

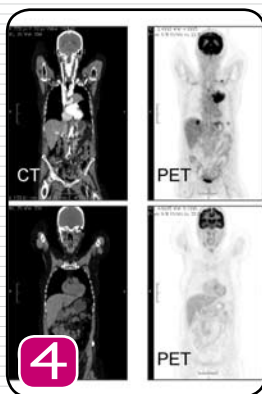
05*2007

TILVAL

BISPEBJERG HOSPITAL

Akut kræftbehandling

JANUAR FEBRUAR MARTS APRIL MAJ JUNI JULI AUGUST SEPTEMBER OKTOBER NOVEMBER DECEMBER



Vi er blevet mere fleksible

2

Bedre diagnose med PET/CT skanning

4

Kvalitet er andet end hastighed

6

Patienterne skal have ordentlig besked

8

Vi er blevet mere fleksible

Arbejdsdagen er blevet mindre forudsigelig og mere hektisk for personalet på Lungemedicinsk Afdeling L. Til gengæld kommer alle patienter med mistanke om lungekræft til undersøgelse inden for 48 timer.

Det har været hårdt, men det er det værd. Både læger, sygeplejersker og sekretærer på afdeling L har måttet omstille sig for at opfylde kravet om, at patienter med mistanke om lungekræft skal undersøges indenfor 48 timer.

- Det kan godt være, at patienterne må sidde og vente lidt, før de kommer til. Til gengæld er de nu sikre på at blive undersøgt 48 timer efter, at afdelingen har modtaget henvisningen fra egen læge, fortæller overlæge Klaus Richter Larsen fra Infiltratenheden under Lungemedicinsk Afdeling L, som tager sig af udredning for lungekræft.

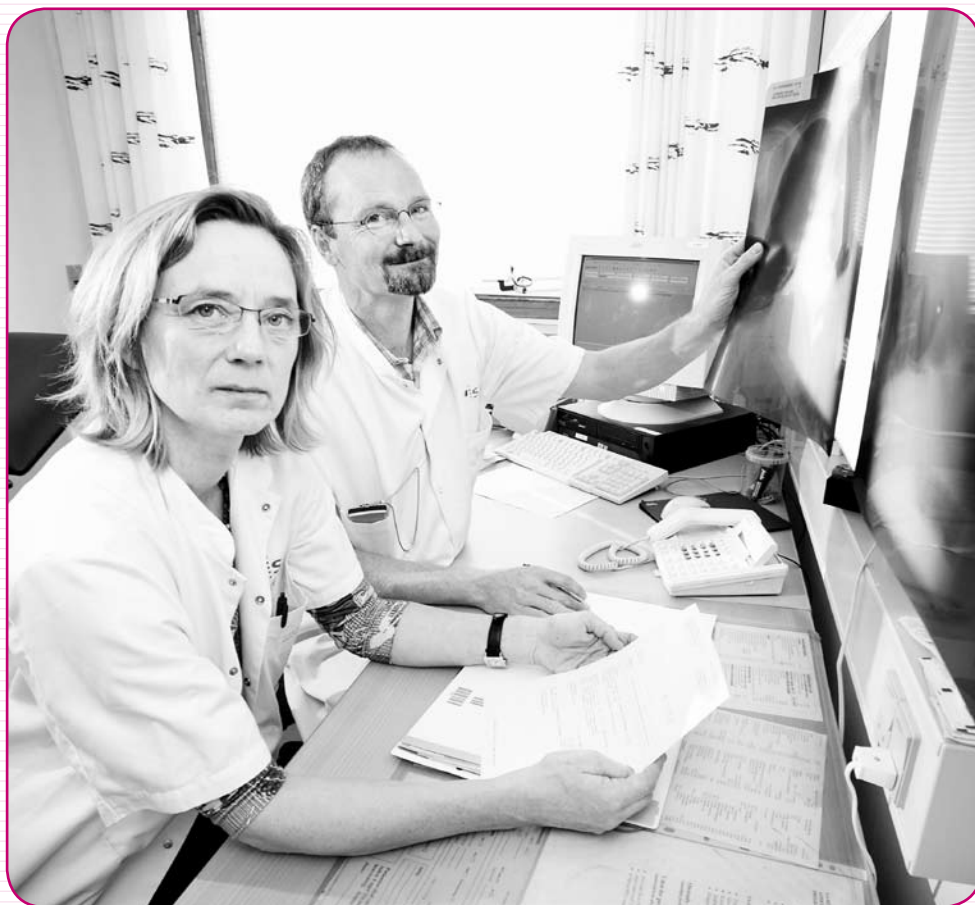
Åbne programmer

For at tilbyde patienterne så effektivt et forløb som muligt er arbejdsgangene på afdelingen blevet lagt radikalt om inden for de sidste måneder, selvom de undersøgelser der laves, er de samme som hidtil.

- Hvor jeg som læge før havde et fast program med 5-6 patienter hver dag, må jeg nu tage dem, der kommer den dag – uanset om det er tre eller tolv patienter, fortæller overlægen.

- Vi skal alle sammen vænne os til at være mere fleksible og multitaske mere – vi farer rundt fra det ene til det andet. Til gengæld er det en stor tilfredsstillelse for os alle sammen at kunne tilbyde patienterne en hurtig udredning, understreger overlægen.

Hverdagen er blevet mere omskiftelig og uforudsigelig for medarbejderne, som i løbet af en dag kan have patienter både til samtaler og forskellige typer af undersøgelser. Før i tiden blev patienterne delt jævnt ud på dagene, men



Ledene overlæge Birgitte Nybo og overlæge Klaus Richter Larsen

nu er der dage med mange patienter og dage, hvor der er færre. Det vigtigste er, at alle kommer ind indenfor to arbejdsdage.

Alle patienter får tildelt en personlig læge og sygeplejerske, som følger dem gennem hele forløbet. Klaus Richter Larsen lægger vægt på, at det er vigtigt for sammenhængen i forløbet og for patienternes tryghed.

”På en måned kan man skride fra operabel til inoperabel, så tiden er kostbar og psykisk er ventetiden en stor belastning for patienterne”

For at undgå intern ventetid har afdelingen desuden indført en forløbspakke for udredningen, og der er booket faste tider hos Røntgenafdelingen og Klinisk-Fysiologisk Afdeling til røntgenbilleder og skanninger.

- I ledelsen har vi længe haft et meget stort fokus på patientforløbene og har tilrettelagt dem så effektivt som muligt. I hele 2007 har vi nået vores eget interne mål om at se patienter med mistanke om lungekræft inden for 7 dage efter henvisning. De nye krav om 48 timer har blot sat yderligere skub på, fortæller ledende overlæge Birgitte Nybo fra Lungemedicinsk Afdeling L. Hun understreger, at det gode samarbejde med radiologer, kliniske fysiologer og patologer på hospitalet er afgørende for, at det kan lade sig gøre at give patienterne et hurtigt og effektivt forløb.

Tværfaglighed sikrer kvaliteten

Det tværfaglige samarbejde er også med til at sikre kvaliteten i undersøgelserne og lægernes beslutninger. I flere år har afdelingen holdt tværfaglige konferencer, hvor patienterne bliver diskuteret af læger fra alle de seks relevante specialer: Lungemedicin, klinisk fysiologi, thoraxkirurgi, røntgen onkologi og patologi.

- Vi har netop indført flere konferencer, så der nu er to om ugen. Her samler vi alle data om den enkelte patient – prøveresultater, røntgenbil-

Standardforløb til alle kræftpatienter

Regionernes aftale med Regeringen om akut kræftbehandling betyder, at der ved udgangen af 2008 skal være udarbejdet nationale standarder for pakkeforløb til patienter med alle former for kræft.

Et "pakkeforløb" er en plan for et patientforløb fra mistanke om kræft til endelig behandling og efterbehandling. Planen skal sikre så effektivt og hurtigt et patientforløb som muligt uden fagligt indicerede ventetider. Fagligt indicerede ventetider er f.eks., at det tager tre dage for patologerne at undersøge en vævsprøve.

Planen beskriver de nødvendige undersøgelser og behandlinger og hvilken information patienten skal have undervejs. Forløbene skal hvile på fælles, nationale, kliniske retningslinjer med fagligt begrundede forløbstider.

1. januar 2008 skal der ligge pakkeforløb klar for lungekræft, hoved/halskræft, brystkræft og tarmkræft. De øvrige kræftformer følger i løbet af 2008.

Desuden er der følgende lovfæstede krav til ventetider:

■ der må højst gå 2 uger fra henvisning til patienten bliver forundersøgt

■ senest 2 uger fra forundersøgelsen skal patienten i behandling

Desuden er der en forventning om, at hospitalerne tager kræftpatienter ind til undersøgelse senest to hverdage efter henvisning fra egen læge.

leder m.v. Vævsprøverne kommer op på en storskærm, så vi alle kan se på dem – og sammen fastlægger vi behandlingen af hver enkelt patient, fortæller Klaus Richter Larsen.

Han mener, at den hurtige udredning for lungekræft er et stort skridt fremad set med lægefaglige øjne:

- Det bedste vi kan gøre er at udrede alle patienter med mistanke om lungekræft hurtigst muligt. Forskningen viser, at prognosen afhænger meget af, at folk kommer hurtigt ind. På en måned kan man skride fra operabel til inoperabel, så tiden er kostbar og psykisk er ventetiden en stor belastning for patienterne, understreger overlæge Klaus Richter Larsen.

Desværre går det store fokus på kræft lidt ud over de andre lungepatienter, der behandles i afdelingen. Birgitte Nybo fortæller, at patienter med andre lungelidelser f.eks. bronkitis, astma og allergi nu må vente længere på at komme til.

- Vi har arbejdet meget for at leve op til garan-

ten på en måneds ventetid for alle patienter og havde en forventning om at kunne klare det. Men kravet om undersøgelse inden for 48 timer af patienter med mistanke om lungekræft, koster lidt for de andre patientgrupper, som lige nu må vente 6 uger, fortæller den ledende overlæge.

Undersøgelse indenfor 48 timer

- * Siden 1. oktober har de danske sygehuse arbejdet efter et mål om, at patienter med mistanke om lungekræft og hoved/halskræft skal undersøges inden for 48 timer – det vil i praksis sige to hverdage fra de får en henvisning fra egen læge.
- * Lungemedicinsk Afdeling L på Bispebjerg Hospital er for øjeblikket den eneste afdeling i Region Hovedstaden, som lever op til målet. Patienter i Region Hovedstaden med mistanke om lungekræft bliver undersøgt enten på Frederikssund Sygehus, Gentofte Hospital eller Bispebjerg Hospital.





CT

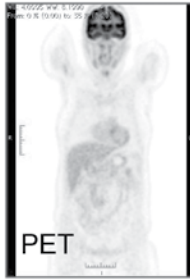


PET

PET/CT hos patient med venstre-sidig lungekræft.



CT



PET

PET/CT hos rask person.

Fakta om PET/CT skanning

* Ved en PET/CT skanning sprøjtes en lille mængde radioaktivt sporstof, F-FDG, ind i patientens vener. FDG er et sukkerlignende stof, som gradvis optages i kroppens celler på lige fod med almindelige sukkerstoffer. De celler, hvor energiomsætningen er højest, optager mest af stoffet – det er bl.a. kræftceller. Derfor kan en PET-skanning afsløre, hvor i kroppen, der er den højeste koncentration af sporstof – og dermed en grund til at undersøge nærmere for kræft. En PET/CT skanning kan afsløre kræftkuder helt ned til få millimeter.

Bedre diagnose med PET/CT skanning

En af de første undersøgelser som patienter skal igennem på Bispebjerg Hospital, er en såkaldt PET/CT skanning. Skanningen er særligt effektiv til at vise udbredelsen af kræft i kroppen. Den kombinerer en traditionel CT skanning med en sporstofundersøgelse, der viser, hvor i kroppen, der evt. sidder kræftkuder.

Ifølge ledende overlæge Lars Friberg, Klinisk Fysiologisk Afdeling, giver PET skanningen et godt overblik over, hvor i kroppen, der kan være kræftkuder – og dermed hvor man efterfølgende skal gå videre med specifikke prøver. Vurderingen af PET/CT skanninger foregår i tæt samarbejde med hospitalets røntgenlæger.



Lars Friberg understreger, at PET gør det muligt at stille en mere sikker diagnose – særligt mht. hvilket stadie kræften er i, og om den har bredt sig – og dermed hvilken behandlingsmetode, der vil være mest velegnet.

- Forskning viser, at hos ca. hver tredje patient betyder den supplerende PET skanning, at diagnosen og/eller behandlingen bliver en anden, end hvis man ikke havde brugt PET sammen med CT-skanningen. Og hver syvende patient kan undgå operation efter en PET skanning, fortæller han.

Overlæge Klaus Richter Larsen fra Lungemedicinsk Afdeling L har oplevet en række tilfælde, hvor resultaterne fra PET skanningen har givet et mere præcist billede af patientens sygdom:

- Vi har undersøgt patienter med lungekræft, som med PET skanningen har vist sig at være metastaser fra kræft andre steder, f.eks. brystkræft eller tarmkræft. Det er en vigtig opdagelse, for de har brug for en helt anden behandling, siger han.

Lungemedicinsk Afdeling L

■ 1. marts 2006 blev Afdeling L udskilt fra Medicinsk Center som en selvstændig afdeling. (Medicinsk Center er efterfølgende nedlagt som administrativ enhed 1. oktober 2007) Afdelingen udreder og behandler patienter med forskellige typer af lungelidelser, bl.a. astma, KOL og infektioner.

■ Ud over ambulatoriet, hvor undersøgelserne foregår, rummer Lungemedicinsk Afdeling L et sengeafsnit og står for ledelsen af Akut Modtage Afdeling (AMA)

■ Infiltratenheden i Lungemedicinsk Ambulatorium under Afdeling L får ca. 1300 patienter ind til udredning for lungekræft om året. Ca. 250 af dem viser sig at have lungekræft.

■ Ifølge hospitalsplanen for Region Hovedstaden skal Afdeling Ls optageområde i fremtiden udvides med 70 % - det medfører flere medarbejdere og flere ressourcer.



Forløb for en patient med mistanke om lungekræft

Første gang, patienten møder op på Lungemedicinsk Afdeling L, bliver der taget blodprøver, et røntgenbillede og foretaget en undersøgelse af lungefunktionen. Desuden har patienten en samtale med sin personlige læge og sygeplejerske, og hun får en skriftlig plan for hele undersøgelsesforløbet og skriftlig information om alle de undersøgelser, hun skal igennem.

Til alle patienter, der bliver henvist til udredning for lungekræft, er der på forhånd booket tid og aftalt svartid til følgende undersøgelser indenfor 1-2 uger:

- 1) PET/CT skanning, der viser placering af eventuelle kræftknuder
- 2) Udvidet lungefunktionsundersøgelse

- 3) Bronkoskopi (kikkertundersøgelse af bronkierne) eller en anden relevant undersøgelse
- 4) Evt. en vævsprøve fra lungerne

Da det er omfattende undersøgelser, kan de ikke alle sammen laves samme dag. Typisk skal patienten møde op på hospitalet 2-3 gange for at komme gennem de forskellige undersøgelser.

Når alle undersøgelser er gennemført, bliver patienten indkaldt til en samtale med den personlige læge, hvor han får sin diagnose og lægernes forslag til behandling. Hvis han har lungekræft, kan der enten være tale om operation eller kemobehandling – begge dele foregår på Rigshospitalet.

Jeg føler mig ikke ladt i stikken

Selv få dage kan føles som lang tid, når man som Jannie Hørbye venter på at få at vide, om man har lungekræft. Derfor er hun meget glad for, at det går så hurtigt med at komme igennem de forskellige undersøgelser på Lungemedicinsk Afdeling L.

Det vigtigste for Jannie er at få vished om, hvad hun fejler:

- Ventetiden føles lang, selvom den er kort. Det er uvisheden, der plager mig, og jeg ved slet ikke, hvilket ben jeg skal stå på for tiden. Jeg vil bare have vished, siger Jannie Hørbye.

"Jeg vil bare have vished"

Jannie blev henvist for tre dage siden og var til første undersøgelse og samtale med lægen og sygeplejersken på Lungemedicinsk Afdeling i går. Hun sidder nu med en plan for, hvad der skal ske de næste dage, og hvornår hun kan regne med at få svaret på, om den langvarige



Kvinde som får foretaget en lungefunktionsundersøgelse. Modelfoto

hosten og skyggen på røntgenbilledet er ensbetydende med diagnosen lungekræft.

- Jeg er dybt imponeret over, hvor hurtigt det går. Og samtidig hvor god tid lægerne og sygeplejerskerne har til at forklare det ordentligt. Jeg føler overhovedet ikke, at jeg bliver affærdiget eller ladt i stikken, siger Jannie Hørbye.

Hun oplever det også som en stor tryghed, at hun kan ringe til afdelingen når som helst, hvis hun har tanker eller spørgsmål, hun gerne vil vende. Og så er hun glad for, at hun ikke bliver mødt med en moralprædiken om rygning.

- Det er jeg dybt imponeret af. Lægerne og sygeplejerskerne er meget menneskelige, slutter Jannie Hørbye.



Kvalitet er andet end hastighed

Afdeling K på Bispebjerg Hospital har længe levet op til kravene om kort ventetid for patienter med tarmkræft. Men det er en udfordring at bevare kvaliteten i de hurtige patientforløb.

De nye krav om hurtig undersøgelse og behandling af patienter med tarmkræft er ikke noget, der får sveden til at springe frem på ledende overlæge Henrik Harlings pande. Han står nemlig i spidsen for Kirurgisk Afdeling K på Bispebjerg Hospital, som de sidste mange år har arbejdet med pakkeforløb, som reducerer ventetiden for patienterne:

- I dag har vi omtrent det bedst mulige program for patienterne. Vi har haft fokus på flaskehalsene og har begrænset den interne ventetid så meget, som vi kunne, siger overlægen. Han understreger, at afdelingens patienter med tarmkræft allerede i dag kommer igennem et patientforløb, der ligger tæt på det pakkeforløb, alle hospitaler skal indføre i 2008.

Ifølge Henrik Harling er det ikke kun hastigheden, som er afgørende for, om patienterne får den optimale behandling.

- Vi skal passe på, at vi ikke giver køb på kvaliteten – for eksempel i form af det personlige læge og sygeplejerske-system. For os er det den absolut største udfordring at få det til at gå op i en højere enhed, siger Henrik Harling.

Mangel på kirurger

Som eksempel nævner han afdeling Ks princip om, at det skal være den samme specialist, som står for forundersøgelse, operation og kontrol af patienten. Det er vanskeligt at få til at gå op, når afdelingen samtidig er teknologisk på forkant og kun har ganske få kirurger, der er uddannet til at udføre de avancerede kikkertoperationer på patienter med tarmkræft.

- Der har vi nærmest opfundet vores egen flaskehals, fortæller overlægen, som for øjeblikket forsøger at løse problemet ved at købe de efterspurgte kirurger ind på fridage. Men det holder ikke i længden, for dygtige og arbejdsomme kirurger kan få en højere løn i det private og samtidig slippe for meget af det bureaukrati, der er kommet til at tynde det offentlige sygehusvæsen. Derfor er løsningen at skabe bedre arbejdsforhold for kirurgerne, mener han.

Men manglen på kvalificerede kirurger er ikke den eneste forhindring for et optimalt patientforløb. Også røntgenafdelingens mulighed for at scanne patienterne sætter nogle begrænsninger for, hvor hurtigt det kan gå.

- Hvis hospitalet fik en CT skanner mere og en MR skanner mere, ville det hjælpe gevaldigt. Desuden har vi brug for mere udstyr i form af en søjle mere til endoskopi og en operationsstue til, særligt til kikkertkirurgi, understreger overlægen og glæder sig over, at Regeringen og regionerne har sat penge af til at komme af med flaskehalsene.

”Det er også vigtigt at få sjælen med. For mange mennesker er det et alvorligt chok at få en kræftdiagnose, og de skal have informationen i bidder – ellers trænger den ikke ind”

Tværfagligt samarbejde afgørende

Det er Henrik Harlings erfaring, at det tværfaglige samarbejde mellem læger, sygeplejersker og sekretærer afgørende for, at det kan lade sig gøre at ændre patientforløbene.

- Vi har oplevet det gang på gang, når vi skal ændre på noget i patientforløbet, at det er vigtigt at høre alle parter oplevelse af, hvad der skal til. Et eksempel: Da lægerne indførte en ny, effektiv og skånsom endoskopisk behandling af store polypper i tarmen, viste det sig, at sygeplejerskerne ikke kunne nå at få de ældre og immobile patienter rensed ud indenfor den fastsatte. Derfor er afdelingen nu i gang med at undersøge, om de maskiner, der bruges til tarmskylling på private klinikker, med fordel kan overføres til hospitalet.

Men spiller det overhovedet en rolle for patienternes chance for at komme sig, hvor lang ventetiden er?

Ifølge Henrik Harling findes der ikke nogen undersøgelser af tarmkræfts udvikling over tid.

- Men vi kan drage en parallel til hoved-halskræft. Her tyder meget på, at prognosen forværres parallelt med den lange ventetid på



Ledende overlæge Henrik Harling

strålebehandling. Vi mister formentlig 70-80 patienter om året med hoved-halskræft, fordi de pga. ventetid på strålebehandling går fra at være helbredelige til at være uhelbredelige, siger Henrik Harling.

Han understreger, at det optimale for patienten er et forløb uden lægelig indiceret forsinkelse og med høj kvalitet i alle led. I jagten på effektivitet må vi nemlig ikke glemme kvaliteten, understreger overlægen:

Vigtigt at få sjælen med

- I øjeblikket har man hastighed som den eneste kvalitetsparameter. Men det er også vigtigt at se på andre parametre – for eksempel at patienten skal møde så få forskellige læger som muligt. Desuden skal behandlingen overvåges i alle led, og man skal interessere sig for patienttilfredsheden, understreger Henrik Harling.

Og endelig kan det også gå så hurtigt, at patientens psyke slet ikke kan følge med.

- Det er også vigtigt at få sjælen med. For mange mennesker er det et alvorligt chok at få en kræftdiagnose, og de skal have informationen i bidder – ellers trænger den ikke ind, slutter Henrik Harling.

Forløb for en patient med tarmkræft

Sådan kommer "pakken" til at se ud

En arbejdsgruppe er i øjeblikket i gang med et forslag til nationalt pakkeforløb for patienter med tarmkræft, som skal ligge klar 1. januar 2008. Det skal indføres på alle hospitaler inden 1. april 2008.

Her er det forløb, man nok kan regne med, hvis man er en patient, der bliver henvist fra egen læge med mistanke om tarmkræft, får konstateret kræft, der ikke har spredt sig og bliver opereret. Nogle patienter vil komme endnu hurtigere igennem:

Dag 0: Hospitalet modtager henvisning. Patienten bliver ringet op med tidspunkt for den første undersøgelse.

Dag 2: Patienten får foretaget en kikkertundersøgelse af tarmen, der kan fastslå, om der er tale om cancer. Patienten udfylder spørgeskema om helbredsforhold og får taget rutineblodprøver. Patienten får plan for forløbet inkl. tider til de næste undersøgelser.

Dag 4: CT skanning af bryst- og mave for at se, om evt. cancer har bredt sig. Svaret på scanningen foreligger dagen efter.

Dag 6: Patienten kommer til samtale med kirurg og sygeplejerske om cancerdiagnosen og den kirurgiske behandling. Patienten får dato for operation og taler med sygeplejersken om operationen inkl. evt. stomi.

Dag 12: Patienten indlægges og taler med anæstesiologen.

Dag 13: Patienten opereres af den samme kirurg, som han var til samtale hos.

Dag 23: Patienten får fjernet stingene fra operationen og taler med sin personlige læge om, hvad vævsprøverne viser: Er hele knuden fjernet? Bliver jeg helt rask? Skal der gives kemoterapi?



Pakkeforløb med udfordringer

Andre patienter må vente længere, når kræftpatienterne skal forrest i køen.

En alvorlig sideeffekt af de hurtige patientforløb for kræftpatienter er, at andre patienter kan komme bag i køen i scannerne og på laboratoriet.

"patienter med ikke-livstruende sygdomme, f.eks. et dårligt knæ, må vente mere end de 10 - 13 uger de allerede i dag venter på en MR-skanning"

Vagn Hennild, ledende overlæge på Røntgenafdelingen, vurderer, at det store fokus på kræftpatienterne betyder, at patienter med ikke-livstruende sygdomme, f.eks. et dårligt knæ, må vente mere end de 10 - 13 uger de allerede i dag venter på en MR-skanning.

Desuden peger Vagn Hennild på, at de mange faste tider til kræftpatienter i værste fald kan være spild af tid, hvis de ikke bliver udnyttet: - Vi kan komme til at stramme så meget op, at det bliver ineffektivt, advarer han.



For Patologiafdelingen, som undersøger vævsprøver fra bl.a. kræftpatienter, vil de nye forløbspakker også være en udfordring. Der er allerede lavet faste aftaler om svartider for patologiske undersøgelser af f.eks. lungekræft og tarmkræft.

Ledende overlæge Regitze Henrik-Nielsen forudser dog, at afdelingen kan få brug for mere personale og flere maskiner for altid at kunne overholde de stramme tidsfrister. Det vil være nødvendigt med en bufferkapacitet på tidspunkter, hvor der kommer mange prøver ind.

- Vi skal selvfølgelig se på, om vi kan optimere forløbene yderligere med nogle små justeringer. For eksempel ved, at nogle af vores farvemaskiner kunne køre om natten. Men det meste er håndarbejde, så der er grænser for, hvor meget vi kan lave om på. Og det er vigtigt, at tidspresset ikke går ud over den faglige kvalitet, slutter Regitze Henrik-Nielsen.





portræt

Patienterne skal have ordentlig besked

Overlæge Klaus Richter Larsen, Afdeling L, går foran med hurtig udredning for lungekræft

Det er lykkedes for Klaus Richter Larsen og hans medarbejdere i Afdeling L at få alle patienter med mistanke om lungekræft startet udredning inden for 48 timer og have en diagnose inden for to uger. Det er overlægen meget tilfreds med – for patienternes skyld:

- Jeg kan huske for nogle år siden, når jeg sad med en patient og måtte sige til ham, at det ville vare flere uger, før han kunne blive CT scannet eller komme til bronkioskopi. Det var rædselsfuldt, siger overlægen.

Klaus Richter Larsen brænder for at tage ordentligt hånd om patienter med lungekræft. Han bruger meget af sin tid på at tale med patienterne om deres kræftsygdom og give dem fyldestgørende information og vejledning. Faktisk har han slet ikke lyst til en dagligdag uden patientkontakt. En periode var han konstitueret som ledende overlæge for Afdeling L, men valgte at gå tilbage til en stilling med daglig kontakt til patienterne.

Interessen for lungemedicin og senere for lungekræft meldte sig

tidligt hos Klaus Richter Larsen, som er speciallæge i intern medicin, lungemedicin og allergologi og har skrevet en p.hd. afhandling om lungekræft. Efter 10 år på Gentofte Hospitals lungemedicinske afdeling kom han i 2002 til Bispebjerg Hospital.

Ud over kontakten til patienterne er det ”håndværket” i udredningen af lungekræft, der tiltaler overlægen. Mange af de undersøgelser, patienterne skal igennem, kræver stort håndslag og præcision – og det er Klaus Richter Larsen god til.

Han håber, at hans entusiasme for lungemedicin vil smitte de lægestuderende, han underviser som lektor på universitetet og de nye læger, han er med til at uddanne og supervisere på afdelingen.

Desuden er Klaus Richter Larsen engageret i det nationale arbejde med et referenceprogram for lungekræft og i øjeblikket er han med til at udvikle forløbspakken for patienter med lungekræft.

TEMA udgives af Bispebjerg Hospital og udkommer 5 – 6 gange pr. år. Næste nummer udkommer januar 2008

Ansvarshavende redaktør:
Kommunikationschef Else Wad Bjørn
Kommunikationsenheden, Bispebjerg Hospital.
Telefon 3531 2800, ewb@bbh.regionh.dk

TEMA indeholder sundhedsfaglige artikler og debat om behandlingsresultater og udviklingstiltag på Bispebjerg Hospital.

Foto: Claus Peuckert Fotografi A/S

Grafisk tilrettelæggelse: Line Bjørnbøl
ad+B Grafisk design • www.ad-b.dk



Tryk: Green Graphic A/S
Denne tryksag er Svanemærket og trykt med vegetabiliske farver.

Oplag: 2000

TEMA kan også læses på BBHinet og www.bispebjerghospital.dk
Bispebjerg Hospital, Bispebjerg Bakke 23, 2400 København NV

De seks overordnede principper for kommunikation på Bispebjerg Hospital:



- › Respektfuld omgangstone
- › Samtale frem for enetale
- › Tilpasset til dem vi taler med

- › Til tiden, det rette sted
- › Vi øver os – hele tiden
- › Mål og måling