



AKADEMISKA
SJUKHUSET

Ronden

Nummer 1 • 2011

Tema utbildning

Klinikkurt förändrade handledningen • Planer på kua i Uppsala • Rundabordssamtal • Pedagogiska insatser uppvärderas • Storsatsning på at-utbildningen

Bemanningsfrågan i centrum för fokusgruppens diskussioner
Sidan 4–5

Nulägesbeskrivning av Akademiska – budgetproblem trots kostnadseffektiv vård
Sidan 6–7

"Vi ska bli bäst i Sverige på återvinning"
Sidan 8–9

Tema utbildning
Sidan 10–17

Dagbok från dietisternas chef
Sidan 20–21



Omslagsbilden:

Läkarstudenten Hedvig Kallenberg tjänstgjorde på klinisk utbildningsavdelning, kua, på Lasarettet i Enköping i december.

Sidan 12–13

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 2/2011: 21 mars

På mediefronten intet nytt

"DET ÄR GOD MEDICINSK VÅRD, det är god patientsäkerhet, patienterna blir väl omhändertagna, det är kostnadseffektiv vård". Så summerade landstingsdirektör Kerstin Westholm – förtjänstfullt – verksamheten vid Akademiska sjukhuset inför SVT:s kamera i samband med offentliggörandet av den nulägesbeskrivning av Akademiska som hon beställt. Även om sjukhuset har och har haft budgetproblem, och även om forskning och utbildning saknades i uppräknningen, var det på det hela taget en rättvisande bild – och en bild som i allt väsentligt förstärktes av den rapport som medierna just fått ta del av.

Det hindrade inte den stora lokala morgontidningen att dagen efter toppa tidningen med nya rubriker om "krisen" på Akademiska och dessutom leta syndabockar för densamma (utan att ringa upp den "huvudanklagade" sjukhusdirektören för att få hennes egen syn på saken).

DET ÄR LÄTT ATT KÄNNA VISS UPPGIVENHET inför den medielogik som gör det naturligt för en redaktion att alltid i första hand leta konflikter och missförhållanden, och som gärna resulterar i reflexmässigt utkrävande av ansvar utan att någon först gått ordentligt till botten med vilket ansvar det egentligen handlar om. Inte minst eftersom ovan nämnda utredning även riktar kritik mot Akademiskas interna och externa kommunikation, i vilken bland annat Ronden ingår. Det hävdas att "flera av de intervjuade uttrycker en viss oro över svårigheten att få ut en rimligt rättvisande bild av vad som händer på sjukhuset". Det påpekas även att trots de många positiva artiklarna i medierna om sjukhusets verksamhet (som i antal räknat är klart övervägande), präglas den offentliga bilden av hur de lokala medierna blåser upp de negativa händelserna till ett mycket större format.

JAG VILL INTE TRO ATT det saknas rättvisande bilder eller goda exempel från sjukhusets verksamhet i den här tidningen, lika lite som jag tror att det går att bedriva ett kommunikationsarbete som förhindrar negativ publicitet vid plötsliga större chefsavgångar eller vid budget- eller arbetsmiljöproblem – särskilt inte i en relativt liten stad som Uppsala, där en jätteverksamhet som Akademiska blir dominerande, och hamnar i återkommande mediefokus på ett sätt som inte hade varit fallet om sjukhuset istället hade legat i någon av i landets storstäder.

TILL SIST NÅGRA ORD om det egentliga temat för detta nummer: utbildning. Utbildning är en av universitetssjukhusets viktigaste uppgifter tillsammans med sjukvård och forskning. Utan god utbildning stannar sjukvården. Detta gäller särskilt den högspecialiserade vården, som behöver välutbildade och kompetenta medarbetare av alla kategorier. Utbildningen måste därför vara en viktig del i allas arbete – inte en uppgift för universitetet eller för några få lärare.



HANNES LJUNGHALL
REDAKTÖR

Fortsatt behov av kostnadsanpassningar: 300 miljoner ska sparas

Akademiska sjukhuset måste under en period göra kostnadsanpassningar på 300 miljoner kronor.

– Den största utmaningen under 2010 har varit att få en ekonomi i balans och samtidigt uppfylla de krav som ställs på tillgänglighet i lagen om vårdgaranti och kömiljardens väntetidsmål, säger sjukhusets ekonomidirektör Margareta Tuvfesson.

– Vi klarade tyvärr inte att nå en ekonomi i balans, däremot uppnåddes målen för kömiljarden vid den första mätningen i mars, och vi klarade kömiljardsmålen vad gäller nybesök vid andra mätningen i december. Inom personalområdet kan vi se en positiv utveckling vad gäller minskad sjukfrånvaro och minskad personalinhyrning. Däremot har vi ökat det totala antalet anställda trots att åtgärder har vidtagits för att istället minska antalet, fortsätter hon.

Sjukhusets bokslut för 2010 uppvisar ett sammanlagt underskott på 225 miljoner kronor. Detta beror på en ökad produktion av c-länsvård, som inneburit att både personalkostnader och omkostnader ökat mer än intäkterna.

För den försälda vården har däremot produktionen inte ökat i den omfattning

som var planerat. Detta resulterade i ett betydande intäktsstapp. Den ökade c-länsproduktionen och satsningen på att klara vårdgarantin begränsades också utrymmet för förbättringsarbete och effektivisering av vårdflöden.

Under 2011 är uppdraget vad gäller c-länsvård att producera lika mycket sjukvård som 2010 plus en ökning på 0,75 procent för befolkningstillväxten. Tillkommande kostnader för 2011 är elkraftprojektet "Eskil", nya och/eller dyrare läkemedel, ökade hyror, dyrare patientkost och rabatter inom riks- och regionvård på grund av nya regionvårdsavtal, vilket leder fram till en utgiftsnivå som ligger 300 miljoner kronor för högt.

– Under 2011 är det viktigaste att vi bromsar kostnadsutvecklingen. Vi ska fortsätta vårt förbättrings- och effektiviseringsarbete. Vi kommer att ha stor hjälp i detta arbete av ytterligare satsningar på förbättrad produktionsplanering och på patientsäkerhetsarbetet. Samtidigt behöver vi en bevarad och förstärkt riks- och regionvård. Delvis tryggas detta genom våra nya femåriga regionavtal från 2010, säger Margareta Tuvfesson.

HANNES LJUNGHALL



Tf sjukhusdirektör Björn Ragnarsson och ekonomidirektör Margareta Tuvfesson.

Tidig upptäckt ska minska vårdskador

Tidig upptäckt och behandling, TUB, är namnet på en stor patientsäkerhetsatsning som initieras på Akademiska sjukhuset 2011. Utbildningen riktar sig till all sjukvårdspersonal inom slutenvården på Akademiska.

Syftet är att tidigt upptäcka en eventuell försämring hos patienter som vårdas på sjukhuset och att på ett säkert sätt kunna kommunicera detta till övriga kollegor och medarbetare. Även personalen på Lasarettet i Enköping kommer att erbjudas utbildningen.

– Förutom stärkt patientsäkerhet är målet med utbildningsatsningen att personalen ska känna ökad trygghet i akuta situationer. Om alla kommunicerar på samma sätt minskar risken att viss information glöms bort eller misstolkas, säger chefsläkare Göran Modin som leder projektet.

Till en början ska cirka 120 instruktörer utbildas, en läkare och en sjuksköterska på varje avdelning/vårdenhet. Dessa ska sedan utbilda övrig vårdpersonal. Upplägget syftar till att ge all berörd sjukvårdspersonal utbildning i TUB inom det närmaste året.

Följande ingår i TUB-utbildningen:

- MEWS (Modified Early Warning Score) – ett slags poängbedömnings-system som hjälper personalen att värdera patienters sjukdomstillstånd systematiskt utifrån vitala kropps-funktioner.
- ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability och Exposure) – systematisk undersökning av patienters vitala kropps-funktioner.
- SBAR, en modell för rapportering mellan vårdpersonal som innebär att man strukturerar samtalet så att inte viktig information om situation, bakgrund, aktuellt tillstånd och rekommendation glöms bort.



Fokusgruppen på kvinno- och barndivisionen sammanträdde andra och sista gången den 31 januari.

Bemanningsfrågan i centrum vid fokusgruppens möten

I mitten av november höll landstingsdirektör Kerstin Westholm en presskonferens där hon redogjorde för hur landstinget avsåg att "förstärka det pågående förnyelsearbetet vid Akademiska sjukhuset". En av dessa åtgärder var att tillsätta fokusgrupper på sjukhuset, en per division, med uppdrag att "identifiera problem och möjligheter längre ner i organisationen".

Grupperna skulle inte vara beslutande, men skulle tillmätas stor betydelse i förändringsarbetet. Ronden har gjort nerslag i en av dessa fokusgrupper för att se hur arbetet har fortskridit.

–Om det här är ett bra initiativ eller inte beror helt på vad följderna blir. Det är jättebra om landstinget vill lyfta fram personalens röster, men det återstår att se om våra idéer kommer att nå hela vägen upp, säger läkaren Erik Normann, och får medhåll av sjuksköterskan Marie Jalmerud, som tillägger:

–Jag har varit med länge och jag har sett liknande initiativ tidigare som inte har resulterat i särskilt mycket.

Båda har medverkat i fokusgruppen på kvinno- och barndivisionen, som har letts av Ingmari Emilsson, avdelningschef på 95 F. Gruppens tolv medlemmar har valts ut för ett ge en representativ bild av per-

sonalsammansättningen på divisionen, med deltagare ur alla yrkeskategorier. De har sammanträtt två gånger under januari, omkring en timme per möte. Uppdraget avslutades när en skriftlig sammanställning av diskussionerna lämnades till divisionschefen Margareta Öhrvall.

Fokusgrupperna är tänkta att bidra till att skapa ett öppet diskussionsklimat där personalen involveras. Enligt Erik Normann, Marie Jalmerud och Ingmari Emilsson är sådan förtroendefull kommunikation något som det kunde finnas betydligt mer av på Akademiska.

–Det finns så många nivåer mellan dem på golvet och beslutsfattarna längst upp

att det är många idéer som inte når hela vägen fram. Man har inte känslan att de som bestämmer har förtroende för oss, säger Erik Normann.

–Om vi till exempel säger att vi behöver mer personal, då gäller det att ledningen tror på vad vi säger, menar Ingmari Emilsson och för därmed in samtalet på frågan om bemanning och personaltäthet, vilket har löpt som något av en röd tråd genom fokusgruppens diskussioner.

Samstämmig uppfattning

De tre kb-representanterna är djupt eniga om att sjukhuset behöver en bättre grundbemanning. Erik Normann utvecklar:

–Idag får vi hela tiden arbeta med kortsiktiga lösningar som att kalla in personal på övertid när det uppstår luckor, vilket är väldigt dyrt. Här har vi ett utmärkt exempel på förslag "från golvet" som innebär en möjlighet för sjukhuset att spara pengar – det blir billigare i längden om man ser till att ha en fungerande grundbemanning. Problemet är att den som vill göra snabba besparingar på sjukhuset inte



Ingmari Emilsson, avdelningschef på 95 F, har fungerat som samtalsledare för kb-divisionens fokusgrupp.

har så mycket annat att ta till än att skära i personalkostnaderna. Det har inneburit ett återkommande osthyvlade i bemanningen. Arbetsgivaren vill kanske inte binda upp sig för de långsiktiga kostnader som en större grundbemanning innebär, men det är faktiskt dyrare i längden att tänka så, säger han.

–Dessutom är det svårare att rekrytera ny personal om det är underbemannat,

folk vill inte jobba på ett sådant ställe, tillägger Marie Jalmerud.

En annan sak som fokusgruppen har diskuterat är hur sjukhusets chefer på mellannivå har stort ansvar men små befogenheter, vilket drabbar verksamheten.

–De har inte eget mandat att göra nyanställningar eller köpa in nödvändig utrustning. Även där handlar det om ett kortsiktigt tänkande. Skulle man stryka några nivåer i linjen så att den chef som ser ett behov själv kan åtgärda det direkt, skulle verksamheten i stort tjäna på det i slutändan, säger Erik Normann.

"Flöde och bemanning hänger ihop"

–Sedan har sjukhuset stora kostnader som orsakats av vårdrelaterade infektioner. Bättre bemanning och bättre lokaler skulle minska de problemen avsevärt, med ekonomiska vinster som följd. Överhuvudtaget är frågan om effektiva flöden på sjukhuset direkt relaterad till bemanningen, fortsätter han.

Har då inte det leanarbete som pågått i flera års tid på Akademiska redan fångat

upp de flesta konkreta förbättringsförslag som personalen gått och ruvat på?

–Jo, det mesta som vi har diskuterat i fokusgruppen är sådant som redan har varit uppe i andra sammanhang. Men förhoppningsvis får vi bättre gehör för synpunkterna den här gången, säger Ingmari Emilsson.

Stort engagemang

Hon understryker att engagemanget i fokusgruppen har varit stort, och att vissa frivilligt har brutit lediga dagar för att komma in och diskutera.

–Två timmars möte sammanlagt räcker förstås inte, men vi fick ändå ihop många förslag. Nu hoppas vi på återkoppling uppifrån. Vi har tillsammans lagt ner ett 20-tal arbetstimmar, och det är tid som annars kunde ha gått till att producera vård. Det måste bli någon sorts resultat också, men vi fortsätter gärna med fokusgruppen om vi ser att det ger någonting, säger hon.

TEXT: HANNES LJUNGHALL

FOTO: JOHAN WAHLGREN



"Det får inte vara vattentäta skott"

–Vi måste nu så långt det är möjligt använda oss av de goda förslag som framkommer i fokusgruppernas rapporter. Det kan även tänkas att vissa förslag är till nytta för fler divisioner än en, och vi hoppas att den typen av kopplingar kommer att bli tydliga när vi diskuterar rapporterna gemensamt i sjukhusledningen, säger tf sjukhusdirektör Björn Ragnarsson.

Efter att fokusgrupperna sammanställde sina rapporter lämnades de till respektive divisionschef, vilka sedan har lämnat dem vidare till Björn Ragnarsson. Han har sedan i ett samlat grepp presenterat huvuddragen för sjukhusledningen och för den förbättringsgrupp som landstingsdirektören tillsatte i november, där bland andra landstingsdirektören själv ingår, tillsammans med ledande företrädare för Akademiska sjukhuset och landstingets centrala kansli.

Därefter blir det främst upp till sjukhusets chefer att, tillsammans med medarbetarna, ta tillvara de förslag som formulerats i grupperna. Angående de synpunkter som har framkommit om att det är för

långt mellan ledningen och personalen på golvet, påpekar Björn Ragnarsson att det är en fysisk omöjlighet för några få personer i sjukhusledningen att upprätthålla täta och regelbundna direktkontakter med en majoritet av medarbetarna.

–Vi har organiserat styrkedjan inom sjukhuset på ungefär samma sätt som de andra universitetssjukhusen. Personalen arbetar närmast ihop med sin avdelningschef, vilken svarar inför en verksamhetschef som i sin tur har en divisionschef ovanför sig. Av praktisk nödvändighet måste vi ha den sortens linje, sjukhuset är alldeles för stort för att vi skulle kunna göra på något annat sätt. Men det får absolut inte uppfattas som att det är vattentäta skott mellan ledningen och golvet, eller att det skulle vara förbjudet för någon att ta initiativ till en dialog med ledningen. Finns det en sådan uppfattning måste vi göra något åt det, säger han.



Björn Ragnarsson

"Om det här är ett bra initiativ eller inte beror helt på vad följderna blir."

Erik Normann, läkare



Intresset från de lokala medierna var stort när utredaren Roine Gillingsjö (längst till höger) presenterade sin utredning av nuläget på Akademiska sjukhuset. Tf sjukhusdirektör Björn Ragnarsson och landstingsdirektör Kerstin Westholm fanns på plats för att kommentera utredningen.

Externa utredningen av Akademiska sjukhuset klar:

Återkommande budgetproblem trots kostnadseffektiv vård

Akademiska sjukhuset står sig väl i jämförelse med landets övriga universitetssjukhus när det gäller kostnadseffektivitet. Trots det har sjukhuset under en följd av år inte lyckats nå en ekonomi i balans. Det framgår av den rapport om situationen vid Akademiska sjukhuset som presenterades den 8 februari.

Rapporten har tagits fram av revisions- och rådgivningsföretaget PricewaterhouseCoopers på uppdrag av landstingsdirektören. Tf sjukhusdirektör Björn Ragnarsson säger att den viktigaste slutsatsen för sjukhusets del är att det behövs en tydligare ekonomisk styrning.

–Vi behöver–och har nu fått–en mer precis beställning från landstinget av den

vårdvolym som vi förväntas producera. Det pågår sedan en tid ett arbete med att öka sjukhusets kompetens inom produktionsplanering, så att bemanningen i största möjliga mån matchas effektivt mot patientflödet, och det pågår även ett arbete för att stärka vårt kunnande inom kpp (en metod att beräkna kostnaden per patient). Tillsammans med den mer precisa beställningen från landstinget, ger det oss bättre möjligheter att hålla budgeten framöver, säger han.

Underskott blir normalläge

Sedan år 2000 har Akademiska varje år redovisat underskott, som har pendlat mellan 24 miljoner och 200 miljoner kronor. Utredaren Roine Gillingsjö skriver i rapporten att underskotten kan få karak-

tären av ”normalläge”, vilket kan ge negativa effekter: om medarbetarna uppfattar att ständiga besparingar ändå inte leder till att ekonomin går ihop, kan det leda till uppgivenhet och misstro till systemet. Omvänt kan effekten bli att man inte tar situationen på allvar eftersom ”ekonomin ändå löser sig i slutändan”. Underskotten skymmer också bilden av sjukhusets framgångsrika arbete med vårdkvalitet, vårdflöden och forskning och utveckling.

Till saken hör att SKL:s öppna jämförelser för 2010 visar att Akademiska, jämfört med genomsnittet av landets universitetssjukhus, uppvisar en bättre produktivitet i förhållande till resurserna – bättre än Sahl-grenska, Universitetssjukhuset i Lund, Universitetssjukhuset MAS och Karolinska. Utredningen lyfter särskilt fram detta

som att det inte finns ”påtagliga tecken på att Akademiska sjukhuset skulle skilja ut sig negativt i dessa jämförelser”.

Ett avsnitt i rapporten ägnas också åt frågan om underskotten beror på ett finansieringsproblem eller ett budgetproblem. Är det så att landstinget tillför lite pengar, eller är problemet snarare brister i sjukhusets styrning och hantering av de pengar man förfogar över?

Svårt att nå konsensus i alla delar

Utredningen ger inget svar på den punkten, men påpekar att ”flertalet av de anställda i vården är engagerade i sitt arbete och representerar både kunskap, erfarenhet och intellekt. Därför bör denna typ av frågor mötas med respekt och besvaras så tydligt det är möjligt, även om det knappast leder till konsensus i alla delar (det är knappast heller önskvärt). Vi vill lyfta fram betydelsen av att landstingsled-

ningen och sjukhusledningen gemensamt försöker beskriva och besvara frågeställningen”.

Björn Ragnarsson vill inte heller dra några bestämda slutsatser i dagsläget:

–Sjukhuset har haft budgetproblem över en längre tid, men det behöver inte per automatik innebära att det finns ett underliggande finansieringsproblem. Det är just den sortens frågor som kommer att kunna besvaras bättre när vi har kommit längre inom produktionsplaneringen och kpp-arbetet, säger han.

För svagt fokus på ekonomin

Sjukhusledningens medlemmar, vars uppgifter till stor del ligger till grund för rapporten, beskriver själva ledningsgruppen de senaste åren som svag, och intervjuerna ger en bild av att sjukhusdirektören under denna tid inte har varit tillräckligt närvarande i arbetet med att styra sjukhusets

ekonomi och produktion, utan har prioriterat att externt positionera Akademiska sjukhuset och dess forskning.

En annan av utredningens slutsatser är att det har funnits brister i sjukhusets externa och interna kommunikation.

–Vi behöver bli bättre på att kommunicera sjukhusets övergripande mål internt så att de blir tydliga för alla medarbetare. Ett annat sätt att uttrycka det är att vi behöver minska avståndet mellan ledningen och personalen ”på golvet”. Som ett led i det arbetet har vi bland annat gett personalen möjlighet att ställa frågor direkt till ledningen på Navet, och vi har testat en ny typ av stormöten där alla medarbetare har möjlighet att träffa ledningen öga mot öga för diskussion. Men det finns fortfarande mycket kvar att göra, säger Björn Ragnarsson.

TEXT OCH FOTO:
HANNES LJUNGHALL



900 av våra kollegor är redan med. Välkommen du också till det professionella nätverket för läkare www.meduniverse.se Det kostar ingenting.

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 kvalitetsäkrat 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



Lars-Eric Roxin, miljöchef på Akademiska och Jonas Berglund, transportchef på landstinget besiktigar en av sjukhusets återvinningsstationer.

"Vi ska bli bäst i Sverige på återvinning"

Tycker du källsorteringen på Akademiska sjukhuset ibland är krånglig? Nu ska motståndet minimeras. Vägen mellan avdelning och återvinningsstationen ska bli tydligare och kortare.

– Målet är att landstinget blir bäst i Sverige på återvinning och miljötänkande, säger miljöchefen Lars-Eric Roxin.

– Så här ska det inte se ut i fortsättningen, säger Lars-Eric Roxin och plockar upp några osorterade påsar och kartongbitar från golvet i en av kulvertarnas återvinningsstationer.

Han lägger det i rätt plastcontainer och fortsätter:

– Uppsala är ett av två miljöcertifierade landsting i Sverige. Nu är det dags för en nystart och att ta ett steg till, både i det lilla och i det stora, och all personal kan hjälpa till.

Miljöarbetet på Akademiska sjukhuset är omfattande. Cirka 3 000 ton avfall slängs varje år. De

17 återvinningsstationerna i kulvertplan töms två gånger varje dag. Resor, transporter, källsortering och konferenser planeras för naturens bästa.

Och nu ligger miljöavdelningen i startgroparna för nästa steg. Målet är att för miljöns skull vara Sveriges skonsammaste landsting år 2014.

Målen gäller:

- Minst 33 procent av allt material, stolar, påsar, sängar, burkar, förpackningar på sjukhuset ska återvinnas.

- Läkemedlens miljöpåverkan ska minska, inte minst genom ökad kunskap hos läkarna. I Uppsala kasseras varje år läkemedel för 30–60 miljoner kronor.

- Transporter av patienter, personal och varor ska göras kollektivt eller med fordon som drivs av icke fossila bränslen.

- Minst 35 procent av maten och 10 procent av textilierna ska vara ekologiskt producerade.

- Energianvändningen ska minska med 20 procent.

TEXT:
SAMUEL
SEHLBERG
FOTO:
STAFFAN
CLAESSON

Vackra mål kan man tycka, men hur ska de uppnås? Lars-Eric Roxin igen:

– Redan idag jobbar alla personalgrupper genomgående bra med miljötänkandet. Inte minst miljöombuden som gör ett otroligt jobb. Nu ska vi ta det till en ny nivå, och anställer en avfallscontroller i fyra år som ska leda miljöarbetet på sjukhuset och göra det tydligare.

Visst, en avfallscontroller är såklart bra, men vad kommer att gälla för personalen? Vi går igenom målen steg för steg.

Återvinning av material

– Här måste vi få bättre ordning i återvinningsstationerna, där vissa måste tömmas oftare. Idag är det för stökigt och för otydligt var materialet ska läggas. Efter genomgångar och upprustning ska ingen behöva fråga sig: var ska jag lägga det här, säger Jonas Berglund, transportchef på landstinget.

– Två enkla tips är att låta mjukplasten vara ren och fri från annat material. Det är synd om några hundra kilo mjukplast måste brännas för att det blandats med exempelvis plasthanskar, slangar eller infusionspåsar. En annan bra sak är att pappersförpackningar bör läggas i återvinningsrummet, och inte i kastas som brännbart. Som en morot kan sägas att vi får tio kronor kilot för metallen från sjukhuset, om den kan återvinnas. Det blir mycket pengar till slut.

Läkemedel

– Vissa läkemedel påverkar miljön i hög grad, där behöver kunskapen bland läkarna spridas. Det har uppmärts rester av läkemedel i grund- och dricksvatten i Uppsala, men mycket låga halter. Dock vet man inget om de långsiktiga effekterna. Men spridningen av exempelvis antibiotika i miljön ökar risken för resistent mikroorganismer. Det måste vi vara uppmärksamma på, säger Lars-Eric Roxin.

– För att minska mängden kasserade läkemedel, tänker vi oss bland annat fler startförpackningar och tillgång till alternativ till läkemedelsbehandling, om det är möjligt.

Transporter

– Målet är att helt avskaffa fossila bränslen inom

landstinget till 2020. Men redan idag måste utsläppen minska, både från patient- och personalresor. Hur? Kollektiva alternativ behöver bli bättre och minst 70 procent av de fordon vi köper in ska drivas av icke-fossila bränslen.

– Vårdpersonalen är redan väldigt bra på exempelvis telemedicin som sparar in långa resor för både patienter och personal. Däremot tror vi att den administrativa personalen kan få bättre förutsättningar att utveckla konferensverksamheten via video- och teleteknik för att minska resandet.

Textilier och livsmedel

– Mat och textilier vi köper in ska i högre grad vara ekologiskt producerade. Dessutom ska kaffet vara ekologiskt och rättvisemärkt. Kaffekonsumtionen kan låta lite futtigt i sammanhanget, men det går åt en del kaffe i landstinget.

Energianvändning

– Vi vill få ner energianvändningen med 20 procent. Det som blir tydligast för personalen blir nog att en åtgärd är effektivare värme- och ventilations-system.

Kommer målen att kunna uppnås?

– Absolut. Med allas hjälp vet jag att det går. Och vi vill ge bra förutsättningar för att det ska lyckas. Det är ju för allas skull, säger Lars-Eric Roxin.

Exempel på ekonomiska besparingar genom miljömålen

Få patienter att åka kollektivt:	1 175 000 kr
Utveckla telemedicin och distansmöten:	1 300 000 kr
Optimerad energianvändning:	4 500 000 kr
Projekt hälsocyklister:	125 000 kr

Exempel på kostnader för miljömålen:

Inköp av fordon som drivs med biogas:	75 000 kr
Inköp av ekologisk mat:	1 300 000 kr
Inköp av rättvisemärkt mat:	600 000 kr
Förstärkning av driftorganisation:	1 500 000 kr

Totalt räknar landstinget med att spara cirka 2, 8 miljoner på miljömålen.
Källa: Landstingets miljöprogram

Ökat studentantal skärper konkurrens om kliniska placeringar:

Tid med patienter en bristvara

Hur står sig dagens utbildningar till läkare och sjuksköterskor på Akademiska i konkurrensen? Vilka är de rådande trenderna och vilka utmaningar väntar inför framtiden? Ronden samlade företrädare för utbildningarna för en diskussion om nuläge och framtid.

Deltagare (från vänster i bild):

Björn Wikehult, programsamordnare för specialistsjuksköterskeprogrammet

Stellan Sandler, ordförande i programkommittén för läkarprogrammet

Eva Tiensuu Janson, ordförande för stadium två på läkarprogrammet (T5-8) och prefekt för institutionen för medicinska vetenskaper

Birgitta Edlund, ordförande i programkommittén för sjuksköterskeprogrammen

Om vi börjar med söktrycket, hur ser det ut hos er idag?

SS: Det är väldigt stort. Det är fortfarande eftertraktat att bli läkare, vi får många fler ansökningar än vi kan ta emot, och det krävs fortfarande de högsta betygen för att komma in. Det kommer även ansökningar till Uppsala från svenska studenter som läser utomlands.

Och om man jämför Uppsala med övriga lärosäten?

SS: Det är ungefär samma. Örebro, som startade den här vårterminen, fick något fler sökande än vi fick. Det skulle kunna bero på att studenter som tidigare inte har kommit in i Uppsala nu provade i Örebro istället.

BE: När det gäller sjuksköterskeprogrammet har vi fått allt fler sökande under de senaste åren. Vi har ungefär fyra-fem sökande per plats idag. I relation till övriga utbildningar ligger vi bra till, men intresset är stort generellt i landet.

BW: Specialistsjuksköterskeprogrammet har haft uppehåll ett år. Nu när vi startade igen i höstas hade vi inte jättehögt söktryck, men det skiljer lite eftersom vi har sju olika inriktningar. Sedan är intag-

ningskriterierna lite olika mellan olika lärosäten. Vi kräver till exempel att de ska ha en kandidatexamen från sin sjuksköterskeutbildning och det minskar urvalet.

Lockar vi de bästa studenterna i den nationella konkurrensen?

ETJ: Det är väldigt populärt att läsa i Uppsala och jag tycker att vi har väldigt bra studenter överlag.

BE: Detsamma gäller för sjuksköterskestudenterna. Det finns ett stort intresse för att läsa här. Sedan finns det många studenter som är intresserade eftersom vi har ett universitetssjukhus som ger större möjligheter till en varierad verksamhetsförlagd utbildning. Vi har även arbetat ganska mycket med internationalisering och möjlighet att göra delar av utbildningen utomlands. Vi ser det också som en fördel att vi har många inriktningar på specialistsjuksköterskeprogrammet. Studenterna tittar tidigt på vad de har för fortbildningsmöjligheter.

Den indragna examinationsrätten på specialistsjuksköterskeprogrammet är numera återvunnen. Hur har turerna gått?

BW: En av de kritiska punkterna var att vi inte hade någon lektor på kirurgiska vetenskaper – nu har vi två. Granskarna tyckte även att våra kursplaner var otydliga vad gällde huvudämnet vårdvetenskap. Där har vi dels anställt lektorer, dels skrivit om och förtydligat alla kursplaner.

Allt utbilda studenterna tvärprofessionellt i team tycks vara en tilltagande trend?

SS: Vi har börjat införa fler moment där läkar- och sjuksköterskeprogrammets stu-

denter samtränar. Ett konkret sådant moment är kommande terminen på termin 11, då studenterna ska träna akutsjukvård under simulatorförhållanden.

BE: Där har vi våra studenter i termin 6.

SS: Sedan har studenterna börjat åka ut på kua i Enköping och Västerås (se annan text på sidan 12–13), men än så länge finns inte kapacitet att ta emot alla studenter på en sådan avdelning.

BE: I januari hölls ett pilotprojekt med öppen hälsomottagning för pensionärer,



där studenter som läser till läkare, sjuksköterskor, dietister och sjukgymnaster hade ansvaret. Jag har träffat den kursansvariga för sjuksköterskeprogrammet och hon var väldigt nöjd. Vi planerar att projektet ska kunna permanentas på ett eller annat sätt.

Varför är det viktigt med tvärprofessionell utbildning?

ETJ: Jag tror att det är jätteviktigt att läkare förstår tidigt vad sjuksköterskor gör och vice versa, det blir så mycket lättare när

man ska arbeta i sin yrkesroll i framtiden.

SS: I det nya läkarprogrammet har vi en kurs som kallas ledarskapskurs, men det handlar också om interprofessionell träning och kommunikation i en samarbetsituation. Studenterna är också ute i primärvården tidigt och får se hur man samarbetar på en vårdcentral.

Det sägs fortfarande ofta att olika värdeyrken har olika status och plats i hierarkin, vilket kan leda till revirtänkande och konflikter, och att allas kompetens inte tillvaratas.

BE: Vi tror och hoppas att det interprofessionella lärandet ska minska hierarkier och statusänkande och lägga en grund till goda möjligheter för samarbete.

runtomkring, och vi har inte några riktigt bra avtal med dem, det blir nödlösningar från år till år.

SS: Läkarprogrammet har avtal med Gästrikland, Dalarna, Västmanland, Sörmland och Värmland. Det är oftast väldigt uppskattat av studenterna att få komma ut till mindre sjukhus och se lite mer av vanlig vård. Vi är helt beroende av detta, vi skulle inte kunna ha alla de här studenterna på Akademiska. Det är också en utmaning för framtiden, för vi har ett ökande studentantal och det blir allt svårare för dem att komma i kontakt med patienter. Vi behöver skapa fler studentmottagningar och studentsalar med tid för handledning, det går inte att haka på när tåget går i den vanliga sjukvården.

ETJ: Vi kanske borde involvera de andra landstingen mer i den planeringen. Vi träffas en gång per termin på läkarprogrammet och har regionmöten, men vi måste kanske vara ännu mer aktiva i diskussionerna, och hjälpa de andra landstingen att hitta de här nya formerna som vi försöker arbeta fram.

SS: Samtidigt är det ju svårt även för de andra sjukhusen att veta exakt vad de har för kapacitet om några år.

Är några större förändringar av innehåll eller organisation på gång inom programmen?

ETJ: Läkarprogrammet i sin nuvarande form är ganska nytt och det pågår fortfarande justeringar hela tiden.

SS: Ja, den stora förändringen var när läkarprogrammet startade vårterminen 2006. Det är lustigt att precis nu när vi sitter här och pratar går de sista studenterna ut ur det gamla programmet. De har sina muntliga slutexaminationer i allmänmedicin just nu.

BE: Även inom sjuksköterskeprogrammet sker utvecklingen kontinuerligt. Det som inte fungerar försöker vi åtgärda.

BW: Vi utökar med flera inriktningar. Vi har sju inriktningar idag, sedan tillkommer tre i höst: kirurgisk vård, operations-sjukvård och äldrevård. Sedan får vi se om det även tillkommer medicinsk vård hösten 2012, det förs diskussioner om det. Går det i land har vi sedan alla inriktningar som det finns examina för.

Finns andra utmaningar inför framtiden?

BE: Nu när vi har startat specialistsjuksköterskeprogrammet igen är det viktigt

att vi får sökande, och här är det viktigt att verksamheten ser behovet av specialistutbildade sjuksköterskor. Vi kan bara ge utbildningarna om vi har sökande så att det fyller kurserna, och det är samtidigt bara en liten andel av sjuksköterskorna som har en specialistutbildning. För vårdkvaliteten vore det bra om vi istället hade 80 eller 90 procent specialistutbildade sjuksköterskor. Det är viktigt att komma ihåg att sjuksköterskeprogrammet är en grundutbildning, det behövs en specialistutbildning på ytterligare ett år innan man når den kompetens man egentligen behöver.

ETJ: Det är väl ett problem att de sjuksköterskor som finns ute i vården har svårt att få ledigt för att utbilda sig?

BW: Det är ett stort problem. Dessutom vill man gärna att det ska märkas i arbetsuppgifterna och i lönekuvertet att man har gått en specialistutbildning. Någon räknade ut att det tog 19 år för en specialistsjuksköterska att tjäna igen det man förlorar ekonomiskt under utbildningstiden.

Är ni nöjda med läkarutbildningen ur ett sjuksköterskeperspektiv och vice versa? Finns det något ni skulle önska från den andra sidan?

BE: I hälsomottagningarna tror jag att studenterna själva kommer att identifiera kunskaper som man önskar att de andra studentkategorierna hade inför kommande samarbeten. Det har jag redan hört ifrån den öppna hälsomottagning vi testade nyss. Ju mer insatt man blir i varandras utbildningar, desto lättare kan man se om det finns ett behov. Samtidigt är det väldigt trångt i våra utbildningar idag. Jag skulle som sagt gärna se att grundutbildningen för sjuksköterskor var fyra år istället för tre.

Och i Danmark är läkarprogrammet sexårigt.

SS: Det pågår en diskussion om vår svenska läkarutbildning på fem och ett halvt år är för kort i ett EU-perspektiv. Vissa hävdar att en tolfte termin är på väg, men vad den då kommer innehålla vet vi inte än. En möjlighet är att man förkortar at-tjänstgöringen och inför någon sorts klinisk termin, men inga beslut är fattade.

ETJ: Den diskussionen kommer säkert att pågå några år till innan det finns något beslut.

TEXT: HANNES LJUNGHALL
FOTO: STAFFAN CLAESSION



Att vara den som alla vänder sig till – så beskriver läkarstudenten Hedvig Kallenberg (vid bordets borte kortsida) den viktigaste erfarenheten som hon tar med sig från kua, klinisk utbildningsavdelning på Lasarettet i Enköping. Kua-personalen i övrigt vid bordet är, från vänster: Marianna Andersson, sjuksköterska, Mona-Lisa Welinder, sjuksköterska, Jennie Hellström, sjuksköterska, Ulrika Rodin, sjuksköterska, Stina Hallbom, sjukgymnast och Johanna Linder, arbetsterapeut.

Planer på klinisk utbildningsavdelning även i Uppsala:

Eftertraktade kua-platser utvärderas inför expansion

TEXT:
HANNES
LJUNGHALL
FOTO:
STAFFAN
CLAESSON

På klinisk utbildningsavdelning, kua, på Lasarettet i Enköping får studenterna arbeta kliniskt i tvärprofessionella team.

–Det viktigaste är att jag har lärt mig att vara trygg i läkarrollen, att ha huvudansvaret och vara den som alla frågar, säger läkarstudenten Hedvig Kallenberg, efter sin placering på kua.

Det finns 14 kliniska utbildningsavdelningar i landet. Ungefär hälften av dessa har, liksom kua i Enköping, ortopedisk inriktning.

När Rondan besöker kua i Enköping i december har terminen hunnit sluta för de studenter som läser till sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter; kvar är Hedvig Kallenberg som läser

sjunde terminen på läkarprogrammet i Uppsala.

Sammanlagt gör hon fyra dagar på kua. Under den tiden får hon assistera vid operationer, hålla inskrivningssamtal med patienter och undersöka dem, och hon får även hålla i förmiddagsronderna tillsammans med en handledare.

–Det har varit mycket fokus på att göra en bra rond. På ett sätt kan man säga att placeringen hade kunnat vara nästan på vilken avdelning som helst. Ortopedin kommer lite i andra hand, det viktigaste är att man får känna på rollen som avdelningsläkare. Det har verkligen varit nyttigt. Jag har fått större självkänsla och känner på ett annat sätt än tidigare att jag klarar den här rollen, säger Hedvig Kallenberg.

Ett utmärkande drag hos en klinisk utbildnings-

avdelning är att studenterna får lära sig att ta ansvar; de gör själva huvuddelen av det praktiska jobbet medan personalen håller sig i bakgrunden.

–Vi tar medvetet ett steg tillbaka och vägleder inte studenterna annat än när de själva ber om hjälp, säger sjuksköterskan och handledaren Mona-Lisa Welinder.

Fokus på teamarbete

Det finns också en stark fokusering på teamarbete, vilket även det påminner om det kommande yrkeslivet. Studenterna får på så sätt ökade kunskaper om varandras yrken samtidigt som de ges möjlighet att träna sin egen yrkesroll.

Patienterna väljer inte själva att komma till kua, men responsen är positiv, vilket bland annat har framkommit i en attitydundersökning med ett 40-tal tillfrågade patienter.

–Jag förstår att de är nöjda. De får mer tillsyn här än de hade fått på de flesta andra ställen, säger Mona-Lisa Welinder.

Undervisningsmomentet innebär en högre personaltäthet, vilket är en av de saker som gör en kua till en extra kostnad för de sjukhus som väljer att starta en sådan avdelning. Många av landets övriga kliniska utbildningsavdelningar har tillkommit på initiativ från universitetshåll, men i Enköping kom initiativet inifrån lasarettet, närmare bestämt från avdelningschefen Carina Dagervik och kliniska adjunkten Anita Staaf.

–Vi hade under många år sett brister vad gäller klinisk erfarenhet och klinisk blick hos de nytexaminerade studenter som hamnade på lasarettet. Till slut tyckte vi att det var dags att sätta ned foten och göra något åt saken, säger Carina Dagervik.

Universitetet delaktigt i finansieringen

I grunden handlade det om att höja standarden på utbildningarna, även om satsningen i förlängningen kan tänkas gynna Lasarettet i Enköping ur rekryteringssynpunkt.

–Vi hoppas att det kommer att bildas fler kua inom Landstinget i Uppsala län. Då skulle alla studenter få chansen att komma till en sådan avdelning under sin utbildning, säger Carina Dagervik.

Olle Nilsson, prodekan för grundutbildningarna inom medicinska fakulteten, säger att det finns

planer att starta en kua även i Uppsala, men att man först vill utvärdera verksamheten i Enköping, liksom kua på Centrallasarettet i Västerås, där Uppsala universitet i båda fallen är delaktigt i finansieringen genom den ersättning som utgår för studenthandledning.

–Det finns många olika sätt att bedriva kua på, med olika för- och nackdelar. Nationellt har en rad olika modeller prövats. Eftersom kua är en ganska kostsam typ av utbildning är det viktigt att hitta former som ger studenterna det bästa utbytet. Sedan måste man också hitta lämpliga lokaler. Vi avvaktar således till vi hunnit utvärdera de två befintliga kua-avdelningarna innan vi fattar beslut om ytterligare satsningar, säger han.

Begränsat antal studenter

Ett problem med kua-avdelningarna är att de endast kan ta emot ett begränsat antal studenter, vilket gör att endast delar av respektive studentkull kan få en sådan placering.

–Vi ser ju helst att alla studenter på en kurs får samma möjligheter. Vi funderar därför över olika modeller, som med en rimlig kostnad skulle kunna uppnå samma inlärningsmål som kuas, fast för alla studenter. Det kan ju nämnas att både Akademiska sjukhuset och medicinska fakulteten satsar stora resurser på kliniskt träningscentrum, där vi tränar en rad kliniska färdigheter och även – i analogi med kua – planerar samträning mellan olika studerandekategorier, säger Olle Nilsson.



”Det viktigaste är att man får känna på rollen som avdelningsläkare. Jag känner på ett annat sätt än tidigare att jag klarar den här rollen.”

Hedvig Kallenberg, läkarstudent

Utbildningar på Akademiska

De utbildningar som är förlagda till Akademiska har i allmänhet Uppsala universitet som huvudman, där det framför allt är de kliniska delarna som är förlagda till sjukhuset. Det innebär ett ständigt inflöde av studenter från främst läkarprogrammet, sjuksköterskeprogrammet, sjukgymnastprogrammet, specialistsjuksköterskeutbildningarna, röntgensjuksköterskeutbildningen, logopedutbildningen samt biomedicinerna och biomedicinska analytikerutbildningarna.

Därutöver finns masterutbildningar som är medicinskt relevanta, till exempel infektionsmedicin.

Hur många studenter som är placerade på Akademiska varierar med kurser och vilken del av utbildningen det gäller. Inräknat praktikanter från omvårdnads- och undersköterskeprogram får varje år mer än 1 500 personer sin yrkesträning på sjukhuset.

Studenternas röst förbättrade utbildningen

Klinikkurt, det vill säga den sjukhusövergripande utvärderingen av den kliniska handledningen, har resulterat i förbättrad handledning på många håll på Akademiska. Bland dem som tagit kritiken på rätt sätt märks avdelningen för njurmedicin, som blev "årets klättrare" våren 2010.

Första gången som Klinikkurt genomfördes var höstterminen 2009. Avdelningen för njurmedicin kom den gången sist, med en snittpoäng på 3,37 på en sexgradig skala.

–Det var väldigt tråkigt att hamna sist och det var förvånande för oss att bli så lågt värderade. Vi hade inte hört särskilt mycket negativt under terminens gång, säger Hans Furuland, överläkare och utbildningsansvarig inom njurmedicin.

Njurmedicinutbildningen hade den hösten precis gjorts om inom ramen för den nya läkarutbildningen, vilket innebar att det var första gången kursen "urinvägarnas sjukdomar" gavs. Denna kurs gavs i ett treveckors block tillsammans med urologi.

–Vi tyckte att det såg väldigt bra ut i teorin, men det nya upplägget fick mycket kritik när vi genomförde det, säger läkaren Lotta Welsh, som är den på avdelningen som tillsammans med kollegan Jan Melin står för det mesta av den praktiska undervisningen.

Studenterna blev passiva

Ett grundläggande problem var att kandidaterna blev för passiva och fick för få konkreta uppgifter att lösa på egen hand. Lärarna gav inte tillräcklig återkoppling och det uppstod långa pauser i väntan på att handledarna tittade igenom provsvar och liknande.

–Studenterna tycker generellt att njurmedicin är ett svårt ämne, och det finns inte särskilt många naturliga praktiska moment som en kandidat kan ta tag i, säger Hans Furuland.

Njurmedicinarna gjorde ändå sitt bästa för att åtgärda de brister som de låga poängen i Klinikkurt gav uttryck för. Till exempel införde man särskilda undervisningsronder, där kandidaterna fick fördjupa sig i ett mindre antal lärorika typfall, istället för att de som tidigare satt med som mestadels passiva åhörare vid de vanliga ronderna. En annan nyhet var läkarstudentmottagningen, där varje kandidat fick ta emot varsin "riktig" patient på egen hand för samtal och undersökning, med efterföljande diskussion med handledande läkare om diagnos och handläggning. När Klinikkurt genomfördes nästa gång

våren 2010 fick njurmedicin snittpoängen 4,20, en förbättring på 0,83 poäng, vilket gjorde avdelningen till "årets klättrare" i den Klinikkurtävling som siffrorna används som underlag till.

–Det var skönt att våra ansträngningar gav resultat. Att vi har en bra handledning är viktigt inte bara för att säkerställa att studenterna faktiskt lär sig det de ska, det är mycket roligare för oss att undervisa om vi har mer aktiva studenter som uppskattar utbildningen. Det råder dessutom brist på njurmedicinare, vilket för in aspekten att utbildningen är en chans för oss att intressera kommande kollegor för ämnet, säger Hans Furuland.

Positiv inställning till diskussion

Det gjordes utvärderingar av den kliniska handledningen på Akademiska även före Klinikkurt, men dessa gjordes inte på samma sätt på hela sjukhuset, och det fanns inte samma möjlighet diskutera resultaten på detaljnivå i efterhand. Klinikkurt stannar inte vid frågan "hur bra handledning har du fått på en skala 1-6?" utan bryter ner den i tio olika delfrågor. Efter att alla resultat har sammanställts tar medicinska studierådet och läkarprogrammets studierektor kontakt med de medverkande klinikerna och erbjuder en diskussion. Normalt svarar de ja på erbjudandet.

–Förhoppningen är att medelpoängen för sjukhuset som helhet ska stiga över en längre tid, allteftersom klinikerna har arbetat aktivt för att förbättra sin handledning. Den kliniska handledningen är den kanske viktigaste delen av den utbildning som ges på läkarprogrammet. Vi vill vara Sveriges bästa läkarutbildning och då krävs det även att vi har en handledning i toppklass, säger Jakob Johansson, överläkare och studierektor på läkarprogrammet.

Fotnot 1: När vetenskapsrådet för medicin och farmaci vid Uppsala universitet utvecklade ett verktyg för enkäter, kursvärderingar, anmälningar och självtest på webben, döptes verktyget till Kurt (kursutvärdering i förkortning), vilket sedan blev förlängt till Klinikkurt när det användes för utvärdering av kliniska placeringar.

Fotnot 2: Vid Rondens pressläggning hade resultaten från höstterminens Klinikkurtävling precis blivit klara. Vinnare var, för tredje gången av tre möjliga, infektionsklinik. Njurmedicin fortsatte att stiga i poäng och placeringar. Hösten 2010 var de lägst rankade med 3,37 poäng – ett år senare ligger de på femte plats med poängen 4,78.



Njurmedicinarna Hans Furuland och Lotta Welsh gläder sig åt att klättra i rankingen när studenterna själva betygsätter den kliniska handledningen på Akademiska sjukhuset.

"Kvaliteten på handledningen varierar"

När Rondan träffar läkarstudenten Karolina Nissen har hon hunnit till slutet av sjunde terminen på läkarprogrammet. Den senaste i raden av Klinikkurtutvärderingar som hon fyller i gäller en endokrinologiplacement i Hudiksvall.

–För mig har det varit en självklarhet att fylla i utvärderingarna och jag brukar påminna andra om att göra det också. Jag är engagerad i medicinska studierådet och har sett att utvärderingarna verkligen ger positiva effekter. Resultaten är efterfrågade på klinikerna, de tar verkligen intryck av vad kandidaterna tycker. På läkarutbildningen i Uppsala lyssnar man ovanligt mycket på studenterna, Uppsala är ganska unikt på det sättet, säger hon.

Karolina Nissen har övervägande positiva erfarenheter av handledningen så här långt, även om kvaliteten är personberoende och varierar från handledare till handledare.

–Jag hade en placement på ortopedi i höstas, och där märktes det att de hade ett väldigt bra grepp om handledningen. Det märktes att de tog frågan på allvar, och de hade en genomarbetad plan för hur man skulle ta hand om kandidaterna. Till exempel var kandidaterna en stående punkt vid röntgenronderna, där det sågs till att alla visste vad de skulle göra och att alla hade en handledare att gå med. På andra ställen kan det förekomma att man själv får hugga någon och fråga om man får gå bredvid. Det är heller inte alla läkare som känner till vad det förväntas att kandidaterna ska lära sig ute på klinik.

HANNES LJUNGHALL



Läkarstudenten Karolina Nissen kan enkelt skicka in sina utvärderingar till Klinikkurt via mobiltelefonen.

"Alla läkare känner inte till vad det förväntas att kandidaterna ska lära sig"

Karolina Nissen, läkarstudent

TEXT
OCH FOTO:
HANNES
LJUNGHALL

"Det är mycket roligare för oss att undervisa om vi har aktiva studenter som uppskattar utbildningen"

Hans Furuland,
utbildningsansvarig njurmedicin

Storsatsning på Akademiskas at-utbildning:

"Vi ska från botten till toppen"

När Sylf, Sveriges yngre läkares förening, genomförde sin årliga at-ranking hösten 2010 kom Akademiska sjukhuset på 67:e och sista plats. Som en direkt konsekvens fick sjukhusets fou-direktör Sune Larsson i uppdrag av sjukhusdirektören att ta över ansvaret för at-utbildningen. Under de månader som har gått har ett större förändringsarbete påbörjats.

–Det går att invända mot hur Sylf genomförde sin undersökning, men det är ändå tveklöst så att vi har brister. Vi ska inte "skylla på domarna", utan vi ska ta till oss kritiken, säger Sune Larsson.

Vägen mot en bättre at-utbildning har bland annat gått via intervjuer med at-läkare och at-ansvariga på klinikerna, genom att titta på hur det fungerar på berörda kliniker, och genom att dra igång en diskussion med Sylf för att få deras åsikter. Det hela utmynnade i ett antal konkreta förslag, som Akademiska väldigt snabbt fick finansiell uppbackning för hos landstinget. Det positiva bemötandet i landstingsledningen var en förutsättning för att förändringsarbetet skulle kunna starta omedelbart.

"Av den första kullen som togs in med de nya reglerna har samtliga tackat ja, vilket är mycket ovanligt."

Sune Larsson,
forsknings- och utbildningsdirektör

En grundläggande problematik har varit att at-läkarna på Akademiska har saknat arbetsuppgifter under eget ansvar. Under intervjuerna fick Sune Larsson höra omdömen som "föga stimulerande" och "slappt och kravlöst".

–Det här handlar om välutbildade och högproducerande individer i början av sin yrkeskarriär. De har ofta jobbat länge som underläkare på vikariat där de har haft kvalificerade arbetsuppgifter innan de fått sitt at-block. Men när de väl fått börja sin at-utbildning har de inte fått den typ av arbetsuppgifter som behövs för att vidareutvecklas i yrket, något

vi naturligtvis måste ändra på, säger Sune Larsson.

Inte minst ur rekryteringssynpunkt är det mycket viktigt att knyta till sig de bästa läkarna så tidigt som möjligt. Sune Larsson jämför med de trainee-program som finns i näringslivet.

–De flesta läkare stannar kvar på det sjukhus där de gör sin at, och det är uppenbart så att många har valt bort oss eftersom de har känt till de här bristerna.

Från 12 till 22 at-block per år

För att förbättra innehållet i utbildningen har Sune Larsson tillsammans med at-ansvariga säkerställt att at-läkarna framöver verkligen ska få jobba aktivt som läkare, men att man även ska vidareutveckla den teoretiska utbildningen.

–Här kan vi även använda sjukhusets storlek till vår fördel, det finns väldigt mycket kunskap att tillgå, säger Sune Larsson.

En annan viktig förändring är antalet at-block, som utökas från 12 till 22 per år. Åtta av dessa är forskar-at där 12 månader forskning adderas till ett vanligt at-block på 18 månader.

–Med det utökade antalet kommer det hela tiden att finnas at-läkare på berörda kliniker, vilket kommer att bidra till att de kan planeras in i scheman som en kontinuerlig resurs. De kommer att synas och framförallt kommer deras arbete att synliggöras. Utökningen av antalet forskar-at-block sker i samarbete med medicinska fakulteten, i avsikt att ge fler yngre läkare möjlighet att snabbare komma in i forskning, säger Sune Larsson.

Även antagningsförfarandet har ändrats, och omöjliggör nu att man kvalificerar sig enbart genom att jobba en längre tid som vikarie.

–Tidigare fäste man väldigt stor vikt vid hur länge man vikarierat som underläkare. Lång vikariatstid innebar nästan med automatik att man fick en at-tjänst. Nu kan man maximalt tillgodogöra sig sex månaders vikariat. Till det har vi lagt en omfattande intervjuprocess där 50-60 sökande får träffa tre olika intervjugrupper. Av den första kullen som togs in med de nya reglerna har samtliga tackat ja, vilket är mycket ovanligt. De har i samtliga fall säkert haft bra erbjudanden från andra sjukhus också, men de har valt oss – det lovar gott, säger Sune Larsson.

–Effekten av den här typen av förändringar dröjer ofta ganska länge, men vår målsättning är kristallklar, vi ska gå från botten till toppen, avslutar Sune Larsson.



Sune Larsson

TEXT:
HANNES
LJUNGHALL
FOTO:
STAFFAN
CLAESSON



Pedagogiska insatser ska ges större meritvärde

Sedan förra året kan personalen på Akademiska dokumentera sina pedagogiska meriter via en webbaserad pedagogisk meritportfölj. Tanken är att synliggöra de anställdas pedagogiska meriter och på så sätt öka deras motivation att ägna sig åt handledning och undervisning.

–Det finns en tradition att forskningsmeriter värderas mycket högre än pedagogiska meriter. Ingen missar att dokumentera minsta forskningsmerit, medan man kan ha gjort stora pedagogiska insatser utan att man själv eller någon annan har synliggjort det, säger Jakob Johansson, överläkare inom aniva och studierektor för läkarprogrammet.

Han har varit drivande i arbetet med att ta fram den pedagogiska meritportföljen, som är fri att använda sig av för alla som arbetar på Akademiska. Principen är att man själv fyller i ett webbaserat

formulär, där man får specificera vad man har gjort och när man har gjort det. Sedan kan man, beroende på vad underlaget ska användas till – exempelvis utvecklingssamtal, lönesamtal, eller ansökan om tjänst eller stipendium – välja ut relevanta pedagogiska meriter och få det hela sammanställt i en prydlig utskrift.

Karin Lindström, avdelningschef för anestesi, har varit chef i tio år och ser ett tydligt behov av att personalen kan dokumentera sina pedagogiska meriter.

–Det är till nytta inte bara för den som har meriterat sig, utan även för mig som chef. När medarbetarna redovisar sina pedagogiska insatser ger det mig en överblick över hur det ser ut på avdelningen vad gäller pedagogisk kompetens. Hur mycket tid lägger var och en ner på pedagogiskt meriterande arbete? Som chef värderar jag till exempel medarbetare som engagerar sig aktivt i handledningen högre än sådana som inte gör det. Det handlar om att göra alla delar av jobbet på ett bra sätt, säger hon.

Systematiskt användande

När Ronden träffar Karin Lindström strax före jul ska arbetet med att förankra den pedagogiska meritportföljen på avdelningen för anestesi precis påbörjas.

–Det handlar dels om att jag själv ska börja använda mig av den systematiskt vid till exempel medarbetarsamtal och tjänstetillsättningar, dels om att informera personalen och uppmana dem att själva börja fylla i sin meritportfölj när de har bedrivit någon form av utbildning. Även mindre, vardagsnära saker som man kanske inte tänker på som meriterande ska dokumenteras, till exempel om man håller en föreläsning eller undervisar en mindre grupp tillfälligt, säger hon.

Karin Lindström instämmer i att pedagogiska meriter traditionellt inte har värderats särskilt högt på Akademiska.

–Trots att utbildning och handledning är basverksamheter för sjukhuset och något som vi ägnar mycket tid åt, har man på något sätt tagit sådant för givet. När jag själv har annonserat ut tjänster har jag regelbundet skrivit att man ska ha en viss typ av examen, men jag har aldrig efterfrågat några särskilda pedagogiska meriter. Det är så mycket fokus på patienterna att det är lätt att glömma utbildningsdelen. Samtidigt kommer det ju i förlängningen våra patienter tillgodo om vi är bra på att utbilda våra framtida medarbetare.

Karin Lindström betonar också vikten av att cheferna på sjukhuset kontinuerligt efterfrågar den här typen av dokumentation.

–Annars kommer knappast särskilt

många att börja skriva ner sina pedagogiska meriter, det är ingen större poäng att göra det bara för sin egen skull.

Sjukgymnasten Margareta Arnell på spinalenheten instämmer i att pedagogiska arbetsinsatser ofta tas för givna, både av en själv och av omgivningen. Det gäller inte minst för en sjukgymnast som på ett sätt ständigt arbetar med att instruera.

Margareta Arnell ser värdet i meritportföljen ur två olika aspekter: dels för att kunna styrka sina meriter vid löneförhandlingar och annat, dels som instrument för att utveckla sig själv pedagogiskt.

Hon fick först höra talas om den pedagogiska meritportföljen i höstas.



Sjukgymnasten Margareta Arnell nappade direkt på den pedagogiska meritportföljen.

–Jag tyckte det lät som ett bra initiativ och började fylla i mina egna meriter ganska omgående. Man får väldigt bra hjälp att komma ihåg vad man har gjort via tydliga rubriker och hjälprutor i formuläret. Sedan har jag letat igenom datorer, papper och gamla intyg, och jag är fortfarande inte helt färdig med dokumentationen bakåt i tiden, men när man väl har klarat av den biten går det desto lättare att dokumentera nya meriter, säger hon.

HANNES LJUNGHALL



Chefsläkaren Göran Modin är medlem i Meduniverse.

Nätverk för läkare expanderar

Att nätverka på webben har blivit allt vanligare. Nu finns sedan drygt ett år även ett nätverk för professionellt samarbete mellan läkare i Sverige, Meduniverse, med omkring 1 200 aktiva deltagare.

På det webbaserade nätverket Meduniverse kan läkare skapa och hålla kontakter med kollegor och kursare över hela landet, och fritt diskutera allt från ledarskap, karriär, arbetsförhållanden och inte minst medicinska frågor och forskning. Nätverket lanserades i december 2009 och utvecklas i samarbete med Medicinska Rådet. Arbetet leds av Johan Heilborn, överläkare vid Karolinska universitetssjukhuset. Nätverket står helt fritt från läkemedelsbolag, landsting och fackförbund. En av användarna är Göran Modin, chefsläkare på Akademiska sjukhuset.

– Jag tror att det finns ett behov av att kunna diskutera med kollegor som direkt kan relatera till ens yrkesmässiga erfarenheter, säger han.

Målsättningen med nätverket är att effektivisera det dagliga arbetet för läkarna och på så sätt bidra till en bättre vård.

– Som registrerad användare på Meduniverse finns möjligheten att ta del av och skapa egna nätverk inom ett område som intresserar dig, fortsätter Göran Modin, som själv har startat ett nätverk för patientsäkerhetsarbete.

Aktiviteter även i verkliga livet

Andra aktuella nätverk på Meduniverse är till exempel löner och arbetsförhållanden, at-läkare i Sverige samt läkare med Iphone.

En bärande del av Meduniverse är att komplettera webbtjänsten med nätverksaktiviteter i verkliga livet, där ett mentorskapsprogram och after work är två exempel. Göran Modin har ingen egen erfarenhet av dessa aktiviteter, men säger att det ser intressant ut och att Meduniverse har fått tag i flera intressanta föreläsare till sina after work-arrangemang.

– Meduniverse gör det möjligt att komma i kontakt med kollegor både via nätet och utanför sjukhuset, vilket alltid är positivt och i slutändan något som gagnar patienterna, menar han.

Nätverket har för närvarande drygt 1 200 registrerade medlemmar och är fortfarande lite i sin linda, men det växer stadigt, framförallt bland yngre läkare.

– Ju fler som ansluter, desto större värde får det. Kommunikation och nätverk via internet är något som ökar inom alla områden, så varför inte också för läkare? I framtiden kommer förmodligen kommunikation även inom forskningsgrupper ske via plattformar som denna, så jag tror det finns goda framtidsutsikter, säger Göran Modin.

TEXT OCH FOTO: KARIN ENGSTRÖM



Foto: Karl Wängstedt

Lex Maria – vad hände sen?

En 78-årig hjärtsjuk kvinna med hjärtsvikt, pacemaker och behandling med blodförtunnande läkemedel kom till akutmottagningen med en höftfraktur. Efter operation, som genomfördes först fyra dagar efter inläggningen, sattes kaliumtabletter in på grund av ett lågt kaliumvärde. Det syntes på proverna att patienten hade njursvikt.

Under de följande dagarna blev patienten allt sämre, men hon låg kvar på ortopedin och det gjordes ingen aktiv övervakning av hennes prover. Efter fem dagar var patienten svårt sjuk med andningspåverkan, nedsatt vakenhet, akut hjärt- och njursvikt samt för högt kaliumvärde. Patienten flyttades till civa eftersom det inte fanns platser på civa. Även hon var fullt och hon vårdades först på akutrummet. När hon sedan kom till civa bedömde bakjouren att hon ändå måste till civa, men det blev väntetid tills civa-läkaren hade gjort sin bedömning. Under flytningen till civa fick patienten hjärtstillestånd och gick inte att återuppliva.

ORSAKERNAS TILL DÖDSFALET var flera: utlokalisering och brist på enkelrum och intermediärvårdsplatser, brist på kompetens i bedömning, och försenad diagnostik, vård och behandling. Trots att hon med tanke på blodförtunnande medicinen kunde opereras redan inom 1,5 dygn försenades operation ytterligare nästan tre dygn i väntan på bedömning av narkosläkare och ledig operationssal, och när patienten blev sämre tog det för lång tid innan hon fick intensivvård.

I samarbete med kardiologen och njurmedicin tog ortopedin fram nya rutiner för att framöver operera patienter med hjärtrisk så fort som möjligt och följa upp dem medicinskt efteråt. Ortopeden har också jobbat med höftfrakturprocessen. Socialstyrelsen var nöjda med de vidtagna åtgärderna, men har ålagt sjukhuset att inrätta intermediärvårdsplatser samt tillgodose behovet av medicinsk/geriatrisk kompetens på ortopedin.

– Det här ligger utanför mina befogenheter att ordna, det måste vi ta på övergripande nivå. Det skulle även vara av stort värde att göra ett processarbete kring multisjuka äldre. En viktig del i den processen är hur det tvärprofessionella arbetet ordnas redan tidigt i patientens vårdtid, säger ortopedens verksamhetschef Katarina Lönn.

Ett ögonblick ...

... Kerstin Wideqvist, chef för Friskhuset. Vad händer hos er i vår?

– Vi fortsätter på höstens populära satsning "Motionera till Rom" där 530 personer deltog.

Denna gång går vi vidare från Rom till Paris via en liten omväg. Personalen deltar i lag om 6–12 personer.

Andra nyheter?

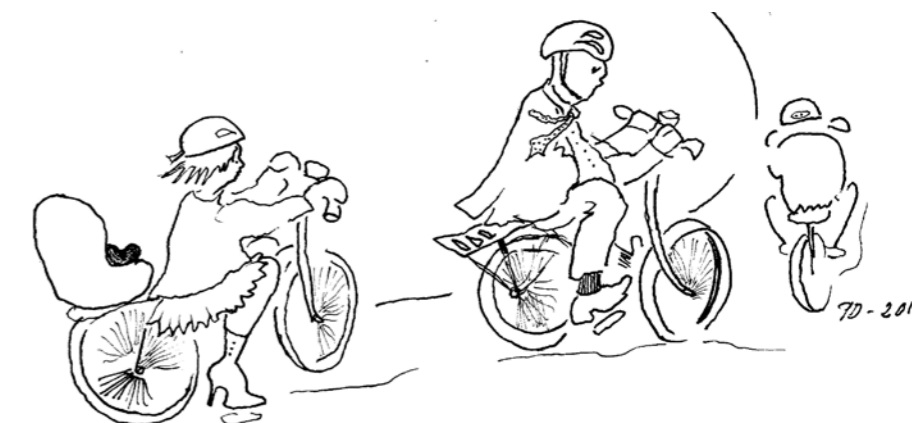
– Under hösten gav vi för första gången en kurs i mindfulness. Kursen fick stort gensvar, så nu fortsätter vi med ytterligare två omgångar i vår. En satsning som startades under 2009 och som genast blev mycket populär är våra ergonomikonsultationer för den som framför allt har sittande arbete. Om man är i behov av att en sjukgymnast kommer och ser hur man arbetar vid sin arbetsplats, kan man kontakta Rebecka Lindstedt hos oss.

Ni har även startat med frukostseminarier för chefer?

– De startar med en halvtimmes frukost, sedan följer en timmes föreläsning. Nästa tillfälle är den 7 april, då det kommer att handla om skiftarbete. Cheferna är förstas också fortsatt välkomna om de har personalthälsöfrågor eller vill beställa en föreläsning till en planeringsdag.

Givetvis hoppas vi också se många både nya och gamla motionärer även i vår, och den som vill ha råd från hälsopedagog eller sjukgymnast är välkommen att höra av sig. Friskhuset är ju till för alla medarbetare!

Den som vill ha mer information om, eller anmäla sig till, våra aktiviteter är välkommen att ringa oss på 131 29 eller gå in på våra sidor på Navet.



Hälsocyklister sökes

Cyklar du året runt till och från arbetet? Har du en kollega som åker bil eller kollektivt till och från arbetet som du skulle kunna värva till att börja cykla istället? Då vill Akademiska sjukhuset teckna kontrakt med dig och din kollega i ett hälso- och miljöprojekt.

– Det är viktigt att man rör på sig. Både miljön och ens hälsa vinner på att man tar cykeln istället för bilen. Sen skadar det ju inte att det är gratis att parkera sin cykel på Akademiska och alltid finns parkeringsplats, säger Marie Eriksson, miljöcontroller på lokalplaneringsavdelningen.

Som hälsocyklare förbinder man sig att cykla till och från arbetet under ett år, med start våren 2011. Man måste cykla minst tre dagar i veckan, utom vid snö och halka. Målet är att man ska cykla varje



dag. Som cykelkompisar ska den som är trogen cyklist stötta den värvade att cykla så ofta som möjligt. Man behöver alltså inte cykla tillsammans.

Den som värvar en cykelkompis utrustas med regnställ och erbjuds även ett konditionstest av Friskhuset, antingen i början eller i slutet av projektet.

Den som har värvats som cyklist får regnställ, cykelhjälm och cykellysen som får behållas om han eller hon har cyklat under ett år. Det erbjuds även ett konditionstest på Friskhuset både i början och i slutet av projektet.

Ungefär var tredje månad rapporterar man in hur långt man har cyklat. De par som har utfört bra prestationer under resans gång får mindre delpriser. I slutet av projektet delas massage- och relaxkort på Fryshov ut till de par som har utfört de bästa prestationerna överlag.

Anmälan görs till Marie Eriksson på marie.c.eriksson@akademiska.se eller 199 86, senast den 1 april. De tjugo första paren som anmäler sig får delta i projektet.

Datorhjälpmedel ger dövstumma barn röst

Folke Bernadotte regionhabilitering är en del av Akademiska barnsjukhuset. Hit kommer 350–400 barn per år på remiss från olika habiliteringar eller sjukhus runtom i landet, framför allt för att få hjälp med anpassning av olika hjälpmedel.

– Utvecklingen inom hjälpmedelsområdet går oerhört snabbt. Rätt anpassad kan den nya tekniken göra att barn med svåra funktionshinder kan bli mer självständiga, att de kan ta egna initiativ och göra vissa saker utan hjälp. Hjälpmedlen betyder mycket för deras utveckling, självförtroende och livskvalitet, säger logopeden Christina Bergsten.

”Komma igång-projektet” innebär att

man ger barn i 7–15-årsåldern och deras anhöriga extra stöd med utprovning och hjälp att komma igång med nya hjälpmedel. I projektgruppen ingår en arbetsterapeut, en logoped, en tekniker och pedagoger. Många av barnen har flerfunktionshinder som cerebral pares, ryggmärgsbräck, ovanliga syndrom, förvärvade hjärn- och ryggmärgsskador samt neuromuskulära sjukdomar. De är beroende av andras hjälp i många situationer.

I januari arrangerade Folke Bernadotte regionhabilitering i samarbete med hjälpmedelscentralen en nationell konferens för personal från både regionala och länsbaserade centra för datoriserade hjälpmedel.

Regionala dataresurserna för hjälpmedel finns förutom i Uppsala i Göteborg, Lund, Linköping, Malmö, Umeå och Örebro.

Ständigt ökad efterfrågan på kostrådgivning



Polikliniska patienter utgör en mindre del av klinisk nutritionens verksamhet, de allra flesta är inlagda.

FOTO:
STAFFAN
CLAESSON



Namn:
Karin Blom
Malmberg
Yrke:
Leg dietist och
verksamhetschef
klinisk nutrition.
Började arbeta på
Akademiska
sjukhuset: 1994

ARBETSDAGEN BÖRJAR REDAN på cykeln till jobbet. Jag försöker dra mig till minnes vad dagen har att bjuda. Vilka möten har jag? Vad ska jag säga? Väl framme lyssnar jag av röstbrevlåda, kollar mejl och konstaterar att det även idag finns en del saker att syssla med mellan inbokade möten.

På dietistmottagningen har vi tidig morgonfika kombinerad med remissgenomgång. Alla inkommande elektroniska remisser går igenom och fördelas kollegorna emellan. Vi får remisser från sjukhusets alla enheter utom geriatriken och barnsjukhuset. Är alla på plats går uppgiften snabbt; var och en har sina egna ansvarsområden. När någon är borta eller har alltför mycket att göra hjälper övriga till att dela på ytterligare arbetsuppgifter. På dietistmottagningen finns bara sju heltidstjänster och efterfrågan på våra tjänster ökar ständigt. Betydelsen av patienternas nutrition uppmärksammas alltmer inom vården och därmed efterfrågas också vår kunskap i ökande omfattning.

DE ALLRA FLESTA PATIENTERNA träffar vi på sjukhusets avdelningar. De har då nästan alltid stora nutritionproblem. Polikliniska patienter utgör en mindre del av vår verksamhet och på förmiddagen har jag mottagning. En patient behöver råd om komjölksproteinfri kost, en får kostråd på

grund av sväljproblem och ytterligare en behöver få ett nytt recept på näringsdrycker.

EN PATIENT HAR HAFT typ 1-diabetes i över 50 år. Tänk så många olika kostråd hon fått! Genom åren har diabetiker fått varierande råd om mängd och typ av såväl kolhydrater som fetter. De har fått listor på icke tillåten mat. På senare tid har vi allt oftare fått anledning att diskutera olika modedieters för- och nackdelar. Det är en utmaning att vägleda patienter som blivit inspirerade av mindre vederhäftiga råd. De kostråd vi ger måste vara grundade på bästa möjliga evidens och dessutom anpassade till såväl individ som diagnoser. Kvinnan jag nu träffar har specifika besvär som vi försöker lösa. Hon har problem med nattliga insulinkänningar och en del symtom som liknar dem vid gastropares.

LUNCHEN HOPPAR VARE SIG JAG eller kollegorna över. Det är säkert någon form av yrkeskada, men en rätt ofarlig sådan, tycker jag. På med ytterkläder och hjälm och så iväg på cykeln till Samariterhemmet. Där väntar arbetsplatsträff med mina kollegor på överviktsenheten. Det är många frågor som ska avhandlas. Den allra viktigaste och mest överhängande är dock att överviktsenheten

"På senare tid har vi allt oftare fått anledning att diskutera olika modedieters för- och nackdelar. Det är en utmaning att vägleda patienter som blivit inspirerade av mindre vederhäftiga råd."

ska snart flytta till 40-huset. Vi har blivit tilldelade mindre ytor än nuvarande och det är en stor utmaning att få en, i dubbel bemärkelse, omfattande verksamhet på plats och fungera. Jag får med mig många bra synpunkter och idéer som jag börjar fundera över redan på väg tillbaka till sjukhuset.

NÄSTA MÖTE. DEN HÄR GÅNGEN är det nutritionsrådets arbetsutskott som möts för att planera nästa nutritionsrådsmöte. Jag är sekreterare. I nutritionsrådet ingår bland annat sjuksköterskor, dietister, undersköterskor och läkare med representation från alla divisioner. Dessutom ingår representanter från kök, Landstingsservice, apotek, Akademos, sjukhushygien och länslogopedi.

PÅ AGENDAN HAR VI DET SENASTE året haft ett par stående punkter. Den ena är arbetet med att införa sökord för screening av patienter som vid inläggning är eller löper risk att bli undernärda. Sökorden finns nu på plats i Cosmic och det gäller att få alla berörda att hitta och använda dem. Om vi tidigt kan upptäcka riskpatienter och snabbt ge dem nutritionsstöd, kan vi spara mänskligt lidande, minska risken för komplikationer och, inte minst, korta vårdtiderna. Detta är ett leanarbete som heter duga! Den andra aktuella frågan

är patientmaten. Inledningsvis har det varit stora problem med det nya system vi fick för ett år sedan. Patienter och personal har visat sitt missnöje via enkäter och avvikelserapportering.

Kostnaderna har också skjutit i höjden. Nutritionsrådets uppgift är att värna om en god, näringsriktig mat i tillräcklig mängd till våra patienter. Ännu är vi inte nöjda. Vi hävdar att den kravspecifikation vi upprättat ska följas! Vi ger inte upp. Maten är så viktig när man är sjuk och den ska också vara ett positivt minne från vårdtiden. Jag frågar mig ändå ibland om det överhuvudtaget är möjligt att med dagens system av fjärrproducerad mat få det resultat vi önskar.

DET ÄR SEDAN LÄNGE MÖRKT UTE. Väl tillbaka på rummet är det bara att ta tag i dagens mejlskörd och avlyssna inkommande samtal. Jag trivs verkligen med mitt jobb, men känslan av att inte räcka till finns där jämt. Nu ringer också den yngste och undrar när det blir till middag. Bra fråga. Jag ger några enkla överlevnadstips och lovar att snart komma hem. Ska bara...

Tar slutligen adjö av Cosmic, Besched, Prodiver och alla andra dataprogram med lustiga namn och slirar därefter hemåt. Den här vintern har man verkligen nytta av sina dubbade däck.

Aqua Vera och Döden

ATT FLYTTA ÄR ATT DÖ EN SMULA. Jag kan vittna om många nära döden-upplevelser när kartonger släppas upp och ner i trappor. Återvinningen eller inte är den stora frågan.

Då "sparahögarna" närmar sig taket rinner sinnet till. I affekt och med sällan skådad beslutsamhet upphör sorteringen. Med fulla armar och tomma tankar förpassas allt till förbränningen. Men mitt i apokalypsen virvlar ett och annat som likt en fyr lyser i dimman. I mitt fall var det några gulnade tidningsurklipp från sextiotalet.

En av mina ingifta farbröder var frisörmästare i Örebro. Mina föräldrar som med en växande barnaskara ständigt var på obestånd såg en chans att spara några kronor. I kraft av släktskap anlätades frisörmästarens gratistjänster. Jag parkerades i en stolinsats som skulle föreställa ett litet flygplan. Lika snabbt som planet rattades hit och dit och drömmarna om att bli pilot växte sig starkare, försvann kalufsen med rakapparaten. Finlir var det inte frågan om. På farsans order skulle det tas ordentligt så att det räckte länge.

SIN VANA TROGEN skulle frisörmästarens hund Bubben rastas runt kvarteret. Junisolens hade nått över takåsarna och kastade skuggor längs gator och torg. Hunden stelnade och på pointermaner markerade den med nosen ner i rännstenen. Där låg ett naket och blint kräk. Bland skräp och vatten från nattens regnväder kravlade "Det" omkring med hjälp av två fenliknande utskott. Frisörmästaren var godhjärtad och tänkte sätta ner klacken för att förkorta lidandet. Men han hejdade sig. Kanske hade han drabbats av det medlidande som bara en medelålders man kan få?

Med varelsen i fickan öppnades salongen och kunderna släpptes in. Under hela dagen grubblades det över vad det kunde vara. Var det verkligen en fågel, den var ju så sällsynt ful. Trots diskussionen om fågel, fisk eller mittemellan var den allmänna meningen i salongen att den skulle hållas vid liv. Förslagen hur detta skulle gå till var många och fantasirika. Försöken att mata den med brödsmulor och sockervatten höll dock på att sluta med kvävningssvaret.

En berömd konservator och ännu mer berömd fågelkännare tillfrågades om art och lämpligt uppfödningssätt. De båda herrarna artbestämde den swift till tornsvala. Det här tilldrog sig på den tiden då tornsvalan fortfarande hette tornsvala. Även om den har lika lite släktskap med svalorna som vi har med älgarna, så har jag själv mer än tio år efter namnbytet svårt att ropa ut det korrekta "tornseglare" när vårens första tornsvala sikts mellan molnen.

Min farbror hade svårt att tro att detta verkligen var ättelägen till de lufttekvilibrister som rasande snabbt och skriande som självmordspiloter susade mellan husgavlar och kyrktorn. De sover i luften, parar sig i luften och med ett sista stelt vingslag dör de i luften. Hur kunde något så fult bli något så vackert? Men det är klart, den fula ankungen blev ju en svan, så varför inte.

MEN VAD SKULLE DEN utfodras med? I brist på luftplankton, de små insekter och spindlar som seglar omkring i det stora blå lufthavet, ansågs malet kalvkött vara det lämpligaste. Hur de kom fram till det är obegripligt. Hade det inte varit bättre med



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

kollektivt flugjakt? I varje kvarter fanns en liten livsmedelsbutik. Bitar av det finaste kalvkött valdes ut och maldes på plats bakom charkuteridisken. Med milt våld petade frisörmästaren ner små portioner i fågelkräket. Efter några dagar vaknade livsandarna och den började äta själv. Inget annat än den finast malda kalvfärsen dög och dagsfärskt skulle det vara. Dessutom flyttade den in i hundkorgen.

I FRISERSALONGEN SAMLADES HERRARNA runt korgen där tornsvalan låg och pöste. En journalist på Nerikes Allehanda fick nys om överlevaren och det rapporterades frekvent i tidningen om dess hälsotillstånd och framsteg. När vingpenorna efter några veckor bröt igenom slogs det upp med en enspaltare på första sidan. Expertisen konsulterades igen och de fann det synnerligen märkligt att den fortfarande var i livet. Tidigare försök med uppfödning av tornsvalor hade slutat tragiskt efter några dagar.

Mot sensommaren när artfränderna i stora svärmar på väg mot tropikerna passerade landets gränser, gjordes framsteg. Fet och trind navigerade den mellan de oklippta skallarna och undvek med fitness brylcreme och vassa saxar. Mellan flygturerna vilade den ut på frisörmästarens axel.

Trots de idoga flygträningspassen som blev längre och längre var den stora frågan om den skulle hinna flytta söderut innan hösten. Örebros menighet var överens om att det bästa om den fick övervintra i frisersalongen frossande på kalvkött.

KOM DEN DÅ, trots gouterad föda, kärlek och flygövningar någonsin att höja sig mot rymden? I fem veckor och några dagar hade de varandra, min farbror, hunden och tornsvalan. De hade förlikat sig med tanken att tillbringa vintern tillsammans. Men hade det inte sett underligt ut med en tornsvala susande omkring i en frisersalong när kunderna stappade in från snöyran för att göra sig julfina?

Under en av sina mer ystra flygövningar i salongen slogs drömmen i kras lika snabbt som en fallande flaska går sönder. Kanske hade frisörmästaren vid kvällsstädningen tankspritt flyttat flaskan några decimeter på hyllan? Kanske var tornsvalans längtan till lufthavet över savannen outhärdlig? Det får vi aldrig veta. Oavsett vilket blev vår tornsvalas nemesis en flaska Aqua Vera.



Uppsala
MAT & FEST
CATERING

Fantastisk
catering till
oslagbara priser

Uppsala Mat & Fest Catering
Tel 018-710 110 • www.matfest.se
Utmärkta referenser finns



SVEN DUFVA

Unik festvåning
för personalfester,
disputationer & bröllop

Restaurang Sven Dufva • Uppsala Science Park
Tel 018-50 10 75 • www.svendufva.com
Utmärkta referenser finns

 Folkuniversitetet

Behöver du förbättra dina språkkunskaper?

Svenska

- Vill du kommunicera bättre med patienter och kollegor?
- Vill du öva upp ditt uttal?
- Vill du kunna skriva korrekt svenska?

Engelska

- Vill du bli säkrare på att presentera din verksamhet i olika sammanhang?
- Vill du öva medicinska termer?
- Vill du kunna skriva korrekt engelska?

Språkbedömning

- Behöver du få ett professionellt utlåtande om din språkliga nivå och kompetens?
- Vill du få förslag på hur du snabbast når en högre språklig nivå?

Skriva protokoll och minnesanteckningar

- För dig som vill öva upp förmågan att skriva korrekta protokoll och minnesanteckningar

Folkuniversitetet erbjuder språkbedömning och undervisning i svenska och engelska för personal inom vården. Vi skräddarsyr utbildningar för individer eller grupper. Alla utbildningar planeras efter deltagarnas behov. Undervisningen kan bedrivas på dagtid eller kvällstid, på din arbetsplats eller på Folkuniversitetet.

Kontakta Amelie Aulin, amelie.aulin@folkuniversitetet.se
Tel: 018-68 0010

Testa dina förkunskaper: www.folkuniversitetet.se/uppsala





AKADEMISKA
SJUKHUSET

Man reser sig och bär sina misstag



NINA CAVALLI-BJÖRKMAN

"Jag förstår att även 64-åriga kirurger har sina sömnlösa nätter"

OM NATTEN MINNS VI de människor vi skadat. Det är något helt annat än de "disciplinpåföljder" allmänheten ibland ropar efter, när drevet går och man vill hänga ut läkare som felat. Det är väldigt obehagligt att få brevet som det står HSAN på, men det går inte att jämföra med att leva med vetskapen att man skadat en patient.

Min kirurgiska karriär tar slut med en misslyckad bukoperation. En lantbrukare söker på akutmottagningen och vi ställer diagnosen blindtarmsinflammation. Jag opererar honom och har en gammal, erfaren kirurg som assistent. Han inspekterar mitt arbete och godkänner det, vilket känns tryggt. Jag går hem och känner mig lycklig över att ha gjort en egen operation, även om den var enkel.

MORGONEN DÄRPÅ Ligger patienten på intensiven och blöder i buken. Jag vill kräkas, eller dö, eller båda. Känslan går inte att beskriva. Jag vet inte vad som hänt men patienten blöder och det är helt uppenbart vems felet är. Kirurgerna jag arbetar med tar det inte lika hårt. "Fan, litet blod, det är sånt som händer, Nina". De är snälla och låter mig slippa ronda honom. Min chef ser till att han får blodtransfusion och när blödningen avstannat skrivs patienten ut från sjukhuset.

SEDAN BÖRJAR DE SÖMNLÖSA nätterna. Jag ålтар operationen om och om igen. Vilket kärllblödde, vilken sutur drog jag inte åt tillräckligt hårt? Jag har bett patienten om ursäkt och förväntar mig att han ska anmäla mig till ansvarsnämnden, jag vill att han ska göra det så

att jag på något sätt får sona mitt brott. Under mina vaknätter börjar jag fundera på att skicka tillbaka läkarlegitimationen till Socialstyrelsen. Jag borde välja ett annat jobb. Men vad? Läkaryrket var det enda som fanns på önskelistan under hela min uppväxt.

NÄR DETTA HAR PÅGÅTT i två veckor börjar kirurgerna förstå att jag verkligen mår dåligt. Och då händer något intressant, som jag är djupt tacksam för än idag. Jag blir föremål för kirurgisk tröst. Kirurgisk tröst går till så här: man sitter vid sitt skrivbord. Plötsligt öppnas dörren och en pensionsmässig kirurg kommer in. Han säger inte hej. Istället säger han "1978 skar jag av stora gallgången, av misstag. Bilirubinvärdet steg till 278, och patienten svävade mellan liv och död i en vecka". Han står länge, och berättar i stor detalj om händelsen drygt 20 år tillbaka i tiden. När han är klar kommer nästa kirurg, en gammal urolog. Han berättar i sin tur om en operation som gick snett och vad det ledde till, för honom och för patienten.

KIRURGERNA LÅNAR MIG sitt perspektiv. Jag förstår att en beundrad läkare fortfarande minns, tjugo år senare, att bilirubinvärdet steg till 278. Jag förstår att även 64-åriga kirurger har sina sömnlösa nätter. Och indirekt säger de till mig: en modig läkare reser sig och arbetar vidare. Och bär sina misstag.

Min patient anmäler mig aldrig till ansvarsnämnden. Men tolv år efteråt minns jag hans namn och personnummer, och det händer att jag vaknar med hjärtklappning, och tänker på honom.