

Rigshospitalet har styr på økonomien

Nye arbejds gange giver
kortere ventetid

Engelsk mesterlære gavner
danske patienter

Affald er en ressource

I en seng på en sengestue – på
Det Nye Rigshospital

Rigshospitalet har styr på økonomien

Ny analyse af otte hospitaler fra hele landet slår fast: Rigshospitalet er i en klasse for sig, når det kommer til økonomistyring, og det kommer i sidste ende både personalet og patienterne til gode

Efter mere end 100 interviews med hospitals-, økonomi-, klinik- og afdelingsledelser landet over, og efter at have skrevet i alt ni detaljerede rapporter om økonomistyring på otte udvalgte hospitaler, er der ingen tøven hos konsulent og direktør i Pricewaterhouse-Coopers (PwC), *Christian Harbo Madsen*, når han slår fast:

-Rigshospitalet er *best in class*. Det er klart, at man ikke kan sammenligne 1:1 med andre hospitaler herhjemme, fordi vilkårene er anderledes på Rigshospitalet. Men her har man taget nogle økonomistyringsskridt, som vi økonomer godt kunne tænke os, at man også tog på andre hospitaler. Og det betyder, at Rigshospitalet i den her sammenhæng bare ligger bedre.

En del af hospitalets DNA

En gennemlæsning af det omfattende analysemateriale, som er bestilt af bl.a. Sundhedsministeriet og Finansministeriet, giver ham ret: Der er kun ganske få områder, hvor Riget ikke bliver rangeret klart over de øvrige hospitaler i undersøgelsen. Og det er der en særlig grund til, mener Christian Harbo Madsen:

Der er en voldsom åbenhed omkring økonomi og økonomistyring her på hospitalet. Det er meget tydeligt italesat fra toppen af organisationen og helt ud i alle led af hospitalet. Det betyder, at der er en særlig ånd omkring økonomien på Rigshospitalet: Det ligger simpelthen i DNA'et, fornemmer jeg, siger konsulenten, og Rigshospitalets økonomi- og planlægningschef Tue Jensen supplerer:

-Vi har de økonomifolk, vi har brug for på hospitalet – både i de enkelte centre og centralt; det er meget vigtigt. Og så sørger vi for, at de er opdateret og har de rette kompetencer til at udføre deres opgaver. Det er også helt centralt, at økonomistyringstanken er solidt forankret i hospitalsledelsen – og endelig har vi et link ud til klinikerne. Deres opbakning er en hovedårsag til, at det går godt.

Stadig mulighed for finjusteringer

PwC scorer hospitalerne på en skala fra 1-5 på en lang række områder, hvor 3-tallet, med Christian Harbo Madsens ord, svarer til, at man gør det, der skal gøres. Alt over denne score er ekstra tiltag, som i økonomens øjne er med til at sikre en bedre styring af driften. Og alt under betyder, at der muligheder for forbedringer. Rigshospitalets laveste score i rapporten er nogle 3-taller – og helt i tråd med PwC-direktørens roser er det netop hér, økonomi- og planlægningschefens fokus ligger:

-Vi vil jo gerne gøre det så godt, som vi kan på alle områder, og derfor er det 3-tallerne i analysen, som umiddelbart springer i øjnene. Nogle af de ting, PwC påpeger – og det siger de også selv – er rammevilkår, som ligger uden for vores verden og peger mere opad i systemet. Andre ting er meget små finjusteringer, som der måske ikke er økonomisk rationale i at udføre. Men andre ting igen er absolut interessante, og dem vil vi tage med os videre, siger Tue Jensen og peger blandt andet på, at PwC anbefaler et mere systematisk arbejde med benchmarking på tværs af hospitalet.

Spiderwebs til illustration af kortlægningen af Rigshospitalets eksisterende økonomistyring

Budgetlægning



Datalægning



Opfølgning og controlling



Rigshospitalet er best in class.

Konsulent og direktør *Christian Harbo Madsen*, Pricewaterhouse-Coopers (PwC).

Godt nyt for patienter og personale

God økonomistyring betyder mere, end at budgettet holder og bundlinje stemmer, når året er omme, understreger Tue Jensen:

-Økonomistyringen betyder, at vi ikke halser bagud. Vi bruger kun sjældent og meget lidt tid på økonomisk brandslukning. Det skaber os et frirum for at tænke strategisk. Vi kan simpelthen være på forkant – og arbejde med langsigtet planlægning, siger han – og bakkes op af Christian Harbo Madsen, som forklarer, at god økonomistyring er godt nyt for patienter og medarbejdere:

-God styring betyder, at der er de hænder til stede, der er brug for – og ikke flere. Det betyder, at vi kan få flere patienter gennem hospitalet, og at personalet kan arbejde mest hensigtsmæssigt. På den måde har økonomistyringen en direkte indflydelse på driften.

Overskud på 17 mio. kr. i 2012

Rigshospitalet har netop sendt regnskabsberetningen for 2012 til Koncern Økonomi i Region Hovedstaden. Den viser – helt i overensstemmelse med seneste prognoser – et mindreforbrug på hospitalets driftsbudget på 81 mio. kr. Desuden er der en overførsel fra investeringsrammen på i alt 15 mio. kr. – samlet søger hospitalet altså at overføre 96 mio. kr. til budgettet for 2013. Størstedelen af pengene er fremærket projekter fra 2012, hvor udgiften først falder i år. Men der er også et overskud på omkring 17 mio. kr., som tilfalder centrene. Disse penge forventes overvejende at blive anvendt til effektiviseringsprojekter. Dermed har Rigshospitalet et solidt økonomisk udgangspunkt for 2013.

Freelancejournalist Ulf Joel Jensen

Nye arbejds gange giver kortere ventetid

En god idé og en økonomisk indsprøjtning fra centerledelsen i Finsencentret har reduceret ventetiderne til efterbehandling af brystkræftopererede fra syv uger til under fire uger



En velbeskrevet procedure for visitationen har også været nødvendig. For det lyder så simpelt, men det er det langt fra. Det er et stort puslespil, der skal gå op, men det er lykket nu – og resultatet fungerer, siger afdelingssygeplejerske Ulla Breitenstein Mathiesen fra Onkologisk Klinik.



Centerledelsens bevilling har været afgørende for, at vi kunne gennemføre denne her idé, som jeg oprindeligt fik for år tilbage. Nu er det lykket takket være et rigtig godt samarbejde med Brystkirurgisk Klinik i HovedOrtoCentret og en stor velvillighed fra personalet, siger overlæge Michael Andersson, Onkologisk Klinik.

Efter en operation for brystkræft kan de fleste patienter forvente en eller anden form for efterbehandling. Den har indtil december 2012 været helt op til syv uger. I første omgang fire uger fra patienterne var blevet opereret og til resultatet af operationen forelå. Og derefter tre uger fra henvisningen til første efterbehandling blev sendt af sted og til efterbehandling blev påbegyndt. Og den ventetid var lang for de ca. 550 nye brystkræftpatienter, som Onkologisk Ambulatorium årligt modtager til efterbehandling.

Forudsiger efterbehandling

Med et ekstraordinært økonomisk tilskud fra centerledelsen i Finsencentret og en ekstra indsats fra personalet i Onkologisk Ambulatorium og Brystkirurgisk Klinik i HovedOrtoCentret er ventetiden nu nedbragt med over tre uger.

- Fra de patologiske svar foreligger, og der kan startes efterbehandling, er ventetiden på knap fire uger, og den kan vi ikke rykke ret meget ved. Men tiden fra patienten får det patologiske svar og til efterbehandlingen starter, den kan vi ændre på. Inden operationen har patienten været igennem mammografi og ultralydsundersøgelse. Så allerede når bookingen til operation foretages, kan vi lave en før-booking til den første efterbehandling, en såkaldt tentativ booking, og dermed spare patienten for ca. tre ugers ventetid, fortæller overlæge Michael Andersson i Onkologisk Klinik.

Selvom lægerne ved at henvise så tidligt ikke har 100 % vished om, hvilken efterbehandling der skal gives, er der flere forskellige parametre, der giver et sandsynligt billede bl.a.:

- Kvindens alder, typen og størrelsen af svulsten og evt. spredning til lymfeknuderne i armhulen giver os et næsten sikkert svar på, om der skal gives efterbehandling, siger Michael Andersson.

Overraskende få fejlskøn

De typer af efterbehandling, der kan være tale om, er medicinsk behandling som fx kemoterapi eller antihormonbehandling, det kan være strålebehandling eller antistofbehandling fx Herceptin – disse ofte i kombination.

Inden patienten møder til første besøg i Onkologisk Ambulatorium, har en onkologisk seniorlæge foretaget en behandlingsvisitation, således at behandlingsplanen er klar, til patienten møder.

- Før vi indførte denne nye arbejdsgang i efteråret 2012, var vi lidt bekymrede for, om der ville ske mange fejlbookinger på grund af de nye henvisningskriterier. Men det har vist sig at være meget få. Brystkirurgerne har simpelthen et så godt indtryk af, hvad kvinden skal igennem efter operationen, at hun uden problemer kan henvises med det samme. Patienterne oplever derfor et kortere og mere sammenhængende behandlingsforløb. De kun fire ugers ventetid, der er nu, kan stadig lyde som længe, men patienten har naturligvis mulighed for kontakt til brystkirurgerne eller vores forløbskoordinator, fortæller afdelingssygeplejerske Ulla Breitenstein Mathiesen fra Onkologisk Klinik.

Penge og samarbejde rykker

De nye tiltag har betydet, at der i en periode på ca. tre måneder skulle arbejdes ekstra for at indhente de flere patienter, der kom ind. Der har derfor været brug for en enkeltstående økonomisk bevilling til overarbejde fra centerledelsen.

- Centerledelsens bevilling har været afgørende for, at vi kunne gennemføre denne her idé, som jeg oprindeligt fik for år tilbage. Nu er det lykket takket være et rigtig godt samarbejde med Brystkirurgisk Klinik og en stor velvillighed fra personalet, siger Michael Andersson.

Forløbskoordinator Charlotte Topp roser initiativet og det gode samarbejde:

- Jeg er ikke i tvivl om, at de tilførte ressourcer og i særdeleshed samarbejdet på tværs af forløbet har en positiv betydning for patienterne. For det er helt afgørende for, at det kan lade sig gøre. Inden initiativet havde jeg en del patienter, som kontaktede mig i overgangen mellem de to enheder pga. den lange ventetid. De efterspurgte yderligere information om forløbet i Onkologisk Klinik og håbede, det var muligt at rykke tiden. Disse typer opkald får jeg ikke længere.

Ulla Breitenstein Mathiesen tilføjer:

- En velbeskrevet procedure for visitationen har også været nødvendig. For det lyder så simpelt, men det er det langt fra. Det er et stort puslespil, der skal gå op, men det er lykket nu – og resultatet fungerer.

Engelsk mesterlære gavner danske patienter

Rigshospitalets forsknings-tradition vækker international interesse. Til gengæld kan vi lære noget i udlandet på det håndværksmæssige område



- Det har været utroligt lærerigt. Det er simpelthen den bedste oplæring, jeg nogensinde har fået i min karriere. Det er vigtigt at komme ud og at blive gjort opmærksom på, at ting kan gøres anderledes og bedre, og jeg er ikke i tvivl om, at vi kan nå et højere kirurgisk niveau inden for den avancerede, superspecialiserede kirurgi ved at prioritere at tage udenlands og at lære af mestrene. Dermed ikke sagt at vi er dårlige, for det er vi bestemt ikke, men vi kan blive bedre. Det siger klinisk lektor, afdelingslæge, ph.d. *Anders Bilde* fra Øre-Næse-Halskirurgisk Klinik på Rigshospitalet.

Anders Bilde er hjemme igen efter 5 måneders ansættelse som Fellow i Advanced Rhinology - næsten overlæge i det engelske sundheds- og hospitalssystem - på Manchester Royal Infirmary i England og dér med en typisk arbejdsdag fra 8 til 18 - foruden vagter, typisk to gange om ugen

Ny avanceret kirurgisk teknik

- Jeg er blevet oplært og superviseret i en ny, avanceret kirurgisk teknik med kikkertkirurgi via næseborene herunder kirurgisk behandling af sygdomme i tæt relation til kraniekassens bund inklusiv indenfor i kraniekassen. En operation, der foregår i samarbejde med neurokirurgerne efter skull base konference, som vi kender det fra Rigshospitalet. I udvalgte tilfælde kan man derved undgå en craniotomi, dvs. at åbne patientens hjerne-skål udefra. For patienten giver det en mere skånsom operation, hvilket netop er kendetegnende ved minimal invasiv kirurgi. Der er fortsat udviklingspotentiale, når det gælder

Internationalt win-win

- Rigshospitalets forskning og vores akademiske grader imponerer i England. Til gengæld kan englænderne deres fag og håndværk på et formaliseret superspecialiseringsplan, og her kan vi virkelig hente noget. Det siger professor, overlæge, dr.med. *Christian von Buchwald*, Øre-næse-hals Kirurgisk Klinik, som via sit internationale netværk har været med til at bane vejen for Anders Bilde ophold i England og også har anbefalet den nye uddannelsespulje til læger, som Rigshospitalet har oprettet foråret 2013.

- Rigshospitalet varetager særlige former for specialiserede, avancerede kirurgiske opgaver - men vores patientvolumen er ikke på alle områder stort nok. Derfor er det svært at sikre en regelret, systematisk oplæring i form af en egentlig mesterlære i en travl hverdag, og derfor er det naturligt at se ud i verden, hvor der er større volumen og bedre muligheder for oplæring.

- De to landes uddannelsessystemer er forskellige, men vi samarbejder med gevinst for begge parter. Det Rigshospitalet byder ind med er forskningen og den akademiske diskussion. Anders Bilde styrke er en ph.d. - han søgte om et fellowship på lige fod med andre, og de kunne lige så godt have valgt en engelsk læge, men de valgte Anders, som under sit ophold i England har hjulpet yngre engelske kolleger med at igangsætte flere forskningsprojekter. Det betyder også, at der banet vej for nye, fremtidige forskningssamarbejder inden for det Øre-næse-halskirurgiske speciale de to lande imellem, siger *Christian von Buchwald*.

åbning af kraniekassens bund med brug af kikkertkirurgi, og i Øre-næse-Hals kirurgisk Klinik forventer vi at kunne benytte den nye kirurgiske teknik til årligt ca. 40-50 patienter. Teknikken kan kombineres med brug af CT og MR scanning, som vi er langt fremme med, og kan samtidig udvikles, så den kan anvendes til operation af patienter med både ondartede og godartede tumorer, siger Anders Bilde.

Opholdet i England har på flere måde været lærerigt for Anders Bilde. Det skyldes ikke mindst, at englænderne har en anden organisering på uddannelsesområdet end i Danmark. Systemet er samtidig mere gamlemeldags og hierarkisk opbygget, men det har en indbygget systematik, som ifølge Anders Bilde giver større kvalitet i behandlingen, og som vi kan lære meget af.

Teamarbejde og mesterlære

Som yngre læge arbejder man i teams under ledelse af en overlæge, og man skifter hver tredje måned. Det team, som Anders Bilde var en del af, bestod af to reservelæger (turnus og introlæge), en 1. reservelæger foruden den rhinologiske fellow. Teamarbejdet er tilrettelagt, så en uddannelsessøgende altid har sin overlæge tilgængelig - uanset om det er i ambulatoriet eller på operationsstuen.

- Det betyder fx, at du får umiddelbar feedback på din anamnese og objektive fund. Og kender du ikke svaret, bliver du bedt om at læse efterfølgende. Eftersom jeg var Rhinologisk Fellow blev min kirurgiske oplæring prioriteret. Den overlæge, jeg primært fulgte, har ansvaret for den avancerede rhinologi, mens den anden overlæge har ansvaret for næserekonstruktioner.



- Oplæringen foregik ved, at jeg indledte operationen, indtil mine kompetencer ikke rakte længere. Herefter fortsatte jeg under supervision, indtil min overlæge overtog. Overlægen leder en fellow og to til tre uddannelsessøgende, som han har en meget præcis faglig føling med. Det sikrer en målrettet, systematisk oplæring, så man ikke står og udvikler sin egen teknik. Man lærer at operere som mesteren selv, som står lige bag dig under operationen og hele tiden stiller spørgsmålet "What's next in your surgical plan" for at sikre, at man er på forkant med næste kirurgiske skridt. :

- Et uddannelsesstilbud om superspecialisering i udlandet inden for avanceret kirurgisk teknik er en investering for Rigshospitalet, der giver gevinst til alle parter. Derfor føler jeg også en forpligtelse til at videregive, hvad jeg har lært. Men jeg ved også, at det kan blive vanskeligt at overføre den regelrette oplæring, jeg selv har oplevet til en travl hverdag på Riget, fordi vores ressourcer og fokus primært er rettet på produktion, hvor kirurgisk oplæring af uforståelige grunde ikke tæller med.

LW

Affald er en ressource

Affald er meget mere end skrald: Hvor det koster hospitalet penge at komme af med dagrenovationen, så tjener vi på bundlinjen på andre affaldstyper. Affaldssortering er ikke bare et krav fra myndighederne – det er faktisk en god forretning.

Med sine omkring 9.000 medarbejdere er Rigshospitalet på mange måder at betragte som en selvstændig by i byen. Og med en produktion af imponerende – eller skræmmende, alt efter temperament – 12 tons affald om dagen har hospitalet også brug for sin helt egen genbrugsplads med en fuldtidsansat medarbejder, som ikke laver andet end at håndtere affaldet fra hele huset.

Men i virkeligheden er affaldssortering en forholdsvis ny øvelse på Rigshospitalet: Før 1998 blev stort set alting bare kategoriseret som skrald, der blev brændt af. Siden er der sket meget, fortæller funktionschef *Jans Krogshede* fra Transportafdelingen – endda rigtigt meget:

- Vi arbejder med det, vi kalder decentral kildesortering på Rigshospitalet. Det vil sige, at affaldssorteringen starter på afdelingen. Og det er en stor en udfordring i et hus med så mange og så travle brugere. Men det er også blevet en nødvendighed, for skrald er ikke længere bare skrald – skrald er i dag også en værdifuld ressource, siger han.

Stadig et stort potentiale

En stor del af Rigshospitalets 12 tons affald ender med at blive kategoriseret som almindelig dagrenovation. Den bliver sendt til Amagerforbrændingen, hvor den bliver til fjernvarme til i alt fem kommuner i hovedstadsområdet.

Affaldssortering skåret ud i pap og papir

Genbrugsmaterialer som pap og papir afregnes til dagspriser, når de sendes fra Rigshospitalet til genanvendelse. Og der er penge i affaldet – særligt, hvis det er kildesorteret korrekt. Medio marts var dagsprisen for et kg. korrekt sorteret papir (mindst 95 pct. af læsset skal bestå af papir) således 45 øre, mens prisen for papir, der ikke er tilstrækkeligt sorteret falder til 25 øre pr. kg. De tilsvarende priser for pap er hhv. 41 øre og 21 øre.

Det store problem opstår, hvis der sniger sig noget, der minder om klinisk risikoaffald med i genbrugspartiet – for så bliver hele læsset afvist, og skal køres på forbrændingen i stedet for. Det er således før sket, at et parti pap er blevet afvist på papfabrikken i Tyskland, fordi der var operationshandsker mv. i læsset. Derefter måtte hele partiet køres retur til Danmark, hvor det blev destrueret på Vestforbrændingen.

Det koster penge at komme af med sin dagrenovation, også for Rigshospitalet – og det giver et ekstra incitament til at sortere fx papir, pap, jern og glas fra. Det sælger hospitalet nemlig videre til videre forarbejdning.

- Vi forsøger løbende at blive bedre til at sortere affaldet, så vi flytter noget af dagrenovationen til genbrug. Dels af hensyn til miljøet – og dels af hensyn til hospitalets økonomi. Og selvom vi er blevet rigtigt gode til at sortere, både på de enkelte afdelinger og i vores centrale affaldshåndtering, så er der stadigvæk et stort potentiale, fortæller Jan Krogshede.



-Vi kan godt tillade os at ranke ryggen og være lidt stolte af vores affaldssortering. Men vi kan og skal også blive bedre. Budskabet er i virkeligheden ret enkelt: Vi skal bare huske at sortere affaldet på jobbet, akkurat som vi gør derhjemme, siger funktionschef Jan Krogshede fra

Et konservativt gæt fra funktionschefens side lyder, at mindst 30 procent af affaldet bliver sorteret forkert på afdelingerne. Og selvom det kan synes besværligt at skille eksempelvis pap fra papir – og selvom det kan forekomme ligegyldigt, at der smutter et metallåg ned sammen med syltetøjsglasset, så kan det mærkes på bundlinjen. Simpelt hen fordi den samlede mængde affald er så enorm.

- Hvis bare der er en fem procents afvigelse af definitionen på pap eller papir i en vognladning, så falder hele læsset i værdi – og risikere i værste fald at blive omkategoriseret fra en genbrugsvare til småt brændbart. Og så koster det pludselig penge at komme af med i stedet for at være en indtægt – og så er hele sorteringsindsatsen med de andre 95 procent af læsset fuldkommen spildt, siger Jan Krogshede.

Gør på jobbet som derhjemme

For funktionschefens vedkommende handler meget om at gøre det enkelt og gennemskueligt for brugerne. Fx betød overgangen fra sorte til semiklare plastspande til hospitalsaffald, at mængderne af denne type affald faldt drastisk. Og det er i særdeleshed godt, fordi det er den dyreste affaldstype at komme af med.

Tilsvarende fortæller Jan Krogshede, at beslutningen om at sende al papir til makulering, så brugerne ikke længere skal sortere papiret efter om der er fortrolige oplysninger på eller ej, kan aflæses i affaldsstatistikkerne: Det koster ganske vist lidt ekstra at få papiret makuleret – til gengæld er mængden af papir til genbrug steget så meget, at det så rigeligt er tjent ind.

- Vi kan godt tillade os at ranke ryggen og være lidt stolte af vores affaldssortering. Men vi både kan og skal også blive bedre. Og budskabet er i virkeligheden ret enkelt: Vi skal bare huske at sortere affaldet på jobbet, akkurat som vi gør derhjemme, slutter Jan Krogshede.

Freelancejournalist Ulf Joel Jensen

I EN SENG PÅ EN SENGESTUE PÅ DET NYE RIGSHOSPITAL



I Det nye Rigshospital er vores rådgiver arkitektfirmaet 3XN ved at udarbejde en designmanual, med farver og materialer for hele bygningen. Der bliver også et afsnit i designmanualen om sengestuerne, som beskriver de farver, der vil komme i de nye stuer. Farverne på stuerne bliver i øvrigt forskellige fra etage til etage, ligesom stuerne farver hænger sammen med etagens farve.

Naja Lynge, cand. arch. arkitekt MAA fra Rigshospitalets projektorganisation omkring Det Nye Rigshospital:

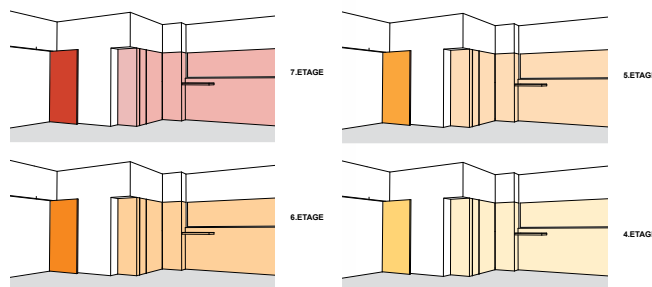
-Indretning af sengeafsnit foretages med korte afstande mellem sengestuerne og de støttefunktioner, som er nødvendige for pleje og behandling af patienterne, fx placerer vi en gruppe depotskabe i tilknytning til hver enhed med 8 senge. En sådan standardisering gør det muligt at specialisere det løbende arbejde med opfyldning af varer i depotskabene, så opgaven kan foretages af servicepersonale - portører eller serviceassistenter. Det giver mulighed for at frigøre "varme hænder" blandt plejepersonalet, der varetager opgaven i dag.

Brugerinddragelse og anbefalinger

Er nutidens patienter og pårørende tilfredse med sengestuens indretning og faciliteter - lever den op til dagens og morgendagens krav og forventninger - og hvad siger medarbejderne? Arbejdet med at indrette fremtidens sengestue startede tilbage i 2007, hvor et stort antal patienter, pårørende og medarbejdere gav deres mening tilkende i en stor spørgeskemaundersøgelse, der i 2008 mandede ud i en rapport med en række anbefalinger. I årene der fulgte har et stort antal ledere og medarbejdere fra sengebærende senge, tværgående centre, IT og Medicoteknik, hygiejne- og arbejdsmiljøenheden m.fl. været inddraget i at udvikle fremtidens sengestue - til Det Nye Rigshospital.

Enkelt sengsstuer

Alle sengestuer er enkelt sengsstuer. Det giver mulighed for, at en række plejeopgaver - i langt højere grad end i dag - kan varetages smidigt på selve patientstuen. Pladsforholdene på Rigshospitalets



Placering af farver på væg og møbler.

eksisterende sengestuer giver en række u hensigtsmæssige arbejdsgange og patientflytninger, der i fremtiden kan undgås, når der bliver mere plads på sengestuerne, og når hensynet til patienternes diskretion ikke - som i dag - kræver særlige foranstaltninger.

- En del af sengestuerne vil derudover kunne omdannes til 2-sengsstuer ved, at der i et vist omfang etableres skydedøre mellem sengestuerne to og to. Løsningen giver mulighed for både øget fleksibilitet og bedre logistik, der i spidsbelastningsperioder kan reducere personaleforbrug ved særligt plejekrævende patienter, siger Naja Lynge.

Bedre arbejdsmiljø

Sengestuernes indretning vil også give et bedre arbejdsmiljø fx i forbindelse med forflytninger af patienter, herunder til tidskrævende og tunge løft, fordi opgaven imødegås ved bedre liftfaciliteter etc.

- Desuden indretter vi en arbejdsstation ved hver seng, som giver mulighed for, at al information og registrering vedrørende patienten kan ske elektronisk sideløbende med den øvrige observation og pleje af patienten. Herudover vil indretningen af sengestuen og det integrerede baderum vil give bedre muligheder for, at patienterne kan være selvhjulpne i forbindelse med personlig hygiejne eller få hjælp af pårørende, som vil få mulighed for at overnatte på sengestuen, siger Naja Lynge.

LW

IndenRigs

6 • 25/03/13

NYHEDSBREV FOR RIGSHOSPITALET MEDARBEJDERE

Nyhedsbrev udgivet af Rigshospitalet. Næste nummer af IndenRigs udkommer mandag **d. 15. april 2013**. Næste deadline er **torsdag d. 4. april**. Indlæg modtages gerne på mail inden-rigs@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 Aulkaer Andersen og kommunikationsmedarbejder Lisbeth Westergaard (ansvh. red.) mail: lisbeth.westergaard@regionh.dk Lokal 5-4142. Postadresse: IndenRigs, Kommunikationsafdelingen, Direktionssekretariatet, Afsnit 5222 - Redaktionen af dette nummer er afsluttet **onsdag d. 20. marts 2013**. Layout: RegionH