



AKADEMISKA
SJUKHUSET

Ronden

Nummer 5 • 2011

Lennart Persson ny direktör

"Jag vet att det går att klara ekonomin"

Tema döden: Hur förbereder man patienter och anhöriga på det värsta – och hur orkar man själv? • Färre obduktioner kan ge sämre vård • Ny organisation för att ta tillvara vävnad och organ för transplantation

Ronden

Nr 5 • 2011

Lennart Persson ny sjukhusdirektör
Sidan 4–6

UCR fyller tio och blickar framåt
Sidan 7

TUB stor hjälp att upptäcka och kommunicera att patienter blivit sämre
Sidan 8

Tema döden
Sidan 10–17

Martin Wohlin
Sidan 22

Nina Cavalli-Björkman
Sidan 24



Lennart Persson är ny sjukhusdirektör från den 1 november.

Foto: Staffan Claesson

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 6/2011: 21 november

En fråga om liv och död

KUNSKAPEN OM HUR DET ÄR ATT DÖ är närmast obefintlig bland vanligt folk. Det säger onkologen Nina Cavalli-Björkman, som genom åren har fått lämna många tunga besked till patienter. Hon har även sett många människor dö, en erfarenhet som inte är vanlig i dagens samhälle, där döden sedan länge inte är närvarande som ett naturligt inslag.

PÅ ETT SÄTT KAN MAN VISSERLIGEN, som idéhistorikern Karin Johansson i en text häromåret, hävda att döda kroppar omger oss överallt – i filmer och tv-serier och i otaliga deckarromaner, gärna med obducenten i en nyligen tilldelad hjälteroll. Allhelgonahelgens gravljustradition har blivit en del av vårt rituella år, tapeter, leksaker och t-shirts med dödskallar är storsäljare och till Halloween äts skelett som kittlande godis.

MEN SAMTIDIGT – hur många av oss kommer i kontakt med döden på ett personligt plan? Hur många diskuterar frågan öppet och otvunget när den rör någon i ens närhet? Hur många är vana att se döda människor?

Nina Cavalli-Björkman menar att sjukvården bör medverka aktivt till att skapa ett klimat där det går att prata om döden, för allas skull. Barnen ska vara med så mycket som möjligt när deras anhöriga blivit sjuka. Ju mer de är med, desto lättare har de att förstå vad som kommer att ske.

RONDEN VILL I DET HÄR NUMRET gärna bidra till att avdramatisera ämnet en aning. Vi gör det bland annat genom att träffa undersköterskor, sjuksköterskor och läkare, och genom att tala med anhöriga till patienter på Akademiska som avlidit. Vi tittar även närmare på obduktions- och organ- och vävnadsdonationsverksamheten vid sjukhuset.

FÖR ATT HELT BYTA ÄMNE har Ronden även träffat den nye sjukhusdirektören Lennart Persson, som återvänder till Akademiska efter fem år som chef för Nya Karolinska Solna-projektet. Den tidigare chefen för neurodivisionen har bland annat 20 års erfarenhet av att arbeta på Akademiska att luta sig emot i det krävande uppdraget att leda sjukhuset. Lennart Persson säger själv att han är säker på att det går att klara den ständigt omdebatterade ekonomin, och den som har högt ställda förväntningar på den nye direktören kommer inte direkt att få dem motsagda av de omdömen som Ronden har inhämtat från hans tidigare kollegor och medarbetare. Läs mer på sidan 4–6.



HANNES LJUNGHALL
REDAKTÖR

Sjukhusets utgifter 100 miljoner mindre

Effektiviseringar har minskat underskottet

Akademiska sjukhuset ska reducera kostnaderna med 300 miljoner över en treårsperiod. Prognosen tyder på att kostnaderna i år minskar med 100 miljoner jämfört med föregående år, och att ett första delmål därmed uppnås.

– Vi är på rätt väg och ser att det arbete som lagts ner på sjukhuset vad gäller effektiviseringar och olika förbättringsarbeten ger resultat, säger sjukhusets ekonomidirektör Margareta Tufvesson.

För att sjukhuset ska nå sitt delmål krävs att kostnaderna minskar med ytterligare 10–20 miljoner kronor under återstoden av året, något som Margareta Tufvesson bedömer som genomförbart.

Beställningen från landstingets hälso- och sjukvårdsstyrelse till Akademiska vad gäller vård till länetts innevånare är att under 2011 producera

lika mycket sjukvård som 2010, plus en ökning på 0,75 procent för befolkningstillväxten.

Produktionen ligger för närvarande något över den beställningen, och riks- och regionvårdsproduktionen ligger i nivå med förväntningarna. Den totala produktionen bedöms dock utifrån den aktuella kösituationen trots det inte vara tillräcklig för att klara kömiljarden och vårdgarantin.

Minskad sjukfrånvaro

Inom personalområdet kan noteras att det i stort sett inte redovisas någon löneglidning utöver löneavtalen, och att sjukfrånvaron minskar. Antalet medarbetare har ökat något, till följd av bland annat ökat öppethållande under sommaren jämfört med föregående år.

– Det var en nödvändighet för att klara vårdbehovet, säger Margareta Tufvesson.

HANNES LJUNGHALL



Akademiskas ekonomidirektör Margareta Tufvesson tillsammans med tf sjukhusdirektör Björn Ragnarsson.

Ett ögonblick ...

... Fredrik Linder, traumaansvarig på kirurgkliniken. Ni har bjudit in experter från sydöstra sjukvårdsregionen för att granska sjukhusets traumaorganisation. Varför?

– Vi ville ha hjälp att utvärdera vår traumaorganisation för att få bättre grepp om våra brister och förtjänster. Granskarna, under ledning av Else Ribbe, ingår i kärnan av Sveriges högsta traumatologiska kompetens. De är inte här för att lära, utan fungerar mer som en frispråkig "Idol-jury" som ger oss sanningen som de ser den, utan omsvep. Deras utlåtande blir sedan underlag för vårt kommande förbättringsarbete.

Hur går det till praktiskt?

– Granskningen kan delas in i tre huvuddelar: dels intervjuer med personer i ledande befattningar, dels en traumaövning där vi visar handgripligen hur omhändertagandet av traumapatienter går till, dels en beskrivning/demonstration av patientens väg genom sjukhuset, från akuten via röntgen och operation till civa.

Hur vanligt är det med den här typen av externa granskningar?

– Revisioner för kliniska specialiteter har varit ganska ovanliga i Sverige, men det är en tilltagande trend. Det har funnits traumarevisioner under ett antal år i region Skåne och för några år sedan följde de efter i sydöstra regionen.

Vilka är de viktigaste slutsatserna från granskningen?

– Det slutgiltiga utlåtandet dröjer ytterligare några veckor, men bara det faktum att vi genomfört denna granskning visar att Akademiska sjukhuset tar traumavårdens utveckling på stort allvar. Redan nu har traumavården fått en ny övergripande ledningsstruktur och ett uppdrag med ett klart mandat som kommer att hjälpa oss i det fortsatta arbetet. Jag återkommer gärna då utlåtandet är klart.

HANNES LJUNGHALL



Ekonomi i fokus för nye sjukhusdirektören:

"Jag har ingen färdig plan"

Lennart Persson, tidigare chef för neurodivisionen, är ny sjukhusdirektör på Akademiska från den 1 november. För Ronden berättar han om hur han ska klara ekonomin, vad han tar med sig från arbetet på Nya Karolinska och mycket annat.

När fick du frågan om du ville bli sjukhusdirektör?

–I somras.

Tvekade du?

–Ja. Eller kanske inte tvekade, men jag kände att jag ville tänka efter noga innan jag gick in i en seriös diskussion om jobbet.

Vad avgjorde?

–Det kändes naturligtvis hedrande att bli tillfrågad. Det är ett spännande om än svårt uppdrag. Jag har jobbat här i 20 år tidigare och känner mycket för Akademiska. Det är ett väldigt fint sjukhus, som har otroligt mycket duktigt folk och en bra samverkan med universitetet. Det är ett trivsamt sjukhus.

Sjukhuset har gått back ekonomiskt under ett stort antal år i följd. Hur ska du lyckas hålla budget där

så många andra misslyckats?

–Å ena sidan är 200 miljoner per år av sju miljarder inte så stor andel av budgeten. Rent matematiskt ser det hanterligt ut. Samtidigt är det inte så lätt att göra det i praktiken, det krävs mycket eftertanke. Jag har inget färdigt program. Men jag vet att en grundförutsättning för Akademiskas långsiktiga utveckling som universitetssjukhus är att man klarar budgeten.

Är du säker på att det går?

–Ja.

Hur gör man för att på förhand skaffa sig en bild av genomförbarheten i att klara ekonomin?

–Ju svårare saker man ska genomföra, desto noggrannare analyser måste man göra och desto större delaktighet måste man ha med dem som faktiskt ska genom-

föra det. Det innebär att diskussionerna om hur man ska klara ekonomin måste ner där patienterna finns. Jag är också övertygad om att arbetet med att förbättra kvalitet och patientsäkerhet inte bara är av godo för patienterna, utan också för sjukhusets ekonomi.

Om du undantar ekonomin, vad blir din största utmaning?

–Jag tycker inte att man kan diskutera ekonomin för sig, den är en så pass stor del av helheten. Utmaningen är annars naturligtvis att fortsätta utveckla sjukhuset. Då handlar det om att förbättra och utveckla kvaliteten och att ta tillvara de nya medicinska rön som hela tiden kommer. En annan sak som är väldigt viktig är

"Diskussionerna om hur man ska klara ekonomin måste ner där patienterna finns."

patientsäkerhetsarbetet; vi måste se sjukvården som en högriskverksamhet bland andra i samhället. Patienten har också en annan valfrihet jämfört med tidigare, vilket gör att det också är viktigt att kunna erbjuda god service och tillgänglighet. Dessa frågor faller tillbaka på betydelsen att hela tiden utveckla omvårdnaden, den grundläggande vården av våra patienter. Jag har alltid varit intresserad av omvårdnadsfrågor och det kommer jag att fortsätta vara. Sen tycker jag även att det är en utmaning att integrera utbildning och forskning med sjukvården på ett sätt som gör att forskningen kommer sjukvården och patienterna till godo så snabbt som möjligt.

Vilka är de viktigaste lärdomarna du tar med dig från din tid på Nya Karolinska?

–Vi besökte sjukhus i många delar av världen, sjukhus som man kan betrakta som världsledande. Då lär man sig flera saker. Framför allt lär man sig att sjukvården går mot att bli mycket mer patientorienterad. Nästan oberoende av vilket land man är i ser man väldigt tydligt att mottot "patienten först" avspeglas i hur sjukvårdsarbetet organiseras. En annan iakttagelse är att många lämnar konceptet om ett "komplett universitetssjukhus" och i stället koncentrerar den verkliga spets-sjukvården till färre områden.

–Annars kan man säga att de problem som vi ser på Akademiska är precis de samma som man brottas med överallt. Det finns inget land som inte har problem med ekonomin runt sjukvården. Men det är väldigt viktigt att inte glömma bort att de problem vi brottas med i grunden beror på den snabba medicinska utvecklingen som ger ökade möjligheter att hjälpa våra patienter. Vi har allt större möjligheter att behandla svåra sjukdomar. Följer man sjukvårdsdebatten kan man få intrycket att sjukvården har mer problem nu än för 40–50 år sedan, trots att förmågan att faktiskt framgångsrikt behandla patienter var mycket sämre då. Det är en paradox.

–Jag tror att det är viktigt för alla som jobbar på ett sjukhus att känna sig delaktiga och glada för att den medicinska utvecklingen lett till att vi faktiskt kan hjälpa allt fler patienter. Då förstår man också varför det kan vara problem med ekonomin och med att klara tillgänglighetsmål med mera, då de hela tiden förbättrade behandlingsmöjligheterna leder till ökad efterfrågan på vård.

"Följer man sjukvårdsdebatten kan man få intrycket att sjukvården har mer problem nu än för 40–50 år sedan, trots att förmågan att faktiskt framgångsrikt behandla patienter var mycket sämre då. Det är en paradox."

Du har under lång tid som professor, och i olika utredningar, krävt mera och oberoende resurser till klinisk forskning. Hur ska du göra nu när du blir ansvarig för sjukvården?

–Forskning är ju i första hand statens och universitetets ansvar. Uppsala har en väldigt stark medicinsk fakultet, och där ligger huvudansvaret för forskning. Där emot ska ju sjukvården medverka. I de pengar som landstinget satsar på forskning är det viktigt att man kan härleda en patientnytta, det är ju landstingets in- gång.

Kommer du själv att ha någon forskning och vara aktiv inom universitetet?

–Det tror jag inte, det kan inte vara min roll. Däremot kommer jag vara väldigt mån om att forskning bedrivs. Jag är också intresserad av hälso- och sjukvårdsforskning – hur ska man bedriva bra sjukvård, finns det evidens för olika sätt att organisera vården och så vidare. Även omvårdnadsforskningen ligger mig varmt om hjärtat för det är viktigt att man har forskning som har sin kärna i vården av patienterna. Den har traditionellt haft en svagare ställning än den konventionella medicinska forskningen, därför kan den behöva mer stöd från både landsting och sjukhus.

Angående de rikssjukvårdsuppdrag som Akademiska har fått hittills, är det ungefär som förväntat i omfattning eller bättre/sämre?

–Hittills tycker jag Akademiska har fått en bra och rättvis utdelning både när det gäller brännskadesjukvården och den kraniofaciala kirurgin. Rikssjukvården är viktig av flera skäl. Dels har Akademiska som ett ledande sjukhus ett ansvar att kunna erbjuda spetsvård inom några områden, dels är det något som gör oss stolta och att vi identifierar oss med att vara ett ledande universitetssjukhus. Akademiska har goda förutsättningar att vinna nya områden

Texten fortsätter på sidan 6 →

Drivande kraft bakom bildandet av niva

Ålder: 60.

Bor: Lägenhet i Luthagen.

Familj: Fru och två vuxna barn. Blev morfar för första gången i början av sommaren.

Bakgrund: Kommer ursprungligen från Örebro. Läste medicin på den dåvarande Uppsala-Linköping-linjen där man läste två år i Uppsala till medicine kandidat, innan man flyttade till Linköping för att läsa det kliniska stadiet. Legitimerad läkare 1979. Disputerade 1980. Specialist i neurokirurgi 1985 efter st-utbildning på Karolinska sjukhuset och Södersjukhuset.

Avdelningsläkare på neurokirurgen på Akademiska 1986. Fick där i uppdrag att ta hand om skallskador och hjärnblödningar. Det ledde till bildandet av niva, som då var Sveriges första neurointensivvårdsavdelning. Blev överläkare och chef för niva 1990. Chefsöverläkare på neurokirurgen 1992, året därefter chef för nybildade neurocentrum, motsvarande dagens neurodivisionen. Professor i neurokirurgi 1995. Chef för Nya Karolinska Solna-projektet sedan 2006.



och det kommer jag att engagera mig mycket i. På sjukhuset finns också andra spetsverksamheter som är nationellt och internationellt ledande, även om de inte nu betraktas som rikssjukvård.

Är du en person som jobbar långa dagar?

–Det värsta är att det gör jag ju, men jag försöker att inte göra det.

Är det ett 40-timmar-i-veckan-jobb du har tagit?

–Jag tror inte att man ska räkna så, man ska räkna vad man åstadkommer och inte hur många timmar man sitter vid skrivbordet. Jag har alltid varit mån om att delegera uppgifter och få min omgivning att tycka att det är kul att jobba. Det är inget enmansjobb att leda sjukhuset, det är en stor grupp människor som tillsammans måste hjälpas åt.

Hur kopplar du av när du är ledig?

–Då åker jag till Öregrund där vi har ett hus, går i skogen eller ligger på soffan och läser en bok. Det blir oftast faktaböcker som på något sätt har beröring med sjukvård, ledning, ledarskap, organisation och så vidare. Det blir lite deckare också, och min fru brukar förse mig med olika böcker som jag brukar läsa.

Beskriv dig själv – vilka egenskaper har haft betydelse för att du har gjort den karriär som du har gjort?

–Jag har alltid varit nyfiken på nya saker. Sedan är jag handlingskraftig och har haft förmåga att hålla deadlines och leverera på tid och på budget. Sen tycker jag att jag med åren har blivit bättre på att lyssna, och allt bättre på att kontrollera den otålighet som jag har, även om det säkert kan bli bättre.

Har du några förebilder?

–Jag har många, men jag vill inte nämna namn. Man kan se människor i olika situationer som man kan beundra för olika saker. Jag har haft många chefer och kollegor som jag har lärt mig mycket av genom åren. Man plockar delar av det där.

Hur är din ledarstil?

–Jag försöker att vara öppen och att vara en tillåtande chef. Alla gör fel ibland och då är det viktigt att våga prata om det och inte sopa misstagen under mattan. Genom att vara öppen med de misstag man gör själv, öppnar man för att ens medarbetare blir handlingskraftiga inte rädda för att göra fel. Då får man folk som gör saker och ting och det är det viktigaste.

TEXT: HANNES LJUNGHALL
FOTO: STAFFAN CLAESSION



Röster om Lennart Persson

Barbro Hagberg Persson, gift med Lennart Persson sedan 1974:

–Lennart är slagfärdig och har humor och hittar ofta träffande ord vid rätt tillfälle. Han är också bra på att koppla av mellan varven. Det är en viktig förmåga hos den som har många järn i elden.

Gudmar Lundqvist, sjukhusdirektör för Akademiska sjukhuset 1989–1998:

–Min bild av Lennart: Kan vården! Kan Ackis! (Nöd-vändiga förutsättningar!) Lyssnande och kommunikativ, lugn och effektiv, orädd, har många bra idéer, kan ha lite bråttom ibland – bra val! Men, varför tog det så lång tid?

Jonas Rastad, landstingsdirektör Västerbottens läns landsting:

–Jag träffade Lennart redan under 1970-talet då vi skrev avhandlingar inom neuroområdet med nyttjande av liknande tekniker. Vi har sedan interagerat främst kring traumavården på Akademiska, där jag som chef för sjukhusets dåvarande traumacentrum hade stor kontaktyta med neurokirurgen och Lennart som klinikchef och professor. Jag har uppfattat honom som mycket seriös i allt han företagit sig. Han är pragmatiker med betydande förmåga till sakbaserad förhandling, där fakta och mogen bedömning är viktiga inslag och där personlig läsning inte får råda. Det måste vara en fantastisk känsla att få återvända till Akademiska sjukhuset i en så betydelsefull position. Det är en kraftfull signal om hans trovärdighet och stora professionella framgång.

Jan Andersson, prorektor Karolinska institutet:

–Lennart Persson är en kunnig visionär som förenar en lång klinisk erfarenhet och vetenskaplig stringens med ledarskap och engagement. Han kommer att lyfta delar av Akademiska sjukhuset till internationell toppnivå.

Torbjörn Rosdahl, finanslandstingsråd Stockholms läns landsting:

–Jag har haft tur som har fått jobba med Lennart Persson i samband med bygget av Nya Karolinska Solna. Han är en av världens bästa personer för att bygga ett sjukhus som NKS, och nu har Lennart lagt grunden så att arbetet kan fortsätta på ett bra sätt. Lennart är lojal, positiv och har alltid funnit lösningar på problem. Jag önskar honom lycka till i sin nya roll och hoppas på fortsatt goda kontakter.

Erik Gjötterberg, administrativ direktör Nya Karolinska Solna-förvaltningen:

–Lennarts entusiasm, framåtanda och klarsynhet har varit helt avgörande för framdriften av Nya Karolinska Solna-projektet. I rollen som förvaltningschef har han på ett föredömligt sätt kombinerat "kravställande" med "bistånd/hjälp" till mig att klara den uppgift som jag har haft under hans ledarskap.

UCR-chefen Bertil Lindahl summerar de första tio åren:

"Vi har fått igång ett nytt tänkande"

Uppsala Clinical Research Center, UCR, fyller tio år i höst och kan se tillbaka på ett decennium av kontinuerlig expansion.

–Utmaningen inför framtiden är att hela tiden ligga steget före så att vi kontinuerligt kan identifiera vilken typ av stöd forskarna behöver och erbjuda dem det – gärna innan de inser behoven själva, säger chefen Bertil Lindahl.

UCR bestod vid starten 2001 av fem–sex personer, av vilka Bertil Lindahl var en. Idag har centret över 90 anställda och antalet fortsätter att stiga.

–Vi blir så stora som det krävs för att upprätthålla den verksamhet som det finns ett behov av, samtidigt som vi måste ha en ekonomi i balans. Det finns naturligtvis en gräns, vi har blivit nästan 20 gånger större sedan vi startade, och den takten kan vi inte hålla hur länge som helst. Men kvantifieringen i sig är inte intressant, det är vilket stöd vi kan erbjuda som är det viktiga, säger han.

Akademiska sjukhuset och Uppsala universitet var tidigt ute med sin gemensamma satsning på stöd till klinisk forskning, och denna samverkansmodell har med tiden visat sig vara ett framgångsrecept. I dag leds UCR av ett centrumråd med representanter från akademien, sjukhuset och landstinget.

–Jag skulle säga att det är vår kanske största enskilda framgång genom åren, att vi har fått igång ett visst tänkande och kunnat etablera en modell för att ge stöd och service åt forskare, som sedan har plockats upp på flera andra håll i landet, säger Bertil Lindahl.

Brygga mellan sjukhus och akademi

En annan sak som Bertil Lindahl gärna lyfter fram är UCR:s roll som brygga mellan Akademiska sjukhuset och Uppsala universitet.

–Ett bra exempel är Uppsala biobank, som är en del av UCR, och byggs upp i nära samarbete mellan sjukhuset/landstinget och universitetet. I ett nationellt perspektiv har vi ett ovanligt väl fungerande samarbete på det viset, säger han.

UCR är även en av få svenska aktörer med kapacitet att i egen regi driva multicenterstudier från ax till limpa. UCR har också etablerat samarbete med andra liknande organisationer för att även kunna bidra till stora multinationella studier. Ett aktuellt exempel är en internationell, jämförande läkemedelsstudie som lests från UCR tillsammans med ett forskningscentrum i Kanada, där man utvärderat ett alternativ till det blodförtunnande medlet Waran.

Det nya preparatet har visat sig både effektivt och



säkert. Dessutom krävs mindre täta kontroller, till gagn för stora grupper hjärtsjuka patienter.

Ett av UCR:s profilområden är driften och utvecklingen av kvalitetsregister – register med patientdata som är till stor nytta för forskare och bidrar till att utveckla sjukvården. Vid starten var UCR det första officiella kompetenscentrumet för kvalitetsregister. Idag finns fem sådana centra i landet. UCR har nationellt ansvar för ett 20-tal kvalitetsregister inom vitt skilda områden: hjärtinfarkt vård, överviktskirurgi, smärtrehabilitering, mödravård, demenssjukdomar och barnhjärtasjukvård, med mera.

Automatiskt datafångst

För att underlätta dataöverföring till registren och minska sjukvårdspersonalens administrativa arbetsinsats pågår flera pilotprojekt med automatisk datafångst. I dessa förs information systematiskt över från elektroniska patientjournaler till kvalitetsregister. Hanteringen av stora datavolymer i flera register har också den fördelen att en lösning i ett register kan visa sig fungera i många.

Kvalitetsregistrens roll har förändrats dramatiskt, från en mer intern angelägenhet för en liten grupp forskande läkare, till en integrerad del av svensk sjukvård för kvalitetsuppföljning och styrning. Numera publiceras regelbundet forskningsartiklar från de svenska kvalitetsregistren i de allra finaste kliniska tidskrifterna som New England Journal of Medicine och JAMA.

HANNES LJUNGHALL

"Vi har blivit nästan 20 gånger större sedan vi startade och den takten kan vi inte hålla hur länge som helst."



Christina Holmgren, Emmy Wakäng och Emma Bäckman Henriksson på 70 A1 är positiva till sjukhusets satsning på TUB – tidig upptäckt och behandling.

TUB gör det lättare att se och kommunicera att en patient blivit sämre:

"Budskapet får en annan tyngd"

Arbetet med att utbilda all personal inom slutenvården på Akademiska i TUB pågår för fullt denna höst. Allra först ut var kirurgen, där samtliga omkring 300 i vårdpersonalen utbildades i september, redan dagen efter att instruktörerna själva gått utbildningen.

Syftet med TUB (tidig upptäckt och behandling) är att tidigt upptäcka försämringar hos inlagda patienter, och att på ett säkert sätt kunna kommunicera detta till kollegor och medarbetare. I utbildningen ingår MEWS, som är ett slags poängbedömningssystem för att värdera patienters sjukdomstillstånd. Ingår gör också ABCDE-principen, även det en systematisk undersökning av patienters vitala kroppsfunktioner, samt SBAR, en modell för rapportering mellan vårdpersonal som minskar risken att viktig information inte förmedlas.

När Rondan besöker kirurgiska vårdavdelningen 70 A1 är omdömena om TUB överlag positiva.

– Vi har utfört den här typen av kontroller på inlagda patienter även tidigare, den stora nyttan med TUB är att det blir lättare att lämna över patienter till andra avdelningar när vi talar samma språk. De här verktygen minskar risken för missförstånd eller att man glömmer bort något, säger sjuksköterskan Emmy Wakäng.

Biträdande avdelningschefen Emma Bäckman Henriksson, som var en av kirurgens TUB-instruktörer, håller med.

– För oss som har jobbat några år på en kirurgisk avdelning är det här egentligen inga nyheter, men inom till exempel geriatriken eller psykiatriken har de inte samma vana att göra den här sortens bedömningar, säger hon.

Emmy Wakäng tycker att det är skönt att kunna stödja sig på MEWS-poäng och liknande när man ska göra andra uppmärksamma på att patienter har blivit sämre.

– Budskapet får en annan tyngd när man kan hänvisa till objektiva mätetal snarare än till bara en subjektiv uppfattning att någon verkar må dåligt, säger hon.

– Dessutom kan sjuksköterskorna nu själva kontakta iva-läkare för konsultation då patienterna har MEWS-poäng fyra eller mer, kontakten behöver inte längre gå via läkare. På så vis blir det snabbare handläggning när patienter börjar svikta i vitala funktioner, säger Emma Bäckman Henriksson.

– Det blir också lättare att fånga upp en patient i tid, innan MEWS-poängen drar iväg och han eller hon blir riktigt dålig. Och det är ju också det som är huvudpoängen med hela projektet, inflikar undersköterskan Christina Holmgren.

De tre är eniga om att TUB är en värdefull utbildningssatsning, men Emma Bäckman Henriksson påpekar samtidigt att det behövs kontinuitet och långsiktighet.

– Här på kirurgen kommer vi till att börja med att repetera innehållet i TUB-boken under hösten, och då tänker jag även dela ut instuderingsfrågor för att kontrollera att alla verkligen har tillgodogjort sig materialet.

TEXT: HANNES LJUNGHALL
FOTO: STAFFANCLAESSON



Nationella center för sällsynta diagnoser, en förutsättning för jämlik vård?

15 november kl. 12.00-16.00
Rudbecksalen, Rudbecklaboratoriet

- Kan vi skapa ett regionalt center för ovanliga diagnoser på Akademiska sjukhuset?

Medverkande: **Göran Annerén** prof klinisk genetik, **Annika Hollsing** överläkare Cystisk Fibros-center, **Daniel Nowinski** överläkare kraniofaciala teamet, **Claes Sundelin** Hälso- och Sjukvårdsnämnden, **Elisabeth Wallenius**, Riksf. Sällsynta diagnoser m.fl.

Moderator: Jan-Olov Johansson

Arrangemanget är kostnadsfritt. Osa senast 10/11 till malin.holmberg@sallsyntadiagnoser.se



Folkuniversitetet

Folkuniversitetet erbjuder undervisning i

svenska för utländsk hälso- och sjukvårdspersonal

Kontakta **Amelie Aulin** för mer information amelie.aulin@folkuniversitetet.se

tel: 018- 68 00 10

Folkuniversitetet är ett studentförbund bildat av sju högskolor Kursverksamheten vid Stockholm, Uppsala, Göteborg, Lunds och Umeå universitet www.folkuniversitetet.se






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






Gunnar Sundberg visar upp bilder av hustrun Ulla och sonen Anders, som båda dog i cancersjukdomar på Akademiska sjukhuset.

Döden är ständigt närvarande på ett storsjukhus, men är samtidigt ett känsligt samtalsämne som sällan lyfts fram. Ronden har tittat närmare på förutsättningarna för patienter, anhöriga och personal. Vad kan man göra för den som inte längre kan botas, och hur påverkas den personal som lever med döden som ett återkommande inslag i vardagen?

Närmast nedan berättar Gunnar Sundberg, som förlorat både sin fru och en av sina söner i cancer, om mötet med vården på Akademiska.

Döden ständigt närvarande

TEXT:
INGELA
WIMAN
FOTO:
STAFFAN
CLAESSON

På morgonen den 3 oktober dog 85-åriga Ulla Sundberg på avdelning 78. Vid sin sida hade hon livskamraten sedan 60 år, maken Gunnar Sundberg.

–Hon fick ett fridfullt slut på sjukhuset. Hon sa att hon inte orkade vara med längre för att hon var så dålig av sin cancer. Det var en lugn stund utan ångest eller dramatik, säger Gunnar.

Makarna Sundberg pratade ofta om döden med varandra och det har varit jättebra, menar han. Ulla var mest orolig för att Gunnar skulle bli så ensam när hon gick bort.

–Visst är jag mycket ledsen ibland, det blir tomt. Men jag klarar mig. Jag har mina söner och mina barnbarn och barnbarnsbarn.

Paret har haft speciella skäl att prata om att livet tar slut, inte bara på grund av Ullas cancer. En av parets söner dog nämligen i malignt melanom för tre år sedan, 54 år gammal.

–Han reste ofta söderut på 1970-talet och vistades mycket i solen. På den tiden var det ingen som pratade om att solande kan ge hudcancer. Men det fick han och cancer ryckte bort honom från ett liv som en vältränad och framgångsrik man i sina bästa år.

Avled på hospice

Sonen Anders slutade sina dagar på hospice och fick där all hjälp han kunde få.

–Hospice är en laddad avdelning och när jag först kom dit för att se hur det var, blev jag jätteledd. Men vi hade inget val, han var så dålig. Personalen på hospice var otrolig, det gjorde verkligen allt de kan för ett bra slut. Jag var med honom så mycket jag kunde den vecka han fick där.

Gunnar försöker beskriva hur smärtsamt det är att förlora ett barn.

–Det tog hårt på Ulla, som hade sin sjukdom att

kämpa mot. Vi var så ledsna, inte ska gamla människor behöva begrava sin son, han som borde haft så mycket tid kvar att leva. Hemskt.

Ullas cancer började för cirka 25 år sedan med att hon hade ont i halsen. Det var en elakartad tumör.

–På den tiden var diagnosen cancer mer dramatisk än den är idag. Ulla genomgick tuffa behandlingar och jag trodde inte att jag skulle få ha henne kvar. Men kvar blev hon! Sedan kom nästa chock i och med att hon fick bröstcancer i början av 1990-talet. En tårtbit av bröstet togs bort.

Även om den operationen verkade ha gått bra och hon friskförklarades från cancer, började andra bekymmer. Hon fick en stroke, diabetes och som en reaktion på sonens död också en hjärtinfarkt.

–Och cancer kom tillbaka! I samband med en röntgenundersökning hon gjorde för ett par år sedan upptäcktes att bröstcancer spridit sig, så lömskt var det!

Beröm till personalen

Gunnar har bara beröm att ge vården på Akademiska sjukhuset. Avdelning 78 har under 20 års tid varit en trygghet i familjens liv.

–Det har fungerat oerhört bra! Vi har fått hjälp dygnet runt. Jag har under åren tillbringat hundratals timmar på "onken", både med min son och med min fru.

Sjukvårdsteamet, som tog hand om Ulla hemma ändå till sista dygnet, är några som maken också öser beröm över.

Två av Gunnars närmaste har inom loppet av några år tagits i från honom.

–Det är skillnad när en äldre människa dör mot när en yngre gör det. Ulla blev 85 år, men Anders bara 54 år. Det känns orättvist. Men jag klarar mig, som sagt, jag har mina barn och deras familjer. Och nu får jag gott om tid att sova.

Onkologerna får lämna många tunga besked:

"Det har blivit lättare med åren"

– Det har blivit lättare med åren att lämna tunga besked i krävande samtal med patienter utan bot. Inte för att jag blivit avtrubbad känslomässigt, inte alls, utan för att jag har en bank av erfarenhet att luta mig mot. Jag vet att jag överlevt liknande samtal tidigare, jag vet att det går.

Nina Cavalli-Björkman har arbetat som läkare i 15 år nu, varav de senaste fem på Akademiska sjukhuset. Hennes plan under läkarutbildningen var dock att bli förlossningsläkare, alltså i andra ändan av livet.

– Men mina veckor som kandidat på onkologen tänkte något i mig. Jag kände hur viktigt det är att vi engagerar oss i dessa svårt sjuka människor. Att bli onkolog väljer man för specialitetens svåra medicinska utmaningar, men också för dess känslomässiga sådana.

Alla doktorer har kategorier av patienter som det är svårare att ha svåra samtal med än andra eftersom deras situation är för lik doktors egen, till exempel om de är jämnåriga eller har barn i ens egna barns ålder.

– Då kan det bli svårt att hålla distansen. Därför är vi en grupp av onkologer, helt informellt, som byter med varandra om det blir för tufft. Det gäller också om man är ur balans, till exempel för att ens barn är sjuka eller man bråkat hemma.

– Som onkolog måste jag ha tålmodet, tryggheten och stabiliteten att kunna sitta still i stolen fast människor blir förtvivlade. Är jag instabil är det olämpligt att jag genomför sådana sorgliga samtal.

Strategier för att hantera upplevelsorna

Det finns en föreställning om att de som arbetar med svåra patientfall är professionella, coola och samlade om de kan hänga av sig det som händer på jobbet samtidigt med bussarongen.



Läkaren Nina Cavalli-Björkman framhåller hur mycket glädje det finns på onkologen, trots att många av patienterna inte går att bota: "Människor med en livshotande sjukdom vet att det gäller att leva nu och jäklar vad de lever! "

– Det är en myt, vill jag säga. Jag tror inte att vi kan vara så distanserade till våra patienter. Självklart följer tankarna på dem med hem. Då gäller det att skaffa sig strategier för att hantera detta. Givande fritidssysselsättningar och bra, erfarna kollegor att ventilera sina erfarenheter med är exempel på sådana strategier.

– Ibland räcker det med att jag växlar några ord med en kollega i omklädningsrummet om hur tufft jag haft det under dagen och denne säger "fy så hemskt, stackars dig".

Läkarna på onkologen har inte handledning.

– Jag har haft det en gång, under en randutbildning på ett hospice och det var mycket bra.

TEXT:
INGELA
WIMAN
FOTO:
STAFFAN
CLAESSON

Det är som utomstående lätt att tro att onkologen är ett dödens hus, där personal och patienter hänger med huvudet.

– Men här finns enormt mycket glädje. Människor med en livshotande sjukdom vet att det gäller att leva nu och jäklar vad de lever! Tiden är så värdefull, allt de vill och förmår göra ska göras nu. Vårt jobb här är att se till att de lever tills de dör.

Obefintlig kunskap

Döden är ju ett känsligt samtalsämne och kunskapen om hur det är att dö är närmast obefintlig bland vanligt folk.

– Googlar du på hur det går till när man dör, så finns det ingen information alls. Men de som har en livshotande sjukdom vill veta. Det är inte vanligt att folk har sett människor dö, men jag har sett många och ibland kan jag hjälpa patienter som undrar genom att berätta.

Överlag har dessa patienter ett stort behov av att prata om att de ska dö och många gånger är de ledsna för att de aldrig får frågan.

– Att skapa ett klimat där det går att prata om döden är en av våra uppgifter, menar Nina Cavalli-Björkman.

I dag är den palliativa vården mycket god, fortsätter hon. Det finns bra mediciner mot illamående, smärta och oro. Patienterna har det bra när de ska dö, det är fridfullt. De anhöriga kan ha det jobbigare, men personalen försöker hjälpa dem genom att bara vara medmänskliga. Det finns också möjlighet för dem att få stödsamtal, både före och efter att patienten dött.

Enklare att prata med barn

Barn ska vara med så mycket som möjligt när deras anhörig blivit sjuk, menar hon. Ju mer de är med och ser dropp, pumpar, kanyler och cellgifter, desto lättare har de att förstå vad som kommer att ske.

– Som doktor är det enklare att prata med barnen för de går rakt på sak och frågar rakt ut om det de undrar över. Barnen går ju också in och ut ur ledsamheten, de gråter ett tag för att nästa stund sitta och leka.

Att arbeta så nära döden har betytt jättemycket för Nina Cavalli-Björkman som privatperson.

– Min man är också onkolog och vi vet båda två att livet inte är oändligt! Det vi vill göra, till exempel att resa, det gör vi nu. Jag ser det som en yrkesförmån att ständigt påminnas om att inte ta livet för givet, leva nu och att strunta i skitsaker som parkeringsböter!

Avlidna på Akademiska sjukhuset under 2010

Januari	110
Februari	84
Mars	97
April	93
Maj	95
Juni	70
Juli	90
Augusti	71
September	92
Oktober	78
November	99
December	101

Totalt 1 080

Data tagna från analysverktöget diver.

Ett ögonblick ...

... Adrienne Brag, som nyligen börjat arbeta som sjuksköterska på hospice. Varför väljer du att arbeta med döende patienter?

– Jag vill ta hand om dessa patienter på ett värdigt och meningsfullt sätt. De ska känna att deras sista tid är en fin tid.

Efter en månad på nya jobbet, är det som du tänkt dig?

– Ja, i mycket. Patienterna får en god omvårdnad här. Det som överraskat mig är att se hur starka dessa patienter ändå är. De är här för att dö, men de kämpar för ett så rikt liv som möjligt in i det sista. Det är fascinerande att uppleva.



Hur kan ni i personalen hjälpa dem?

– Vi ger dem förstas mediciner mot smärta och ångest för att göra dem så lugna som möjligt. Men vi försöker också hjälpa dem och deras anhöriga att ta vara på de bra dagarna de har, se till att de kan göra något värdefullt tillsammans.

Får ni i personalen hjälp att bearbeta er egna känslor?

– Ja, vi har obligatorisk handledning tre gånger per termin. Det tycker jag känns bra.

Följer tankarna på patienterna med dig hem?

– Jag försöker lämna dem på jobbet och lyckas ganska bra med det, men en eller annan episod kan poppa upp. I huvudsak är jag mest glad över att jag är frisk, att jag kan gå hem på egna ben till min familj. Jag vet att hur fort det kan ändras!

TEXT: INGELA WIMAN
FOTO: HANNES LJUNGHALL

Sjuksköterskan Elisabet Åkerström och undersköterskan Elisabeth Nilsson i akutens särskilda avskedsrum, där anhöriga kan ta farväl



Anhörigstödjare ständigt närvarande på akuten

TEXT:
INGELA
WIMAN
FOTO:
STAFFAN
CLAESSON

– Fortfarande blir jag överraskad av vad det är som berör mig när någon dör här på akuten. Jag fann en Daim i en äldre dams väska och det gick rakt in i hjärtat. Hon hade köpt godis att njuta av, men hon fick aldrig äta den.

Enligt Elisabet Åkerström, sjuksköterska på akutmottagningen, går det inte att förutsäga vad som triggar igång känslorna. Men det var lättare att bli illa berörd när någon dog på den avdelning hon jobbade på, för då hade hon hunnit få kontakt med både den sjuke och dess anhöriga.

– På akuten är jag så upptagen med att rädda liv med hjälp av olika utrustningar att jag inte hinner känna efter. Ibland kommer det efteråt beroende på patientens omständigheter, till exempel självmord gör mig alltid illa till mods för de är så sorgliga.

Länk mellan patient och anhöriga

På akutmottagningen vid Akademiska sjukhuset finns en egen modell för att stötta de anhöriga. En undersköterska per arbetspass tjänstgör som anhörigstöd, vilket betyder att den personen ska kunna släppa vad den har för händer och finnas vid de anhörigas sida vid ett trauma.

– Vi fungerar som en länk mellan patienten och anhöriga. Vill de anhöriga vara med i traumarummet är vi med dem och förklarar vad som händer. Eller så sitter vi med dem i anhörigrummet. Det är jätteviktigt att de får information om vad som pågår hela tiden, säger Maria Rätsep.

Anhörigstödjaren kan också följa med på olika undersökningar på sjukhuset. De förbereder den

hjälp utanför sjukhuset som den anhörige kan behöva efter en förlust.

– Givetvis är det tufft att vara anhörigstödjare. Men vi vet hur viktiga vi är för personerna i fråga. Ingen situation är den andra lik, det gäller att känna av vad som blir bäst och bara vara medmänniska, menar Maria Säfström.

Anhörigstödjaren är också den som ringer upp de anhöriga en till två veckor efter dödsfallet för att höra hur de mår och prata om vad som hände. Ett telefonsamtal som de anhöriga uppskattar väldigt mycket.

Avskedsrum med bårtäcke

När en person dött på akutmottagningen gör personalen iordning kroppen för att personen så mycket som möjligt ska se ut som den gjorde i livet.

– Vi tvättar kroppen och tar ut eventuella kanyler. Den läggs på en bår, får ren skjorta och blöja. Kroppen sveps in i speciella lakan efter särskilda rutiner. Vi sluter ögonen och försöker sätta in eventuella tandproteser och stänga hakan. Vi kammar också person och det händer att vi tittar på deras id-kort för att se vilken frisyr de hade, säger sjuksköterskan Susanna Ingendoh Husevik.

De anhöriga får ta farväl av den döde inne på avdelningens avskedsrum. Där finns ett speciellt bårtäcke. Personalen följer med de anhöriga in om de så önskar.

– Jag försöker på ett naturligt sätt ta på den avlidne om jag märker att de anhöriga tycker att det är otäckt. Det gör det lättare för dem att närma sig kroppen. Vi tänder också levande ljus för att få en så fin stund som möjligt, säger Maria Rätsep.

"Vi säger aldrig till ett barn att det ska dö"

– Vi säger aldrig att du ska dö till ett barn. Vi talar om för barnet att det inte kan bli friskt, men att vi ska göra allt vi kan för att hjälpa det. Men även om barnet inte pratar om döden – ofta för att skydda föräldrarna – så vet han eller hon vad som ska ske.

Det säger Zuzana Tezera, som arbetat med cancersjuka barn på Akademiska sjukhuset sedan 1999.

– Jag glömmer aldrig det första dödsfallet, det blev väldigt emotionellt jobbigt. Men med tiden lär man sig att hantera det. Nu känner jag mig stolt över att få vara den som hjälper barnet att gå över. Det må vara min skyddsmekanism, men att kunna ordna det så fint och lugnt som möjligt är så betydelsefullt att om det kan vara jag som bistår familjen är jag nöjd.

Zuzana Tezera betonar vikten av att varje familj ska få sina önskningar tillgodosedda så långt som möjligt. Det finns inga rätt eller fel. Några föräldrar ville ligga med barnet mellan sig, en mamma ville ligga naken med barnet ovanpå sig precis som när barnet var nyfött, en del vill vara ensamma med barnet, andra behöver stöd från personalen.

Krävande känslomässigt

Att arbeta med cancersjuka barn är känslomässigt mycket krävande. Det märks också på omsättningen av personalen så till vida att det finns personal som slutar sin anställning efter relativt kort tid för att de inte orkar. Men det finns också många som stannar kvar länge.

– Vi är måna om att ta hand om varandra. När någon av oss haft det jobbigt håller vi ett extra öga på hur personen mår. Cheferna har en viktig roll här och är mycket lyhörda. Behöver vi så får vi också hjälp från en psykolog.

Elisabet Edbom har nyligen börjat på barnavdelningen för blod- och tumörsjukdomar. Hon har ännu inte upplevt att ett barn dött på avdelningen. Men hon vet att det finns mycket stöd att få från de mer erfarna kollegorna när den dagen kommer.

– Det finns ändå så mycket liv här. En vanlig förmiddag är det som ett fritis – barn som leker i korridorerna och föräldrar som försöker leva så vanligt det går. Och vi får massor av energi av glädjen att kunna bota så många barn!

TEXT: INGELA WIMAN
FOTO: STAFFAN CLAESSON



Zuzana Tezera arbetar på barnavdelningen för blod- och tumörsjukdomar, där arbetsuppgifterna kan bli känslomässigt mycket krävande för personalen. Vissa slutar sin anställning efter relativt kort tid för att de inte orkar. Men det finns också många som stannar kvar länge.



Sektionschefen Irina Alafuzoff och obduktionsteknikern Jan Lovéus i en obduktionssal på patologen.

Patologens chef oroas av nedåtgående trend:

"Färre obduktioner ger sämre vård"

Antalet patienter som obduceras efter sin död har minskat kraftigt de senaste decennierna, såväl på Akademiska som i landet i övrigt.

– Det medför att vi missar viktiga samband som hade kunnat vara till nytta i framtida vård, säger Irina Alafuzoff, sektionschef för klinisk patologi och cytologi.

Idag obduceras fem till tio procent av dem som avlider vid Akademiska sjukhuset. För 30 år sedan var det 40–50 procent. Irina Alafuzoff ser tre huvudsaker till den vikande trenden.

– Till att börja med tror jag att det handlar om att läkaren i normalfallet behöver tillstånd från de anhöriga för att få skicka en avlidne patient till obduktion. Ibland kan det kännas svårt att tränga sig på i sorgen med en sådan begäran. Sedan tror jag att det finns en utbredd övertro på möjligheterna att säkert avgöra dödsorsak och sjukdomsförlopp enbart på grundval av det kliniska arbetet medan patienten levde. En tredje faktor handlar om ekonomi, säger hon.

Varje obduktion på patologen kostar mellan 10 000 och 20 000 kronor att utföra, beroende på hur detaljerad undersökning det handlar om. Notan hamnar dock inte hos den enhet på Akademiska som skickade remissen; pengarna tas istället från en central pott.

– Det gör det mindre troligt att läkare på Akademiska avstår av ekonomiska skäl. Däremot kan kostnaden spela in för dem som skickar patienter för obduktion från länet och regionen, säger Irina Alafuzoff.

Svårt att träffa exakt rätt

Vad gäller möjligheterna att fastställa dödsorsaken enbart på grundval av kliniskt arbete hänvisar hon bland annat till en studie från Lund, där patologen Elisabet Englund med obduktionsfacit i hand kontrollerade hur ofta läkaren hade träffat exakt rätt i sin bedömning av etiologin vid demenssjukdom.

– I den undersökningen missade man målet i nästan 50 procent av fallen, säger Irina Alafuzoff.

Hennes uppfattning är klar: fler obduktioner innebär bättre kvalitetskontroll

av den utförda diagnostiken och vården, samtidigt som det ger större möjligheter att fastställa sjukdomsförlopp och dödsorsak, inte minst viktigt när det gäller den ökande skaran äldre multisjuka, där flera olika faktorer kan samspela på oväntade sätt. Detta rapporterade hon själv om redan 1994 i en publikation.

– Egentligen borde alla som dör obduceras, men det är förstas en ekonomisk omöjlighet. Samtidigt – hur mycket kostar till exempel inte de röntgenundersökningar som vi gör enorma mängder av, inte sällan utan särskilt tungt vägande skäl? Det finns vinster att göra vad gäller vårdkvalitet och patientsäkerhet som i sig motiverar att vi utför betydligt fler obduktioner än idag, säger hon.

Irina Alafuzoff efterlyser en allmän attitydändring i samhället och inom vården.

– Frågan är för känslig idag och obduktion ses inte som ett naturligt led i vårdprocessen. Jag skulle gärna se att folk i allmänhet fick upp ögonen för de vinster som kan göras.

TEXT HANNES LJUNGHALL
FOTO: STAFFAN CLAESSON

Varje år genomförs ca 300 vuxen- och 150 barn- och fosterobduktioner på patologen vid Akademiska sjukhuset. En obduktion omfattar dels granskning av hela kroppsytan, dels en "utvidgad operation" där man lyfter ut och granskar alla inre organ. Efteråt lyfts allt tillbaka innan kroppen sys ihop igen. De anhöriga som eventuellt tar farväl på bårhuset behöver inte se att kroppen har obducerats.

I samband med obduktion kan prover av vävnader och kroppsvätskor tas tillvara för kompletterande undersökningar, till exempel mikroskopiska, bakteriologiska, virologiska eller kemiska undersökningar.

En klinisk obduktion får utföras om det behövs för att fastställa dödsorsaken, vinna viktig kunskap om sjukdomar och undersöka förekomst av skador eller sjukdom.



St-läkaren Eleonora Aaro och överläkaren Katharina Ericson utför mikroskopiska undersökningar på patologen.

En obduktion kan utföras om den avlidne har medgett det skriftligt och efter att anhöriga har informerats och samtyckt. Om dödsorsaken är känd får obduktion däremot inte utföras mot den avlidnes och de anhörigas vilja. De anhöriga har rätt att via polisen begära obduktion om de misstänker att misstag har begåtts i vården. Beslut om rättsmedicinsk obduktion tas oberoende av anhörigas medgivande. Rättsmedicinsk obduktion genomförs även vid lex Maria-fall med dödlig utgång.

Vad händer med kropparna efter avlidna på Akademiska?

När en patient dör på Akademiska är första steget alltid att ta kontakt med de anhöriga, ifall de inte redan är på sjukhuset. De ges sedan möjlighet att ta farväl, antingen direkt på avdelningen eller i ett särskilt visningskapell på bårhuset hos patologen. Alla avlidna hamnar förr eller senare på bårhuset. Hur pass snart efter dödsfallet det sker beror dels på eventuella önskemål från anhöriga att ta farväl på plats, dels på hur pass snabbt inre transport kan komma och hämta den avlidne. Varje större enhet på Akademiska har egna kylrum där de avlidna placeras i väntan på transport till bårhuset.

Transporterna, i form av täckta sjukhussängar, går via kulverten närmaste väg till bårhuset och sker löpande utan något särskilt schema, i princip så snart som möjligt efter att patienten har avlidit. Det är sedan från bårhuset som begravningsbyråerna tar vid.



Ny organisation för att ta tillvara vävnad och organ

Akademiska sjukhuset skapar en mer effektiv organisation för tillvaratagande av organ och vävnad. Det berättar vävnadssamordnaren Anna Björkland, som har ett uppdrag att stödja landstinget att uppfylla de nya krav som enligt lag ställs på sjukvården vid hantering av vävnad.

– Vi missar många möjligheter att ta tillvara vävnad från avlidna idag, och det finns även en risk att vi missar möjliga organ donationer, säger hon.

Den vävnad som doneras på Akademiska idag motsvarar inte det kliniska behovet, vilket exempelvis innebär att hud istället importeras från Holland. För att sjukhuset bättre ska kunna tillgodose behovet av både vävnad och organ bildas nu ett särskilt donationsråd. Dessutom kommer särskilda donationsansvariga läkare och sjuksköterskor att utses i den omfattning som behövs på sjukhuset. Den här typen av organisation finns redan idag på de övriga regionsjukhusen i landet.

– Det finns personer på Akademiska idag som arbetar med donationsfrämjande åtgärder, men de är inte formellt utsedda och har inte fått arbetstid särskilt avsatt för ändamålet. Rent allmänt ges inte vårdpersonalen riktlinjer och träning som gör att de är kontinuerligt uppmärksamma på potentiella vävnadsdonatorer bland patienterna. Det finns ingen systematik kring detta när folk avlider på sjukhuset. Det ingår inte heller i patologens uppdrag att rutinmässigt ta tillvara vävnad för transplantation, säger Anna Björkland.

Hon säger att antalet möjliga vävnadsdonatorer bland avlidna på Akademiska är mer än tillräckligt för att täcka behovet om de bara utreddes på ett systematiskt sätt. Vad gäller organ donationer finns det väldigt få möjliga donatorer, och därför är det väldigt viktigt att vi inte missar någon, menar Anna Björkland, och pekar samtidigt på att Sverige som helhet står sig dåligt i en internationell jämförelse.

– Antalet organ donationer per en miljon invånare i Sverige var förra året 13 personer, att jämföras med till exempel Norge som hade 20. Det finns en rad faktorer som kan bidra till att förklara skillnaden, men det avgörande är att Norge har ett tydligare uppdrag och en bättre organisation för att identifiera donatorer än vi har i Sverige, säger Anna Björkland.

– Enligt en undersökning som EU gjorde år 2009 är 83 procent av svenska folket positiva till att donera sina organ efter döden. Detta gör att vi ligger i topp av alla europeiska länder i viljan att donera. Det är därför sjukvårdens uppgift att ha en organisation som möjliggör donation av organ och vävnader.

TEXT OCH FOTO: HANNES LJUNGHALL

Nollvision för vårdskador - hur nära målet kan vi komma?

Temat för årets nationella patientsäkerhetskonferens var "nollvision för vårdskador". Konferensen är en del i SKL:s satsning för patientsäkerhet. Årets huvudtalare var Chris Hayes, intensivvårdsläkare från Toronto. Han talade om patientsäkerhetskultur, ett ämne som gick som en röd tråd genom flera workshops och seminarier. En god säkerhetskultur karaktäriseras av att alla på arbetsplatsen inser att man arbetar i en högriskomgivning, vilket leder till uppmärksamhet på risker. Miljön ska inte vara skuldbeläggande, utan man ska kunna påtala fel utan att vara rädd för straff. Man samarbetar över hierarkigränser, och organisationen är beredd att sätta av resurser för säkerhetsarbetet. Flera av de sjukhus som fått stora framgångar i patientsäkerhetsarbetet och lyckats minska vårdskadorna, betonar hur viktig högsta ledningens engagemang är. De går regelbundet "executive rounds" i verksamheten, och då är det sjukhusets chef som leder ronderna. Hur bra nya managementgrepp man än kommer med, kommer de att misslyckas om man inte har en god säkerhetskultur på arbetsplatsen, menar Chris Hayes.

Mätningarna har genomförts en gång per termin sedan 2008. Utfallet har legat på omkring tio procent av patienterna under den tiden.

Det är ett observandum för oss på Akademiska att riskfaktorn KAD (urinvägskateter) hade ökat vid senaste mätningen. Kateterrelaterad urinwegsinfektion är en av de vanligaste vårdrelaterade infektionerna, och leder till förhöjd sjuklighet, ökad dödlighet, förlängd vårdtid och därmed ökade kostnader. Urinwegsinfektion (UVI) har uppskattats orsaka ett dödsfall per tusen kateterinläggningar, men att förebygga UVI medför däremot inga eller små direkta merkostnader. KAD är den dominerande orsaken till vårdrelaterad UVI och överanvändningen är stor. Förebyggande åtgärder bör främst inriktas mot att skärpa indikationerna för användandet av KAD, begränsa behandlingstiden och i stället använda andra former för urinuppsamling och blåstömning. Det finns många exempel på sjukhus som har lyckats med avsevärda minskningar av vårdskadorna efter ett fokuserat arbete efter dessa och



SKL har tagit fram åtgärds paket inom en rad olika områden, ovan syns tre exempel, för att minska antalet vårdskador. Samtliga går att ladda ner på chefsläkarnas webbsida på Navet.

Inom satsningen mot vårdskador har SKL också valt ut åtta prioriterade områden där de har tagit fram åtgärds paket för att förebygga vårdskador. Åtgärds paketerna riktar sig mot de dominerande vårdskadorna: vårdrelaterade infektioner (VRI), malnutrition, fall och fallskador samt trycksår. Mätningar med journalgranskningsmetoden GTT (Global trigger tool) vid olika sjukhus, visar också att vårdrelaterade infektioner och trycksår är de vanligaste vårdskadorna. SKL:s avsikt är att antalet vårdskador ska minska om man arbetar förebyggande enligt de konkreta råd de tagit fram, vilket då kommer att synas i de punktprevalensmätningar som Akademiska sjukhuset också deltar i.

Den 26 oktober genomförs den nationella punktprevalensmätningen av VRI. Alla inläggande patienter bedöms om de har en VRI eller inte, och om de har riskfaktorer för VRI.

andra väl etablerade riktlinjer, VRISS-arbetet illustrerade detta på ett bra sätt när det gäller VRI.

Sammanfattningsvis är det tydligt att alla sjukhus har liknande problem och att det finns väldigt mycket att lära av andra. Mätningar kan visa på förbättringar om vi intensifierar det förebyggande arbetet enligt väl etablerade riktlinjer. Det finns inga trollkonster – om vi ska minska antalet vårdskador handlar det mer om att verkligen göra det vi redan vet.

FILIPPA NYBERG
CHEFSLÄKARE



Ett ögonblick ...

... Elisabet Alphonse, programansvarig för psykiatriveckan, som hålls i Grönwallsalen den 7-11 november. Vad är temat det här året?

-Rubriken i år är "Med fokus på samarbete", vilket syftar på samarbetet mellan landstinget, kommunerna, frivilligorganisationer, brukare och anhöriga. Veckan arrangeras i samarbete med Hjärnkoll, som är en nationell kampanj för att förändra attityder till människor med psykisk ohälsa eller funktionshinder till det bättre.

Har du några tips ur programmet?

- Det är alltid svårt att plocka ut enskilda talare, alla som medverkar har något intressant att berätta, men jag kan nämna några. På tisdagen berättar Kerstin Karlsson om utredningen av utredningsteam vid Älby. Onsdagen har temat Med fokus på hemlöshet, psykisk ohälsa och missbruk, och då medverkar Ami Rohnitz med sin egen erfarenhet av att leva med psykisk ohälsa och vara hemlös. Torsdagen fokuserar på återgång till sysselsättning och arbete vid psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning. Då berättar Thomas Ekstrand om att leva och arbeta med bipolär sjukdom. Fredagen har temat brukar- och närståendeperspektiv samt äldrepsykiatri, och då kan man få höra bland annat Saga Adolfsson berätta om bättre vård och mindre tvång inom äldrepsykiatri.

HANNES LJUNGHALL

Hela veckans program finns på www.akademiska.se/psykiatri



Tf sjukhusdirektör Björn Ragnarsson och Lars Bäckman, sektionschef för organtransplantation, planterade ett träd som symboliskt tack till alla som donerat vävnad och organ.

Donatorer tackades med träd

För andra året i rad arrangerades en donationsvecka vid Akademiska sjukhuset 17-21 oktober. Det hölls öppna föreläsningar i Grönwallsalen, Blå Korset och Hedstrandsalen för personal och allmänhet om framsteg inom transplantations-teknik samt utdelning av donationskort vid huvudentrén. Som tack till alla givare planterades ett träd mellan ingång 50 och Blå Korset.

-Det känns fint att få plantera ett träd

för att hedra alla dem som donerat ett organ eller vävnad. Transplantationer är ett viktigt profylområde för Akademiska sjukhuset. Varje gång man passerar trädet påminns man om vikten av att ta ställning i denna fråga, sade tf sjukhusdirektör Björn Ragnarsson.

På skylten står det: "Gåvan som räddar liv. Trädet planterades 2011 till minne av alla som donerat organ och vävnad för att hjälpa andra till ett nytt liv."



Höstens nya at-läkare har anlänt

Så här ser de ut, höstens nya at-läkare på Akademiska sjukhuset. Bakre raden fr v: Anna Bergman, Malin Dickmark, Karin Bengtsson, Matilda Annebäck, Madeleine Harryson, Elisabeth Hellquist och Daniel Espes. Främre raden fr v: Martin Tyrholm (Åland), Angelica Walfridsson, Anders Södergård, Johan Virhammar, Ragnar Stolt (Åland), David Berglund och Elin Petersson.

Krävande och komplicerat att behandla psykiska trauman:

"Som att lägga pussel"



Kerstin Bergh Johannesson på sitt rum i ingång 15. Den gula boken i mitten på skrivbordet är den nya rapporten "Som att lägga ett pussel" som handlar om uppföljning efter brandkatastrofen i Göteborg.

FOTO:
STAFFAN
CLAESSON



Namn:
Kerstin Bergh
Johannesson
Yrke:
Leg psykolog,
leg psykoterapeut,
lärare och hand-
ledare i psyko-
terapi, forskare.
Började arbeta på
Akademiska
sjukhuset: 1980,
dåvarande
Ulleråkers sjukhus.

Måndag

Det är september och en sådan där mild morgon med mjuk luft. Jag tar cykeln längs Fyrisån. Kanadagässen betar på strandängarna mot Nántuna. Morgnar och kvällar sträcker dom i prydliga plogformationer till och från nattlägren på Ekoln. Jag är på väg till min arbetsplats på kunskapscentrum för katastrofpsykiatri beläget i det vackra gamla huset i ingång 15. Det är ett nationellt kunskapscentrum som funnits sedan 2002, med Socialstyrelsen som huvudman, knutet till Uppsala universitet och psykiatridivisionen vid Akademiska sjukhuset. Vårt uppdrag är att forska, samla kunskap och sprida kunskap inom området psykotraumatologi.

IDAG STARTAR VI PÅ kunskapscentret en ny kurs. Det är alltid spännande. Det här är fjärde året vi ger kursen. Deltagarna kommer från skilda håll i landet och med olika yrkesbakgrund, men med det gemensamma att vilja lära sig mer om hur man kan förstå effekterna av psykiska trauman på samhälls- och individnivå och med önskan att få bättre redskap i sina arbeten. Och det behövs. Vi vet att under sin livstid kommer en stor del av befolkningen att exponeras för potentiellt traumatiserande händelser och mellan fem och tio procent kommer att drabbas av posttraumatiskt

stressyndrom (PTSD). Människor utsätts också för tidig och upprepad traumatisering. Allt det här märks i sjukvården, både inom psykiatrin och inom somatisk sjukvård, men möjliga samband mellan symptom och traumaerfarenheter undersöks inte alltid.

Tisdag

Förmiddagskonferensen används till att följa upp hur vi ligger till med våra olika projekt. Almanackan som nyss kändes så tom efter semestern börjar redan se välfylld ut. Handleder en psykologstudent som ska göra ett psykologexamensarbete hos oss. Eftermiddagskaffet ackompanjeras som vanligt av livliga diskussioner om högt och lågt.

Läser på kvällen ut boken av Natascha Kampusch, hon som hölls kidnappad och inlåst under hela sin tonårstid. Hur behåller man sin mentala hälsa under sådana fasansfulla omständigheter? Jag blir imponerad av hennes sätt att resonera kring sina erfarenheter.

Onsdag

Träffar mina kollegor på traumateamet på Kungsgatan. Här handlar det alltså om psykiska trauman. Vi fördelar de nyinkomna remisserna. Olika ärenden diskuteras. När man arbetar med

tunga traumatiska upplevelser är det fullständigt avgörande att behandlarna själva får möjlighet till handledning och avlastning. Emellanåt hamnar vi i en diskussion om diagnossättande. Många patienter lider av effekterna av upprepad utsatthet från tidig ålder. Ibland visar sig detta som symptom som man kan uppfatta som psykotiska. Glädjande nog börjar kunskapen spridas om hur komplex traumatisering kan yttra sig. Det är ett duktigt gäng vi har, men som så ofta har vi lite för lite tid.

ÄGNAR RESTEN AV DAGEN åt patientarbete. Varje behandlingsärende är som ett detektivarbete eller som ett stort pussel som vi ska lägga tillsammans. Jag känner stor respekt för det mod som mina patienter visar inför att ta itu med sina svårigheter. Traumabehandling är en krävande process men kan ge förbluffande goda resultat. Det kan dock ta lång tid innan en patient är tillräckligt redo att gå in i ett traumaarbete. Kanske behöver förmågan till mental stabilisering tränas upp innan en regelrätt traumabehandling kan vara möjlig. Uppsala är ett av ganska få landsting som har ett speciellt team för behandling av psykiskt traumatiserade människor, visserligen integrerad i en större mottagning. Fler landsting är dock på gång att höja sin kompetens på detta område. Det behövs.

Torsdag

Åker till Köpenhamn för ett möte med mina europeiska kollegor. På agendan står hur EU kan stödja och underlätta att riktlinjer för effektivt krisstöd och evidensbaserad behandling implementeras i de olika medlemsländerna. Socialt stöd, både det informella och det formella, är väsentligt för människors återhämtning efter påfrestningar. Sverige och andra skandinaviska länder har varit tidiga med att utveckla fungerande organisationer för krisstöd när allvarliga händelser inträffar. Här i Uppsala har PKL-organisationen inom landstinget prövats vid flera tillfällen, exempelvis vid Estonias förlisning 1994, vid tsunamikatastrofen 2004 och vid den svåra bussolyckan utanför Rasbo 2007. Medarbetarnas engagemang har varit helt suveränt. Det är snart dags att rekrytera flera. Vi blir inte yngre.

Fredag

Får besök av en kollega från ett grannlandsting som behöver råd om arbetsmetoder och diagnosinstrument. Testar min nya Ipad. Den är praktisk också i jobbet. Ut till stugan mot kvällningen. Njuter av den rofyllda anblicken av korna som betar på strandängen. Ingen traumatisk stress, där inte! Solen går ner över Öregrundsgrepen. Jag laddar batterierna.

The One Word Exam

JAG FÖRVÄNTADE MIG högljudna protester och akademiska kravaller, men i Oxford var allt lugnt och stilla. Skrivningen som i schemat hette Essay men kallades världens svåraste tenta eller "The One Word Exam" var avskaffad, men reaktionerna uteblev. Varför?

Under tre timmar skulle studenterna skriva allt värt att veta angående ett noga utvalt ord (tidigare: mirakel, fördom, stil, kaos, barmhärtighet, oskuld, nyhet, moral, vatten eller ägodelar.) Beslutet kommenteras med att "skrivningen har visat sig vara av mindre betydelse, men vi beklagar att vi avskaffar den". Studenter som skrivit tentan säger att "den var för kryptisk till och med för Oxford". Men varför inga protester?

NYLIGEN DRABBADES JAG av en vattenläcka i källaren och därför hamnade alla gamla skolböcker, anteckningar och skrivelser i vardagsrummet. Jag skulle just till att rangordna tjejnerna i kurskatalogen utifrån variabelerna smink, klädval och frisyr (3-gradig skala: snyggt, OK eller 80-tal), men när min fru fattade intresse för vad jag höll på med övergick jag snabbt till att läsa föreläsninganteckningar. Jag läste anteckningar om levermetabolism och häpnade. På omslaget stod mitt namn och anteckningarna låg i min källare men kunskaperna har jag inte kvar. Jag kollade på tentan som fanns i samma pärm och fann raka motsatsen till the one word exam. Långa historier om patienter och symptom, besvär och problem som allsammans kokades ner till korta kärnfulla frågor där svaren ofta förväntades vara just ett enda ord. Som om man hade vänt the one word exam upp och ned och frågat studenterna efter vilket ord som åsyftas i texten, istället för tvärtom.

"Tänk vilken skillnad att bli filmad fem minuter med en riktigt sjuk patient och dennes anhöriga, istället för att skriva uppsats tre timmar."

MEN, OM INTE THE one word exam är en bra examinationsform (eftersom den läggs ned), och inte heller långa fallbeskrivningar med kortvarsfrågor (eftersom jag inte minns särskilt mycket), hur ska vi då examinera kunskaper och färdigheter på Akademiska sjukhuset?

Att rätta the one word exam måste ha varit en mardröm. Vad säger man till alla de studenter som blir underkända? Jag tror dessutom att examinationen snarare mäter social klassstillhörighet och bildningsnivå hos föräldrarna än studentens kunskaper. Och det kanske inte alltid är relevant eller ens önskvärt att gradera eller betygsätta för ett universitet?



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

MÄNGDEN FAKTA VÄXER JU så det knakar. Den första läroboken i medicin var mycket tunn. Det tog ca 150 år innan läroböckerna blev dubbelt så tjocka, dvs kunskapen hade fördubblats. Idag räknar man med att mängden kunskap (antal artiklar) inom fältet medicin fördubblas vartannat år! (Jag upprepar: vartannat år!). Att hålla fantastiska föreläsningar som ger fantastiska anteckningar men liten bestående kunskap eller skriva uppsatser som spänner över allt och ingenting visar knappast hur bra vi eller våra studenter tar till sig ny medicinsk kunskap. Det som vi borde utveckla är istället möjligheterna att bedöma vad vi gör och hur vi fungerar i verkligheten på vårdavdelningar och mottagningar med riktiga patienter. Tänk vilken skillnad att bli filmad fem minuter med en riktigt sjuk patient och dennes anhöriga, istället för att skriva uppsats tre timmar. Ingen är väl egentligen intresserad av vad studenter kan eller inte kan när de befinner sig i en skrivningssal långt från sjukhuset? Däremot vill alla veta hur och varför de gör som de gör på vårdavdelningar och med patienter. Och det är väl också därför det inte blev några protester för the one word exam, och också därför skrivelser med kortvarsfrågor är dömda att gå i graven, tror jag.

VILL DU VETA MER? Ian Curran från The London Deanery var på Ackis i våras och berättade hur han arbetar med workplace-based assessment. En bra beskrivning ges under fliken assessment via länken: <http://www.faculty.londondeanery.ac.uk>

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
Priskorv
Janssons frestelse
Kokt potatis
Julgods

210:-/person
(inklusive moms)

Minsta ordnr är 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 Hammarskjölds väg 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-föring > 435:-/pp
- Jullunch
- Måndag-tisdag > 325:-/pp

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

Restaurang SVEN DUFVA

Dag Hammarskjölds väg 40 Uppsala. För mer information om våra lokaler se www.svendufva.se

FLUSTRET JULBORD
STAND UP & ROCKSHOW

För mer information www.flustret.se

FLUSTRET
1842

NATTKLUBB • KONFERENS • RESTAURANG • EVENEMANG

Rätt skor på jobbet?

I vår butik hittar du bl.a.:

- Walkingskor • Korsetter
- Joggingsskor • Knä- och fotbandage
- Sandaler • Handledsbandage
- MBT skor • Stödstrumpor
- Fotinlägg, individuella och prefab.



10% rabatt

- har du alltid som landstingsanställd på våra produkter.



20% rabatt
på utvalda arbets-sandaler

Auktoriserad återförsäljare av



physiological footwear

Besök vår hemsida - www.teamolmed.se

Dag Hammarskjölds. 14 B, Uppsala Science Park
Tfn: 018-56 70 50
Mån-Fre: 09.00-17.00 • Onsd: 09.00-19.00





AKADEMISKA
SJUKHUSET

Jag kan inte vänja mig



NINA CAVALLI-BJÖRKMAN

"Jag känner hur framsidan av min sjukhusbussarong blir varm och blöt när spyan på något sätt träffar mitt i min uringning."

JAG HAR ALLTID HAFT svårt för kräk. Det finns en del saker man kommer i kontakt med i sjukvården som är mindre trevliga, men de flesta har jag lärt mig hantera. Kräk är tyvärr inte en av dem.

Någonstans under kirurgterminen, på narkos- eller övre gastro-placeringen, så gör jag ett arbetspass på intensivvårdsavdelningen. Det kommer in en berusad man som har blödande åderbräck i matstrupen. Det är potentiellt livshotande och man beslutar sig för att försöka stoppa ner en sond i matstrupen som kan blåsas upp som en ballong. Detta klämmer åt de blödande kärlen och kan i bästa fall få stopp på blödningen.

PROBLEMET ÄR ATT PATIENTEN inte är samarbetsvillig. Han är mycket berusad, och arg. Flera personer försöker hålla honom lugn medan kirurgen ska föra ner sonden i hans matstrupe. Han gör våldsamt motstånd, hostar upp stora blodklumpar, fäktar med armarna. Läkaren skriker åt honom "Ligg stilla, vi försöker rädda ditt liv!", och åt personalen att de måste hålla honom still. Plötsligt får läkaren sonden på plats och allt ser ut att ha gått vägen. Då sliter sig patienten loss, sätter sig upp och frigör en arm som han använder att dra ut sonden. Blod skvätter. Sedan kaskadkräks han. Jag känner hur framsidan av min sjukhusbussarong blir varm och blöt när spyan på något sätt

träffar mitt i min uringning. Jag skriker till. Läkaren stirrar argt på mig och säger: "Släpp inte taget för helvete". Helt nerspydd tar jag alltså tag i patientens arm och försöker hjälpa till. Någon lyckas lugna mannen så pass att en ny sond kommer på plats, och denna gång får den sitta kvar.

NÄR SITUATIONEN ÄR UNDER kontroll flyr jag ut i omklädningsrummet och skalar av mig sjukhuskläderna, som steltnat. Hela jag luktar blod och surt vin. Det är vidrigt. Plötsligt ser jag att min bh är indränkt i samma sörja. Det finns något oidentifierbart kletigt på spetsbården: korvbitar? Jag slänger bh:n i soporna och duschar. Sedan plaskar jag handsprit över hela kroppen. När jag cyklar hem svider det i huden.

PÅ NÅGOT SÄTT BLIR jag traumatiserad av denna upplevelse. Det har aldrig mer hänt att någon kräcks på mig, inte ens mina egna barn har gjort det. Ändå tycker jag att det är intensivt obehagligt att se någon ulka över en rondskaal, och det har hänt att jag måste gå ut tills de kräcks klart. Detta skäms jag över, det är oprofessionellt, men jag kan inte vänja mig. En återkommande mardröm jag har (förutom den klassiska att man kommer till en tenta och har läst på fel ämne) är att jag ser ner i min egen uringning och upptäcker att jag har: korvbitar i bh:n.