackleton skulle klara det. Till slut lyckades det omöjliga, de hittade Sydgeorgien och de fick kontakt med norska valfångare som efter ytterligare några månader undsatte de som väntade på Elefantön. Alla överlevde.

SHACKLETON VAR EN STORARTAD ledare med ovanlig intuitiv förmåga att läsa spänningarna i en besättning full av viljestarka personer, att bemöta dem med humor och personlig karisma innan de briserade och att se till att hans män bevarade fattning och mod under hopplösa förhållanden. Om någon polarfarare har "vänt nederlaget till seger" så är det Shackleton. Trots allt mod och risktagande var Shackleton inte vårdslös. "Bättre en levande åsna, än ett dött lejon", skrev han i ett brev till sin fru efter en expedition.

Så mitt råd till framtida ledare blir: skit i pedagogiken och ledarskapsutvecklingskursen. Läs istället Shackletons äventyr. Hans sätt att leda är egenskaper som cheferna på Ackis kommer ha mer nytta av i sina framtida kontakter med vågor av politiker och andra ombytliga vindar.

"Mitt råd till framtida ledare blir: skit i pedagogiken och ledarskapsutvecklingskursen, läs istället Shackletons äventyr"



Kurs i monitorering

"Mycket bra praktiskt moment utfördes."
"Omväxlande. och matnyttigt."
"Mycket positivt och lärorikt."

Nästa kurstillfälle: 22 och 23 mars 2011
Sista anmälningdag: 3 mars 2011

Läs mer & anmäl dig på:

www.ucr.uu.se

Vid frågor kontakta:

Eva Svensson, 0733-57 86 09

Gunilla Lindström, 0708-83 06 36



Rätt skor på jobbet?

Vi hjälper dig att välja skor, fotinlägg och andra lättare ortopediska hjälpmedel. Kom in så möter du erfaren och kunnig personal som också ger dig tillgång till Olmed Ortopediskas kompetens.

I vår butik hittar du bl a:

- Walkingskor
- Korsetter
- Joggingskor
- Knä- o fotbandage
- Sandaler
- Handledsbandage
- MBT skor
- Stödstrumpor
- Fotinlägg, individuella och prefab



10 % rabatt

har du alltid som landstingsanställd på våra produkter.

Auktoriserad återförsäljare av



Dag Hammarskjölds väg 14B
Öppetider: Mån-Fre: 09.00 - 17.00 Ons 09.00 - 19.00
Telefon: 018-56 70 50
www.fotsko.se



Kurs i klinisk läkemedelsprövning

"Bra övergripande kurs som tar upp allt man ska tänka på när det gäller klinisk prövning."

"Bra föreläsningar och bra med gruppuppgifter och kluringar där vi själva fick tänka till."

Nästa kurstillfälle: 9 och 10 mars 2011
Sista anmälningdag: 16 februari 2011

Läs mer & anmäl dig på:

www.ucr.uu.se

Vid frågor kontakta:

Inger Ekman, 018- 611 95 09





AKADEMISKA
SJUKHUSET

Oväntade frågor



NINA CAVALLI-BJÖRKMAN

**"Vad menar han?
Jag tänker aldrig
på pungbräck"**

NÄR JAG GJORDE PRAKTISKT PROV i slutet av internmedicinska året på läkarprogrammet var jag så nervös att jag glömde att lyssna på patientens lungor. Detta borde ha diskvalificerat mig direkt. Den professor som examinerade mig var dock helt fokuserad på patientens diabetes (hans forskningsområde och stora intresse) och uppmärksammade inte min enorma miss. Jag kunde andas ut och gå vidare till kirurgkursen.

Inför det praktiska provet på kirurgen var jag bättre förberedd och fast besluten att glänsa. Ryktet gick om min kursare Niklas, som precis blivit underkänd av en lynnig endokrinkirurg. Niklas hade blivit utkastad efter en minut därför att han hade ena handen i rockfickan, vilket endokrinkirurgen ansåg fick honom att se "nonchalant och störig" ut.

"MIN" ÖVERLÄKARE var lyckligtvis en mild värmlänning. Han tog ner mig på akuten där jag fick bedöma en patient som sökt med en knöl i pungen. Knölen var helt uppenbart ett vattenbräck, och för att visa att jag visste hur man ställde den diagnosen behövde jag en ficklampa, för att genomlysa bräcket. Lampa saknades på undersökningsrummet. Examinatorn såg min belägenhet och erbjöd sin pyttelilla ficklampa, inrymd i en kulspeppenna. Bräcket var närmare 10 cm i diameter.

Det blev pinsamt tyst i rummet när jag, patienten och överläkaren insåg att den klena ljuskällan var helt otillräcklig. Efter en stunds tankfull tystnad erbjöd sig examinatorn att gå efter en vanlig ficklampa. När han återvände släpade han på en strålkastare, med sladd och

handtag. Han beklagade att han inte kunnat finna någon annan. Strålkastaren var mycket tung. Jag fick sätta mig på huk under patienten och försöka rikta den enorma ljusstrålen upp mellan hans ben. Att säga att bräcket blev genomlyst är en underdrift. Efter denna manöver ansåg överläkaren att det räckte med undersökning och att vi skulle övergå till teoretiskt förhör. Vi tackade patienten och promenerade i tystnad genom kulverten.

VÄL INNE PÅ HANS ARBETSNUMM erbjuder han mig sittplats i soffan. Vi sitter tyst, mitt hjärta bankar. Kirurgen ser filosofisk ut. Plötsligt säger han, på släpig värmländska: "Nina". (Konstpaus). "När du tänker på pungbräck – vad tänker du på då?". Jag blir helt ställd. Kortslutning i hjärnan. Vad menar han? Jag tänker aldrig på pungbräck, aldrig någonsin! Han betraktar mig förvånat. Jag inser att jag måste svara något. Utan att jag förstår hur det går till hör jag mig själv säga: "Jag tänker nog ganska sällan på pungbräck".

HAN DÖLJER SIN FÖRVÅNING ILLA. Skratrar till. "Man måste utesluta cancer" piper jag, i ett försök att förbättra. Han tittar ut genom fönstret och är tyst igen. Sedan säger han, mycket vänligt: "Ja, du, Nina, du ska nog jobba med cancer och inte med kirurgi. Jag tror det skulle passa dig bättre". Han ler och säger att jag är godkänd.

Än idag vet jag inte vad jag förväntades svara på den enda fråga som utgjorde förhöret, men sexton år senare ger jag honom rätt. Jag är bättre på onkologi än på pungbräck.