



Højt specialiseret sygepleje til hoved-halskræftpatienter i eget hjem

Øre-næse-halskirurgisk og Audiologisk klinik tilbyder nu patienter med hoved-halskræft højt specialiseret sygepleje i eget hjem efter udskrivelse. Initiativet skal sikre bedre overgange i patientforløbet, forebygge genindlæggelser og styrke fokus på rehabilitering

Øre-næse-halskirurgisk og Audiologisk klinik opererer årligt ca. 300 patienter for hoved-halskræft (HHC). Da denne kræftsygdom involverer flere af kroppens centrale funktioner, som fx tale-, tygge, synke- eller vejrtrækning, udskrives mange opererede patienter med hoved-halskræft med komplekse problemstillinger. En del HHC-patienter har desuden kun få eller ingen pårørende, hvilket medfører, at de i forhold til andre patientgrupper har et øget behov for hjælp og støtte i hjemmet efter udskrivelsen.

Derudover møder hjemmesygeplejersker ofte kun patienter med hoved-halskræft i et begrænset omfang og har derfor ikke mulighed for at oparbejde specialviden om denne patientgruppes behov for sygepleje,

der blandt andet omfatter skiftning af trakealkanyler, komplekse ernæringsproblemer og pleje af komplicerede sår i hoved- og halsregionen.

Ekstra opmærksomhed

- De kirurgiske forløb bliver i disse år stadig kortere, så HHC-patienterne udskrives hurtigere efter endt behandling. Derfor er det afgørende, at vi er ekstra opmærksomme på denne udsatte patientgruppe og deres pårørende. Vi må derfor sørge for, at de får højt specialiseret sygepleje i hjemmet og samtidig lette overgangen i patientforløbet mellem primær- og sekundærsektor, fortæller oversygeplejerske *Tine Bloch Jensen* fra Øre-næse-halskirurgisk og Audiologisk klinik, og fortsætter:

- For at kunne give den bedste hjælp

og opfølgning til disse patienter, har vi iværksat det udgående sygeplejeteam, hvor to af klinikens sygeplejersker med høje specialespecifikke kompetencer aflægger besøg hos de udskrevne HHC-patienter. For vi oplever desværre, at HHC-patienter bliver genindlagt eller får behov for akutte, ambulante besøg, fordi situationen i hjemmet er for vanskelig eller sygeplejen ikke fungerer optimalt.

Udgående sygeplejeteam

Det udgående sygeplejeteam kommer rundt til patienterne i bil, og målet er at komme på minimum tre hjemmebesøg om dagen. Teamets opgave bliver at sikre kvaliteten af den specialespecifikke sygepleje, sikre at patient og pårørende føler sig trygge efter udskrivelsen og evt. undervise hjemmesygeplejersken i skiftning af trakealkanyler, samt vejlede om ernæring og pleje af komplicerede sår. I forbindelse med overflytning af patienter til andre klinikker eller hospitaler, bistår teamet endvidere med undervisning af sygeplejersker.

Lignende initiativer er bl.a. blevet iværksat i London, hvor en gruppe sygeplejersker fra Øre-næse-halskirurgisk klinik i marts måned besøgte Guy's og St. Thomas Hospital, der siden 2009 har haft et tværfagligt udgående team til hoved-halskræftpatienter (Community Head and Neck Cancer Team (CHANT).

Hurtig og sikker behandling mod apopleksi

side 2

500 bioanalytikere mødes for at skabe bedre kvalitet for patienterne

side 3

Rigshospitalet samler internationale eksperter i cellefrit DNA

side 7

Projektet i praksis

- Projekt udgående sygeplejeteam er startet 15. april 2015 og afsluttes efter ét år, hvorefter det evalueres. Projektet inkluderer kirurgisk behandlede hoved-halskræft patienter, bosat i Region Hovedstaden (undtagen Bornholm).
- Der er ansat to sygeplejersker i projektet, som skiftes til at være enten udkørende eller at arbejde i klinikken. Den udkørende sygeplejerske besøger patienter i hjemmet senest 48 timer efter udskrivelsen i samarbejde med hjemmesygeplejen. Yderligere besøg foretages efter behov.
- Sygeplejersken, der arbejder i klinikken, laver indledende sygeplejevurdering på patienter, der er inkluderet i projektet, samt rehabiliteringssamtaler for udskrivelsen og ved første postoperative ambulante kontrol. Hun koordinerer og planlægger hjemmebesøg og er i telefonisk kontakt med patienterne.

Hurtig og sikker behandling mod apopleksi

Nye tal viser, at Neurologisk Kliniks apopleksienhed leverer hurtig behandling til patienter med apopleksi, samtidig er dødeligheden helt i bund. Tiden fra patienten ankommer til behandlingen begyndes er nu nede på under en halv time



Når en blodprop eller blødning rammer hjernen, er der kun få timer, hvor det er muligt at hjælpe patienten med medicin. De patienter, der når hurtigt frem til et hospital, har mulighed for at få trombolysedicin, der opløser blodproppen. Talrige undersøgelser har vist, at disse patienter i gennemsnit klarer sig bedre end patienter, der ikke får medicin. En målrettet indsats for at tilbyde hurtig udredning og behandling så snart patienten ankommer til hospitalet har været en succes for apopleksienheden, Neurologisk Klinik, Rigshospitalet, Glostrup. Det viser nye tal fra Dansk Apopleksiregister for 2014, der netop er udkommet.

- Vi er nu det hurtigste af de store behandlingssteder med 21 minutters "door-to-needle" mediantid, sammen med Bornholm. Samtidig er dødeligheden en af de laveste tal i landet. Den kombination er vi meget glade for, fortæller overlæge *Helle Iversen*, der leder apopleksibehandlingen.

Om trombolysesebehandling

- 15 % af de danske patienter når at få trombolysesebehandling. 43 % af de patienter, der får behandling, er selvhjulpne efter tre måneder.

- Apopleksienheden på Neurologisk Klinik, Rigshospitalet, Glostrup er landets største. Den varetager trombolysesevægten for hele Region Hovedstaden alle ulige dage. På lige dage varetages behandlingen af Bispebjerg Hospital. Trombolysesebehandling foretages også på Bornholms Hospital som telemedicinsk behandling, hvor vurderingen af patienten foretages fra Rigshospitalet, Glostrup eller Bispebjerg Hospital.

Tværfaglig indsats gav resultat

De flotte resultater kommer efter en tværfaglig indsats for at beskrive og forbedre patientforløbet i 2014.

- Vi plejer at ligge godt, men vi havde et enkelt år med mindre gode resultater, og det fik os i gang med at kigge hele forløbet efter. En ny CT scanner i et større rum gav os mulighed for at modtage patienten direkte i CT scanneren, og vi har bl.a. ændret proceduren, så vi nu giver medicin allerede mens patienten ligger i scanneren, i stedet for først at køre patienten op på et sengeafsnit, fortæller *Helle Iversen*.

Når ambulancen er på vej med en mulig trombolysese patient, varsles seks forskellige faggrupper, der går til de CT-rum, der bruges ved behandlingen: Trombolysese-neurologen taler med patienten og eventuelle pårørende, en radiograf og en radiolog sørger for en hurtig CT-scanning, en anæstesisygeplejerske tager blodprøver, som en portør bringer direkte til hasteundersøgelse hos en bioanalytiker, en intensivsygeplejerske forbereder og håndterer medicingivning, mens neurologen undersøger patienten og træffer den endelige beslutning om behandlingen.

- Den indledende scanning foregår meget hurtigt. Vi kan lynhurtigt se, om der er en blødning eller ej, og om patienten skal have medicin med det samme. Hvis der er to patienter, som kommer ind samtidig, er der en CT-scanner lige ved siden af, vi kan bruge, så vi kan håndtere to forløb samtidig, fortæller overlæge *Tzvetelina Delfi* fra Klinik for Radiologi.

Konstant fokus på tempo

Arbejdet med de hurtige forløb kræver et vedvarende fokus blandt både ledere og medarbejdere. - Vi har hele tiden brug for at fintune og følge op, så vi mødes hver måned i en tværfaglig trombolyseseledelsesgruppe, hvor vi følger op på resultaterne og de forbedringsmuligheder, vi ser. Vi vil gerne helt ned

på en mediantid på 15 minutter, men der er grænser for, hvor langt vi kan nå ned, da nogle patienter skal behandles for forhøjet blodtryk, før det er sikkert for dem at få trombolysedicin, fortæller *Helle Iversen*.

Den største forbedringsmulighed er dog at få endnu flere patienter til at reagere hurtigt, når apopleksien opstår: - Vi vil meget gerne have, at

endnu flere bliver opmærksomme på, at der skal reageres meget hurtigt, hvis man oplever lammelser, talebesvær eller at ansigtet "hænger". Lige nu når 15 % af de danske patienter at få behandling, det er flot når man sammenligner med tal fra andre lande, men det kan blive endnu bedre, siger hun.

CP

Bioanalytikere på trombolysese kald

Hurtigere undersøgelse af blodprøver er et væsentligt element i effektive trombolysese forløb

Et af de vigtige mål for, om en apopleksipatient kan tåle behandling med trombolysedicin, er en måling af blodets evne til at størkne. Tidligere blev målingen foretaget af sygeplejersker i Akutklinikken, men det kunne være svært at få ro til at udføre analysen, og analysen måtte tit laves om. Løsningen kom i form af en nyindkøbt centrifuge og tæt involvering af bioanalytikerne fra Klinisk Biokemisk Afsnit. - Sidste år fik vi en ny centrifuge, der kan klargøre blodprøven på to minutter, i stedet for de ti minutter, som det ellers ville tage. Det førte til, at vi har overtaget opgaven, fortæller afdelingsbioanalytiker *Anette Dalgård*.

Nu er bioanalytikerne kommet med på "trombolysese kaldet", så de får besked, når en mulig patient er på vej med ambulancen.

- Selve blodprøven bliver taget af en anæstesisygeplejerske, og en portør kommer med prøven. Vores opgave er så at håndtere prøven så hurtigt som muligt. Vi har lavet et specifikt Action Card, der beskriver proceduren. I den første prøveperiode klarede vi det på gennemsnitligt syv et halvt minut, og vi er stadig lige hurtige, siger *Anette Dalgård*. Hun sidder med i det tværfaglige trombolyseseledelsesteam, der koordinerer forløbene, og det var herfra hun fik ideen om at udvikle et Action Card. - Det er første gang vi har lavet det her i afsnittet, og det giver god mening, fordi det beskriver arbejdsgangene helt præcist. Siden da har vi brugt modellen til at beskrive et andet forløb i afsnittet, fortæller *Anette Dalgård*, som fortæller om patientforløbet på Symposium for bioanalytikere og laboranter den 20. maj på Rigshospitalet.



500 bioanalytikere mødes for at skabe bedre kvalitet for patienterne

Bioanalytikersymposiet samler de mest engagerede bioanalytikere og laboranter fra hele Rigshospitalet. Faget er inde i en rivende udvikling med nye arbejdsopgaver inden for en række områder, fortæller centerchefbioanalytiker Lene Ørnstrup i Diagnostik Center



Centerchefbioanalytiker Lene Ørnstrup

Femhundrede bioanalytikere og laboranter mødes til symposium onsdag d. 20. maj 2015. Programmet fortæller om en faggruppe, der for længe siden har flyttet sig fra at være "dem nede på laboratoriet". Genomisk medicin, billeddiagnostik, neurofysiologi og transplantationer er bare fire af de spændende områ-

der, som bioanalytikere og laboranter beskæftiger sig med i dag.

- Symposiet giver mulighed for at få viden om et fag i rivende udvikling. Mange vil være overraskede over, hvor mange specialer og typer af opgaver, vi favner i dag, fortæller centerchefbioanalytiker i Diagnostik Center *Lene Ørnstrup*, der er formand for symposiegruppen.

Eksperter i processer og flow

Lene Ørnstrup er som leder stærkt optaget af at samle bioanalytikere og få dem til at tale om faget på en måde, der skaber udvikling og mål-bare resultater for patienterne.

- Vi har en selvstændig identitet som faggruppe, der tiltrækker mange. Forskning er blevet en naturlig del af faget, og vi har udviklet en kultur, som løbende øger kvaliteten i de opgaver, vi løser, fortæller hun. Udover den naturvidenskabelige forskning og udvikling er bioanalyti-

kere og laboranter specialiseret i at sikre processer og flow på tværs i organisationen.

- Den del af vores faglighed skal vi blive endnu bedre til at videnskabeliggøre. Allerede i år kan vi se tenden-

sen i flere af foredragene.

Lene Ørnstrup holder tale for Årets Bioanalytiker onsdag d. 20. maj kl. 11.55 i Rigshospitalets Auditorium 1.



Bioanalytiker Karina Nørgaards job er et godt eksempel på de nye spændende arbejdsområder. Fotoet er fra Enhed for Genomisk Medicin, hvor hun arbejdede før. I dag er hun på Kromosomlaboratoriet, Klinisk Genetisk Klinik. Karina Nørgaard holder oplæg på symposiet kl. 15.10 om, hvordan en simpel blodprøve på den gravide kan afsløre kromosomfejl hos fosteret.

Symposium for bioanalytikere og laboranter 20. maj 2015

Bioanalytikere og laboranter på Rigshospitalet har i de seneste 15 år mødtes hvert år til symposium for at præsentere forsknings- og udviklingsprojekter i foredrag og posters.

På dagen bliver Årets Bioanalytiker hædret, og deltagerne får symposiebogen, der giver et billede af bredden og nytænkningen inden for faget. Arrangementet var den første af sin slags og har dannet skole for lignende symposier andre steder i landet.

- Deltagerne er fra alle centre. Mange kommer igen år efter år, og symposiet er blevet en tradition, der fra i år omfatter vores nye kolleger fra Glostrup, fortæller udviklingskonsulent *Majbritt Kvist* fra symposiegruppen.

I dag er der 850 bioanalytikere på hele Rigshospitalet. Samarbejdet om symposiet skete på tværs af hospitalsgrænserne inden fusionen, så der er i år oplægsholdere fra både Rigshospitalet Glostrup og Blegdamsvej.

Find programmet til den 20. maj på Rigshospitalets intranet og hjemmeside /kalenderen.

Af journalist Hanne Stetting Duvå

At overleve og leve med følgerne af kritisk sygdom

Hvert år indlægges der ca. 32.000 patienter på intensive afdelinger i Danmark. Langt hovedparten af de kritisk syge patienter overlever det akutte forløb. Efter udskrivelse har patienterne imidlertid ofte en række alvorlige problemer, der resulterer i en stærkt forringet livskvalitet. Erfaringsopsamling fra ambulante samtaler med over 100 patienter dokumenterer behov for en koordinerende funktion og en styrket rehabiliterende indsats

Kritisk syge patienter med behov for indlæggelse på en intensiv afdeling har ofte betydelige problemer - også efter indlæggelsen. Det skyldes både den tilgrundliggende sygdom, men i ligeså høj grad komplikationer til den kritiske sygdom.

- Disse følgetilstande, som vi kalder Post Intensive Care Syndrome (PICS), dækker over en lang række forskellige både fysiske, kognitive og psykologiske problemer. Det er baggrunden for, at vi på Intensiv Terapiklinik, Afsnit 4131 gennem nu fem år har haft et tilbud om ambulant samtale til vores patienter efter endt intensiv terapi. Formålet er både at vurdere følgetilstande i relation til den kritiske sygdom men i høj grad også ved behov at kunne vejlede, behandle eller henvise patienten videre. Det fortæller overlæge *Lise Fonsmark*, Intensiv Terapiklinik på Rigshospitalet.

Erfaringer fra første tre år

Erfaringsopsamling fra de første tre år (101 patienter) viser, at patienterne måneder efter det kritiske sygdomsforløb fortsat har betydelige problemer, som ikke i tilstrækkelig grad er taget hånd om efter udskrivelsen fra intensiv afdeling.

- Generelt har patienterne en nedsat fysisk formåen. De er bl.a. udtalt trætte, har mistet muskelmasse og har ofte et stort vægttab ledsaget af problemer med ikke at kunne spise tilstrækkeligt. Det kan både skyldes manglende appetit, men også at deres smagsoplevelse er forstyrret. Men også nyopståede problemer med koncentration og hukommelse

er et dominerende problem. Og så har en del patienter tegn på et forhøjet angstniveau og depression, fortæller klinisk sygeplejespecialist *Mette Rosendahl-Nielsen*.

Stærkt forringet livskvalitet

Komplicationerne til kritisk sygdom påvirker ikke alene patientens livskvalitet, men i mange tilfælde hele familiens liv, og det får betydning for patienternes mulighed for at vende tilbage til arbejdsmarkedet. Af de patienter, der var på arbejdsmarkedet inden sygdomsforløbet, havde kun ca. 1/3 genoptaget arbejdet delvist eller på fuld tid 3-6 måneder efter det kritiske sygdomsforløb. Omfanget af problemerne er kun sparsomt belyst i Danmark og kendskabet til patienternes problemer er hovedsageligt til stede i de intensive afdelinger - og kun i mindre omfang i de henvisende afdelinger og i primærsektor.

- På nuværende tidspunkt findes der ingen formaliserede forløbsprogrammer for tidligere intensivpatienter, og i det fleste tilfælde er rehabilitering en kommunal opgave. Kommunal genoptræning består i de fleste tilfælde kun af ambulant, fysisk træning og starter ofte først 14-30 dage efter udskrivelsen fra hospitalet. Det kan medføre en stagnation eller værre - ligefrem en tilbagegang i fysisk funktionsniveau, efter at patienten er udskrevet til hjemmet, siger *Mette Rosendahl-Nielsen*.

Behov for styrket rehabilitering

Skal de tidligere kritisk syge patienter sikres optimale muligheder for restitution, understøtter erfaringerne



- I dag findes der ingen formaliserede forløbsprogrammer for tidligere intensivpatienter. Hvis vi skal sikre optimale muligheder for restitution af de tidligere kritisk syge patienter, understøtter erfaringerne fra den ambulante opfølgning af over 100 tidligere patienter her på Intensiv Terapiklinik på Rigshospitalet behovet for en koordinerende funktion og en styrket rehabiliterende indsats. Det siger overlæge *Lise Fonsmark*, og klinisk sygeplejespecialist *Mette Rosendahl-Nielsen*. De har sammen gennem fem år haft et tilbud om ambulant samtale til patienter efter endt udskrivelse, og erfaringerne fra de første tre år foreligger nu.

fra den ambulante opfølgning behovet for en koordinerende funktion og en styrket rehabiliterende indsats.

- Et struktureret, specialiseret rehabiliteringstilbud vil sikre sammenhæng i patientforløbet. Ideelt set vil det gøre det muligt for patienten hurtigere at genoptage et hverdagsliv og vende tilbage til arbejdsmarkedet. Det er vigtigt, at starte en sådan indsats med forebyggende tiltag allerede under indlæggelse. Efter udskrivelsen handler det om umiddelbart at følge op med et effektivt og individuelt tilpasset tilbud om rehabilitering, der tilgodeser såvel fysiske som neuropsykologiske

problemer, siger *Lise Fonsmark* og slutter:

- Data fra vores ambulante opfølgning dokumenterer, at dette ikke altid finder sted. Vi fandt, at genoptræning var iværksat og påbegyndt hos 69 % af patienterne med nedsat fysisk funktionsniveau. Kun ca. halvdelen gik fortsat til genoptræning, og vi vurderer, at 84 % kunne have haft gavn af yderligere træning. Samtidig var stort set ingen af patienterne systematisk screenet for kognitive problemer og ingen rehabiliterende tiltag var iværksat på dette område.

Nyt nationalt forskningscenter i Intensiv Medicin

Forskningscentret skal afprøve om de behandlinger, vi giver til millioner af intensivpatienter, samlet set gavner. En 5-årig bevilling fra Innovationsfonden, seks akademiske partnere og 50 internationale intensivafdelinger skal sikre gennemførelsen af tre store kliniske forsøg og en forbedret udnyttelse af forsøgsdata

Hver fjerde intensivpatient dør, og dem der overlever har betydelige problemer i måneder til år efter udskrivelsen. Behandlingen af de svært, kritisk syge patienter bygger kun i mindre grad på viden opnået i forsøg af bedste kvalitet. Det skal et unikt samarbejde nu rette op på, et samarbejde som har resulteret i oprettelsen af CRIC - Centre for Research in Intensive Care -, der fysisk ligger på Rigshospitalet.

Partnerskab skal koordinere

CRIC er et partnerskab mellem intensivafdelingerne på Rigshospitalet og universitetshospitalerne i Aarhus og Aalborg, Copenhagen Trial Unit, Biostatistisk afdeling på Københavns Universitet og Kommunernes og Regionernes Analyseinstitut, KORA. Innovationsfonden har bevilliget 36 mio. kr. til forsk-

ningscentret, mens partnerne og de deltagende intensivafdelinger yder egenbetaling svarende til 12 mio. kr.

CRIC skal koordinere tre store kliniske forskningsprogrammer, der alle indeholder et stort klinisk forsøg. Forsøgene skal samlet inkludere 10.000 patienter på intensivafdelinger i alle danske regioner og i Europa og teste virkninger og bivirkninger af henholdsvis forebyggelse af stressbetinget mavesår, iltbehandling ved svært lungesvigt og antipsykotisk behandling ved delirium.

CRIC skal forbedre metoder

Og så skal CRIC forbedre metoderne til at analysere og pulje resultaterne af kliniske forsøg. På den måde kan den bedste og dokumenterede viden om specifikke behandlinger kumuleres og formidles til de læger

og sygeplejersker, der behandler de sygeste patienter på hospitalet.

CRIC skal også overvåge implementeringen af resultaterne af de kliniske forsøg i et årligt punkt-prævalens program, hvor de deltagende intensivafdelinger skal registrere behandlingerne givet i den kliniske hverdag. Med andre ord, når resultaterne af forsøgene ud til patienten i sengen?

Forsøg har gjort en forskel

- Vi har med stor succes gennemført store forsøg af væskebehandling og blodtransfusion til patienter med blodforgiftning. Resultaterne har virkelig gjort en forskel, så det er fantastisk, at vi nationalt får mulighed for at fortsætte med klinisk forskning af allerhøjeste kvalitet. Patienterne og intensivafdelingerne vil få stor gavn af CRIC. Det siger professor *Anders Perner*, Klinik for Intensiv Terapi på Rigshospitalet og akademisk leder af CRIC.

Forskningscentret er åbnet

CRIC har til huse i Copenhagen Trial Unit på Rigshospitalet på Tagen-

vej, hvor de CRIC-ansatte med projektleder Birgit Agerholm Larsen og projektsygeplejerske Helle Kjeldsen i spidsen har stor gavn af synergien med de 16 CTU-ansatte, der alle arbejder med planlægning og gennemførelse af kliniske forsøg og systematiske reviews, dvs. syntese af forsøgsresultater.

- En af de vigtigste opgaver for os i CRIC bliver at fremtidssikre forskningscentret, så det kan fortsætte – også efter 2020. Der er masser af opgaver at tage fat på, for intensivpatienter får mange forskellige behandlinger og har mange forskellige komplikationer. Hvor mange af disse komplikationer, der fx er bivirkninger til givne behandlinger, ved vi reelt ikke. Det vi imidlertid ved er, at den samlede byrde af svær, kritisk sygdom er så stor både for den enkelte og for samfundet, at det kræver en vedvarende indsats på internationalt niveau at forbedre behandlingen, siger *Anders Perner*.

LW

CRIC's kliniske forskningsprogrammer:

1. Stress ulcusprofylakse
2. Iltbehandling af svært lungesvigt
3. Antipsykotisk behandling af intensivt delirium

CRIC's metodeprogrammer:

1. Forbedret meta-analyse
2. Forbedret analyse af tidsafhængige data fra kliniske forsøg
3. Sundhedsøkonomiske analyser af forsøgsresultaterne



Der er masser af opgaver at tage fat på, for intensivpatienter får mange forskellige behandlinger og har mange forskellige komplikationer. Hvor mange af disse komplikationer, der fx er bivirkninger til givne behandlinger, ved vi reelt ikke. Det siger professor *Anders Perner*, Intensiv Terapi-klinik, Rigshospitalet og tillige akademisk leder af CRIC

Simulationstræning bidrager til optimale patientforløb

En gruppe kliniske undervisere på tværs af Rigshospitalet har udviklet et simulationsscenario om ledelse for sygeplejestuderende på modul 12. Undervisningen har kørt med succes siden 2013, og afvikles to gange årligt over tre dage- næste gang ultimo maj

For at kunne "organisere og møde patienten med gode, veltilrettelagte og kontinuerlige patientforløb" er det nødvendigt, at de sygeplejestuderende lærer at anlægge et patientperspektiv. I løbet af deres klinikophold, kan de studerende forholde sig kritisk reflekterende til patientperspektivet, hvis de følges med en sygeplejerske, der ligeledes lægger vægt på dette og samtidig har indsigt i de studerendes læringsudbytter. Det fortæller cand.scient. soc., sygeplejerske *Martha Krogh Topperzer*, klinisk vejleder og underviser i Juliane Marie Centre – og fortsætter:

- I den kliniske virkelighed er tiden imidlertid ofte knap og ressourcerne få. Den studerende kan derfor være overladt til egne refleksioner, som måske ikke nødvendigvis har patientens perspektiv og forløb i fokus. Derfor er det nødvendigt med målrettet klinisk undervisning. Forskning har vist, at viden og kompetencetillært i simulationstræning huskes bedre og længere end kompetencer tillært via forelæsninger.

At lære på egen krop

Martha Krogh Topperzer er en del af det sygeplejefaglige simulationsnetværk på tværs af Rigshospitalet. Her fortæller hun, hvorfor netværket har valgt at prioritere simulationstræning i modul 4 og 12 i uddannelsen af kommende sygeplejersker.

- Oftest handler simulationstræning i sundhedsvæsenet om træning af tekniske færdigheder. Simulationsstræning for sygeplejestuderende har siden starten vist, at de studerende med gevinst på denne vis lærer at anlægge et patientperspektiv, der også kan bidrage til både patient-

sikkerhed og optimale patientforløb. Som et af de store kliniske uddannelsessteder i Regionen, har vi desuden et stort ansvar for at lære kommende sundhedsprofessionelle at medinddrage patienten, så vi sikrer dem en god samlet oplevelse og kontinuitet i behandlingen.

Interaktion og dialog

Rigshospitalet tilrettelægger simulationstræning for de sygeplejestuderende på både de tidlige og sene moduler af uddannelsen, fordi det rummer den ekstra dimension, at de studerende interagerer, mens de lærer. I scenariet 'afdeling 7511' oplever de studerende fx på egen krop, hvad det vil sige at skulle lede og delegere patientopgaver uden på forhånd at have alle de nødvendige informationer.

- Vi sætter de studerende i nogle tilspidsede og realistiske situationer, hvor kvinderne blusser og hvor de studerende står på tær for at klare udfordringerne. Det gør vi for også at indlære forståelsen af, hvor vigtigt det fx er at kunne bede en kollega om hjælp – og opleve at det accepteres. De tilspidsede situationer giver desuden de studerende en oplevelse af, hvordan det set ud fra patientens perspektiv er at skulle vente på sygeplejersken.

Ventetid og kommunikation

Tilbagevendende kommentarer fra modul 4 studerende udtrykker klart, hvordan de studerende oplever at have lært om patientperspektivet. En studerende skriver bl.a. i sin evaluering: *"Jeg har fået mere indsigt i, hvor langtrukket og kedeligt det kan være at være patient eller pårørende – og hvor lidt der skal til, for at de føler sig overset."*

Udover, at de studerende får indsigt i, at patienter ofte oplever ventetid, er det et gennemgående tema, at information og kommunikation er essentielt. De studerende giver i deres evaluering også udtryk for, at de vil være mere opmærksomme på at inddrage patienten i beslutninger om sygeplejen, fordi netop manglende information og kommunikation bidrog til at øge frustrationen hos de ventende patienter under simulationsstræningen.

At kende sin begrænsning

I løbet af den 90 minutter lange simulation, skal patienter udskrives, komplekse patienter plejes, en moribund patient dør, og en akut patient meldes. Der er rigeligt med opgaver at prioritere, koordinere og delegere, som er læringsudbyttet for scenariet. Derfor opleves læringen også meget konkret af de studerende undervejs i scenariet.

- Flere studerende oplever at have behov for hjælp, også til at kunne sige fra over for uvante eller ukendte sygeplejefaglige problematikker. I løbet af scenariet erfarer de studerende, at begge dele accepteres af andre studerende. Vi tror, at denne erkendelse er med til at modne dem til at turde kaste sig ud i flere ledelsesopgaver - i troen på at blive støttet og eller at kunne bede om hjælp, siger *Martha Krogh Topperzer*.

Og det er ikke kun de yngre studerende, der har god brug for at se andre studerende agere. Også de ældre studerende lærer af at se andre studerende handle i pressede og uvante situationer. En studerende skriver i sin evaluering om, hvad hun vil gøre anderledes, næste gang hun står i klinikken: "Jeg vil spørge mine kol-



Martha Krogh Topperzer er en del af det sygeplejefaglige simulationsnetværk på tværs af Rigshospitalet

Scenariet 'afdeling 7511'

I scenariet træner sygeplejestuderende fra både modul 4 og modul 12 sammen med fokus på hvert moduls læringsmål. Ni modul 12 studerende agerer sygeplejersker. Seks modul 4 studerende agerer med hver deres rolle henholdsvis patient eller pårørende. Tre facilitatorer deltagere i scenariet som observatører. En agerer læge, som skal gå stuegang og som kan kontaktes på telefon. Selve simulationen varer ca. 90 minutter. Derefter debriefes de to hold studerende hver for sig i relation til de respektive læringsudbytter. Efter debriefing får de studerende også mulighed for at give hinanden feedback fx om, hvordan det føltes at være patient og sygeplejerske.

leger, når jeg er i tvivl og bruge mine kolleger som hjælp". En anden ønsker at "have indblik i, hvad de andre laver fremfor at have tunnelsyn og kun fokusere på egne patienter. Man kan jo hjælpe sine kolleger og medinddrage patienterne".

Rigshospitalet samler internationale eksperter i cellefrit DNA

Førende eksperter fra hele verden har cellefrit DNA på kornet, når Rigshospitalet giver ordet frit til en international conference den 28.-29. maj. 23 foredrag tager pulsen på det særlige DNA's betydning for diagnostik og behandling – nu og i fremtiden

Danmark er langt fremme inden for forskningen i cellefrit DNA. De senere års forskningsresultater og erfaringer med at anvende frit foster-DNA, det cellefrie DNA fra moderkagen, der flyder frit uden for cellerne i den gravides blod, har ført til, at Danmark er i front med en banebrydende metode til screening for blodtypen RhD. Flere lande er fulgt trop med screeningsmetoden, og nu er flere nye tests på vej, som tager afsæt i det cellefrie DNA og fosterdiagnostik uden stik i moderkagen.

Førerposition

Og netop det forhold, at forskere fra Klinisk Immunologisk Afdeling på Rigshospitalet har bragt forskningen i frit foster-DNA ud i klinikkerne, og at metoden nu er med til at redde

spædbørns liv, har givet Danmark en førerposition på området, mener arrangøren af konferencen.

- Vi er enormt stolte af, at det nu for anden gang på to år er lykkedes os at samle en lang række førende eksperter fra hele verden til en conference, der skaber videndeling, der kan lede til ny forskning og nye handlemuligheder med udgangspunkt i frit DNA. Danmark er, takket være vores omfattende kliniske erfaringer med screening for fostres blodtyper, blevet et naturligt hjemsted for konferencen, fortæller arrangør, ph.d. *Frederik Banch Clausen* fra Klinisk Immunologisk Afdeling på Rigshospitalet.

Store perspektiver

Under konferencen vil eksperterne give deres bud på kliniske anvendelsesområder for cellefrit DNA, særligt inden for klinisk immunologi og prænatal diagnostik (fosterdiagnostik).

- Cellefrit DNA kan anvendes til mange forskellige genetiske undersøgelser. Der er store perspektiver inden for bl.a. komplikationer under graviditet, fosterdiagnostik, autoimmune sygdomme, kræftsygdomme og Downs syndrom. Rundt omkring i verden – blandt andet på Rigshospitalet – implementeres netop nu en test for Downs syndrom, hvor man kan klare sig med en almindelig blodprøve, og der er i øjeblikket en nærmest eksplosiv vækst på dette felt. En test for cystisk fibrose under graviditeten er fx allerede indført i England, siger overlæge, ph.d. *Morten Hanefeld Dziegiel*, Klinisk Immunologisk Afdeling på Rigshospitalet, der skal give foredrag under konferencen, og fortsætter:

- Kombineret med den nyeste teknologi for DNA-sekventering er området omkring cellefrit DNA i rivende udvikling og viser nye interessante perspektiver for diagnostik og behandlingsmonitorering. Et eksempel er, at det er teknisk muligt at kortlægge et fuldt genom hos fostret tidligt i graviditeten – bare med udgangspunkt i en almindelig blodprøve fra den gravide kvinde.

Konferencen byder på 23 foredrag over to dage, foruden en posterudstilling. Omtrent 200 deltagere fra 25 forskellige lande forventes at deltage. Konferencen er åben for tilmelding via hjemmesiden www.cfDNA2015.eu og er støttet af Diagnostisk Center på Rigshospitalet.

JSM



- Cellefrit DNA kan anvendes til mange forskellige genetiske undersøgelser. Der er store perspektiver inden for bl.a. komplikationer under graviditet, fosterdiagnostik, autoimmune sygdomme, kræftsygdomme og Downs syndrom. Det siger arrangør, ph.d. *Frederik Banch Clausen* og overlæge, ph.d. *Morten Hanefeld Dziegiel* (tv.) begge Klinisk Immunologisk Afdeling på Rigshospitalet.

Om cellefrit DNA

Alle mennesker har cellefrit DNA i blodet, udløst fra celler, der går i stykker. En stor del af det cellefrie DNA hos alle mennesker stammer fra knoglemarvens celler. Hos en gravid er der som noget særligt en blanding af cellefrit DNA, som stammer fra fostret og fra moderen selv.

Læserne skriver

Moderne tider – og print

Hvad er ideen med at trykke det ellers udmærkede nyhedsbrev i papirform til omdeling. Jeg er vældig tilfreds med at kunne læse det på Intra og har desuden mulighed for at printe det, hvis jeg ønsker det som papirform. Det er upassende, umoderne og gør mig i dårlig humør. Tænk på miljøet og økonomien og drop papirudgaven.

Med venlig hilsen

Helle Corinth, Projektsygeplejerske,
Afsnit 2131, Nefrologisk/Endokri-
nologisk Klinik P/PE



Du kan læse Nyhedsbrevet På Vej fra forsiden af Intranet. Du finder både nyeste nummer og tidligere numre på
■ **Intranet/Genveje/På Vej**

Du kan også abonnere, så modtager du en mail med nyhedsbrevet, hver gang det udkommer ■ **tilmeld dig her**

Læserne får svar

Tak for indspark og opfordring!

Kære Helle
Nyhedsbrevet "På Vej" (tidligere IndenRigs) uddeles via Posten i et begrænset antal trykte eksemplarer til alle afsnit. Det gør det, fordi en tidligere læserundersøgelse har vist, at mange medarbejdere (fra forskellige faggrupper) enten ikke har adgang til egen pc og skærmtid til nice-to-know-viden og/ eller ikke har tid til at læse nyhedsbrevet på skærm i arbejdstiden.

Redaktionen og den tidligere direktion har derfor for en periode valgt at supplere den elektroniske udgave af nyhedsbrevet med omdeling af trykte udgaver. Beslutningen efterprøves i øvrigt hen over sommeren 2015, hvor der samtidig med, at der

kommer et nyt Intranet også drøftes andre forslag til nytænkning i forbindelse med et fælles nyhedsbrev til alle medarbejdere.

P.S. Også bringer vi selvfølgelig gerne dit indspark som et læserbrev i "På Vej nr. 9" – hvis det er ok med dig?

Bedste hilsner
redaktionen af "På Vej",
Kommunikationsmedarbejder
Lisbeth Westergaard (red.)

Og endnu en mail fra Helle Corinth

Tak for svar... Jeg er nu helt med på ideen med omdeling af den trykte udgave. Mit humør er godt igen :-). Bring endelig mit indspark.

Gode tanker fra
Helle Corinth, Projektsygeplejerske