



Inden Rigs

NR. 20 NYHEDSBREV FOR RIGSHOSPITALET MEDARBEJDERE · 9. december 2013

Ny næsespray lindrer børns smerter

En nyudviklet næsespray specielt til børn gør hospitalsopholdet mindre smertefuldt. Børnesmertespecialisterne, der står bag, arbejder nu på at få næsesprayeren gjort tilgængelig for flere

I Danmark bliver mere end 60.000 børn hvert år indlagt på hospitalet. I følge en canadisk undersøgelse oplever ca. 80 % af indlagte børn mindst ét smertefuldt indgreb under deres indlæggelse, f.eks. når de skal have fjernet dræn, have anlagt venekanyler, skiftet forbindelse ved brandsår eller lignende. Et ph.d.-projekt i Børnesmerteenheden på Anæstesi- og Operationsklinikken, Juliane Marie Centret har medvirket til, at der nu på Rigshospitalet er udviklet en ny næsespray specielt til smertelindring hos børn.

- Hidtil har vi haft meget begrænsede muligheder for kortvarigt at smertelindre børn. Det har betydet, at man har måttet holde børn fast under et smertefuldt indgreb, som fx når et dræn skal tages ud. Så motivationen til at udvikle et alternativ er kommet helt naturligt – når man ser et barn, der har ondt, fortæller ph.d.-studerende *Bettina Nygaard Nielsen*. Hun har sammen med kolleger fra Børnesmerteenheden, BørneUngeKlinikken og Sundhedsvidenskabeligt Fakultet (KU) udviklet den smertelindrende næsespray til børn.

Spray fremfor dråber

Idéen til sprayeren opstod, da klinikchef *Steen Henneberg* erfarede, at man i Sverige brugte smertestillende næsedråber til børn. Efterfølgende foreslog han kollegerne at arbejde videre med smertelindring via næse-slimhinden.

-Ulempen ved næsedråber er, at de kommercielt tilgængelige opløsninger, skal gives i et stort volumen, især hos større børn. Det kan smage ret grimt, hvis næsedråberne løber ned i halsen. Alternativet er naturligvis smertelindring via indsprøjtning, men ofte er børn ikke glade for nåle, og så er vi lige vidt. Derfor kom vi på ideen med en næsespray, som giver et lille volumen af specielfremstillede koncentrerede opløsninger, og så optages den hurtigt over næseslimhinden og giver en smertestillende effekt, fortæller *Bettina Nygaard Nielsen*.

Næsesprayeren består af to kendte lægemidler med henholdsvis smertelindrende og bedøvende effekt, og dosis kan tilpasses barnets alder og vægt.

Smertelineal viser vejen

Afprøvningen af sprayeren har dog ikke været så ligetil, som resultatet forekommer.

-Det er altid meget omstændeligt med kliniske forsøg med børn. Og vi har skullet finde en spray, der doserer nøjagtigt hver gang. For at få et grundigt billede af, om sprayeren virker, har vi både målt børnenes smerteoplevelse før behandlingen og i forbindelse med det smertefulde indgreb. Smerterne måles på en såkaldt smertelinial, som er tilpasset til børn og valideret. Hos de børn, der i forvejen havde et venekateter, har vi taget blodprø-

ver for at måle, hvor meget af de smertestillende midler, der optages i blodbanen, og for alle børnenes vedkommende har vi spurgt dem og deres forældre om oplevelsen med smertestillende medicin som næsespray, fortæller børnesmertesyggeplejerske *Susanne Molin*, der er en af forskerne bag projektet.

Fase II forsøget med 50 børn og unge er nu afsluttet. Resultaterne viser, at børnene oplevede maksimal smertestillende virkning efter bare et kvarter, god smertelindring og kun få og milde bivirkninger. Herudover foretrak både børn og forældre smertestillende medicin som næsespray frem for tabletter, mikstur eller indsprøjtninger.

Drøm: Tilgængelig for flere

Sprayeren er nu i brug på udvalgte afdelinger på Rigshospitalet, der behandler børn. Næste skridt i udviklingen af næsespray'en er at gøre behandlingen tilgængelig ikke kun for børn på Rigshospitalet, men på danske og måske senere udenlandske hospitaler.

-Drømmen er at gøre næsesprayeren tilgængelig for alle afdelinger, hvor man behandler børn og forhåbentlig bidrage til, at færre børn fastholdes ved smertefulde indgreb og får en så god oplevelse som muligt på hospitalet, fortæller børnesmertesyggeplejerske *Susanne Molin*.

Læs mere om Børnesmerteenheden her www.boernogsmarter.dk

Bedre intensiv overvågning af hjernen med...

side 3

En flytning til 120 mio. kr.

side 4-5

Et kig gennem nøglehullet...

side 6

Ny Subakutfunktion skal forebygge at patienter udvikler kroniske smerter

Nyt koncept skal forebygge, at patienter som følge af sygdom, tilskadekomst eller operation udvikler kroniske smerter. Det sker ved allerede under indlæggelse ved tidligt at identificere patienter i risiko for at kroniske smerter efter endt behandling og udskrivelse fra hospitalet

Kirurgi som årsag til smerter

Ca. 20 % af patienterne i Tværfaglig Smerteklinik på Rigshospitalet angiver kirurgi som årsag til kronisk smerte. Typiske årsager til kroniske smerter er fx betændelsestilstande, nerveskader i forbindelse med operation og præ- og postoperative smerter, som ikke er optimalt behandlet.

På semi-intensivt afsnit i Ortopædkirurgisk Klinik i HovedOrtoCentret er der smertestuegang hver tirsdag og torsdag. En af Rigets førende smertespecialister, overlæge Per Rotbøll kommer på stuegang. Afdelingens anæstesi-læger går daglig stuegang på semi-intensive patienter og har samtidig en såkaldt gate-keeperfunktion, der behandler smerter i det akutte forløb efter operationer og traumer, ud fra instrukser udarbejdet af Enhed for Akut Smertebehandling. Gatekeeperen fører fx en daglig "smertetavle" over patienter, som de ønsker, at Per Rotbøll tilser.

Tidlig identifikation

For Rotbøll praktiserer et nyt koncept, hvor fokus er på tidlig identifikation af patienter, der er i risiko for at udvikle kroniske smerter efter at have gennemgået fx stor rykirurgi eller kirurgi efter flere og komplicerede brud. Konceptet i den nye Subakutfunktion – en enhed i Tværfagligt Smertecenter – er bevillet af Region Hovedstaden. Tværfagligt Smertecenter har gennem de senere år intensivt bidraget til generelt at re-

ducere forbruget af morfinpræparater. Subakutfunktionen praktiseres som en enmandshær sammen med en sygeplejerske/sekretær.

Og det er ikke tilfældigt, at det er Ortopædkirurgisk Klinik, der er udvalgt til pilot for det nye koncept. For i Tværfaglig Smertecenter ved de, at ca. 20 % af de patienter, der efter 6 måneder eller længere søger hjælp på grund af kroniske smerter, angiver kirurgi som årsag til deres smerter og ca. halvdelen af patienterne har rygsmerter. Derfor tilser og vurderer Per Rotbøll de patienter, der udskrives fra Ortopædkirurgisk Klinik efter stor kirurgi og traumer med et stort forbrug af medicin og tilbyder at følge dem ambulant. Men samme tilbud gælder nu alle Rigshospitalet centre, som alle kan ringe og henvise til Per Rotbøll.

Patienter i risiko

Den typiske patient i risiko for at udvikle kroniske smerter, er en patient, der har fået foretaget såkaldt "stor rykirurgi" eller en traumepatient, der har gennemgået kirurgi efter flere og komplicerede brud. De får ofte mange opioder sammen med andre former for smertemedicin, hvorefter de stabiliseres til depotmedicin med besked om at tage ekstra, hvis det gør meget ondt.

- Hvis patienten ved udskrivelsen har smerter, får mellem mere end fx 60 mg morfin i en ustabil behandling med pn. doseringer, og uden tidligere at have været i behandling med morfin, skal der følges op. For vi ved, at nogle af disse patienter risikerer at ende som kroniske smertepatienter, hvis vi ikke fanger dem tidligt, siger Per Rotbøll og fortsætter: - En tommelfingerregel siger, at smerter postoperativt reduceres med 25 % i døgnet. Får man fx 20 mg morfin x

3 ud over 14 dage, så får man abstinenser med stor risiko for at få flere smerter, hvis morfinen nedtrappes for hurtigt.

Plan og opfølgning

Patienterne udskrives tidligere i dag end for bare få år siden, og hvor skal patienterne henvende sig, hvis de fortsat oplever stærke smerter efter udskrivelsen. De går typisk til egen læge, men ifølge overlæge Per Rotbøll er det langt fra alle praktiserende læger, der har den nødvendige og specialiserede viden om de mange forskellige smertestillende præparater og deres virkning - fx ved ikke alle, at morfin praktisk talt ingen effekt har på smerter forårsaget af nerveskader.

- Effektiv og korrekt smertebehandling er et speciale. Derfor kan vi ikke forvente, at behandling af langvarige smerter efter indlæggelse i alle tilfælde kan varetages optimalt i almen praksis. Derfor tilbyder vi det nye koncept for at forebygge, at situationen med forkert eller for megen medicin eller for hurtig nedtrapning resulterer i, at patienten på kort eller længere sigt risikerer at udvikle kroniske smerter. Problemet er, at vi ikke ved så meget om, hvilken betydning smerter efter udskrivelsen har for udviklingen af kroniske smerter, siger Per Rotbøll.

Både gatekeepere i skikkelse af anæstesi-læger, Enhed for Akut Smertebehandling og ortopædkirurger er samarbejdspartnere omkring det nye koncept og kan ringe eller faxe til Per Rotbøll og udbede sig enten et ad hoc – eller et fast tilsyn, når de oplever, at en patient ikke er optimalt smertedækket, eller hvis de har mistanke om, at patienten er i risiko for på længere sigt at udvikle kroniske smerter.



Forløb på 3-4 måneder

Aktuelt ser overlæge Per Rotbøll ca. 10 ambulante patienter og modtager 1-2 nye henvisninger om ugen. Et ambulant behandlingsforløb kører typisk over 3 eller 4 måneder, hvor Per Rotbøll starter med at lægge en individuel plan, hvorefter sygeplejersken følger op telefonisk enten hver dag eller 1 x ugentligt, hvorefter Per Rotbøll foretager en månedlig opfølgning eller efter behov. Nedtrapning kan vanskeliggøres, hvis der sammen med smerterne er en psykisk overbygning og eller sociale problemer, derfor kan Subakutfunktionen også henvise til både psykolog og socialrådgiver, hvilket indtil nu ikke har været aktuelt.

Ventetiden til ambulant konsultation - efter udskrivelse - er pt. fra to uger til tre uger. Vedvarende kroniske smerter efter 6 måneder henvises fortsat til Tværfagligt Smertecenter i Neurocentret, hvor der aktuelt er 2½ års ventetid.

Bedre intensiv overvågning af hjernen med cEEG til kritisk syge patienter

Neurocentret har i det sidste år arbejdet ihærdigt for at kunne tilbyde såkaldt kontinuerlig elektroencefalografi (i daglig tale cEEG) til udvalgte kritisk syge patienter. Undersøgelsen er nu i fuldt klinisk brug og forventes at optimere hurtigere og bedre behandling

- Lidt firkantet sagt, fanger vi fra starten af EEG optagelsen ca. 15 % af patienterne og efter en time ca. 50 %. Man kan også sige, at der er 50 %, som vi ikke fanger, med mindre vi forlænger optagelsen ud over en time. Derfor giver kontinuerlig elektroencefalografi nye muligheder, siger Martin Fabricius.

I et samarbejde mellem Neurofysiologisk, Neurologisk, Neurokirurgisk og Neuroanæstesiologisk klinik, og med støtte fra center- og hospitalsdirektion, er det nu muligt at tilbyde cEEG på Neurointensiv Afsnit (NIA) 2093 og på Neurologisk Akutafsnit 2094. Det betyder, at hjernen hos kritisk syge neurointensive patienter nu kan overvåges langt bedre end tidligere. For patienten betyder det, at der kan sættes ind med hurtigere og mere effektiv behandling fx af krampe-aktivitet i hjernen.

I det nye år følger også tilbud om monitorering af kritisk syge børn, når de er indlagt på Afsnit 4131. Det bliver muligt at undersøge med cEEG, når afdelingen har etableret højhastigheds trådløst netværk, fordi apparaturet er trådløst og på hjul og har en IT-opkobling, hvor data døgnet rundt sendes online. Det betyder, at den neurofysiologiske døgnvagt med fjernadgang kan vurdere cEEG og kan kontaktes, hvis personalet ser noget uventet.

Belastning af hjernen

- Kramper er ikke en sund belastning for hjernen. Hypotesen er, at jo flere og jo længere tid kramperne varer, jo større risici for, at de forvolder skade på hjernen. Derfor vil vi gerne kunne behandle så hurtigt og effektivt som muligt. Det siger overlæge *Martin Fabricius*, Neurofysiologisk Klinik. Han har sammen med en tværgående styregruppe været ansvarlig primus motor omkring proces, organisering, uddannelse og implementering af den nye undersøgelsesmetode.

Forbedret diagnostik

EEG eller elektroencefalografi er den faglige betegnelse for registrering af hjernens elektriske aktivitet. EEG anvendes typisk til vågne pa-

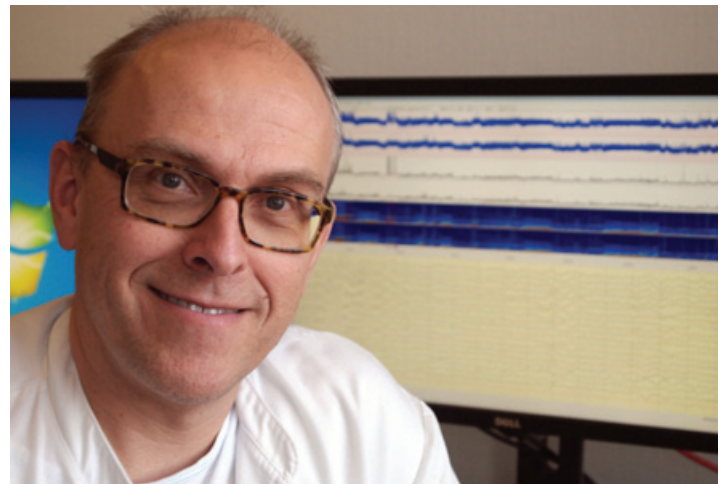
tienter med optagelser over typisk ½ til en hel time. Ved cEEG udføres denne optagelse over mange timer. CEEG er især klinisk relevant hos akutte og bevidstløse patienter efter langvarige krampeanfald. Og hos patienter, hvor man mistænker, at årsagen til, at patienten ikke som forventet vågner men fortsat er bevidsthedssvækket, kan skyldes "usynlige kramper" i hjernen, såkaldt subklinisk krampeaktivitet.

- Lidt firkantet sagt, fanger vi fra starten af EEG optagelsen ca. 15 % af patienterne og efter en time ca. 50 %. Man kan også sige, at der er 50 %, som vi ikke fanger, med mindre vi forlænger optagelsen ud over en time. Derfor giver kontinuerlig elektroencefalografi nye muligheder, siger Martin Fabricius og forklarer, at der er stram styring, entydige retningslinjer incl. et flowchart til lommebrug, der fortæller, hvornår der skal henvises til akut EEG og hvornår til cEEG - og så er det ét og samme tlf. nummer, som besvares 24/7 af i alt 7 speciallæger i vagt.

Uddannelse og kapacitet

For at sikre den bedst mulige implementering har en arbejdsgruppe fra Rigshospitalet tidligere på året været i USA for at besøge flere førende centre, der rutinemæssigt anvender cEEG i behandlingen.

- Det var utroligt interessant og lærerigt, og det gav os sikkerhed for, at vi lever op til international standard og "best practice". Det vakte vore udenlandske kollegers faglige respekt, at vi i forbindelse med implementeringen af cEEG har sat barren højt med speciallæger i døgnvagt, det er unikt også internationalt, fortæller Martin Fabricius.



Som udgangspunkt er apparaturet det samme ved de to undersøgelser EEG og cEEG. Ved cEEG tilgår man imidlertid data på helt nye måder, der både kræver intensiv oplæring og rutine.

- Vi har tre, faste ugentlige morgenkonferencer, hvor vi sammen tolker kurver og data, samtidig med at vi selvfølgelig også kører med sidebandsoplæring og afdelingsmøder. Alt sammen for at sikre fokus på den nye undersøgelsesmetode og for, at alle involverede faggrupper hurtigst muligt opnår størst mulig rutine og erfaring, siger Martin Fabricius.

Vi kan maksimalt overvåge to patienter samtidig, kapaciteten er begrænset, men vi er kommet rigtig fornuftigt fra start. CEEG er en dyr, ressourcekrævende undersøgelsesmetode, som kræver intensiv dialog og opfølgning. CEEG er således med til at skærpe klinikernes fokus, så de er helt fremme i skoene ved konferencer 3 x i døgnet - formålet med undersøgelsen er jo hurtigt at kunne ændre og optimere behandlings-

planen til gavn for den kritisk syge patient.

Patienter og perspektiver

Martin Fabricius forventer sammen med kollegerne fra de øvrige klinikker i Neurocentret, at cEEG vil give en bedre forståelse for, hvilke sygdomsprocesser, der fører til hjerneskade hos neurointensive patienter.

- Vi forventer at kunne undersøge 15 patienter om måneden, og vi estimerer, at vi årligt vil finde subklinisk krampeaktivitet i hjernen hos mellem 1/3 og 1/2 af disse patienter. Foreløbig anvender vi cEEG på meget stramme indikationer og efter nøje overvejelser om forventet gevinst for den enkelte patient. Og så indsamler vi data med henblik på at kunne udvikle en egentlig kvalitetsdatabase - resultaterne og tiden vil vise, om vi også kan og skal anvende cEEG til andre patientkategorier end i dag fx på andre intensivafdelinger på Rigshospitalet, slutter Martin Fabricius.

En flytning til 120 mio. kr.

Byggeproces, planlægning og finansiering af hospitalsbyggeriet kan synes rigeligt kompliceret – men fra Birmingham lyder erfaringerne, at planlægning, finansiering og udførelse af selve flytningen næsten er en lige så stor og kompleks opgave i sig selv



Den 27. november i år var Rigshospitalet vært for et regulært byggetopmøde, da tekniske chefer, byggeriansvarlige og direktionsmedlemmer fra en lang række sygehuse og hospitaler fra alle landets fem regioner var mødt op for at høre om engelske erfaringer med at flytte fra ét hospital til et andet.

I 2010 fusionerede to hospitaler i Birmingham til ét nyt superhospital; Queen Elizabeth Hospital med i alt 1.213 sengepladser. I løbet af bare 2½ dage flyttede personalet alle patienter fra de to gamle hospitaler til det nye, ligesom de i dagene op til og efter flyttede alt det udstyr, som skulle genanvendes i de nye rammer. En nærmest gigantisk administrativ og praktisk opgave, som mange danske hospitaler – herunder Rigshospitalet – står overfor i de kommende år.

- Det gør det uhyre relevant at lytte til deres erfaringer: De stod overfor en enorm planlægningsopgave, som på rigtig mange punkter minder om det, Rigshospitalet skal igennem, når vi flytter ind i den nye Nordfløj, siger projektdirektør for Det Ny Rigshospital **Henrik Eriksen**, der i øvrigt – som

det første hæfter sig ved det store budget, englænderne opererede med i deres projekt: Til flytteopgaven alene havde de budgetteret med £12 mio. – svarende til 120 mio. kr.

Masterplan med 40.000 punkter

Fra Queen Elizabeth Hospital konstaterer **Angela Mather-Crane** blot ganske tørt, at en så stor operation koster mange penge. Og at hospitalsdirektionen endda valgte en hurtig flytning, hvor alting bliver rykket fra en matrikel til den anden på ganske få dage. Det er en betragteligt billigere løsning end en tilsvarende langsom flytning, hvor man af samme årsag må bemande og drive to eller flere matrikler på én gang gennem længere tid.

- Men for at man kan gennemføre en så hurtig flytning, så kræver det store forberedelser og meget omhyggelig planlægning. Vores flytteproces startede faktisk to år før, det nye hospital stod færdigbygget: Vi var fra starten 25 personer i den kernegruppe, som tog sig af planlægningen af flytningen, og i løbet af planlægningsperioden arbejdede vi

med en masterplan med intet mindre end 40.000 punkter, som vi løbende monitorerede for at holde øje med, om vi fulgte planen og arbejdet skred fremad, forklarer hun.

Om drifts- og patientsikkerhed

I Birmingham opførte de ganske vist et helt ny hospital fra grunden, men de genanvendte ikke desto mindre mellem 30 og 40 % af deres eksisterende udstyr i de nye bygninger; det omfattede både kontor- og medicoteknisk udstyr. Og den del af flytteprocessen udgjorde i sig selv en meget krævende og detaljeret planlægning, fordi alt udstyr skulle gennemgås, mærkes med stregkoder og efterfølgende holdes styr på i perioden frem til flytningen.

- Da vi så omsider nåede frem til selve flyttedagene, skulle vi også holde øje med, at de forskellige ting nåede frem til rette sted: Det var ikke bare et spørgsmål om de skulle nå frem til rette center eller rette afdeling; de skulle nå frem på den helt rigtige stue – og placeres korrekt på stuen, for at vi kunne fortsætte driften uden for store forstyrrelser. Det betyder, at vi reelt havde et hav af lavpraktiske

detaljer at holde styr på, fortæller **Angela Mather-Crane**.

- Det er en opgave, som ikke rigtig kan undervurderes: Til syvende og sidst handler det jo om at lave en sikker flytning, hvor man sikrer den fortsatte drift og tager højde for alle detaljer, så ingen patienter kommer til skade i processen. Og jeg tror, det er meget svært helt at forstå, hvor stor den opgave egentlig bliver, understreger **Henrik Eriksen**.

De forsvundne sandwiches

På selve flyttedagene transporterede **Angela Mather-Crane**s medarbejdere én patient fra de nu nedlagte matrikler til det nye hospital hvert femte minut. Og dagene var uhyre nøje planlagt; hver handling i processen var beskrevet, og der var lavet en drejebog for dagene, som skulle stemme helt ned til fem minutters intervaller.

- Vi oprettede et kommandocenter, som var bemandede 24 timer i døgnet. Der var helt sikkert nogle kedelige og lange timer på vagten ind imellem, men vi havde brug for beredskabet, hvis noget skulle vise sig at



gå galt. Kommandocentret var hele tiden ledet af en fra hospitalsdirektionen, som i sidste ende styrede hele flytteprocessen og var direkte forbundet med alle tænkelige supportfunktioner i og uden for huset, forklarer Angela Mather-Crane.

Hun siger selv, at den store øjenåbner for hende var, at det i sidste ende faktisk lykkedes: De gennemførte en uhyre kompleks flytning af udstyr, patienter og medarbejdere – uden, at noget som helst gik galt. Hendes chef har tidligere spøgefuldt udtalt, at det eneste, som forsvandt i processen var en håndfuld bacon-sandwiches – og at hun har en mistanke om, hvem der har spist dem.

Højt kommunikationsberedskab

- Vi klarede det, fordi vores teamarbejde fungerede. Vi bevarede et konstant fokus på patienten – og så havde vi gjort vores hjemmearbejde i form af en uhyre grundig forberedelse. Endelig arbejdede vi i hele processen med et konstant højt informationsniveau. Kommunikation er virkelig et nøgleord for at få succes med en sådan proces: Der

skal kommunikeres intensivt både internt, med samarbejdspartnere, med patienter, pårørende og borgerne generelt, understreger Angela Mather-Crane.

Som eksempler viser hun magasiner rettet både mod medarbejdere og mod offentligheden, som kun handler om det nye hospitalsprojekt. Hun viser avisartikler, -annoncer og -interviews, fortæller, at hospitalsdirektionen arbejdede tæt sammen med lokale tv- og radiostationer, de udgav pjecer, foldere og brochurer, informerede om detaljer i processen og fremskridtet med busreklamer på billboards ved de store indfaldsveje i byen, på plakater, stickers osv. Alt i alt en massiv informationskampagne og et konstant højt kommunikationsberedskab undervejs:

- Vi udpegede nøglepersoner, som gennemgik intensiv medietræning for at kunne håndtere pressen og styre processen. Og det omfattede langt flere personer end bare hospitalsdirektionen, fordi vi fordelte talsmandsopgaver i organisationen efter en fastlagt plan. Der blev udarbejdet krisekommunikationsstrate-

gier – afhængig af fx scenarier, hvor et eller andet går galt, og vi tog på roadshows – både eksternt blandt samarbejdspartnere og interessenter og internt blandt medarbejderne.

Små overraskelser

- Og selvom planlægningsgruppen havde hånd i hanke med alle delprocesser i den store operation, så kom de ud for små overraskelser. Af sikkerhedshensyn skulle alle medarbejdere gennemføre et træningsforløb i de nye lokaler forud for selve flytningen. Det viste sig vanskeligt at overtale lægerne, men med det omfattende monitoreringsprogram sikrede de sig, at alle gennemførte træningen. Det handlede både om at lære de nye rammer at kende – og om at sørge for, at hospitalet kunne køre videre på et højt aktivitetsniveau umiddelbart efter flytning.

- Og alligevel måtte vi efterfølgende supplere med ekstra skiltning for, at de ansatte kunne finde rundt på det nye hospital: Vores skiltning var målrettet patienter og pårørende, men medarbejderne havde også svært ved at finde rundt i de nye og store bygninger, så vi måtte komme op

med supplerende løsninger, da vi var flyttet ind. Så selv med den bedste og mest grundige planlægning vil der være små detaljer, som man overser, slutter Angela Mather-Crane.

Freelance-journalist Ulf Joel Jensen



Et kig gennem nøglehullet til et sundere valg

Rigshospitalets Kantine er nu nøglehulsmærket. Det betyder, at det bliver nemt at vælge sundere i hverdagen – og på arbejde – og at følge de nye, officielle kostråd i hverdagen

Fra den 2. januar 2014 er det muligt at købe nøglehulsmærkede varianter i Rigshospitalets Kantine. Nøglehullet på spisestedet er en frivillig certificeringsordning, der gør

- Det muligt at tilbyde nøglehulsmærkede madretter
- Gør det nemt at formidle det sundere valg

Kantinen tilbyder hver dag

- En nøglehulsmærket sandwich
- Et nøglehulsmærket brød fra eget bageri
- Nøglehulsmærkede drikkevarer (vand og mælk med fedtindhold på max 0,7 gr. Pr 100 gr.)

Nøglehulsmærket salatbar, der består af:

- 4 grove grøntsager. (indeholder ca. 1,9-6 gr. Kostfibre pr. 100 gr.)
- 4 fine grøntsager eller humus, tzatziki eller lign.
- 1 salat med stivelse f.eks. ris, pasta eller bulgur
- 2 dressinger
- Hele gulerødder

Sundere med de fire S'er

En nøglehulsmærket madret lever op til et eller flere krav for indholdet af fedt, salt, sukker eller kostfibre og passende portionsstørrelser. Derfor gør Nøglehullet det nemt at vælge sundere og følge de officielle kostråd i hverdagen: spar på fedt, spar på salt, spar på sukker, spis flere fibre og fuldkorn.

Kantinens personale har gennemgået uddannelse og står klar med råd og vejledning i et nyt år med mulighed for sundere valg – de glæder sig til at byde velkommen!

På www.noeglehullet.dk finder du ugens Nøglehulsopskrift, 13 nye maskuline opskrifter, de nye kostråd til danskerne og meget mere.

LW



Det Nye
Rigshospital:

1. SPADESTIK

10. JANUAR 2014



Vi bygger patienthotel og administration

75 værelser til patienter og pårørende
Kontorer til Rigshospitalets administration
Modelokaler
8000 m²

Forventes færdig 2018 – i samarbejde med 3XN, Grøntmij, Aarhus Arkitekterne, Nickl&Partner og Kristine Jensens Tegnestue. Byggeriet er bæredygtigt efter bygningsklasse 2020

Læs mere på www.rigshospitalet.dk

Det Nye **Rigshospital**







Vi bygger ny Nordfløj

238 en-sengs-stuer
33 operationsstuer
Intensivafdeling
Ambulatorier
Forskningsfaciliteter
52.500 bruttokvadratmeter

Forventes færdig 2018 – i samarbejde med 3XN, Grøntmij, Aarhus Arkitekterne, Nickl&Partner og Kristine Jensens Tegnestue. Byggeriet er bæredygtigt efter bygningsklasse 2020

Læs mere på www.rigshospitalet.dk

Det Nye **Rigshospital**







Vi bygger parkeringshus og sterilcentral

650 parkeringspladser
17.000 bruttokvadratmeter
Forventes færdig i 2015 – i samarbejde med 3XN, Grøntmij, Aarhus Arkitekterne, Nickl&Partner og Kristine Jensens Tegnestue.

Sterilcentral
Forventes færdig i 2016 – i samarbejde med Alectia

Læs mere på www.rigshospitalet.dk

Det Nye **Rigshospital**





Du kommer med garanti til at læse meget om Det nye Rigshospital i hele 2014.

Mangler du at varebekræftelse/varemodtagelse i SAP Portalen?

Vær opmærksom på, at det kun er ordrer, der er varebekræftet/- varemodtaget i SAP Portalen inden d. 31. dec. 2013, der bogføres og fremgår som en udgift i 2013-regnskabet



- Det er ikke muligt at varebekræfte / -modtage ordrer primo januar, og at få dem med i 2013-regnskabet. Derfor skal medarbejdere, der arbejder med indkøb - inden de går på jule- og nytårsferie - sikre sig, at alle indkøbsordrer er korrekt varebekræftet/- varemodtaget. Det siger finanschef *Klaus Tofting* fra Rigshospitalets Finanskonto, som gør opmærksom på, at der generelt på hospitalet er et stort efterslæb af ordrer, der endnu ikke er blevet varebekræftet/varemodtaget.

- Primo december har Finanskontoet derfor udsendt en reminder til alle centerøkonomer sammen med SAP vejledningen til, hvordan man håndterer varebekræftelse/varemodtagelse korrekt - dette med henblik på videre formidling i centrene.

Hvad mangler jeg at varebekræfte?

Få en kort intro til, hvordan du får ordnet evt. problemer med manglende varebekræftelse /varemodtagelse her og nu - og husk fristen: inden d. 31. december 2013

Du har mulighed for at få en oversigt over, hvilke varer der endnu ikke er varebekræftet. Du skal dog være opmærksom på, at lagervarer og skabeloner også vil fremkomme i listen. Dem skal du ikke varebekræfte, så dem skal du se bort fra.

1. Tryk på fanen: "Indkøb".
2. Tryk på "Alle" Udfør indkøbsvogn i feltet "Aktive forespørgsler".
3. Tryk på knappen "Opdater".
4. Tryk på "Vis kriteriehurtigvedligehold".
5. Tryk på pilen udfør feltet. "Status" og vælg "Åben for bekræftelse".
6. Tryk på knappen "Overfør".
7. Nedenfor kommer de indkøbsvogne/skabeloner frem, der endnu ikke er varebekræftet.

Du kan i kolonnen "Status" se, om det er skabelon (Gemt) eller en afsendt indkøbsvogn (Godkendt).

Yderligere info og vejledning på [Intranettet/genveje/SAP/ERS](#)

Fra IndenRigs til læserne - med tak for samarbejdet i 2013



Du læser i årets sidste nummer af Rigshospitalets nyhedsbrev IndenRigs. Her på redaktionen vil vi gerne sige tak til alle de mange medarbejdere og ledere, der på tværs af faggrupper og organisation, har bidraget ved at medvirke i artikler og interviews i mange forskellige sammenhænge i et af årets 20 numre - som du i øvrigt altid kan genlæse elektronisk via Intranettet og/eller på hjemmesiden.

Vi vil gerne blive bedre

Har du ris, eller ros eller forslag til nye historier af interesse på tværs af hospitalet, er du altid velkommen til at kontakte Kommunikationsafdelingen og redaktør Lisbeth Westergaard på lokal 5-4142 eller mail lisbeth.westergaard@regionh.dk - vi garanterer, at du får altid en hurtig tilbagemelding.

Hver 14. dag i 2014

Det første nummer af IndenRigs i det nye år udkommer mandag d. 20. januar 2014 - deadline for indlæg til dette nummer er fredag d. 10. januar 2014. Herefter udkommer IndenRigs som altid hver 14. dag. Læs det elektronisk fra forsiden af Intranettet eller få en mail hver gang, der udkommer et nyt nummer. Se hvordan på [Intranettet/genveje/IndenRigs](#)

December 2013: Direktionens Juletræf for alle medarbejdere

Kom og hør 8 gode faglige og fornøjelige historier

Rigshospitalets 8 centre har hver fået 7 minutter til at fortælle en god historie...

Alle 8 centre bidrager med en historie til et fagligt og fornøjeligt juletræf på tværs af faggrupper og organisation i Auditorium 1 torsdag d. 12. december kl. 14.30. Efterfølgende er der julegløgg og æbleskiver uden for auditorierne indtil kl. 16.00.

Syv minutter alt inklusive

Traditionen tro har hvert center maks. 7 minutter til at fortælle og formidle den faglige, fornøjelige og gode historie, som skal repræsentere centret.

Historiefortællerne har fået at vide, at det er til ladet og mere end velkomment at bruge diverse fortælle teknikker fx rekvisitter, billeder, musik, film, udklædning osv. Vi opfordrer kolleger fra de historiefortællende klinikker og centre til at supporte de 8 historiefortællere ved at møde talstærkt op.

LW

Hospitalsdirektør Torben Stentoft, sygeplejedirektør Helen Bernt Andersen og lægelig direktør Jannik Hilsted glæder sig til at høre 8 centres udvalgte historier og til at ønske god jul til alle fremmødte torsdag d. 12. december i og uden for Auditorium 1.



Torsdag d. 12. december 2013 kl. 14.30 i Auditorium 1.

Alle medarbejdere på tværs af faggrupper og organisation er velkomne - tilmelding er ikke nødvendig. Rigshospitalets 8 centre har hver valgt en historie, der på hver maks. 7 min. skal repræsentere centret ved Direktionens juletræf i 2013.

Programmet starter kl. 14.30 i Auditorium 1, og når vi efter ca. 1 time har hørt centrenes 8 historier er der gløgg og æbleskiver foran Auditorium 1 til historiefortællere og tilhørere og hvor også Noël kvartetten synger julesange.

Program

Abdominalcentret

Et barn er født – "Guds mirakel". Om Danmarks første barn født af en mor i dialyse. Overlæge Inge Eidemark, Nefrologisk Klinik har 7 minutter til at fortælle historien.

Diagnostisk Center

Gåsehud er en infektionssygdom – om forebyggelse og behandling. Professor Niels Høiby, Klinisk Mikrobiologisk Afdeling har 7 minutter til at fortælle historien.

Finsencentret

Patienter, pårørende, personale og Plaintiff Centerchefsygeplejerske Jeanette Bech, Finsencentret har 7 minutter til at fortælle historien

Hjertecentret

"A broken Heart for Christmas" – om hvordan psykisk stress kan udløse hjerteanfald. Overlæge Lene Holmvang fra Kardiologisk Klinik har 7 minutter til at fortælle historien.

HovedOrtoCentret

Trykammerbehandling af pjaltefisk/søheste? Et tværfagligt samarbejde. Overlæge, dr. med. Erik C. Jansen, Anæstesi- og Operationsklinikken har 7 minutter til at fortælle historien.

Juliane Marie Centret

En anderledes rejse? En rejse på tværs af landet – under pågående ECMO – en rejse til livet. Klinikchef, overlæge Steen Hertel, Neonatalklinikken har 7 minutter til at fortælle historien.

Neurocentret

"To speciallæger til 11 mio. mennesker". Overlæge, dr. med. Michael Kosteljanetz, Neurokirurgisk klinik har 7 minutter til at fortælle historien.

Servicecentret

"En historie med krummer i..." Funktionschef Anne Lis Olsen, Enhed for Mad og drikke, i Servicecentret har 7 minutter til at fortælle historien.

NYHEDSBREV FOR RIGSHOSPITALET MEDARBEJDERE

Nyhedsbrev udgivet af Rigshospitalet. Næste nummer af IndenRigs udkommer mandag d. 20. januar 2014. Næste deadline er fredag d. 10. januar 2014. Indlæg modtages gerne på mail indenrigs@rh.regionh.dk. Redaktionen forbeholder sig ret til at redigere i indsendte tekster, og redaktionen er alene ansvarlig for den endelige udformning af teksten. Redaktion: Kommunikationsafdelingen, kommunikationsmedarbejder Camille Aulkær Andersen og kommunikationsmedarbejder Lisbeth Westergaard (ansvh. red.) mail: lisbeth.westergaard@regionh.dk lokal 5-4142. Redaktionen af dette nummer er afsluttet onsdag d. 5. december 2013.