



AKADEMISKA
SJUKHUSET

Nummer 6 • 2011

Ronden

Bättre koll på siffrorna

Produktionsplanering allt vanligare på Akademiska



Rökning i arbetskläder och patientkoftor upprör • Personal tycker till om nya yrkesskyltarna • Ändrade parkeringsregler ska skapa fler lediga platser för patienter och personal • Ny avdelning: Fråga direktören

Ronden

Nr 6 • 2011

Rökning i arbetskläder och patientkoftor vanligt förekommande
Sidan 4–6

Björn Ragnarsson summerar sin tid som sjukhusets högste chef
Sidan 7

"Nya skyltarna fyller en funktion"
Sidan 8–9

Gränsöverskridande samarbete i kamp mot hjärntumörer
Sidan 10–11

Produktionsplanering allt vanligare
Sidan 12–15

Martin Wohlin
Sidan 22

Nina Cavalli-Björkman
Sidan 24



Omslagsbilden: Neuromottagningens tf avdelningschef Anneli Granat.
Foto: Johan Wahlgren

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 1/2012: 1 februari

Ögonblicksbilder av ett sjukhus i ständig förändring

EN AV RONDENS FRÄMSTA FUNKTIONER är att vara "kulturbärare" på Akademiska, att stärka gemenskapen och skapa en förståelse för de villkor som gäller för just oss som arbetar här. Det är också en viktig kanal för ledningen att nå ut till personalen. En ytterligare funktion, som inte nämns så ofta, är att den dokumenterar verksamheten inför framtiden. Fanns inte Ronden skulle det vara mycket svårare för den som tittar tillbaka om 25 år att få en bild av vad som hände på Akademiska under 2010-talet. Vilka frågor var det som som diskuterades? Hur diskuterade man dem, vilka perspektiv var det som gällde?

I DET HÄR NUMRET kan man läsa om, i tur och ordning:

- hur sjukhusledningen vill angripa problemet med brist på parkeringsplatser.
- vad de anställda tycker om intranätet Navet och hur de ansvariga tänker göra det bättre.
- att det är vanligt förekommande på sjukhuset att personal röker i arbetskläder och/eller patientkoftor, dessutom på fel tid och på fel plats.
- hur Björn Ragnarsson ser tillbaka på sitt år som tillförordnad sjukhusdirektör, det vill säga den tid som det tog att rekrytera och installera en ny ordinarie sjukhusdirektör.
- vad personalen tycker om de nya yrkesskyltar som introducerades på Akademiska i oktober.
- vilka slutsatser man kan dra av den "patientsäkerhetskulturmätning" – jag är bara tvungen att sätta citationstecken på ett så otympligt ord – som har genomförts, där Akademiska hamnar under snittet i några områden.
- hur ett antal specialister på Akademiska deltar i ett gränsöverskridande neuroonkologiskt samarbete för att tillsammans öka möjligheterna att bekämpa hjärntumörer.
- produktionsplaneringens genombrott på Akademiska under 2011, med exempel från neuromottagningen, pediatriken, öron-, näs- och hals, och datadivisionens mikrobiologi och intervention.
- vilka svar nye sjukhusdirektören Lennart Persson ger på ortopedmottagningens frågor, i en ny avdelning med namnet "Fråga direktören".
- nye chefsläkaren Bengt Sandéns presentation av sig själv och vad han kommer att arbeta med.
- att "Bättre flyt på opererande verksamheter III" nyligen avslutades på Uppsala konsert & kongress under god uppslutning.
- hur en vanlig arbetsdag i receptionen på ingång 70 ser ut, med hundratals besök från patienter, anhöriga och personal.
- Martin Wohlins vända inför egna och andras misstag i tjänsten.
- Nina Cavalli-Björkmans konstaterande att unga läkare idag ställer helt andra krav på arbetsvillkor än hon själv gjorde under 90-talet: "varför ska man utsätta sig för att bli trött? Varför ska man jobba kvällar och helger, då vill man ju göra annat?"

DET FINNS INGET längre, övergripande tema, men desto fler skilda nedslag som på olika sätt ger en bild av vad som händer på Akademiska just nu.

HANNES LJUNGHALL
REDAKTÖR



Höjda p-avgifter och begränsade tider

Nya regler försvårar "obehörig" parkering

Bristen på parkeringsplatser vid Akademiska sjukhuset är känd sedan länge. För att öka tillgängligheten höjs parkeringsavgifterna från 1 december för besökare och personal samtidigt som parkeringstiden begränsas. Syftet är att göra det lättare för de mest behövande att parkera dagtid.

– Närheten till city och resecentrum i kombination med relativt låga avgifter har medfört att parkeringarna även kan utnyttjas av personer som shoppar eller arbetspendlar. Förhoppningen är att det nu ska bli lättare för de mest behövande att hitta plats. Det gäller både personal och patienter som ska till våra mottagningar, säger biträdande sjukhusdirektör Björn Ragnarsson.

Avgift dygnet runt

Enligt beslutet begränsas parkeringstiden för patienter/besökare till sex timmar och för personal till 30 timmar. Vidare ska avgift på besöksparkering erläggas dygnet runt i stället för kl 8–18. Frågan om att skapa fler parkeringsplatser på området ska utredas av

Landstingsservice till sommaren 2012, bland annat för att möta ökad efterfrågan när Psykiatrihuset slår upp portarna 2013. I samband med en eventuell utbyggnad av arenaområdet vid Studenternas ska diskussioner inledas med Uppsala kommun om en gemensam parkeringslösning.

– Vi vill så långt som möjligt bereda patienter och andra besökare plats samtidigt som personal, som av olika skäl inte kan åka kollektivt, ska kunna parkera nära jobbet till ett överkomligt pris. Vi ska komma ihåg att sjukhuset har gott om parkeringsplatser för anställda i jämförelse med andra större arbetsgivare i centrala staden. De övriga fem största arbetsgivarna har sammanlagt 58 platser åt personalen, medan vi har omkring 1 000, säger Björn Ragnarsson.

ELISABETH TYSK

"Vi har gott om p-platser jämfört med andra större arbetsgivare i staden"

Så här blir de nya avgifterna

För besökare/patienter:

Avgiften på utomhusparkering höjs från 10 till 25 kr per timme, i garagen från 15 till 30 kr per timme.

För personer som behöver stå längre tid kommer det dock att finnas möjlighet att köpa dygns- och veckokort för 75 respektive 300 kr på utomhusparkeringarna.

Avgifterna gäller dygnet runt.

För personal:

Avgifter för parkering utomhus och i garage blir 5 kr per timme och 20 kr per dag. Tidigare var avgifterna 2 kr per timme utomhus, 3 kr per timme inomhus i garage och 10 kr utomhus per dag. Avgifterna gäller kl 8–16.

Parkeringsavgifterna i sjukhusets närområde ligger på 12–60 kronor/timme.

Sökmotorn på Navet ska bli bättre

Nya Navet används ovanligt mycket för att vara ett landstingsintranät, och användarna upplever en större nytta än tidigare. Samtidigt är många kritiska till sökfunktionen, som är den mest använda funktionen på Navet. Det framkommer i den stora enkätundersökning som har genomförts under hösten.

Av dem som svarade går 90 av 100 in på Navet varje dag. 98 av 100 går in på Navet varje vecka. Jämfört med andra landsting som har gjort samma mätning är det en väldigt hög siffra. Resultatet visade också att nyttan med Navet upplevs större nu än i den gamla versionen.

De negativa åsikter som framkommer i undersökningen handlar till stor del om sökmotorn. Den får en hel del kritik för att man får alldeles för många träffar när man söker – nästan aldrig för få.

– Kvaliteten på en sökmotor beror på olika saker, delvis hur själva sökmotorn är inställd och delvis hur man aktivt arbetar med innehållet. Vi har redan börjat ett förbättringsarbete med sökmotorn. Det alla publicerare ute i verksamheten kan tänka på redan idag är att använda metadata-fliken för synonymer och sökord. Det är också viktigt att vi ser till att ta bort gamla sidor och inaktuella dokument, säger Pia Jonasson, webbredaktör på Akademiska sjukhuset.

På gamla Navet gav många hård kritik till telefonkatalogen, som de ansåg gav felaktiga uppgifter, saknade mobilnummer och förutsatte att man visste hur namn och enheter stavades. Ändå är det fortfarande många som använder den. Bara fyra av tio visste att man kan söka kontaktuppgifter direkt i sökrutan på Navets startsida.

HANNES LJUNGHALL



Pia Jonasson



Foto: Staffan Claesson

Vanlig syn på Akademiska: vårdpersonal som röker iförda arbetskläder och patientkofta. Denna gång vid ingång 54 – som inte är en anvisad rökplats.

Rökning i arbetskläder vanligt förekommande

– Om inte cheferna säger ifrån kommer folk att fortsätta gå ut och röka i patientkoftor och arbetskläder, säger sjuksköterskan Yvonne Fischer på akutsjukvårdens mottagning.

Flera gånger i veckan plockar hon undan inrökta patientkoftor som lämnats i trapphuset och skickar dem till tvätt.

Yvonne Fischer har gjort det till en vana att plocka upp koftor som har lämnats i trapphuset på ingång 34. Koftorna lämnas av personal, som tar dem på sig under rökpauser för att slippa frysa.

– Det ser väldigt tråkigt ut med alla koftor som ligger slängda i trapporna, och det är dessutom en brandfara. Nu senast var det fem stycken som låg där. Varje kofta kostar 13 kronor och tio öre att tvätta, så

det blir ganska mycket pengar per år som försvinner för sjukhuset när man räknar ihop det. Ser jag bara till dem som jag själv plockar undan kan det handla om ett hundratal koftor om året, och jag har förstått det som att det här förekommer på hela sjukhuset, säger Yvonne Fischer.

Patientkoftorna är egentligen till för patienter som behöver något utanpå patientskjortan för att inte frysa.

– Här i 30-huset är det ganska kyligt på vintrarna – vi jobbar själva i täckjackor emellanåt – och det finns en klar risk att patienterna blir utan koftor när rökarna tar dem istället. Den som beställer hem koftorna till avdelningen eller mottagningen utgår rimligtvis från antalet patienter, säger Yvonne Fischer.

Att personal röker i arbetskläder har hon själv sett många gånger.

– Jag tror att de tycker att det tar för mycket tid att byta om. Egentligen får man ju inte röka på arbetstid överhuvudtaget utom på lunchrasten, så om någon då smiter ut i alla fall vill hon eller han ju att det ska gå snabbt. Det är också så att många struntar att gå till de anvisade rökplatserna och istället slänger sina fimpar på trappor och i egentillverkade askkoppar på mer undanskymda ställen där det finns tak. Då får de regnskydd på samma gång som de inte blir lika synliga som på rökplatserna. Det är inte trevligt att klivna ner i mängder av fimpar när jag går in till min arbetsplats. säger hon.

För ett år sedan skrev hon en insändare till Rondens för att uppmärksamma problemet och få en ändring till stånd.

– Men jag har inte märkt någon skillnad sedan dess tyvärr. Jag har inte med att göra

om anställda röker, det är deras eget val, men det får inte gå ut över andra. Nu hoppas jag att det kan bli ett slut på detta. Jag hoppas att ansvariga chefer tar tag i frågan och informerar personalen ordentligt vad som gäller angående rökning, säger hon.

HANNES LJUNGHALL

"Många slänger sina fimpar på trappor och i egentillverkade askkoppar"



Plastdunk full med fimpar vid ingång 31.



Yvonne Fischer plockar undan inrökta patientkoftor flera gånger i veckan.

"Chefernas ansvar att se till att reglerna respekteras"

– Ingen ska behöva utsättas för passiv rökning eller röklukt på sjukhuset, särskilt inga patienter. Det är varje chefs ansvar att redan under de första introduktionsdagarna informera om de regler som gäller för rökfritt landsting. Det är viktigt att vi respekterar de regler vi har kring rökning, säger Akademiskas personaldirektör Ingrid Persson.

Det finns inte siffror på hur många anställda på Akademiska sjukhuset som röker, men det finns siffror för Landstinget i Uppsala län. Mellan år 2000 och 2008 sjönk andelen rökare i landstinget från tolv procent till sju procent. Inom Uppsala kommun sjönk andelen under samma tid från femton till tolv procent.

– Vi ser en större nedgång av andelen rökare inom landstinget, och det är troligt att det har att göra med de regler för rökfri arbetstid som vi införde 2004, säger Kerstin Troedsson, processledare för hälsofrämjande sjukhus, där det ingår som ett deluppdrag att arbeta med tobaksprevention.

Ovanligt med rökavtal

Alla nyanställda informeras om dessa regler, som säger att man inte får röka på arbetstid, att kläder som används i det patientnära arbetet inte ska utsättas för rök, och att varken anställda, patienter eller besökare får röka i landstingets lokaler.

Med arbetstid avses hela arbetsdagen utom lunchrasten. Det finns dock möjlighet att röka oftare än så, ifall man skriver på ett kontrakt där man medger att det dras 30 minuter per dag från ens tidssaldo. Det är dock sällsynt att någon faktiskt gör det, enligt de personalchefer som Rondens har fått uppgifter ifrån. På kvinno- och barndivisionen förekommer det inte överhuvudtaget; hos andra divisioner handlar det som mest om ett fåtal anställda.

Den som röker olovandes och därför vill att det ska gå snabbt, har mindre tid att byta om och mindre tid att gå iväg till någon av sjukhusets anvisade rökplatser (och kanske även mindre lust att synas vid dem). Det är enligt många i personalen som Rondens har talat med vanligt förekommande

att anställda röker även på andra platser. Några exempel på sådana ställen, där det ofta ligger fimpar på marken eller luktar rök, är vid ingång 226, vid ingång 85 och i garaget under ambulansintaget.

Kerstin Troedsson får med jämna mellanrum in klagomål från personalen om att folk röker på fel ställen.

– Det händer ungefär en gång i månaden i genomsnitt. Det kanske inte låter jättemycket, men man ska över en ganska hög tröskel innan man tar sig tid att kontakta mig. Det är med all säkerhet många fler som reagerar negativt, säger hon.

Nedgång inom psykiatrin

Hon tillägger att rökplatserna inte ligger där de ligger idag av en slump.

– Det har att göra med ventilation och säkerhet att rökning inte är tillåten överallt utomhus. Röklukten kan dras längs väggar och ta sig in på de mest oväntade ställen om man står för nära ett hus, säger hon.

Hon är däremot väldigt glad att det har skett ett trendbrott inom psykiatrin, där betydligt färre inom personalen röker idag än tidigare.

– Det är en nedgång som är väldigt positiv, av flera skäl. Den som har slutat röka har gjort en stor prestation för egen del, men kommer dessutom att ha mycket lättare att stödja patienterna i att sluta röka.

HANNES LJUNGHALL



Kerstin Troedsson gläder sig åt en nedgång av antalet rökare bland psykiatripersonalen.

Svårare att ha koll på större enhet

– Rökning har aldrig varit något problem här. Jag har aldrig behövt säga åt någon, vår personal sköter det här som man ska göra, säger Gunilla Bromark, avdelningschef på hudmottagningen.

Av det 20-tal personer som jobbar på hudmottagningen är det tre som röker. En av dem är undersköterskan Anna-Lena Svedlund.

– Jag röker bara en gång om dagen och det är på min lunchrast. Tidigare kunde det nog bli flera gången om dagen, men sedan vi flyttade till fjärde våningen här i 30-huset tar det för lite lång tid att ta sig ut till rökplatserna.

En ledig dag röker hon omkring tio cigaretter, men hon tycker inte att det är svårt att bara röka en enda under hela arbetsdagen.

– Nej, om man fokuserar på arbetet blir det inte någon större grej, säger Anna-Lena Svedlund.

Litar på personalen

Gunilla Bromark vet vilka som röker på hennes mottagning och hon litar på att de inte röker under arbetstid. Hon tror samtidigt att det kan vara svårare för chefer för större enheter med upp till 40-50 anställda att ha samma koll.

Ett ögonblick ...

... Ingrid Book, som håller i Friskhusets rökavvänningskurser. Hur går det till att sluta röka med din hjälp?

– Vi utgår ifrån Margareta Pantzars bok "Tobaksfritt liv". Kursen är indelad i tre olika faser. Vi inleder med en förberedelsefas, där man observerar sitt rökande och sina tankar kring det. Sedan fortsätter det med själva stoppfasen, innan den avslutade fasen tar vid, som går ut på att förebygga återfall. Varje fas är två veckor lång. Sammanlagt är kurserna sex veckor långa, med en vecka mellan varje kursträff.



Hur många är det som verkligen slutar efter att ha gått kursen?

– Det är väldigt olika. I vissa grupper slutar alla, men det har även förekommit att ingen har slutat. Men ju fler försök man gör att sluta, desto större är chansen att lyckas. Ibland tar det lite tid; det har hänt att folk kommit fram till mig flera år efter kursen och sagt att de till sist har lyckats sluta röka.

Hur länge har du hållit i kurserna och hur har intresset sett ut genom åren?

– Jag började under tidigt 1990-tal. Intresset var större i början, det är klar



Avdelningschefen Gunilla Bromark (t v) och undersköterskan Anna-Lena Svedlund.

filtar ligga slängda i trapphusen, säger Anna-Lena Svedlund.

Gunilla Bromark skulle aldrig acceptera att hennes personal rökte i arbetskläder.

– För en patient som känner sig illamående är det verkligen inte roligt att träffa vårdpersonal som luktar rök. Det finns även de som har allergier eller andra besvär som inte mår bra av att komma i kontakt med rökluft.

HANNES LJUNGHALL

skillnad där. Tidigare hade vi två grupper varje termin med tio-tolv personer i varje grupp. Numera pendlar det från någon enstaka person upp till fyra per termin.

Andelen rökare bland de landstingsanställda minskade från tolv till sju procent mellan 2000 och 2008, det du säger verkar bekräfta den bilden.

– Ja, känslan är att vi kom till gräns där det inte längre fanns större grupper som ville sluta röka.

När är nästa kursstart för den som är intresserad?

– Vi har inte bestämt något datum än, men det lutar åt att det blir i mars. Det kostar ingenting att gå kursen, men det är viktigt att man är motiverad att sluta.

HANNES LJUNGHALL

Björn Ragnarsson summerar ett år som sjukhusets högste chef:

"Väldigt roligt – och väldigt jobbigt"

När Marie Beckman Suurküla avgick i november 2010 fick biträdande sjukhusdirektör Björn Ragnarsson ta över i väntan på en ny ordinarie sjukhusdirektör. Väntan blev dock betydligt längre än vad någon trodde från början.

När Björn Ragnarsson summerar året som har gått säger han att uppdraget har varit väldigt roligt – och väldigt jobbigt.

– Jag har varit både direktör och biträdande direktör samtidigt. Mina gamla arbetsuppgifter försvann inte när jag ersatte Marie, så det var många olika frågor att ta hand om. Vi hade stora utmaningar inför 2011, inte minst med ekonomin, och det var svårt att hinna med allt i början, säger Björn Ragnarsson.

Han var inte informerad i förväg om att

Marie Beckman Suurküla tänkte avgå med omedelbar verkan, men när beskedet kom accepterade han direkt att ta över under en övergångsperiod.

– I den rollen som jag hade var det ganska naturligt, jag hade ofta fungerat som Maries ställföreträdare i frågor som hon inte tog själv, säger han.

Björn Ragnarsson har trivts bra i rollen som sjukhusets högste chef, där man får uppleva kontakten med politiken och med landstingets ledningskontor på ett annat sätt, och där man får ha hela sjukhuset som sitt arbetsområde. Till avigsidorna hör att man ofta tvingas ta tydlig ställning i frågor som man inte själv har varit med och utrett.

– Man måste ha koll på väldigt många olika saker. Jag är van vid att själv vara den som tar fram underlagen, så det blev stor skillnad. Samtidigt har jag nog faktiskt

haft mindre tryck på mig från medierna som direktör än som biträdande, säger han.

Finns det frågor där du hade agerat annorlunda ifall du hade varit ordinarie sjukhusdirektör?

– Ja, det tror jag. Det är naturligt att man undviker alltför långsiktiga beslut när man inte vet exakt hur långt förordnande man har. Man får ett annat mandat att gå fram med tuffa beslut eller genomföra större förändringar om man är ordinarie sjukhusdirektör, säger han.

Till de positiva minnena från året hör att få delta i arbetet att effektivisera sjukhusets processer.

– Till exempel är leanarbetet lyckosamt med mängder av pågående bra projekt. Vidare har processen att minska antalet divisioner på sjukhuset från sju till sex genomförts. Vi lyckades få många olika saker att kugga i varandra. Det var en omfattande och komplicerad process som kunde genomföras tack vare mycket lojala medarbetare. Vi har lärt mycket inför eventuellt kommande organisationsförändringar, säger Björn Ragnarsson.

Hur känns det att gå tillbaka till rollen som biträdande sjukhusdirektör?

– Det har jag ju räknat med hela tiden, jag har inga bekymmer med det. Det ska bli ganska skönt, och kul att ta tag i nya arbetsuppgifter.

Den andre biträdande sjukhusdirektören Stanley Holsteiner, som lämnade sjukhuset nyligen, har haft ett ansvar för produktionen. Hade du på samma sätt under Marie Beckman Suurkülas tid särskilda frågor på ditt bord?

– Ja, på sätt och vis. Skillnaden är att frågorna inte på samma sätt kunde knytas till ett övergripande huvudområde. Men rollen som biträdande kan definieras på många olika sätt. Ytterst beror det på sjukhusdirektörens åsikter om hur staben ska vara utformad, vilka arbetsuppgifter som måste lösas i ledningen och vem som ska göra vad. Det här är inget som är statiskt och oföränderligt genom åren, olika personer har olika tankar.

TEXT: HANNES LJUNGHALL

FOTO: STAFFAN CLAESSION



Som tf sjukhusdirektör har Björn Ragnarsson haft hela sjukhuset som sitt arbetsområde.

"Nya skyltarna fyller en funktion"

De nya yrkesskyltarna har använts på Akademiska sedan oktober. När Rondan ber några anställda att summera intrycken hittills blir svaren övervägande positiva.

– Det har varit bra respons från personalen, inte minst tycker många att det är bra för patienternas skull, säger Åsa Hårsta Löfgren, utbildningssjuksköterska på akutmottagningen.

– Alldeles i början hörde man en del negativa kommentarer. Vi var inte förberedda på att få skyltarna, de dök bara upp en dag med beskedet att det var det här som gällde från och med nu. Då var det vissa som sa "ännu en skylt man ska ha, vad ska den göra för nytta?", säger Åsa Hårsta Löfgren.

Efter hand visade det sig att det ändå fanns ett behov som många inte hade tänkt på.

– Jag tror att medvetenheten har varit större på läkarsidan än bland sjuksköterskor och undersköterskor. Patienterna vill veta vem det är de talar med, det är en självklar trygghetsfråga för den som får sjukvård, och även om man presenterar sig för patienterna med namn och yrke, kan det vara svårt för vissa att komma ihåg vem som är vem när alla ser likadana

ut. Skyltarna är till bra hjälp där. Vi hade namnskyltar med titlar sedan tidigare, men de var svåra att läsa på avstånd, säger Åsa Hårsta Löfgren.

Hon ser ett värde även för personalen, eftersom man ställer olika sorters frågor i vårdsituationer beroende på om man vänder sig till läkare, sjuksköterskor eller undersköterskor.

– Vet man direkt vem som är vem underlättar det, inte minst när det handlar om mer akuta situationer, säger Åsa Hårsta Löfgren.

Återkommande fråga

Idén med olikfärgade skyltar som anger olika yrkestillhörigheter kom upp i samband med att sjukhusets ledningsgrupp hade ett gemensamt möte med de fackliga företrädarna för att diskutera vårdrelaterade infektioner. Idén hade då redan provats på eget initiativ av bland annat några läkare och arbetsterapeuter.

– Alltsedan läkarrockarna togs bort ur sortimentet för några år sedan har behovet av att lätt kunna identifiera olika yrkeskategorier kommit upp. När de fackliga företrädarna tyckte att detta var en bra idé som ett första steg, bestämde sig sjukhusets ledningsgrupp för att prova idén, säger Göran Modin, fram tills nyligen chefsläkare på Akademiska sjukhuset



Utbildningssjuksköterskan Åsa Hårsta Löfgren med de nya yrkesskyltarna.

och den som höll i frågan vid införandet.

– Alternativet med särskilda färger på kläderna hade självfallet varit ännu tydligare men samtidigt varit väldigt mycket dyrare. Att det i nuläget är läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, skötare och barnmorskor som fått de olikfärgade skyltarna är framför allt för att de tillhör de största yrkeskategorierna och för att det är de som oftast är involverade i lite mer akuta situationer, då det är en fördel att snabbt kunna se vem som är vad, säger han.

Ju fler saker som sätts fast i arbetskläderna, desto fler saker glöms också kvar när de åker i tvätten. Tvätteriet Berendsen skickar varje vecka påsar med ett 40-tal



Göran Modin

anhöriga. Ofta ska beslut tas, och frågor besvaras. Då är det en fördel att man är lätt att känna igen. Att inte snabbt kunna identifiera både läkare och andra leder till tidsspillan, och kan öka riskerna för att handläggningen i akuta situationer förlängs.

Det sägs att det är vanligt att patienter inte vet om de har talat med en läkare eller inte sedan läkarrocken försvann. Räcker det inte med att förklara tydligt i ord att man är läkare när man träffar en patient?

– När man pratar med patienter hör det till att man presenterar sig med vilket yrke man har och vad man heter. Man

"Det handlar inte om bara om yrkesskyltar, folk glömmer sökare, namnbrickor, stetoskop, passerkort, busskort, nålar och broscher."



Säkerhetssamordnaren John Belling efterlyser bättre kontroll innan arbetskläderna åker i tvätten

yrkesskyltar tillbaka till Akademiska.

– Det handlar inte om bara om yrkesskyltar, folk glömmer allt möjligt – sökare, namnbrickor, stetoskop, passerkort, busskort, nålar och broscher. Jag tycker att folk bör vara mer uppmärksamma än så. Om det handlar om personliga ägodelar returnerar vi dem så gott det går, men sakerna är inte alltid märkta så att det går att spåra en ägare, vilket ju till exempel är fallet med yrkesskyltarna, säger sjukhusets säkerhetssamordnare John Belling.

Den som har skickat sin yrkesskylt till tvätteriet måste istället skaffa en ny skylt via sin närmaste chef.

HANNES LJUNGHALL

måste komma ihåg att patienter utsätts för väldigt många intryck på kort tid på avdelningar och mottagningar. Det gör att man kan ha svårt att minnas all information, särskilt våra alltför äldre patienter. Allt som då underlättar hjälper en. Läkarrocken som plagg var en symbol – man visste direkt att man pratade med doktorn, och i så måtto hjälpte detta. Nackdelen med rocken var att den lättare kom i beröring med patienter och sängar med mera, vilket kan utgöra en fara för spridning av smitta. För att minska den risken har sjukhuset beslutat sig för att den inte ska finnas kvar.

HANNES LJUNGHALL

"En öppen, rapporterande kultur ökar säkerheten"

Akademiska placerar sig nära riksgenomsnittet inom de flesta områden i SKL:s mätning av patientsäkerhetskulturen på svenska sjukhus. I några fall hamnar sjukhuset under snittet, bland annat vad gäller den självskattade patientsäkerhetsnivån, den sammantagna säkerhetsmedvetenheten och högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbete.



Filippa Nyberg

– Siffrorna visar inte det faktiska antalet vårdskador, och kulturbegreppet i sig är nytt och behöver diskuteras för att man ska förstå hur det hänger ihop. Det finns stor anledning att ta resultaten på allvar, det finns en tydlig koppling mellan säkerhetskulturförfrågorna och antalet patienter som skadas i vården. Vi har högt satta mål för att minska antalet vårdskador nationellt och för att hänga med i patientsäkerhetsarbetet, behöver vi också på Akademiska ta till oss betydelsen av undersökningen, säger chefsläkare Filippa Nyberg.

Syftet med mätningen är att undersöka medarbetarnas och ledarnas attityder och förhållningssätt till patientsäkerhet. Undersökningen görs för att på sikt hitta sätt att förbättra patientsäkerhetskulturen, för att öka patientsäkerheten och därmed minska antalet vårdskador.

Svårare för större sjukhus

Filippa Nyberg ser ett särskilt behov av att arbeta vidare utifrån de resultat som antyder att kommunikationen mellan avdelningar upplevs som bristfällig, liksom sjukhusledningens engagemang.

– Om kulturen går i riktning mot en öppen, rapporterande kultur, där det är tillåtet att ta upp misstag och problem, finns det många exempel på att säkerheten ökar säger hon.

Samtidigt pekar Filippa Nyberg på vissa omständigheter som bör beaktas i sammanhanget. En sådan är att ett mindre sjukhus som regel får bättre resultat än ett större sjukhus i den här typen av mätningar.

– På det lilla sjukhuset möts man och pratar på ett annat sätt. När det inte är så stort blir det lättare att stöta ihop i matsalen eller i hissen. Det uppstår fler kortare,

informella träffar som gör att folk upplever att det finns en dialog och ett närmare samarbete, och det gäller även patientsäkerhetsarbetet. På samma sätt kan det finnas en större möjlighet till direktkommunikation med den högsta ledningen på det lilla sjukhuset, säger hon. Det är en utmaning för oss på Akademiska att försöka skapa samma fördelar som det lilla sjukhuset har, att skapa "det lilla sjukhuset i det stora", utan att samtidigt skapa murar mellan till exempel divisioner, säger hon.

Den som är medveten ställer krav

En annan faktor är att en högre medvetenhet, något paradoxalt, kan ge lägre poäng. Den som arbetar mer aktivt med patientsäkerhetsfrågor kan ha högre ställda krav på såväl konkreta åtgärder, som på engagemang och medvetenhet hos kolleger och ledning.

– Detta understryks av att poängen ibland har blivit sämre den andra gången man mäter patientsäkerhetskulturen hos en enhet än den första gången, just eftersom personalen har börjat tänka i nya banor efter den första mätningen, säger Filippa Nyberg.

Landstinget i Uppsala län planerar att genomföra en ny mätning om två år.

HANNES LJUNGHALL

Ett ögonblick ...

... Jan Thorelius, ordförande Sjukhusläkarföreningen. Vad tycker läkarna på Akademiska om de nya skyltarna efter att ha använt dem sedan början av oktober?

– Vi hade helst sett att det funnits en tydligare märkning i form av olika färger på bården kring halsen på bussarongen för olika yrkeskategorier. Då hade det gått att identifiera någons yrkes-



tillhörighet även bakifrån. Men skyltarna är ett steg i rätt riktning, och så tillvida tycker läkare att de fyller en funktion. Jag delar den åsikten.

Varför det är viktigt att direkt kunna se vem som är läkare?

– Prioritet ett är självklart att försäkra att patienterna får bästa möjliga vård. Det i sin tur kräver att organisationen är tydlig och så lätthanterlig som möjlig för alla som arbetar i den. Det är viktigt inte bara att lätt kunna identifiera läkare, utan även andra yrkeskategorier. Läkare har emellertid det slutliga ansvaret för patientens vård. Till arbetet hör att man rör sig en hel del bland övriga anställda, patienter och



Torsdagsrund på röntgen. Närmast kameran: Konstantin Salci, neurokirurg, sedan följer på främre raden: Maria Zetterling, neurokirurg, Anja Smits, neurolog, Ahmad Ayad, neurolog, Wivianne Björklund, onkologisjuksköterska, Erik Blomquist, onkolog, och Ulla Martinsson, barnumörnkolog. I bakre raden syns Andrea Godau, neuroradiolog och Bo Strömberg, barnneurolog.

Gränsöverskridande samarbete i kamp mot hjärntumörer

Varje torsdageftermiddag samlas en grupp specialister i ett gränsöverskridande samarbete för att diskutera vilken som är den bästa behandling Akademiska kan erbjuda patienter med hjärntumörer. I gruppen finns neurolog, neurokirurg, onkolog, neuroradiolog, neuropatolog och neuroonkologiskt inriktade sjuksköterskor.

I och med denna gemensamma rond kan vi gemensamt komma fram till snabba beslut för patientens bästa utifrån våra respektive specialiteter. Vi är ju oerhört beroende av varandra, säger neurolog Anja Smits.

Rondens rapporter var med en stund vid en sådan gemensam torsdagsrund på röntgen. Ett tjugotal personer från olika specialiteter var närvarande.

De patientfall som tas upp anmäls i förväg för att deltagarna ska ha möjlighet att förbereda sig. Kring varje patientfall upp-

står en informell diskussion om diagnos eller vad som är den bästa behandlingen, till exempel strålning, operation eller att avvakta.

– De här ronderna har lett till att vi mer och mer har börjat träffa patienterna gemensamt. Det gör att bedömningen blir bättre, vi spar tid och det blir smidigare för patienten, säger onkolog Erik Blomquist.

Utöver dessa gemensamma ronder har det hänt flera positiva saker på Akademiska för den här patientgruppen, uppger Anja Smits.

– Vi har fått förstärkning på neuroröntgen med en professor och nya medarbetare. Även neuropatologen har glädjande nog utökats med en professor trots bristen på dessa specialister.

Nära samarbete

Dessutom går forskningen framåt och nyare behandlingsformer ökar möjligheten att leva längre med hjärntumör. Det som utmärker neuroonkologi vid Akademiska är att forskningen vid Rudbecklaboratoriet har knutits så nära verksamheten. Kli-

niskt material används storskaligt i grundforskningen och det nära samarbetet bara ökar med åren.

Att drabbas av en elakartad hjärntumör är dramatiskt. Överlevnaden är kort. Men nu har den förlängts genom att patienten behandlas – efter att så mycket som möjligt av tumören opererats bort – med en kombination av strålbehandling och cytostatika.

Därigenom har andelen som lever i två år efter de fått sin diagnos ökat från 10 procent till 25 procent.

– Vi hoppas också mycket på flera nya mediciner som kan bromsa tumören. Den bildar nämligen egna kärl, men hindras i detta av de nya medicinerna. Studier som gjorts visar på goda resultat. Här har vi stora förväntningar på framtida mer effektiva behandlingar, säger Erik Blomquist.

Hela familjens sjukdom

Vidare arbetar numera onkologerna och vårdpersonalen med patientens familj.

– En hjärntumör är hela familjens sjukdom och därmed behöver alla få stöd och information. Vården har också blivit mycket mer poliklinisk så att patienten kan bo hemma eller på patienthotell.

Varje år drabbas cirka 1 300 personer i Sverige av hjärntumör. Denna grupp utgör ungefär två–tre procent av alla nya cancerfall. Av dessa tumörer är nästan hälften gliom, det vill säga de utgår från gliaceller som är stödceller i hjärnan. Och det finns två typer av gliom – låg- respektive högmaligna.

– Av den andra hälften av tumörer är



"Det finns inga livsstilsråd vi kan ge för att man ska undvika att få den här typen av cancer"

Anja Smits, neurolog



"Vi hoppas mycket på flera nya mediciner som kan bromsa tumören"

Erik Blomquist, onkolog

majoriteten meningiom, som i regel är godartade och förekommer mest hos äldre patienter. För vissa av dessa patienter har protonstrålbehandling visat sig vara framgångsrikt för att förhindra ny- eller återtillväxt av tumören. Denna behandling är unik för Skandinavien, uppger Erik Blomquist.

Anja Smits arbetar med lågmaligna gliom, som är långsamt växande hjärntumörer. Patienterna är oftast i 30- till 40-årsåldern vid insjuknandet. De allra flesta får ett epileptiskt anfall och vissa även tanke- och motoriska störningar.

– Tumörcellernas typiska sätt att växa in i hjärnan utan skarp gräns mellan frisk vävnad och tumör gör det svårt att operera bort gliom. Lågmaligna gliom brukar dessutom ofta uppstå i känsliga områden i hjärnan som förmedlar språk, motorik eller känslor, säger hon.

Nästan alla gliom blir högmaligna

Dessa patienter kan leva en lång tid med tumören. Men nästan alla lågmaligna gliom omvandlas till ett högmalignt gliom, den elakartade formen av gliom.

– Vi vet egentligen inte så mycket om varför vissa personer får en hjärntumör eller varför vissa svarar bättre på behandling än andra. Det finns olika faktorer som spelar in som ärftlighet, miljö och livstil. Men det finns inga så kallade livshygieniska råd vi kan ge för att undvika att få den här typen av cancer såsom det gör vid andra cancerformer, säger Anja Smits.

TEXT: INGELA WIMAN
FOTO: STAFFAN CLAESSION

Medicinering håller Matts tumör i schack sedan 2006

För Matts Eriksson kom symptomen plötsligt. När han var på väg ut med båten kände han sig konstig, yr och illamående. Han ropade på hjälp och en förbipasserande man hörde honom och ringde efter ambulans. Först åkte de till Östhammars sjukhus, men efter det att Matts fått sina första rejäla epilepsianfall gick färden vidare till Akademiska.

– En rad röntgenundersökningar visade att det var en typ av hjärntumör. Därefter följde en lång period där olika mediciner testades i olika doser, säger han.

Det är nu drygt nio år sedan Matts blev sjuk. Ganska snabbt efter insjuknandet blev han av med körkortet eftersom han fortsatte att ha epileptiska anfall. Inte heller jobbet fick han behålla.

– Det känns hårt, säger han.

Deltog i europeisk studie

Efter fyra år beslöt sig läkarna att operera bort så mycket de kunde av hjärntumören – då stor som ett litet ägg. Mer än hälften fick de bort, men en bit är kvar. 2006 utvaldes han att vara med i en europeisk studie som innebar cellgiftsbehandling för hans del.

– En tuff tid med mycket illamående. Men den gav resultat, tumören minskade och håller sig fortfarande i schack. I dag mår jag tämligen bra, får köra bil igen och kan leva som vanligt – fast jag blir trött av mycket folk och ljud.

Under alla år har Matts haft samma doktor, Anja Smits, och samma sjuksköterska, Anneli Granath, på Akademiska.

– De ska ha all heder av att det alltid ställt upp för mig och gett mig ett fantastiskt bemötande!



INGELA WIMAN



Visualisering av mål och resultat på neuromottagningen med tf avdelningschef Anneli Granat (t v) och läkarsekreteraren Carina Käll-Dahlgren, som är med och tar fram sifferunderlaget.

Brett genomslag för metod att producera mer med samma resurser:

Produktionsplanering här för att stanna

Strukturerad planering och styrning av vårdproduktionen har under året blivit allt vanligare på Akademiska. Ett exempel är neuromottagningen, som har arbetat intensivt med att få bättre kontroll över relationen mellan behovet/uppdraget och resurserna att utföra det.

Under 2010 stängde två privata neurologikliniker i Uppsala, vilket bidrog till att öka det redan hårda trycket på neuromottagningen på Akademiska. Väntelistan växte och i början av 2011 klarade inte mottagningen vårdgarantin för nybesök. I det läget beslöt sig den nytillträdde verksamhetschefen Karin Rudling att börja arbeta med produktionsplanering – dels som ett sätt att producera mer vård med samma resurser, dels för personalens egen skull.

– Den viktigaste anledningen var att jag ville göra personalen mer delaktig. Jag ser det som en viktig arbetsmiljöfråga. Är man som personal delaktig i målen och resultatuppföljningen känner man större

engagemang och har roligare på jobbet. Man minskar känslan av stress och att beslut fattas över ens huvud. Och har man roligt och trivs på jobbet gör man också ett bättre jobb, säger Karin Rudling.

Till sin hjälp har hon haft verksamhetsutvecklaren Carina Lundin, som i sin tur har kunnat bolla idéer med optimeringsexperten Myrna Palmgren. Ronden har tidigare berättat om hur Myrna Palmgren, som har sin huvudsakliga anställning inom Region Skåne, anställdes på deltid på Akademiska mellan mars och oktober för att vara med och lägga grunden till ett långsiktigt, sjukhusövergripande arbete med produktionsplanering.

Myrna Palmgren har bland annat pekat på vikten

"Jag ser det som en viktig arbetsmiljöfråga. Är man som personal delaktig i målen och resultatuppföljningen känner man större engagemang och har roligare på jobbet."

Karin Rudling, verksamhetschef neurologi

"Det behövs inga tjugusiga formler för att lösa den här typen av problem – minus och plus räcker långt."

Carina Lundin, verksamhetsutvecklare



TEXT:
HANNES
LJUNGHALL
FOTO:
JOHAN
WAHLGREN
(NEURO-
MOTTAG-
NINGEN)
& HANNES
LJUNGHALL

av att arbeta på skilda sätt med akuta flöden och planerade flöden. Vid akuta flöden vet man mindre i förväg om hur behovet kommer att se ut, vilket ställer större krav på flexibla system där man kan sätta in extra resurser vid behov. Planerade flöden kan man räkna ut mer exakt i förväg.

Myrna Palmgren har skrivit en doktorsavhandling inom optimeringslära, vilket kan beskrivas som läran om hur man löser komplexa problem med matematiska metoder.

– Men det behövs inga tjugusiga formler för att lösa den här typen av problem. I vissa lägen kan det ha ett värde att göra hänvisningar till köteori och liknande, men i praktiken handlar det om väldigt enkel matematik – minus och plus räcker långt, säger Carina Lundin.

Arbetet delas in i fyra huvudmoment

Arbetet med produktionsplanering går att dela in i fyra olika huvudmoment. Det första steget är att göra en nulägesbeskrivning. Hur jobbar man med produktionsplanering för närvarande? Hur många patienter behandlade man per månad och vecka förra året? Vilka resurser hade man i form av personal och lokaler?

Steg två kallas "kategorisering av vårdtjänster". Exakt vilken vård är det man utför? Hur kan man gruppera olika diagnoser eller patientgrupper för att på bästa sätt planera vården och göra uppföljningar?

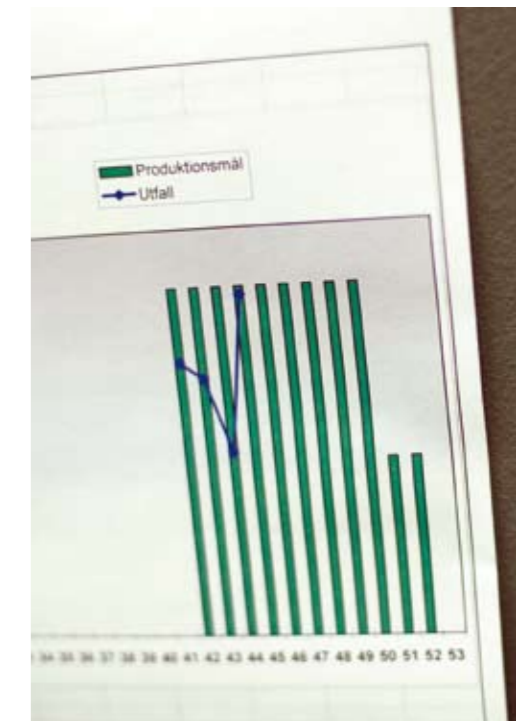
I steg tre gör man en produktions- och resursplanering. Man använder sig då av särskilda mallar där man skriver in de mål man vill uppnå (till exempel "tio nybesök vecka 1") och vilken bemanning man ska ha för att uppnå målen.

Steg fyra benämns "visualisering och styrning". Här skapar man rutiner för att kommunicera målen och resultaten till personalen, och samtidigt få deras hjälp att förbättra resultaten. Med de aktuella siffrorna framför sig diskuterar chefer och personal tillsammans varför det har gått som det har gått. Om man missade ett visst mål en viss vecka, vad berodde det på? Fanns det något som man kunde ha gjort annorlunda?

Produktion och schemaläggning knyts ihop

Neuromottagningen har provat att arbeta med mallarna under hösten. I december fyller man i målen för nästa år, innan man går över i skarpt läge den 1 januari.

– Produktionsuppdraget och schemaläggningen



av läkare kan lätt ses som två separata spår, där man schemalägger utan att först ha klart för sig exakt hur uppdraget ser ut. På det här sättet får vi bättre möjlighet att anpassa resurserna efter behovet, säger Karin Rudling.

Pediatriken arbetar på ett liknande sätt med visualisering av mål och resultat, även om de har valt att publicera siffrorna digitalt på Navet snarare än på tavlor. Den gemensamma diskussionen är dock densamma, där personalen regelbundet jämför det planerade utfallet med det faktiska utfallet, och tillsammans letar förklaringar och diskuterar vad man kan göra annorlunda.

Verksamhetschefen Christophe Pedroletti säger att visualiseringen har gjort det lättare att skapa förståelse för varför vissa förändringar är nödvändiga. Personalens engagemang och vilja att diskutera verksamhetsfrågor har ökat på ett sätt han ser som positivt, även om alla inte alltid är överens. Han betonar att planeringen och styrningen är en möjlighet och inte ett hot.

– Det handlar egentligen bara om att använda resurserna där de behövs mest. Traditionellt har det funnits en kultur där den här typen av detaljerad planering och styrning kan framstå att man får mindre personlig frihet, att man inte på samma sätt kan lägga upp sin arbetstid som man själv vill. Jag tycker att det är viktigt att inte väja för sådana



Karin Rudling



Carina Lundin



"Bättre planering ger i själva verket större möjligheter att till exempel forska eller kompetensutveckla sig på arbetstid. Man kan frigöra tid som man inte hade haft annars."

Christophe Pedroletti, verksamhetschef pediatrik

frågor för att man uppfattar dem som känsliga. Min inställning är att bättre planering i själva verket ger större möjligheter att till exempel forska eller kompetensutveckla sig på arbetstid. Man kan frigöra tid som man inte hade haft annars. Och vår planering ska inte bara handla om antal patientbesök, det ingår även att planera för forskning och utveckling, och det här är ett sätt att skapa bättre förutsättningar för det, säger han.

Nyttillträdde sjukhusdirektören Lennart Persson vill poängtera vikten av att arbetet med strukturerad styrning och planering av produktionen fortsätter på Akademiska.

–Det är viktigt för såväl patienternas skull som för sjukhusets ekonomi och för medarbetarnas trivsel, säger han.

Jämna flöden viktigt

Jämna patientflöden är en förutsättning för en framgångsrik produktionsplanering. För att åstadkomma detta har verksamhetsområde öron-, näs- och halssjukdomar infört ett koncept som kallas "bra mottagning", där grundprincipen är att patienten ska få vård i tid – på en tid som passar patienten. Tidigare hamnade patienterna först på väntelistor, för att sedan kallas på en tid som passade verksamheten. Det togs lite eller ingen hänsyn till patienternas egna önskemål. Genom att så långt som möjligt låta patienterna själva bestämma tidpunkt för besök och behandling, har öron-, näs- och hals ökat tillgängligheten, samtidigt som de har minskat antalet ombokningar, strykningar och uteblivna besök.

–Den tid som vi har tjänat in använder vi till ett

intensifierat kvalitetsarbete, som patienterna tjänar på i förlängningen. I framtiden hoppas jag att vi kan använda oss mer av internetbaserade lösningar för att boka, avboka och ändra tider, så att vi blir mindre beroende av att någon ska sitta och svara i telefon, säger verksamhetschefen Manochehr Amani.

När han tillträdde 2009 tvingades 58 procent av patienterna vänta längre än vårdgarantins 90 dagar på ett nybesök. Efter ett års arbete med produktionsplanering och "bra mottagning" var antalet nere på 8,6 procent. Siffrorna har hållit i sig sedan dess.



Manochehr Amani, verksamhetschef öron-, näs- och halssjukdomar.

Förbättrade materialflöden på DAT sparade in miljoner

Inom de teknik- och materialtunga områdena intervention och mikrobiologi på dat-divisionen pågår sedan ett år ett förbättringsprojekt för att effektivisera materialflöden. Resultatet hittills är en kostnadsänkning på omkring 4,5 miljoner kronor genom minskade inköpskostnader och lägre kapitalbindning i förråd.

Dessutom har tidsåtgången för beställning och hantering av material minskats med omkring 2 000 timmar per år, vilket frigör resurser till mer diagnostik och vård.

–Detta är ett exempel på ett mycket framgångsrikt förbättringsarbete som resulterar i en bättre arbetsmiljö och lägre kostnader. Medarbetarna i de olika förbättringsteamerna gör ett fantastiskt arbete, säger divisionschef Eva Telne.

Resultatet är en effekt av att personalen genom ett strukturerat teamarbete dels har skapat ordning och reda i förråden så att var sak har sin plats och finns i rätt mängd, dels har infört en enkel och håll-

bar process för förrådsstyrning som grundar sig på kanbankort (se bildtext), dels har optimerat placering av material för att minska behov av hantering och tunga lyft.

Varje förbättringsteam har bestått av medarbetare från olika personalgrupper som har jobbat med ett väl avgränsat område två timmar per vecka under ungefär tio veckor. Totalt har nio förbättringsteam arbetat, vilka har involverat runt 30 personer i förbättringsarbetet.

–Till en del handlar de minskade inköpskostnaderna 2011 i jämförelse med 2010 om att vi har "åtit ut" för stora lager, men det är absolut även en effekt av att kassationen och svinnet har minskat. I verksamheter som laboratorier, röntgen och operation kan man generellt säga att kostnaden för lager är runt 15 procent av lagervärdet på grund av att artiklarna blir gamla eller att man slutar använda en modell eller fabrikat, säger dat-divisionens vårdchef Karin Soini.

HANNES LJUNGHALL



Karin Soini tillsammans med Susanne Bäckström, koordinator och teamledare för ett av förbättringsteamerna. De gula korten på hyllorna är sk kanbankort som man använder för att beställa varor. Systemet grundar

sig på principen att artiklar endast beställs då de faktiskt behövs, snarare än att man har buffertlager. På så sätt kan förråden innehålla ett minimum av artiklar, utan att det saknas något när man behöver det.

 UPPSALA UNIVERSITET

Kurs i monitorering

Kursen vänder sig till forskningssköterskor, sjuksköterskor och annan personal inom sjukvården som arbetar med, eller ska börja arbeta med monitorering av prövarinitierade studier.

"Jag har lärt mig massor och det har varit KUL".

Nästa kurs: 21 och 22 mars 2012

Sista anmälningdag: 7 mars

Läs mer och anmäl dig på:
www.ucr.uu.se

Vid frågor kontakta:
Inger Ekman, 018-611 95 09
inger.ekman@ucr.uu.se

Välkommen!

 AKADEMISKA SJUKHUSET

 UCR
UPPSALA CLINICAL RESEARCH CENTER

 UPPSALA UNIVERSITET

Kurs i Good Clinical Practice

För forskare som har erfarenhet av kliniska prövningar, men som saknar formell GCP-kompetens.

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

Nästa kurs: 8 och 9 februari 2012

Sista anmälningdag: 25 januari

Läs mer och anmäl dig på:
www.ucr.uu.se

Vid frågor kontakta:
Gunneli Ekberg, 018-611 95 13
gunneli.ekberg@ucr.uu.se

Välkommen!

 AKADEMISKA SJUKHUSET

 UCR
UPPSALA CLINICAL RESEARCH CENTER



"Jag vet att kirurgdivisionen och dess medarbetare har gjort allt som stått i deras makt"

FRÅGA DIREKTÖREN

I varje nummer av Ronden besvarar sjukhusdirektör Lennart Persson frågor från personalen om verksamheten på Akademiska. Den här gången kommer frågorna från ortopedmottagningen.

det finns fotstöd och om de i så fall är hela. Det är ett dagligt problem för oss. Vi tillbringar allt för mycket tid på att leta efter rullstolar. Den tiden borde vi kunna använda till bättre saker i världen.



AKADEMISKA SJUKHUSET
BARNFOND
låt det friska hos det sjuka barnet växa
BG 900-0670

www.akademiskasbarnfond.se | info@akademiskasbarnfond.se | 018-611 00 00 | PG 90 00 67-0

Hos oss på ortopedien har bristen på operationstillgänglighet lett till missnöje i läkargruppen och viss läkarflykt. Är detta känt hos sjukhusledningen och vad görs? Till följd av bristen klarar vi inte vårdgarantin för våra regionpatienter, vilket kan medföra för lite pengar och patienter in. Finns det någon plan för att förhindra detta? Hur mycket kan vi tappa?

Vad jag förstår har kirurgdivisionens chef kontinuerligt informerat sjukhusledningen i just denna fråga och också drivit och medverkat i flera arbeten inom sjukhuset för att lösa problematiken. Det finns dock en tämligen stor komplexitet i detta med operationssalsresurser som har gjort att enkla och snabba lösningar inte har gått att genomföra på sjukhusnivå. Kirurgdivisionen för också avtalsdiskussioner med externa leverantörer av operationsresurser.

Jag vet att kirurgdivisionen och dess medarbetare har gjort allt som stått i deras makt för att hantera svårigheterna och tack vare detta har divisionens produktionstapp inte blivit så stort som

det befarades. Tyvärr har ortopedien och handkirurgen fått stå tillbaka mer än andra enheter vid prioritering av resursfördelningen.

Verksamhetsområde ortopedi har hittills i år tappat i snitt en miljon kronor per månad på riks/regionpatienter som vi inte har kunnat behandla jämfört med föregående år, om detta håller i sig så blir det totala förlusten omkring tolv miljoner kronor.

Sjukhuset jobbar hårt med att införa produktionsplanering/styrning och optimering av det totala resursutnyttjandet. Här har vi även ett yttre tryck på oss från vår produktionsstyrelse som efterfrågar hur vi utnyttjar våra operationssalsresurser. Sjukhuset har också lagt fram ett förslag om en snabb lösning på operationssalsbristen till våra politiker och landstingstjänstemän som för tillfället diskuteras.

Hur har man tänkt att lösa problemet med den stora frånvaron av rullstolar vid entrén? Om man mot förmodan hittar en rullstol där, så får man vara glad om den har luft i alla hjul, om

Frågan gällde som jag förstår det i första hand entrén på ingång 70. De senaste åren har det tillförts ett 20-tal nya rullstolar dit, utöver dem som fanns där sedan tidigare. Att det ändå är emellanåt är tomt beror på flera olika saker. Dels handlar det om ett svinn – rullstolar försvinner från sjukhuset helt enkelt, och vi arbetar för att minska detta.

Dels handlar det om att många som hämtar en rullstol inte lämnar tillbaka den när den inte längre används. Istället blir den stående på en avdelning, i en korridor, i en kulvert eller i ett garage. När det saknas rullstolar går sjukhusvårdinnorna ofta omkring och letar på dessa ställen tills de hittar en.

Ett första steg mot en bättre ordning kunde vara en "återlämningsdag". Alla rullstolar har en märkning som visar var de hör hemma, och om vi under en förutbestämd dag kunde se till att alla rullstolar returneras dit de hör hemma, vore det en bra början. En möjlighet som jag överväger är att ge någon det övergripande ansvaret för att det finns rätt antal rullstolar på rätt ställe. Idag finns det ingen som har ett sådant ansvar.



Goda utsikter för ett lyckat arbetsmöte!

Endagskonferens Kapellskär-Mariehamn

I priset ingår:

- Skärgårdskryssning Kapellskär-Mariehamn
- Bistro Buffet inkl vin, öl, läsk och kaffe
- Fyra timmars konferens ombord inkl kaffe och frukt

Gäller alla dagar. Bokningskod SKONF.

Tillägg för julbord.

Prisex 275 kr/person.

Ett tips är att starta konferensen innan avresa. Ni kan boka hela Rosellas nattklubb som då står till ert förfogande under två timmar. Perfekt för en större presentation eller föredrag.

För information och bokning ring 08-452 40 40.

NG LI

vikingline.se

Viktigt att snabbt tillämpa nya rön

Sedan några veckor är jag en av Akademiska sjukhusets två chefsläkare. Jag kom hit till sjukhuset som ganska nyfärdig specialist i ortopedi 1994 och har större delen av tiden sedan dess sysslat med ryggkirurgi. Under åren 2003 till 2007 var jag verksamhetschef på ortopedikliniken. Efter tiden som chef återgick jag i klinisk tjänst som ryggkirurg. Det känns mycket angeläget för mig att behålla en del av det kliniska arbetet, och jag arbetar 40 procent på ortopedin och 60 procent som chefsläkare.

PATIENTSÄKERHET ÄR chefsläkarnas huvudsakliga arbetsuppgift. Mycket stora förbättringar har skett fortlöpande under åren, men mycket återstår att göra. Ett exempel på nationell nivå är att läkemedelsrelaterade problem utgör den enskilt vanligaste orsaken till inläggning på sjukhus i Sverige.

DEN MEDICINSKA UTVECKLINGEN leder fortlöpande till effektivare behandlingar och bättre resultat. Men den processen skulle kunna gå snabbare än den faktiskt gör idag. Utvecklingen sker i tre steg, där det första steget är att finna den biologiska bakgrunden till problemet. Nästa steg är att utveckla en effektiv behandling.

"Läkemedelsrelaterade problem utgör den enskilt vanligaste orsaken till inläggning på sjukhus i Sverige."

DET TREDJE STEGET innebär att den bästa behandlingen måste spridas och komma i bruk. Arbetet med det tredje steget är inte lika uppmärksammat som arbetet med de övriga stegen, men det är genom att se till att vi genomgående tillämpar de metoder som är mest effektiva som vi snabbast kan nå stora förbättringar av vår behandling och av våra resultat. Detta tredje steg är en viktig del av sjukhusets arbete med patientsäkerhet, och jag ser fram emot att vara en del i det arbetet.



BENGT SANDÉN
CHEFSLÄKARE

Många kom till UKK för slutsummering av bra flyt-projekt

Det går att förbereda operationer smartare och organisera vården så att patienter slipper onödigt väntan, får bättre smärtlindring och kan skrivas ut snabbare. Det visar erfarenheter från det nationella projektet "Bättre flyt på opererande verksamheter III" som letts från Akademiska sjukhuset. Den 24 november summerades resultaten på Uppsala konsert & kongress.

– Huvudsyftet med satsningen från Sveriges kommuner och landsting har varit att få bättre och säkrare patientflöden. Förutom att minska slöseri med patienternas tid har strävan varit att hitta lösningar som ökar produktionen med befintliga resurser, ger ökad vårdkvalitet/patient-



säkerhet men också minskar stressen och gör medarbetarna mer nöjda, säger Marie Källman, projektledare.

Totalt har elva operationsteam från sex sjukhus medverkat och träffats regelbundet i Uppsala för att lära av varandra. Teamen kommer från Akademiska sjuk-

huset, Kärnsjukhuset i Skövde, lasarettet i Falun, Norrlands universitetssjukhus, S:t Eriks ögonsjukhus och Sundsvalls sjukhus. Unikt för projektet är att hela team med ortopedier, narkosläkare, operations- och narkossjuksköterskor ingått tillsammans, inte yrkesgrupperna var för sig.

BO I STADSSKOGEN NÄRA DIN ARBETSPLATS

Börja dagen med en kort promenad eller cykeltur genom Stadsskogen till din arbetsplats på Akademiska Sjukhuset. Här erbjuds lägenheter med spännande planlösningar och generösa fönsterpartier. Från 1 rok till representativa takvåningar om 4-5 rok.

Samtliga lägenheter har balkong eller uteplats och takvåningarna har fantastiska terrasser! Garageplats finns belägen i källaren med hiss direkt upp till lägenhetsplanet. Försäljningen av lägenheterna är nu i full gång!

KONTAKTA VÅRA FASTIGHETSMÄKLARE FÖR MER INFORMATION
CAROLINA HAGREN 018-68 58 77 OCH HENRIK LINDKVIST 018-68 58 78



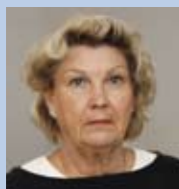
Receptionen på ingång 70 är bemannad varje vardag kl 7.45–16. Eva Candler delar uppdraget med tre kollegor. De som är i tjänst turas om att ta lunch, en halvtimme var.



En vanlig dag tar Eva Candler och hennes kollegor emot hundratals besökare. De hjälper till med bland annat försäljning av parkeringskort, inbetalningar av patientavgifter och utbetalningar av förskottskassor till avdelningar.

Jämn ström av besökare hela dagen till receptionen

FOTO:
STAFFAN
CLAESSON



Namn:
Eva Candler
Yrke:
Assistent
/receptionist
**Började arbeta på
Akademiska
sjukhuset: 1985**

VI ÄR FYRA PERSONER som arbetar i receptionen i ingång 70, två heltidstjänster och två halvtidstjänster. Ann och jag har delad tjänst och Rosmarie och Christina arbetar heltid.

Den här morgonen tar jag bussen till jobbet som vanligt kl 6.30 och anländer strax efter klockan sju. Hejar godmorgon på mina arbetskamrater och loggar in mig på datorn. Kollar av mejl och meddelanden och även vår egen brevlåda med tillbakalämnade bilnycklar, nycklar och kort till sjukhusets föreläsningssalar.

Rosmarie och jag började morgonen med att hjälpas åt med att redovisa gårdagens alla kassaärenden. Vi gör detta varje morgon och skickar vår redovisning med interna posten till ekonomiavdelningen för registrering.

KLOCKAN 7.45 öppnar vi receptionen och plockar då ut en del av våra varor och profilprodukter till disken för försäljning under dagen, samt kartor över sjukhuset, avdelningslistor, telefon, dator och

fyller på med informationsmaterial i vårt broschyrställ.

Dagens första besökare är en anställd som kvitterar ut ett nyckelkort till en föreläsningssal och han ber även om en parkeringsdekal. Två nyanställda kommer strax efter för att hämta p-dekaler.

Varje år från december månad får vi de nya p-dekalerna till våra anställda på sjukhuset för nästa år. Vi delar ut omkring 7 000 dekaler varje år, de flesta under perioden december–februari.

Kl 9-9.15 tar vi fikarast.

PÅ FÖRMIDDAGEN ÄR DET ett jämt flöde av besökare och personal som vi hjälper med olika slags ärenden. En patient vill ha hjälp med en instämpling i sitt högstkostnadskort för att komma upp till beloppet som gör att ett frikort kan skrivas ut. Patienten har inte något riktigt underlag i form av ett kvitto eller faktura på besöket. Ärendet blir krångligt och tidskrävande, vi tar kontakt med

ekonomiavdelningen för att få hjälp att handlägga ärendet.

Bilnycklar till hyrbilar från Avis lämnas ut till några hyrare under morgonen och eftermiddagen.

Vi får flera telefonsamtal under dagen med förfrågningar angående inläggande patienter. Samtalen kommer från olika vårdboenden, anhöriga, olika myndigheter, apotek och andra sjukhus.

Kl 11.30-13 har vi lunchrast. Vi som är i tjänst turas om med en halvtimme var.

TILL CHRISTINAS E-POSTLÅDA och receptionens funktionsbrevlåda kommer flera beställningar av namnskyltar dagligen. Beställningarna sammanställs och skickas en gång per vecka till namnskyltsfirman som tillverkar skyltarna och återsänder dem till oss för utskick till beställarna.

Under denna dag har vi 100-150 besökare som vi serverar med bland annat försäljning av parkeringskort till personal och patienter, presenter, profilprodukter, inbetalningar av patientavgifter,

utbetalningar av förskottskassor till avdelningar och växling till mottagningar.

Vi är också en samlingspunkt för våra Rödakorsvärdar som går här vid entrén på ingång 70, ögonmottagningen och röntgenavdelningen.

Rödakorsvärdarna hjälper till med ledsagning och hänvisning till de olika mottagningarna. De får en ersättning av sjukhuset för resor till och från sjukhuset samt även kaffe/te och en smörgås i kaféterian när de går sina olika pass.

EN DÖRR SKA TAS BORT inne i vårt kontorsrum så att vi får mer plats och rymd. Jag kontaktar berörda och de lovar att fixa det under kommande vecka.

Kl 14.30 är det eftermiddagsfika. Resten av eftermiddagen är det en del bokningar av föreläsningssalar och fler ärenden vid receptionsdiskens, mest i form av hänvisning till mottagningar och försäljning av p-kort till anställda.

Kl 16 stänger vi receptionen och det är dags för hemfärd.

Mina fel och misstag

ALLT ÄR MITT FEL. Jag har blandat ihop läkemedel och dessutom ordinerat intravenöst när det ska vara subkutant. Hade jag varit pilot hade misstaget utretts med en haverikommission. Men nu är jag läkare och då är det bara att bita ihop och skämmas. Finns det inget bättre sätt?

Mina misstag och mina barn tar stor del av mitt liv, fast på olika sätt. Mina barn tänker jag på ofta och vårdar ömt. Mina misstag tänker jag på lika ofta men med bitterhet och avsky. Och om barnen är mitt livs stora glädje och tröst är mina misstag odelad sorg och djupaste besvikelse.

En (klen) tröst kan vara att erfarna läkare och sjuksköterskor verkar begå samma antal misstag som mindre erfarna (föredrag Itiel Dror, AMEE 2010) men att erfarenhet gör oss betydligt snabbare och mer effektiva på att korrigera våra misstag, vilket gör att konsekvenserna blir mindre. Men denna tröst liknar mest en dålig ursäkt i detta läge.

PILOTER RAPPORTERAR regelbundet sina misstag. De förväntas till och med göra misstag och diskutera dem på piloters motsvarighet till storrornder. Och inom flyget har man också sina svarta lädor som sjukvården har fått sin motsvarighet till då patienter och anhöriga filmar läkare och vårdpersonal med sina smartphones (SvD 13 sept).

Och att dokumentera misstag kan ju vara ett sätt att komma åt problem och lära sig av misstag. Och visst utreder och dokumenterar vi väldigt väl, men sedan hamnar till exempel lex Maria-fallen

på Socialstyrelsen där det saknas en vettig sökfunktion i denna guldgruva av erfarenheter! Vill man veta hur många som gjort samma fel som jag (men med allvarliga konsekvenser) de senaste tio

åren får man åka till Kungsholmen i Stockholm och bläddra i arkivet. För hand.

MEN HUR SKA VI då göra med alla våra fel och misstag? Jo, jag träffade Maria Ahmed, en AT-läkare som driver ett projekt kallat Lessons Learnt i nordvästra England, där AT-läkare själva i små grupper går igenom sina medicinska misstag i grupp med hjälp av ett enkelt formulär. En person är sekreterare och sköter OH-projektorn. De andra



Martin Wohlin är universitetslektor i akutsjukvård och arbetar som läkare vid akutmottagningen.

diskuterar. Sedan samlar man på fall och bygger upp en bank med fall för undervisning. Maria och hennes kollegor har fått stort genomslag och många fina priser för detta enkla projekt.

JAG HAR DÄRFÖR översatt Marias formulär till svenska och ska försöka få Maria att komma till Ackis. Vi behöver veta mer om hur de arbetar och jag vill fråga varför hon tror att projektet har fått så stor uppmärksamhet och kraftigt genomslag. Jag tycker att Marias modell/Lessons Learnt; att låta små grupper som känner varandra väl på ett strukturerat sätt gå igenom sina egna misstag, är något vi borde börja med här på Ackis.

YTTERLIGARE EN LIKHET mellan mina barn och mina misstag är att jag tolererar betydligt mer från mina egna barn än andras ungar, liksom jag inte tål andras misstag men jag (till slut) förlåter mina egna. Och eftersom de flesta av oss nog fungerar på samma sätt, så kan detta vara roten till problemet. Vi måste ändra inställning till misstag och behandla dem som värdefulla erfarenheter att dra lärdom och kunskap ur. Inte bara skuld och skam.

P.S. DET GICK BRA för patienten och misstaget fick inte några direkta konsekvenser frånsett viss byråkrati med en avvikelserapportering och att jag fick veta hut av kollegorna. Frågan är hur det gått (för mig) om anhöriga stått bredvid och filmat med sina telefoner?

"Erfarna läkare och sjuksköterskor verkar begå samma antal misstag, men erfarenhet gör oss betydligt snabbare och mer effektiva på att korrigera dem"

JULBORD CATERING

Smart är det dags!

Färrik Ställs inlagda sill
Reslagsill
Citrusskradd lax
Äggskal med majonnäs och råkor
Rostbiff
Omsalakorv
Julskinka
Pressylta från Andersson & Tillman
Rödbetsallad
Hövmåstansås
2 sorters Fryssemip
Hårt och mjukt julbröd
Smör
Julost
Hemtrillade köttbullar
Gällgökt rödkål
Prinskorv
Janssons frestelse
Kokt potatis
Julgods

> 210:-/person
(inklusive moms)

Minsta antal 25 personer. Fri utkörning inom Uppsala stad

Ring eller maila din beställning!
info@matfest.se
018-710 110
018-430 03 07

Uppsala MAT FEST

Dag Hammar skjöldsväg 40 Uppsala. För fler menyer se www.matfest.se

SVEN DUFVAs JULBORD

Sven Dufvas traditionella hemlagade Julbord lämnar inget åt slumpen utan tar vara på allt det goda som Julen har att erbjuda.

Charmig miljö - nära city

Bjud in till julfest, helt enligt dina egna önskemål!

Restaurang Sven Dufva erbjuder en genuin miljö med stor flexibilitet. I vår festlokal finns plats för 240 sittande gäster alternativt 450 mingelgäster

Stort dessertbord!!

Priser
Söndag-onsdag > 395:-/pp
Torsdag-lördag > 435:-/pp
Jullunch
Måndag-tisdag > 325:-/pp

Ring eller maila din beställning!
info@svendufva.se
018-50 10 75

Välkommer sällskap från 10 personer och uppåt. Fästljuder utgående för parkering.

Restaurang SVEN DUFVA

Dag Hammar skjöldsväg 40 Uppsala. För mer information om våra lokaler se www.svendufva.se

AKADEMISKA SJUKHUSETS
BARNFOND
Låt det friska hos det sjuka barnet växa
BG 900-0670



Kurs i klinisk läkemedelsprövning

För läkare, sjuksköterskor, prövare och andra som är eller kommer att bli involverade i klinisk läkemedelsprövning och som har ingen eller liten erfarenhet av kliniska prövningar.

"Bra och heltäckande översikt, stort engagemang hos föreläsare."

Nästa kurs: 7 och 8 mars 2012
Sista anmälningsdag: 22 februari

Läs mer och anmäl dig på:
www.ucr.uu.se

Vid frågor kontakta:
Inger Ekman, 018-611 95 09
inger.ekman@ucr.uu.se

Välkommen!





AKADEMISKA
SJUKHUSET

Vill man ha ett bekvämt jobb är ett sjukhus fel ställe



NINA CAVALLI-BJÖRKMAN

**"Vissa argument-
erar mot att gå jour
överhuvudtaget,
varför utsätta sig
för att bli trött?"**

JAG ÄR 41 ÅR, vilket inte är ungt men inte heller antikt. Ändå tror jag att jag tillhörde den sista generationen läkare som upplevde 90-talets arbetsvillkor. I mitt arbete med läkarkandidater så berättar jag ibland om hur det var – hur mycket vi jobbade, hur trötta vi var jämt. Hur den sortens schemaläggning var norm, och ingenting man ifrågasatte.

JAG GJORDE AT I ENKÖPING. Det var fantastiskt. Jag har aldrig varit mer allmänbildad som läkare än då – säg den akuta situation jag inte kunde handlägga efter AT! Men socialt sett var det förlorade år, för vi jobbade jämt. Vi var fyra AT-läkare i min kull; två män och två kvinnor. Vi gick jour var fjärde natt och jobbade självklart på dagarna också. Sedan sjukskrev sig den andra kvinnliga AT-läkaren och då fick vi gå jour var tredje natt istället. Dagar och nätter började flyta ihop.

JAG HAR ETT HEMSKT MINNE. Jag hade arbetat en natt på kirurgakuten och gryningen kom krypande. Jag avslutade den sista patienten vid 6-tiden på morgonen och skulle då fatta ett beslut: ska jag lägga mig en timme? Eller är det värre än att inte ha sovit alls? Jag bestämde mig för att gå upp på jourrummet och borsta tänderna, samla mig inför den kommande dagen. Sedan har jag en minneslucka. När minnet tar vid igen sitter jag på sängkanten på jourrummet och har hjärtklappning. Vad har hänt? Har jag somnat i alla fall? Varför bankar hjärtat så hårt? Jag försöker samla tankarna. Jag har talat

i telefon med någon. Var det akuten? Jag stappar upp, börjar gå mot akuten. Plötsligt inser jag att jag har bråttom. Någon har sagt något, var det så att jag skulle springa till akuten? Jag ökar hastigheten, joggar ned för trapporna.

NÄR AUTOMATDÖRRARNA TILL AKUTEN slår upp ser jag ett myller av ambulanspersonal och sköterskor. Trafikolycka, fyra skadade. Högenergetiskt våld. Liten Mitsubishi mot älg. När jag lägger pussel efteråt så måste syster Anita från akuten ha ringt och sagt: spring! Hur länge satt jag där på sängkanten? Hur trött är man när man inte reagerar på uppmaningen "kom direkt, flera ambulanser på väg in"?

NÄR JAG BERÄTTAR FÖR DAGENS läkarstuderenter om hur det var för mig att göra AT blir de inte imponerade alls. De ser inget beundransvärt i det. Flera säger öppet till mig att jag var en idiot som accepterade sådana arbetsvillkor. Vissa argumenterar mot att gå jour överhuvudtaget, varför utsätta sig för att bli trött? Varför ska man jobba kvällar och helger, då vill man ju göra annat? Och då är det min tur att gapa, och stå svarslös. För naturligtvis kan jag inte förespråka att det är bra att trötta ut sig som vi gjorde.

Men myntets framsida var att vi lärde oss oerhört mycket, fick träffa massor av patienter, förstod tidigt vad ansvar innebar. Och vårdyrken är sällan "bekväma". Vill man ha det lugnt och vilsamt är nog sjukhus fel ställe, oavsett var man jobbar.