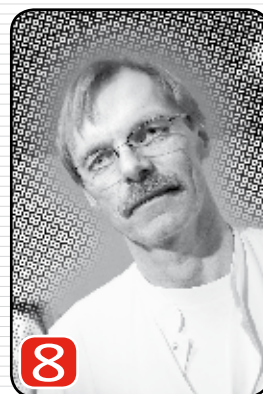


01*2007

T E N A A L I V I A

BISPEBJERG HOSPITAL

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



Ældre med KOL skal opdages tidligere

2

Succes med at gøre store operationer mindre

4

Fantastiske forbedringer

6

En nørdet kirurg

8

Ældre med KOL skal opdages tidligere

Af Anne Tortzen, journalist

Behandling og genoptræning kan give patienter med Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) større livskvalitet. Derfor er det vigtigt at opdage sygdommen i tide. Bispebjerg Hospital er med i forsøg med screening af ældre for KOL.

Mange tusinde danskere går rundt med sygdommen KOL, uden at vide det. Et forsøg med screening af folk over 65 år skal vise, om det er muligt at opdage ældre med KOL og hjælpe dem. Projektet er et samarbejde mellem SIKS projektet (Sammenhængende Indsats for Kronisk Syge) under Bispebjerg Hospital og Københavns Kommune.

Projektet har modtaget en bevilling på 5,4 millioner fra Indenrigs og Sundhedsministeriet.

En brugbar model

- Vores mål er at udvikle en praktisk model for, hvordan vi finder frem til de borgere, der har en uopdaget KOL og hvordan vi derefter får fulgt op på sygdommen, så de får et bedre liv, fortæller overlæge Anne Frølich fra Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse på Bispebjerg Hospital. Hun håber det kan lykkes at udvikle en model for screening, som efterfølgende kan bruges af

kommunerne, som pr. 1. januar overtog rehabiliteringsområdet fra amterne.

Screeningsprojektet løber over to år fra sommeren 2007. Alle ældre på Østerbro over 65 år, der ryger eller har røget får tilbud om screening for KOL. Planen er at de ældre får et brev om screeningstilbuddet og et tilbud om at henvende sig til deres egen læge for at blive undersøgt. Selve undersøgelsen for KOL foregår ved, at patienten får målt sin lungefunktion ved hjælp af et såkaldt spirometer.

De praktiserende læger bliver en af krumtapperne i indsatsen. Det er dem, der skal stå for at diagnosticere, undersøge og behandle borgere med uopdaget KOL. Og det kræver, at mange praktiserende læger tager en helt ny rolle:

- Det kan blive en udfordring af få de praktiserende læger på banen i forhold til borgere med KOL. De skal i højere grad til at se sig selv som en samarbejdspartner i forhold til kommunen, understreger overlægen.

Cirka halvdelen af de praktiserende læger råder i dag over et spirometer, som bruges til at diagnosticere KOL. Derfor er det under overvejelse at uddanne en gruppe sygeplejersker under projektet til at tage sig af spirometri-målinger for at aflaste de praktiserende læger.



Overlæge Anne Frølich

Når først diagnosen er stillet, kommer sundhedscentret på Østerbro til at spille en vigtig rolle – det er her, størstedelen af træningen og undervisningen af de ældre med KOL skal foregå. Der er udviklet et særligt træningsprogram for patienterne, hvor de foruden samvær med ligestillede får tilbudt fysisk træning, rygestop kursus, undervisning i deres sygdom og madlavningskurser.

De ældre, der er hårdest ramt, bliver dog henvist til et særligt forløb under rehabiliteringsenheden på Bispebjerg Hospital.

Bedre livskvalitet

KOL er en kronisk sygdom, som ikke kan helbredes. Men man kan bremse sygdommens udvikling ved at holde op med at ryge.

Kort om screeningsprojektet

■ Screeningsprojektet er et forsøg, som skal dække ydre og indre Østerbro, hvor der bor i alt ca. 82.000 borgere. Knap 10.000 er ældre over 65 år – og ca. 20 % af dem forventes at have KOL.



Lone Asmussen fra Nørrebro får testet sin lungefunktion. Sygeplejerske Lisbeth Østergård på billedet indgår også som ressourceperson i det store screeningsprojekt som begynder til sommer.

Det kan være hårdt at leve med KOL, fordi sygdommen kan være stærkt invaliderende. Ca. en tredjedel af patienterne lider af depressioner.

Erfaringerne fra de sidste års rehabilitering af KOL patienter viser, at det er muligt at give dem et bedre liv. Ifølge overlæge Anne Frølich

viser erfaringerne fra de sidste år bl.a. at fysisk træning hjælper mennesker med KOL til en bedre fysisk formåen, så de klarer dagligdagen bedre.

Og en del af de mange indlæggelser kan reduceres, når patienterne er opmærksomme på deres sygdom og ved, at de selv kan gøre noget.

- Vores mål er at forebygge indlæggelser med lungebetændelse, som patienterne typisk skal igennem. Med god undervisning kan patienterne til en vis grad tage sig af deres sygdom også ved tegn på forværring. De kan f.eks. begynde at tage antibiotika tidligt i samråd med egen læge, hvis de mærker optræk til en lungebetændelse, fortæller overlæge Anne Frølich.

Kort om KOL

- Man regner med, at 2-300.000 danskere lider af kronisk obstruktiv lungesygdom. Det er en sygdom, som først og fremmest rammer mennesker, der har røget i mange år.

- 85 pct. af alle, der lider af KOL, er rygere eller tidligere rygere. Man regner med, at cirka 25% af rygerne udvikler KOL.

- Sygdommen kan være stærkt invaliderende. 13.000 danskere indlægges hvert år med KOL og 4.000 dør af sygdommen. Alene på Bispebjerg Hospital udgør patienterne 20 % af indlæggelserne på de medicinske afdelinger.

- Sundhedsstyrelsen har netop udsendt anbefalinger om, at rygere over 35 år tilbydes regelmæssige undersøgelser, som kan afsløre, om de er på vej til at udvikle KOL.



Succes med at gøre store operationer mindre

På få år er det lykkedes Afdeling K på Bispebjerg Hospital at blive Danmarks førende, når det gælder kikkertoperationer af kræft i tyktarmen. En kikkertoperation er langt mere skånsom for patienten end en "gammeldags" operation.

For de fleste af de patienter, der bliver indlagt på Afdeling K, for at få fjernet en kræftknude i tyktarmen, er det slut med store operationsår og stærke smerter. Hovedparten af de planlagte operationer udføres nu som kikkertoperationer, hvor instrumenterne føres ind gennem små huller i bughulen.

En målrettet indsats har gjort Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling K på Bispebjerg Hospital til landets førende inden for kikkertoperationer i tyktarmen.

Det var lidt af en kovending, da afdelingen i 2003 besluttede at satse helhertet på kikkertkirurgi – såkaldt laparoskopiske operationer, når der skulle fjernes kræftknuder i tyktarmen. Idéen var at udnytte kikkerteknologien til at gøre store operationer mindre – til fordel

Ud at gå fra dag 1

- Jeg er glad for, at jeg ikke skulle skæres op hele vejen, siger Jette Bahr, som netop har gennemgået en kikkertoperation for at få fjernet en kræftknude i tyktarmen.

På den tredje dag efter operationen sidder hun op i sengen og har lige været ude at gå en tur på gangen. Det er en stor fordel, at man kommer i gang så hurtigt, synes hun:

- Det har været vældig positivt, at jeg kunne komme ud og gå fra dag 1. Kroppen har det bedre, når man bevæger sig, så jeg har taget mange ture op og ned ad gangene, fortæller patienten.

Der gik kun få dage fra samtalen på Rigshospitalet, hvor lægen rådede Jette Bahr til en operation på Bispebjerg Hospital og til hun lå i sengen på afdeling K. Det er Jette Bahr meget glad for. Og både læger og sygeplejersker har været ovenud omsorgsfulde, synes hun.

- Det er dejligt, når der bliver fulgt op på det hele. Bo Pilsgaard havde forberedt mig på, at jeg måske skulle have en stomi, men sådan gik det heldigvis ikke. Nu har jeg kun kikkerthullerne – og et lille ar oven i mit kejsersnit, siger Jette Bahr.

Overlæge Bo Pilsgaard ved siden af nyoperede Jette Bahr.

for patienterne. For en kikkertoperation er et meget mindre indgreb end en traditionel operation – og derfor får patienterne langt færre bivirkninger i form af smerter, infektioner, blodtab osv.

Revolution for patienterne

- For os læger har det været lidt af en revolution at se til patienterne dagen efter operationen. Før skulle vi som regel ind til en sengeliggende patient. Nu skal vi tit ud at lede efter patienterne, fordi de enten er ude at gå – eller er gået i bad, fortæller Bo Pilsgaard, som er den ene af de to overlæger på afdelingen, der først blev oplært til at gennemføre kikkertoperation for tyktarmskræft.

Det har krævet en stor og målrettet indsats

at nå dertil, selvom Afdeling K har en lang tradition for kikkertkirurgi. Først skulle der indkøbes nyt udstyr - bl.a. holdere til opera-

"Nu skal vi tit ud at lede efter patienterne, fordi de enten er ude at gå – eller er gået i bad"

tionsbordet, så patienterne kunne vippes op og ned under operationerne, uden at de gled af. Og så skulle kirurgerne læres op i den nye operationsteknik.

Overlæge Bo Pilsgaard fortæller:

- Vi lagde den strategi, at vi ville begynde med at oplære to læger, som til at starte med ope-

Hvad er laparoskopi?

■ En kikkertoperation, laparoskopi, i tyktarmen foregår ved, at man fører en række små rør (ventiler) ind i bughulen gennem huden. Ventilene bruges til at føre et kamera (en kikkert) og en række instrumenter ind i patientens bughule.

■ Under operationen puster man patientens bughule op med luft, så der er god udsigt til alle organer – og ofte vipper man også patienten på et hydraulisk leje for at få fri adgang til tarmene.

■ Kikkerten sender billeder fra bughulen til en skærm, som kirurgen kigger på, mens han udfører operationen – han kan altså ikke se direkte ind i patienten som ved en traditionel operation.

■ Ved hjælp af små instrumenter skærer kirurgen den syge del af tarmen bort og syr tarmenderne sammen igen. Det er nødvendigt at skære et mindre hul for at få den syge tarm ud af bughulen igen. Men dette ar er typisk 3-4 gange mindre end arret fra en traditionel operation.



Tarmkræft er en folkesygdom

* De seneste år har der været en stigning i forekomsten af kræft i tyk- eller endetarm i Danmark – det er blevet en folkesygdom. Der opdages ca. 3200 nye tilfælde af tyk- og endetarmskræft om året i Danmark. Langt de fleste patienter er over 50 år. Dødeligheden er høj: 32 % af mændene og 39 % af kvinderne er i live fem år efter, at diagnosen kræft i tyktarmen er blevet stillet.

rerede sammen – derefter skulle oplæringen sprede sig som ringe i vandet.

De udvalgte læger tog sammen med en operationssygeplejerske ud og besøgte kolleger i udlandet, som allerede var langt med kikkertkirurgien, bl.a. i Strasbourg, Paris, Barcelona og Uddevalla.

Oplæring i faste teams

Og på Afdeling K blev der tænkt i en helt ny tværfaglig måde at organisere operationerne på, så de to laparoskopiske overlæger i starten altid gennemførte operationerne sammen og samarbejdede med faste operations- og anæstesisygeplejersker og portører, som også var oplært i den nye teknik. Det blev de "letteste" patienter, der først fik mulighed for en

kikkertoperation – og de første 25 operationer udførte de to læger sammen.

- Det er en vanskelig operation – der er så mange små facetter, man skal tænke på. Mange ting kan gå galt, fordi man opererer i nærheden af vitale organer og store blodkar. Og man kan meget hurtigt miste overblikket, når man opererer i bughulen, understreger overlæge Bo Pilsgaard, som fortæller at en fjerde overlæge nu er under oplæring til laparoskopisk kirurg på afdelingen.

Så godt er det gået med laparoskopiske tyktarmsoperationer, at afdelingen for et år siden begyndte at udlære kirurger til også at fjerne kræftknuder på endetarmen ved hjælp af laparoskopi. Igen ved at lade to erfarne overlæger

operere sammen – en erfaren kikkertkirurg og en kirurg med speciale i endetarmsoperationer.

Kikkertoperationer er dyrere end traditionelle operationer – til gengæld er patienternes liggetid kortere og de befinder sig langt bedre efter operationen. Derfor tror overlæge Bo Pilsgaard på, at kikkertoperationer i fremtiden vil blive standardtilbuddet – i hvert tilfælde, når det gælder operationer i tyktarmen.

- Vi kan se, at patienterne opsøger os frem for andre afdelinger. Folk vil gerne slippe for kniven, siger han og understreger, at når det gælder operationer i endetarmen, bliver laparoskopien nok aldrig lige så udbredt - simpelt hen fordi det er mere kompliceret at operere endetarmen med kikkerteknologi.

Effektive operationer

■ Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling K på Bispebjerg operer hvert år 140 patienter med kræft i tyktarmen – heraf 70 som kikkertoperation.

■ Den gennemsnitlige indlæggelsestid ved åbne tyktarmsoperationer er på 7 dage - det er den korteste i Danmark. Mens patienter, der har fået en kikkertoperation ligger på sygehuset i gennemsnitlig 4 dage.

■ På Bispebjerg Hospital er der kun kort ventetid til forundersøgelse og operation for tyktarmskræft: Henholdsvis 7 dage og 12 dage. Det skyldes, at patienter med tyktarmskræft på Afdeling K får tilbudt en "pakke", hvor der er reserveret tid til de nødvendige undersøgelser og operation.

■ Med den nye sygehusplan vokser Afdeling Ks optageområde fra ca. 360.000 til godt 400.000 borgere i Københavnsområdet.





Overlæge Søren Meisner

Fantastiske forbedringer

Af Anne Tortzen, journalist

De sidste år er der sket en eksplosiv udvikling inden for endoskopien på Bispebjerg Hospital. Endoskopiafsnittet har udviklet nye teknikker til gavn for patienterne, som inspirerer andre afdelinger i hele Skandinavien.

Det sker ofte at medarbejderne fra Endoskopiafsnittet i Kirurgisk Gastroenterologisk Afde-

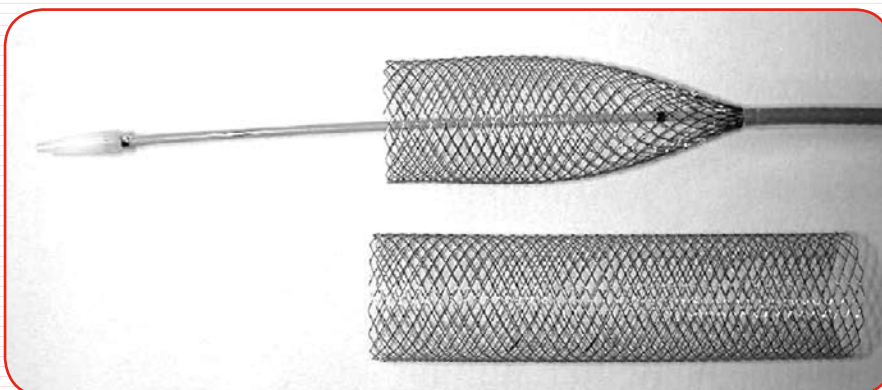
ling K på Bispebjerg Hospital har studiebesøg fra både ind- og udland, eller er i gang med at undervise andre læger og sygeplejersker. På få år er afsnittet nemlig kommet i front, bl.a. fordi lederen af Endoskopiafsnittet, overlæge Søren Meisner og hans medarbejdere som de første i landet har indført en række nye kikkert-teknikker, der gør livet lettere for patienter med tarmsygdomme.

Hvorfor udsætte patienter med uheldelig tyktarmskræft for en stor operation og en sto-

mipose, hvis det kan undgås? Mon ikke vi kan gøre det bedre? Måske kunne man i stedet... Overlæge Søren Meisner fra Endoskopiafsnittet i Afdeling K er typen, der hele tiden stiller spørgsmål – og hele tiden vil gøre det bedre.

Stent frem for stomi

På den måde fik overlægen idéen til at anvende en tyktarmsstent – en idé, som i dag er adopteret af mave-tarm kirurgiske afdelinger i hele Danmark. En stent er en lille metalspiral,



På billedet ses en tyktarmsstent som er en lille metalspiral, der er elastisk og kan bruges til at udvide tarmen hos patienter, hvor en kræftknode blokerer passagen gennem tarmen.

der er elastisk og kan bruges til at udvide tarmen hos patienter, hvor en kræftknode blokerer passagen gennem tarmen. Søren Meisner havde set stenten brugt i behandling for spiserørskræft og tænkte, at sådan en kunne vel også anvendes andre steder.

Med det resultat, at patienter, der tidligere måtte opereres akut med høj dødelighed til følge, i dag skånsomt kan få skabt passage i tarmen ved hjælp af en stent, der sættes ind med kikkerteknologi – og derefter opereres med en langt mindre belastende laparoskopisk operation. Ved metoden føres kikkerten op i tyktarmen til kræftknuden og stenten føres derefter på plads igennem kikkerten.

Men det er ikke ligetil at indføre nye teknikker. Og heller ikke billigt. Der skal beregnes, beskrives og dokumenteres, før hospitalet er klar til at gå i gang. Og det kræver mod og ekstra bevillinger at indføre en ny behandling, før det er afklaret, hvad hospitalet får igen.

- Dem med pengene skal være parate til at løbe en risiko og gå med på idéen til gavn for patienterne uden at vide, om de får pengene ind igen. Her har der været god støtte både fra afdelingsledelsen i Afdeling K og fra hospitalets øverste ledelse, understreger overlæge Søren Meisner.

Japansk teknik til godartede knuder

Også patienter, der lider af store, godartede svulster i endetarmen, har glæde af opfind-

somheden i Endoskopiafsnittet. For et par år siden blev Søren Meisner nemlig opmærksom på, at japanske læger havde udviklet en kikkert-teknik til at fjerne den type af svulster endoskopisk – altså uden operativt indgreb. Det krævede en uges studietur til Tokyo og et længere træningsforløb – så kunne Afdeling K også tilbyde denne behandling, og dermed skåne patienterne for at skulle under kniven. Igen var overlæge Søren Meisner den bærende kraft. Det var ham, der tog til Japan for at studere teknikken:

- Jeg var nødt til at rejse til Japan og se det for at vurdere, om det var noget, vi kunne indføre her. Kan vi det, hvor svært er det – holder det i vores sammenhæng? Det måtte til for at jeg kunne lægge hovedet på blokken og beskrive det ordentligt overfor ledelsen, siger han.

Søren Meisner understreger, at han kun går efter nye teknikker, der virkelig gør en forskel.

- Vi skal være kritiske og undersøge, om det nu også er pengene og hele besværet værd, før vi indfører noget nyt. Det er de store forskelle, der er sjove at gå efter. Der, hvor der sker en åbenlys fantastisk forbedring af noget, som vi altid har været dødkede af ikke at kunne gøre bedre, siger han.

Bedre lys i endoskopirummet

Den sidste nye udvikling er en forbedring af belysningen i endoskopirummet. Idéen opstod, da Søren Meisner og hans medar-

bejdere læste om en højteknologisk operationsstue på Fyn med et særligt, justerbart lys. De bad virksomheden bag lyssætningen om et forslag til, hvordan man undgår den dunkle belysning i endoskopirummet, som er nødvendig for at kunne se ordentligt på skærmene. Det dæmpede lys gør det nemlig vanskeligt for læger og sygeplejersker at se, hvad de laver. Og det har en psykologisk effekt både på patienterne og på hospitalspersonalet.

Derfor er der nu udviklet et differentieret lys i et af Bispebjerg Hospitals endoskopirum. En belysning, som sikrer, at det på én gang er muligt både at se computerskærmene og røntgenskærmene klart - samtidig med, at sygeplejerskerne har godt lys til sit arbejde og hele rummet ikke behøver henligge i halvmørke. Lyset veksler mellem grønt, rødt, lilla og hvidt – og kan justeres til lejligheden. Ifølge overlæge Søren Meisner gør det en stor forskel:

- Førhen, da vi stod i halvmørke en hel dag, kunne man godt blive deprimeret og ufokuseret. Man må anstrenge sig mere for f.eks. at læse, når det er halvmørkt. Det nye lys betyder, at vi er kommet af med det tungsind, der har hvilet over rummet, understreger han.

Kort om endoskopi

■ En endoskopi er en undersøgelse eller behandling, som gennemføres ved hjælp af kikkert-teknologi, dvs. små kikkere og instrumenter, der føres ind igennem kroppens naturlige åbninger.

Endoskopiafsnittet i Afdeling K laver gastrointestinal endoskopi, dvs. undersøgelse og behandling i mave-tarmregionen.

Endoskopiafsnittet

■ Endoskopiafsnittet har 10 sygeplejersker, en assistent til endoskop desinfektion, en sekretær og en overlæge. Afsnitsledelsen er utraditionelt sammensat af overlæge Søren Meisner og Finn West, som er medicotekniker med 30 års endoskopierfaring og god forstand på teknologi, indkøb og hardware – og personaleledelse.

■ Afsnittet udfører ca. 4000 endoskopier pr. år.

■ 25 patienter pr. år får indlagt en stent og ca. 90 får fjernet en godartet knude i endetarmen med den ”japanske” teknologi.





portræt

En nørdet kirurg

”Vi kan gøre det bedre”, er mottoet for overlæge Søren Meisner. Som leder af Endoskopi-afsnittet i Afdeling K, udvikler han nye behandlinger med avanceret teknologi.

Da overlæge Søren Meisner blev færdiguddannet som læge i 1979 var der ingen tvivl i hans sind – han skulle være kirurg.

- Det var faget og spændingen, der trak. Som kirurg bliver du ret hurtigt klar over, om det, du laver, er godt eller skidt – det er meget sort-hvidt og det tiltalte mig, fortæller overlægen. I 1996 blev han overlæge i mave-tarm kirurgi på Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling K efter at have afsluttet specialistuddannelsen i midten af 90’erne.

Men Søren Meisner er ikke typen, der går den slagne vej, så han søgte nye udfordringer udenfor den traditionelle kirurgi. For seks år siden tog han imod en stilling som leder af det nye Endoskopiafsnit i Afdeling K og lagde kort tid efter skalpellen på hylden. Afsnittet skulle bygges op fra grunden og gerne blive blandt de førende i Skandinavien. Det var lige en udfordring for en ildsjæl.

Og det lykkedes. Med sit talent for at få øje på nye muligheder og sin stædige insistens på, at det kan lade sig gøre at indføre nye metoder, har overlægen gjort Endoskopiafsnittet kendt i hele Skandinavien.

Blandt andet for at indføre nye og mere skånsomme behandlingsmetoder med kikkertteknologi til gavn for patienterne.

- Det nemmeste er da at læne sig tilbage og kun gøre det, man bliver bedt om, siger overlæge Søren Meisner. Er der noget, han ikke selv har gjort, er det det. Søren Meisner beskriver sig selv som lidt af en nørd og indrømmer gerne, at han er dybt fascineret af de nye højteknologiske muligheder inden for endoskopien. Men drivkraften er også en anden – ønsket om at tilbyde patienterne det bedste.

Og det er en af grundene til, at overlægen gerne arbejder på overtid for at organisere kongresser og livetransmissioner af endoskopiske operationer – og for at undervise andre læger i de nye behandlingsmetoder, kikkertteknologien byder på.

- Hvorfor skal kræftpatienter døje med en stomi, når de kan behandles mere skånsomt med en stent? spørger overlægen og åbenbarer endnu en sprække i sit panser som hårdkogt kirurg – nemlig en stor interesse for patientkommunikation. Søren Meisner har i mange år undervist læger og sygeplejersker i at kommunikere med alvorligt syge mennesker.

TEMA udgives af Bispebjerg Hospital og udkommer 5 – 6 gange pr. år. Næste nummer udkommer april, med særligt fokus på forskning .

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