

Hjertevenner på Riget

– alle gode gange 50

Mekaniske hjerter af typen HeartMate II er ofte sidste udkald for patienter med hjertesvigt, når et donorhjerter lader vente på sig. Nu har patient nummer 50 fået indopereret det højteknologiske vidunder på Rigshospitalet



Thoratec Corp.

Kunstige implantater, mekaniske hjerter, HeartMates – kært barn og hjerteven har mange navne. På Rigshospitalet er implantation af mekaniske hjerter et behandlingstilbud, der har eksisteret i 14 år forbeholdt de sværest syge hjertepatienter. Men perspektiverne er mange – i mangel af donorhjerter.

HeartMate redder liv

- Når vi implanterer HeartMate på en patient, så er det sidste udvej for at redde et menneskeliv, der ellers ville gå tabt på grund af terminalt hjertesvigt, siger *overlæge, dr. med. Kåre Sander fra Thoraxkirurgisk Klinik* i Hjer-tecentret. Kåre Sander introducerede den første generation af HeartMates i Danmark i 1998 og opbyggede det team, som siden da har implementeret HeartMates på Rigshospitalet.

HeartMate II er en pumpe, der pumper blodet kontinuerligt – og uden puls – rundt i kroppen. Den indsættes lige under hjertet, og fra pumpen udgår et kabel (driveline) på maven, som forbindes med en systemkontrol (controller), som kan bæres i et mavebælte, hvortil der kobles eksterne batterier, der bæres i en sele. Som det er i dag, skal batterierne oplades ca. hver 6-8 time.

Ved terminalt hjertesvigt er patientens tilstand ofte så kritisk, at der ikke er tid til at afvente et donorhjerter. Her kan en HeartMate implanteres som en midlertidig foranstaltning. Men Kåre Sander og kolleger så gerne, at teknologien bag det mekaniske hjerte blev videreudviklet og mere udbredt, så flere patienter kunne få gavn af det.

Teknologien skal udvikles

Heart Mate II er lettere og mere langtidsholdbar end sin forgænger, og siden denne model blev indført på Rigshospitalet i 2006, har man opereret flere og flere patienter med stor succes. Men selvom der er sket store fremskridt med HeartMate II, så er der rum for forbedring.

- Det er et problem, at patienterne fortsat skal gå rundt med eksterne batterier, der skal oplades flere gange i døgnet via et kabel, der er tilsluttet pumpen gennem en åbning i maven. For det første er der risiko for infektion, og for det andet er det til stor gene i det daglige at bære rundt på sele og batterier på maven. Vi forventer, at vi inden for få år vil kunne indsætte et lukket system uden kabler, hvor pumpen kan oplades via huden én gang i døgnet, siger Kåre Sander.

Mirakler kan hænde

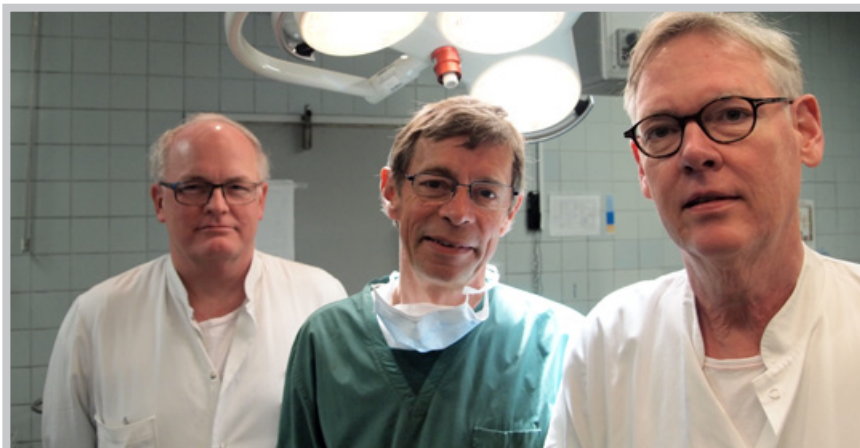
- Det er hændt, at patienter, som har fået indopereret en Heart Mate, siden er kommet sig, så deres eget hjerte begyndte at fungere normalt igen, og det mekaniske hjerte har således kunnet tages ud, uden at der har været behov for et donorhjerter. Det fortæller *klinikkchef, dr. med. Peter Skov Olsen*, Thoraxkirurgisk Klinik og fortsætter:

- Vi skal ikke sætte vores lid til, at miraklet vil ske for alle, men vi håber, at teknologien inden længe vil vejre morgenluft og bringe de mekaniske hjerter til nye højder og muligheder for patienterne. Som det er i dag, foretager vi Heart Mate-operationer ca. 10-12 gange årligt, og patienterne lever gennemsnitligt 14 måneder med implantatet, inden de får taget det ud, enten fordi de får et donorhjerter, eller kan leve videre uden - eller ender med at dø.

Et bedre alternativ?

Det er forventningen, at flere og flere patienter med behov for hjertetransplantation vil komme til at leve livet ud med et mekanisk hjerte – ikke som en midlertidig, men som en permanent løsning. Formentlig i takt med, at producenter vil udvikle de mekaniske hjerter, så de bliver mere holdbare, nænsomme og mindre risikable at leve med.

- Man skal huske på, at hjertepatienter, som har fået transplanteret et donorhjerter, må tage medicin for ikke at udstøde donorhjerter. Den medicin er skadelig for andre dele af kroppen og vil erfaringsmæssigt også forkorte de hjertetransplanteredes liv betragteligt. Det siger overlæge Kåre Sander og fortsætter: - Hvis jeg skulle komme med et forsigtigt bud, så tror jeg, at vi om 5-10 år vil opleve, at de mekaniske hjerter vil blive så udbredte og så teknologisk avancerede, at de er et bedre alternativ end et donorhjerter. Patienten vil have bedre livskvalitet, og vil formentlig kunne leve længe og livet ud med det. Indtil nye, forbedrede modeller bliver lanceret, vil Rigshospitalet fortsætte med at anvende HeartMate II, som der er gode erfaringer med – nu efter 50 implantationer på 5 år.



Udførelse af operation Heart Mate er begrænset til et rutineret lille team. Her hovedaktørerne. Fra venstre klinikchef, dr. med. Peter Skov Olsen, Thoraxkirurgisk Klinik, overlæge Peter Bo Hansen, Thoraxanæstesiologisk Klinik og overlæge, dr. med Kåre Sander, Thoraxkirurgisk Klinik, Rigshospitalet.

Første nye godkendte og finansierede behandling i 2012

Før en ny behandling kan tages i brug skal sammenhæng mellem evidens, effekt, kvalitet og pris til prøve både fagligt og politisk, så der også følger finansiering med. Læs om processen - og læs om den nye behandling, der forventes at øge aktiviteten af lungetransplantationer med op til 25 % i dette nummer af IndenRigs på side 3

I kraft af sin særlige status i Region H og i det samlede danske sundhedsvæsen har Rigshospitalet en særlig forpligtelse til at tage nye behandlinger i brug. Men nye tiltag inden for behandling og diagnostik er ikke noget, man sådan "bare lige tager i brug". Det er en proces, der ud over klinikere og forskere involverer både klinikledelser, centerledelser og direktion - og sidst men ikke mindst politikerne i Region Hovedstaden.

Intern opfølgning og prioritering

- I praksis opstår behovet for at igangsætte nye behandlinger selvfølgelig hen over året. Derfor arbejder vi i dag med en kvartalsvis opfølgning og prioritering. Min opgave er at styre processen og at være fagligt forberedt til tænderne. Der er jo både ry og rygte, faglighed og evidens samt ikke mindst millioner af kroner på spil. I centrum for hele processen befinder sig både små og store grupper af patienter, som måske - eller måske ikke får tilbudt en ny eller bedre behandling i det offentlige sundhedsvæsen. Det er i sidste ende en politisk beslutning.

Mini-MTV som værktøj i processen

Det er højt specialiserede og engagerede fagfolk, som Jannik Hilsted kommer i dialog med via denne proces, som samtidig giver et indblik i, hvad der rører sig og er på vej fra forskellige, faglige miljøer på tværs af hospitalet. Som lægelig direktør er Jannik Hilsted "Rigshospitalets faglige vagthund", dvs. at han skal kunne "presse" hospitalets egne folk i relation til manglende, eller mangelfuld dokumentation eller effekt.

- I praksis bruger vi den anerkendte metode mini-MTV*, når vi gør intern "prøve". For Rigshospitalet er kendt for at levere højt specialiserede behandlinger baseret på evidens og effekt, siger Jannik Hilsted, der er den, der i sidste ende endeligt beslutter, om et forslag til ny behandling fra en klinik når så langt i processen, at Rigshospitalet kan sende forslaget til Region Hovedstaden. For den politiske godkendelse og dermed blåstempling af tilhørende finansiering er en nødvendig forudsætning for, at der kommer "nye varer på hylderne" på Rigshospitalet.



Lægelig direktør Jannik Hilsted, Rigshospitalet

- Der er tale om en meget vigtig landvinding på transplantationsområdet, hvor der som bekendt generelt mangler organer. Med den nye behandling forventer vi, at Rigshospitalet kan øge aktiviteten af lungetransplantationer med op til 25 %. Det betyder, at nogle patienter, der ellers ikke ville kunne få tilbud om en lungetransplantation - får det nu.

Timing, konkurrence og konsekvens

- Det er en hårfin balance at finde den rigtige "timing" for, hvornår Rigshospitalet skal tilbyde en ny behandling. Vi konkurrerer fagligt både om kunderne og om at være de første med et tilbud om en ny behandling, både nationalt og internationalt. Samtidig skal vi være skarpe på, at nye behandlinger typisk har en række afledte konsekvenser på hospitalet, fordi behandlingen medfører et yderligere træk på nogle funktioner, fx intensivafdelinger. Derfor skal der være både evidens, effekt og forsvarlig økonomi i de forslag, vi prioriterer at sende frem til politisk godkendelse i Region H. Når vi anbefaler forslag til nye behandlinger, beder vi om, at politikerne bringer forslagene ind i hospitalets hverdag ved at finansiere det for offentlige skattekrone, slutter Jannik Hilsted.

LW

En medicinsk teknologivurdering kaldes en MTV - og bygger på kriterier og vurderinger omkring samspillet: teknologi, patient, organisation og økonomi. Begrebet "mini-MTV" dækker over anvendelse af den anerkendte MTV-tankegang til en relativt kort bearbejdning - typisk tidsfrist er 3 uger - af beslutninger og ændringsforslag.

Flere lungetransplantationer på vej

Et banebrydende skandinavisk udviklet system skal sikre en mere effektiv anvendelse af lunger, der bliver doneret til transplantation. Systemet tages i brug på Rigshospitalet i marts 2012, og det forventes at øge aktiviteten af lungetransplantationer med op til 25 procent

Den ultimative behandling for patienter med uhelbredelig lungesygdom – som fx KOL – er en lungetransplantation, og manglen på donororganer er en konstant udfordring, men ikke den eneste – for det er langt fra alle lunger, der bliver doneret, som kan bruges, lyder det fra eksperterne.

– En stor del af de lunger, der i dag bliver doneret til lungetransplantation på Rigshospitalet, afvises, fordi de ikke lever op til kravene, hvad angår iltmætning og funktionsevne. I runde tal er det kun ca. 20 % af donorlungerne, der anvendes. Men fremtiden ser lysere ud for lungepatienter, som venter på en transplantation. Det siger professor, overlæge, dr. med. *Daniel Steinbrüchel*, som har ansvaret for lungetransplantation i Thoraxkirurgisk Klinik, RT, Rigshospitalet.

Donorlunger får nyt liv

Daniel Steinbrüchel er nemlig ved at introducere en ny metode til evaluering og rekonditionering af donorlunger. Det sker, efter at han i en årrække har fulgt sine svenske kollegers arbejde med rekonditionering og transplantation af lunger, som under normale omstændigheder ville blive afvist.



- I øjeblikket har vi 30-40 lungetransplantationer om året, og ikke alle når i dag at få tilbudt en donorlunge, men med Vivoline-systemet, kan vi øge aktiviteten med op til 10 transplantationer om året. Det siger professor, overlæge, dr. med. Daniel Steinbrüchel.

– Når en donorlunge i dag bliver kasseret, fordi den ikke lever op til de medicinske krav, der stilles til donorlunger funktionsevne, kan Vivoline-systemet evaluere og genetablere lungefunktionen, så lungerne kan transplanteres på lige fod med de straks egnede organer. Den højere udnyttelsesgrad af marginale donorlunger vil få afgørende betydning for, hvor mange patienter der rent faktisk får tilbudt en transplantation, siger Daniel Steinbrüchel og fortsætter:

- I øjeblikket har vi 30-40 lungetransplantationer om året, og ikke alle når i dag at få tilbudt en donorlunge, men med Vivoline-systemet, som er udviklet på baggrund af erfaringer hos vores forskningskolleger i Lund og Göteborg, kan vi øge aktiviteten med op til 10 transplantationer om året. Og det er et stort skridt i den rigtige retning.

Fra respirator til kondi-lunge

Når Rigshospitalet i dag transplanterer lunger, sker det på baggrund af, at en patient er erklæret hjernedød, og fordi der er givet tilsagn om donation af organer. Der er ofte tale om multiorgandonation, hvor lungernes tilstand kan variere betragteligt.



– Problemet er, at størstedelen af donorerne ofte ligger længe i respirator, før vi med sikkerhed kan sige, at patienten er hjernedød. Det er jo også en proces, de pårørende skal igennem, og i al den tid bliver lungerne gradvist svagere og dermed mindre funktionsdygtige, fordi patienten ligger i respirator. Med det nye system er vi nu i stand til at evaluere og genetablere lungefunktionen hos halvdelen af disse marginalt egnede lunger, hvor respiratoren ikke nødvendigvis får nedsat funktionen permanent, siger Daniel Steinbrüchel.

Tæt samarbejde i Skandinavien

Rigshospitalet tager som det første hospital i Danmark systemet i brug. Forventningerne er høje, og ekspertisen forpligter.

– Som landsfunktion på området har vi på Rigshospitalet en forpligtelse til at gå nye veje, når muligheden byder sig, og det gør den i allerhøjeste grad her. Vi har samtidig den fordel, at aktiviteten inden for lungetransplantationer er samlet på ganske få centre i Skandinavien, hvorfor vi i forvejen arbejder tæt sammen om forskning og har mulighed for at mødes ofte. Vi forventer meget af systemet, også selvom det kun har været på markedet i få måneder, for vores svenske kolleger har rigtig gode erfaringer med det, og det får vi forhåbentlig også, slutter Daniel Steinbrüchel.

Systemet blev først introduceret i Göteborg og er under opstart i Oslo og Lund. Der er også større international udbredelse i sigte, hvor bl.a. England, Holland, Tyskland og Frankrig også ventes at tage systemet i brug.

JSM

Overordnet set er prognosen god for patienter, der får transplanteret lunger: 60 procent lever fortsat efter 5 år.



Det internationale perspektiv – i praksis

Sygeplejekoordinator for patienter fra Libyen

Rigshospitalets internationale vision har uventet men velkomment fået ben at gå på - på Rigshospitalet og i TraumeCentret. Her har sygeplejekoordinator for patienter fra Libyen sin base i en midlertidig ændret funktion. Afsættet er en stilling som sygeplejerske i TraumeCentret gennem de sidste fire år og i alt 6½ års ansættelse på Riget.

De første patienter fra Libyen kom til Danmark primo november 2011, men sygeplejerske Anne Granly Hansen tiltrådte først som sygeplejekoordinator medio december. Aftalen løber foreløbig til den 31. januar 2012 med mulighed for forlængelse.

Effektiv ressourcestyring

- Mange spørgsmål drejer sig typisk om simple, praktiske ting, som sygeplejerskerne i klinikker og ambulatorier ikke typisk støder på i den almindelige, daglige patientpleje. Så når vi taler prioritering og effektiv ressourcestyring, så er oprettelsen af en midlertidig funktion som sygeplejekoordinator en fornuftig løsning. Det siger *Anne Granly Hansen* og tilføjer: - På Rigshospitalet er patienterne - grundet struktur og organisering - ikke samlet på én afdeling eller på ét afsnit. Det har man gjort på Hvidovre, Herlev, Hillerød og Glostrup Hospital, som også har modtaget patienter fra Libyen. De libyske patienter modtages også først på Rigshospitalet, når de har gennemgået bl.a. MRSA podning på Hvidovre hospital. Sygeplejekoordinatorens konkrete opgaver består i daglig og ugentligt opdatering af status for alle patienter - indlagte som ambulante fra Libyen i Region H. Derudover skal der udfyldes diverse dokumentation fx også for udbetaling af lommepenge til patienter og evt. ledsagende pårørende. Sygeplejekoordinator er også klinikkerne behjælpelige med at arrangere ophold uden for hospitalet i perioder, hvor patienterne behandles ambulant og for

i samarbejde med Udenrigsministeriet at arrangere hjemtransport - herunder transport til lufthavnen - for færdigbehandlede patienter. Sidst men ikke mindst skal sygeplejekoordinator Anne Granly Hansen sikre erfaringsopsamling til klinikere og organisation ved systematisk at indsamle dokumentation.

Mange bolde i luften

- Det er en spændende opgave, som falder fint i forlængelse af min sygeplejestilling i TraumeCentret, hvor vi er vant til et højt tempo og til at have mange bolde i luften - men vi står jo heller ikke samtidig med den daglige pleje af patienterne. Det siger Anne Granly Hansen og fortæller, at kompetencerne har fået et løft, når det gælder om at kunne agere i et Excell-regneark, for her styres regnskabet for udbetaling af lommepenge, som patienterne modtager efter regler og faste takster. - Jeg bliver præsenteret for mange forskellige spørgsmål, som sygeplejerskerne i klinikker og ambulatorier typisk ikke støder på i den almindelige hverdag, men som de har brug for svar på her og nu. Det kan fx være, hvordan vi kan hjælpe en patient, der går i ambulant behandling med at få en toiletforhøjer til det hotel, hvor patienten er indlogeret. Kort fortalt handler det om at finde løsninger på praktiske problemer her og nu - og som altid om at få folk til at tale sammen.

Kommunikation og samarbejde

Anne Granly Hansen fornemmer, at forståelsen for og værdien af at kunne samarbejde og kommunikere konstruktivt på tværs af faggrupper og klinikker er konkret og tydelig i og med, at opgaven med de libyske patienter er ny for alle. Sygeplejekoordinator er da også fra start blevet meget positivt modtaget blandt læger og sygeplejersker og andet personale.



Sygeplejekoordinator Anne Granly Hansen, Rigshospitalets TraumeCenter:

- Jeg er flere gange blevet spurgt, om jeg taler arabisk. Det gør jeg ikke, og det er heller ikke nødvendigt. Min primære kontakt i denne funktion er ikke til de libyske patienter, men de læger og sygeplejersker, der varetager behandling og pleje og i den sammenhæng inddrages der tolk, når det er nødvendigt.

- En gang om ugen ringer jeg rundt for at få en status på patientforløb og behandlingsplaner både for de indlagte og ambulante patienter. Det er tydeligt, at kollegerne i den anden ende af røret er glade for at blive kontaktede og for at kunne rapportere til én, som de ved, sikrer videregivelse af oplysningerne til bl.a. Sundhedsstyrelsen og Udenrigsministeriet. Men bare det, at jeg kommer rundt, og at jeg har skrevet mit telefonnummer på tavlen i personalestuerne giver positiv feedback. Det opleves som en god konkret service, at man ved, hvor man kan henvende sig med spørgsmål eller problemer, som man ikke lige står med svaret på, slutter Anne Granly Hansen.

LW



Klinikchef Claus Falck Larsen, TraumeCentret på Rigshospitalet:

Behandlingen af patienterne fra Libyen er sket efter anmodning fra Libyen, der også afholder udgifterne til behandlingen, ophold og transport. Den danske regering ønskede at bidrage med behandling af op til 50 patienter fra Libyen, der var skadet under krigshandlingerne. Patienterne blev udvalgt af lægeteam bestående af læger fra Rigshospitalet, Odense Universitetshospital og Århus Universitetshospital. Lægeteamet vurderede mere end 250 libyske patienter på hospitaler i Tunesien og i Libyen på hospitaler i Benghazi. 48 patienter blev visiteret til behandling i Danmark, og af dem kom 46 patienter til Danmark med Herculesfly fra det Danske Forsvar. Der er behandlet 46 patienter fra Libyen i Danmark, heraf 17 patienter i Region Hovedstaden. Rigshospitalet har modtaget 11 patienter, Hillerød Hospital 3 patienter og Herlev Hospital 3 patienter. En patient blev opereret på Glostrup Hospital. Fire patienter er rejst tilbage til Libyen efter at være færdigbehandlet på Rigshospitalet. To patienter behandlet på Rigshospitalet er fortsat indlagt, og de øvrige patienter er i et ambulant forløb.

DATA OG DIALOG

skal sikre traumepatienter optimerede patientforløb

Den 1. januar 2011 fik Rigshospitalets TraumeCenter landets første lægelige traumemanager, som skal bidrage til at bredere perspektiv på den samlede indsats omkring svært tilskadekomne patienter. Et år fra start fortæller traumemanager Jacob Steinmetz om arbejdet herunder ambitionen om, at Danmark får det første internationalt certificerede civile traumecenter på internationalt level 1 niveau – uden for USA



- Det er TraumeCentrets og Rigshospitalets mål at blive anerkendt som det første civile Level 1 TraumeCenter uden for USA. Vi er derfor i proces og dialog med American College of Surgeons Committee on Trauma (COT) i forbindelse med de omfattende krav til data og dokumentation. Det siger traumemanager overlæge, ph.d. *Jacob Steinmetz*.

- Der er et enormt, fagligt engagement omkring modtagelse og behandling af svært tilskadekomne på Rigshospitalet. Resultaterne er i international sammenhæng også gode, men selvfølgelig kan og skal vi blive endnu bedre fx til at vidensdele på tværs af husets mange specialer. Det gælder også i dagene og forløbet efter den umiddelbare intensive livreddende behandling. Mit arbejde har derfor fokus på at sikre data og dialog mellem de involverede parter for på denne måde at bidrage til at sikre det mest optimale patientforløb for hver enkelt traumepatient. Det siger overlæge, ph.d. *Jacob Steinmetz*, der i bagagen har mere end 10 års erfaring som klinisk anæstesiolog og omfattende erfaring fra både Akutlægebil, Akutlægehelikopter og modtagelse af svært tilskadekomne i Rigshospitalets TraumeCenter.

Data benchmarkes internationalt

I store Traumecentre i USA har man en Trauma Case manager, der hjælper med at få belyst de bredere perspektiver i den samlede håndtering af svært tilskadekomne.

Den model har Rigshospitalet taget op og arbejder nu med i en modificeret dansk version. For ambitionerne fejler ikke noget. Rigshospitalets TraumeCenter vil være førende – også i internationale sammenhænge. Det stiller krav til dataregistrering fx i forbindelse med Morbidity og Mortality (M & M) møder, som er obligatoriske på internationale Level 1 Traumecentre i USA.

- Rigshospitalet har gennem år benchmarket resultaterne af arbejdet med svært tilskadekomne i TraumeCenter med udenlandske traumecentre, og internationalt ligger vi godt. Og der er dataregistreringsmæssigt præsteret en kæmpe stor indsats for at bringe databasen helt up to date med hjælp fra sekretærer, to medicinstuderende og en sygeplejerske. Og så er vi også nået rigtigt langt i 2011, når det gælder afvikling af de for Level 1 traumecentre obligatoriske Morbidity and Mortality møder (M & M møder), fortæller Jacob Steinmetz.

M & M møder - læring og succes

M & M-møderne er blevet en succes, også målt på, at vi jo som alle andre er i skarp konkurrence om tid. Personalet kommer – og det gør de kun, hvis de får noget ud af det. Vi afholder møderne efter en turnus i at være tovholder i de forskellige centre den første onsdag i hver måned fra kl. 13.15 til kl. 14. Der kommer fortsat flest læger men også sygeplejersker og andet sundhedsfagligt personale, og alle er velkomne.

På møderne gennemgår vi de enkelte patientforløb for traumepatienter fra den sidste måned. Nogle er døde, var det forventeligt, eller er der en fælles læring? Gjorde vi det bedste, kunne vi have gjort noget anderledes – og hvis ja, da hvad? Tonen på møderne er god men også direkte. Vi lægger svesken på disken. Alle lærer noget om, hvor kompleks traumebehandling i virkeligheden er, og det er ekstremt spændende og fagligt udviklende. Men det er ikke en roseklub. Møderne har til formål at gøre os endnu bedre, end vi er i dag. Derudover er det inspirerende at møde personer fra andre specialer, og drage nytte af deres forskelligartede syn på traumebehandling, fortæller Jacob Steinmetz.

Forståelse for kompleksitet

- Dialogen mellem samarbejdspartnerne er en forudsætning for at kunne optimere hvert enkelt patientforløb. Og det handler ikke nødvendigvis om, at vi skal lave nye vejledninger og manualer men om, at vi skal skærpe vores fælles opmærksomhed på at bringe det, vi er rigtigt dygtige til ind i både modtagelse og behandling på en tidsmæssig anderledes og bedre måde. Som anæstesiolog har jeg fx også selv fået et dybere indblik i, hvor komplekse mange traumeforløb er, og hvor svært det fx kan være for kirurger at skulle beslutte, om der skal opereres nu, eller om de skal vente, fortæller Jacob Steinmetz.

- Vi har derfor også indført ad hoc traume-konferencer på ITA 4131, hvor alle implicerede specialer mødes ca. 10 min. bedside for

at lægge en behandlingsplan for den umiddelbare fremtid for multitraumatiserede patienter. Og for nu at undgå misforståelser: Vi står ikke i rundkreds og skruer op og ned for væske og antibiotika. Vi fokuserer på de overordnede linjer fx på, om patienten skal opereres, og på hvad der skal ske, for at vi kan nå dertil. Møderne har skullet finde deres optimale form, og de fungerer rigtig godt nu, siger Jacob Steinmetz.

Faglige ambitioner – og mål

Der er store faglige ambitioner i TraumeCentret, når der arbejdes på Traumestuen og i det efterfølgende patientforløb, hvor patienten typisk gennemgår en eller flere operationer, måske er indlagt en periode på en intensivafdeling og endelig i en kortere eller længere periode på en sengeafdeling. I hele forløbet er Traumemanageren medvirkende til sammen med de læger, der går stuegang, at sikre koordinering af undersøgelser, operationer, udskrivninger eller overflytninger til andre hospitaler samt at forebygge genindlæggelser.

- Vores fælles mål i TraumeCentret og på det samlede Rigshospital er klart: Vi skal sikre den svært tilskadekomne patient et dokumenteret og endnu bedre forløb og en bedre behandling end i dag. Og så skal Danmark have sit første TraumeCenter på Internationalt Level 1 niveau uden for USA – og det skal selvfølgelig ligge på Rigshospitalet, slutter Jacob Steinmetz.

Team Rynkeby-holdets vinterforberedelser

Team Rynkeby Riget har samlet et stærkt hold bestående af 46 ryttere og 8 servicefolk, der skal gøre landeveje og bjerge usikre under den kommende tur til Paris, sommeren 2012



Vinterforberedelserne er godt i gang i Team Rynkeby Riget, cykler og cykeltøj er bestilt, og holdet er i slutspurten for at finde de sidste sponsorater inden påske, hvor holdtræningen rykker ud på landevejene. Holdet er godt i gang med at svede julefedtet af i spinning-lokalet, og efter Påske rykker træningen ud på landevejene. Ca. 3.000 træningskilometer skal tilbagelægges, før den 1.300 lange cykeltur til Paris kan begynde.

På holdet er – udover kollegerne fra Riget – blandt andre tv-værterne Peter Tanev og Jens Ringgård Christiansen, kendt fra TV2 Vejret, samt folketingsmedlem Hans Andersen (V), næstformand i Sundheds- og Forebyggelsesudvalget.

Støt holdet – og Børnecancerfonden

Der er en hel række af events i Team Rynkeby Rigets kalender, som alle Rigshospitalets medarbejdere kan deltage i og dermed give et bidrag til den gode sag sammen med Team Rynkeby Riget. Alle indtægter fra arrangementer op til og under turen går ubeskåret til Børnecancerfonden.

JSM

Følg med i Team Rynkeby Rigets nyheder, arrangementer og program på [Intranet / Medarbejder / Team Rynkeby Riget](#)



Rigshospitalet indstillet til akkreditering



Rigshospitalet er indstillet til akkreditering med bemærkninger. Det endelige resultat modtages seks uger efter, at akkrediteringsnævnet har behandlet surveyornes rapport

DDKM's Akkrediteringsteam afsluttede et ugelangt besøg på Rigshospitalet fredag d. 27. januar på Rigshospitalet – der i øvrigt ud over hverdagen også bød på en royal fødsel og beredskab på grund af en busulykke. Der lød bl.a. følgende positive tilbagemeldinger i Auditorium 2, hvor et større antal medarbejdere og ledere var mødt frem:

- Enestående fagligt højt ambitionsniveau og engagement
- Et godt ledelsessystem
- Et universitetshospital af navn og gavn
- Gode multidisciplinære patientforløb
- Tilfredse patienter
- Overholdelse af håndhygiejne og uniformsetikette
- God fysisk orden i afsnittene
- Kreativitet og vilje til at finde nye veje

Nu er der som bekendt ingen roser uden torne, og DDKM's akkrediteringsteam har også registreret en række såkaldte fund - områder, som kræver særlig opmærksomhed, og som Rigshospitalet nu skal arbejde videre med.

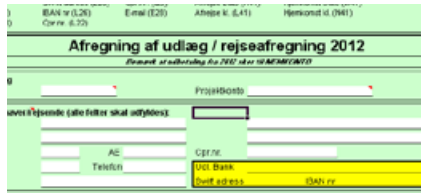
Hvilke områder og fund, der er tale om, kan du læse mere om på Intranet, hvor du bl.a. kan læse Kvalitetssekretariatets daglige rapporter fra uge besøget i uge 4, se akkrediteringsteamets powerpoint præsentation fra slutrapportering og i øvrigt læse alt om DDKM.

LW

Mere at vide?

Check DDKM boksen på forsiden af Intranet

Ny procedure for afregning af udlæg/ rejseafregning



Det er slut med kontant afregning i kassen. Ny procedure og ny blanket fra 2012

Det er slut med kontant afregning af udlæg/ rejseafregning via Kassen i Den Røde bygning, i Opgang 52 B. Fra 2012 udbetales alle udlæg/rejseafregninger fra Rigshospitalets lønsystem til din Nemkonto.

Kassér tidligere blanketter

Afregning for udlæg/rejseafregning kræver som noget nyt både tjenestenummer og cpr på den person, der skal have refunderet udlæg. Derfor skal du bruge en ny blanket for at få udbetalt dine udlæg. Husk, at kassere gamle "skuffe-kopier" af tidligere blanket for udlæg /afregning.

Udbetaling - sådan gør du:

Hent den nye blanket "Afgregning af udlæg/ rejseafregning 2012" på Intranet/genveje/blanketter. Print blanket og udfyld - husk at påføre både dit cpr.nr. og dit tjenestenummer. Send blanket incl. bilag med intern post til Finanskontoret, Afsnit 5221. Mærk kuverten "Udlæg/rejseafregning".

LW

Evt. spørgsmål? Send en mail til RH-regnskabsgruppen.regionh.dk eller ring lokal 5-7406, Peder Lave Pedersen.

Lidt royal...

Modtaget i Kommunikationsafdelingens postkasse d. 25. januar 2012

Ang. den lille ny, kongelige prinsesse

Måske det er bevidst fravalgt, mandefald i afdelingen osv., men som halvroyalister/ ansatte er vi flere, der undres over, der intet er på Intranettet herom også mht. tavshedspligt m.v. Fortsat god dag.

Mange hilsner, Lene Sørensen, Registreringskoordinator, lægesekretær, BørneUngeKlinikken, Juliane Marie Centret

Kommunikationsafdelingen kvitterer for Lene Sørensens mail med et foto, som vi modtog til fri afbenyttelse af en ugens mange tilstedeværende pressefotografer på Riget med tak for "god behandling" og service efter udskrivelsen af H.K.H. Prinsesse Marie og den nyfødte prinsesse fra Rigshospitalet fredag d. 27. januar 2012.



mål dækkede begivenhederne på Riget i såvel trykte som elektroniske medier.

Information om, at Prinsesse Marie ville forlade Rigshospitalet omkring kl. 11 blev tillige bragt i nyhedsspalten på Intranet. Dette primært med henblik på, at medarbejdere fik mulighed for at ledsage fx indlagte børn og unge, der gerne ville overvære begivenheden i Forhallen.

Medarbejdernes tavshedspligt er indeholdt i ansættelsesforholdet. I den aktuelle sammenhæng er tavshedspligten indskærpet af lederne i de berørte klinikker /funktioner og områder.

Venlig hilsen, Kommunikationsmedarbejder Lisbeth Westergaard – ansvarlig for information og samarbejde med medierne i forbindelse med royale fødsler på Rigshospitalet.

Både meddelelsen om, at den royale fødsel havde fundet sted og om, at deres kongelige højheder Prins Joachim og Prinsesse Marie ville forlade Rigshospitalet fredag d. 27. januar 2012 omkring kl. 11 blev naturligvis annonceret til patienter, pårørende og samarbejdspartnere både på Rigshospitalets danske og engelske hjemmeside – og som reglerne foreskriver efter, at Kongehuset havde udsendt meddelelserne til danske og udenlandske medier, som traditionen tro i rigt



Fødselsteamet, januar 2012 Obstetrisk Klinik, BørneUngeKlinikken, Juliane Marie Centret

Patientinformation

Om kørsel og kørselsgodtgørelse - få svar på hyppigt stillede spørgsmål

Den korte udgave af pjecen "Patientrettigheder – kort fortalt" (skal udleveres til alle patienter) er, som omtalt i IndenRigs nr. 1/2012, revideret, og Region H har derfor udgivet i ny version januar 2012. Som noget nyt indeholder pjecens midtersider et såkaldt flowchart, der giver svar på de mest almindelige spørgsmål om kørsel og kørselsgodtgørelse.

Flowchart som plakat

Flowchart er samtidig tilgængelig som selvstændig information i form af en pdf-fil, som man lokalt kan vælge at printe til brug for opslag / plakat. En ny mulighed for at kunne hjælpe patienterne med information om deres muligheder for at blive kørt eller at få godtgørelse for deres kørselsudgifter.



LW

Mere at vide?

Fil med flowchart "Om kørsel og kørselsgodtgørelse, januar 2012" er tilgængelig via Intranet/Serviceguiden/patientinformation, pjecer og på www.rigshospitalet.dk/forsiden/til-patienter/praktisk-information-A-Z

Løsninger - der sidder lige i skabet!

Samme højde men et slankere taljemål på nyindkøbte garderobeskabe giver plads til mange flere skabe i forbindelse med renovering og udvidelse af arealerne omkring garderoberne

Rigtig mange medarbejdere har ventet i månedsvis på at få et skab i garderoberne under Opgang 4 og 5. Op mod jul stod der hele 200 på venteliste. Det siger *afdelingsleder Vivian Kjær Madsen* fra Garderobekontoret & Linnedservice i Transportafdelingen i Servicecentret. Og så fortæller Vivian, at samme venteliste nu er i nul! Så det er en god historie om tilfredse medarbejdere - men også historien om, at der er rum for forbedring, det fortæller Vivian Kjær Madsen også gerne om.

Det er i øvrigt gode kolleger fra Byg og Anlæg samt Garderobekontoret, der sammen har nytænkt den kreative og logistiske løsning på problemet: Mangel på garderobeskabe. For det er Servicecentret, der bestemmer, "hvor skabet skal stå" og hvor mange skabe, der kan være plads til i Rigets garderobes.

En gevinst på 202 skabe

Der har i lang tid været mangel på garderobeskabe - men også plads til skabene, så hvad gør en klog? Man kunne selvfølgelig erstatte de gamle højskabe med halvskabe. Men den løsning vidste Vivian Kjær Madsen

med sit mangeårige kendskab til området ville være en halvdårlig løsning, som medarbejderne ikke ville være tilfredse med. Så der blev tænkt logistisk og kreativt - og "Lean". Øvelsen sikrede en ny, slankere løsning. For 4 cm mindre i taljemål på et garderobeskab giver en klar og målbar gevinst i form af plads til yderligere 202 skabe under Opgang 4 og 5, som er i brug!

550 flere skabe i Opgang 3

Bevæger vi os videre i kælderplan, er der også godt nyt under Opgang 3, hvor garderoberne G og H har hjemme. For her er garderobebarealet udvidet ved at inddrage nogle tidligere depoter i forbindelse med Nød hospitalet. Det giver plads til yderligere 550 slanke højskabe.

Endelig er der sket ændring i forbindelse med to garderobes, som Afsnit 3981 tidligere selv har administreret. Garderobekontoret har overtaget administrationen, hvilket resulterer i den positive ændring, at alle m/k nu hver kan få ét skab - det nærmer sig ligebehandling, for tidligere havde nogle af mændene hver to skabe. Det er nu en saga blot.



Afdelingsleder Vivian Kjær Madsen fra Garderobekontoret & Linnedservice bestemmer "hvor skabet skal stå"

Skabe til sygeplejestuderende

Her slutter de gode historie på garderobefronten, siger Vivian Kjær Madsen og indrømmer, at der er "kunder", som Garderobekontoret gerne ville men ikke kan betjene tilfredsstillende.

- Selvfølgelig ville vi gerne kunne tilgodese de mange sygeplejestuderende med et garderobeskab, men det har vi ikke mulighed for. Det skyldes bl.a., at de studerende ikke står opført og figurerer i Rigshospitalets lønsystem, som vi bruger som basis for alle vores registreringer. Hvis vi skulle løse opgaven logistisk og administrativt på anden vis, ville det blive for dyrt rent ressourcemæssigt, siger Vivian Kjær Madsen.

LW

Eksempler på "hittegods" fra tømningen af 120 garderobeskabe under Opgang 4-5, der indtil videre opbevares af Garderobekontoret



Kollega-SKAB efterlyses!

240 kolleger har ikke ombyttet den gamle nøgle til en ny nøgle til de nye garderobeskabe - og Garderobekontoret har måttet tømme 120 medarbejders gamle garderobeskabe under Opgang 4 og 5, for at de kunne fjernes i forbindelse med renovering.

I november 2011 havde 120 kolleger - alle RH-ansatte og i løn - trods opslag med opfordringer til at tømme deres gamle garderobeskabe ikke reageret. Skabene er siden tømt af Garderobekontoret, som har brugt tid på at putte div. indhold i nummererede poser, så man fortsat ved, hvad der tilhører hvem. Poserne opbevares indtil videre.

- Vi ved jo, hvem der står registreret som "ejermænd" på de enkelte skabe. Nu har vi tømt skabene, puttet i poser og kørt til opbevaring. Det er en ren ekstra service - og spild af vores tid - så vi henstiller på det kraftigste til, at man kontakter os, så vi kan frigøre pladsen og afslutte sagen, siger Vivian Kjær Madsen, Transportafdelingen.