

danske
05/11 **bio**
analytikere



ALLE ER I SPIL

50%

af nyuddannede
er ledige

Medarbejdere og ledere i to klinisk mikrobiologiske afdelinger lever i uvished og bekymring. Skal den fusionerede afdeling ligge på Herlev eller Hillerød Hospital?

**PROSTATAKRÆFT
KAN VÆRE ARVELIG**



Få adgang til dine
forsikringer, når
det passer dig.

mine sider - mine muligheder

Du kan:

- ændre dækning på dine forsikringer
- få et tilbud på nye forsikringer
- anmelde skader
- se skader fra de sidste fem år
- se din forsikringsoversigt
- se dækningsoplysninger
- se prisoplysninger
- læse dine forsikringsvilkår
- tilmelde Betalingservice

Du kan også bestille:

- rødt og grønt kort
- rejsekort
- nyt girokort
- kopi af policer

Log ind på Mit BAUTA på www.bauta.dk



BAUTA FORSIKRING A/S



8 FLERE LABORATORIEFUSIONER PÅ VEJ
Hospitalplan 2020 for Region Hovedstaden indebærer store ændringer for laboratorieområdet

9 HERLEV ELLER HILLERØD?
Ny hospitalplan betyder en fusion af Klinisk Mikrobiologi i Region Hovedstaden. Men bliver det i Hillerød eller Herlev den nye afdeling skal ligge? Uvisheden tærer på både medarbejdere og ledere.

PATIENTEN OG BIOANALYTIKEREN

12 PROSTATAKRÆFT KAN VÆRE ARVELIG
Mænd kan have forøget risiko for at få prostatakræft, hvis deres mødre, mostre eller mormødre har arvelig bryst- og æggestokkræft.

13 VI HAR EN GENFEJL I FAMILIEN
I Ernst Nissens familie er mange kvinder døde af arvelig mamma- eller ovariecancer. Han har også selv BRCA2-genet.

14 FØLSOMT HÅNDARBEJDE
Det er en arbejdskrævende proces at gøre prostatabiopsier klar til mikroskopi, og som regel er der ekstra tidspres på for at leve op til kræftpakkernes deadlines

18 HALVDELEN AF DIMITTENDERNE ER LEDIGE
Jobkonsulent i DSA råder de ledige til at udnytte deres netværk og søge om løntilskudsjob

20 FAGLIG
MOBIL CT SCANNER TIL HJERNESKADEDE
Faglig artikel opvejer fordele og ulemper ved at indføre mobil CT scanner til patienter med hjerneskade

24 MARKANT JA TIL OK11
Over 90 procent af de medlemmer, som deltog i afstemningen, satte kryds ved ja

26 "VI MÅ LÆRE AT SÆTTE OS UD OVER VORES EGEN FAGLIGHED"
Omverdensfokus: Den organisation, der ikke lever op til omverdens forventninger, dør. Reportage fra årets Ledertemadag

23 NYT FRA HOVEDBESTYRELSEN

28 NML: HVAD GØR DEN NYE TEKNOLOGI VED OS?
"Ny teknologi, nye dilemmaer"; Ole Hartling holder oplæg på NML-kongressen om etik og teknik

29 SPØRGEJØRGEN
Tjenstlig samtale! Hvad er mine rettigheder?

30 LOKALNYT OG AKTIVITETER



OK11

dbio NR. 05
5. maj 2011
udgiver
Danske Bioanalytikere
Sankt Annæ Plads 30
Postboks 74
1003 København K.
Tlf.: 4695 3535
Fax: 4695 3500
e-mail: bladet@dbio.dk

www.dbio.dk

REDAKTIONSUDVALG
Camilla Bjerre, Dinah Sloth Andersen, Inger Merete Paulsen, Kirsten Riisgaard Sørensen, Lene Fryd, Hanne Nielsen, Jytte Kristensen (ansv.)

STILLINGSANNONCER
Pia Vinther Christensen, annoncer@dbio.dk
tlf. 4695 3535 lokal 3513

TEKSTSIDEANNONCER
Dansk Mediaforsyning
tlf. 70 22 40 88
dbiotekst@dmfnet.dk

DESIGN, PRODUKTION OG TRYK
Datagraf Auning AS
Trykt på Miljøpapir

OPLAG 6.800
Udkommer hver måned

FORSIDE
Foto: Emil Lyders

Tilsluttet Dansk Fagpresseforening og Fagpressens Medie Kontrol.

Artikler i "danske bioanalytikere" dækker ikke nødvendigvis redaktionens/ Danske Bioanalytikeres synspunkter. Eftertryk kun tilladt med kildeangivelse, dog ikke i erhvervspressen sammenhæng.

AFLEVERINGSFRISTER
Sidste frist for aflevering af redaktionelt stof og annoncer er klokken 12.00 på dagen for deadline. Denne frist kan ikke overskrides.

Nr. 06/07 udkommer 9. juni 2011, frist: 19. maj 2011
Nr. 08 udkommer 4. august 2011, frist: 19. juli 2011
Nr. 09 udkommer 1. september 2011, frist: 16. august 2011



Har du også besluttet
ALDRIG AT BLIVE GAMMEL?

Har du tænkt over, om du har råd...?



Bestil et tilbud på en supplerende opsparing på pka.dk/mer
eller ring til **39 45 45 40** og hør mere om dine muligheder.

➤ **Kommentér Bert Asbilds
leder på www.dbio.dk**



Vigtigt at få de nye i job

LEDER

I marts stod ca. halvdelen af de dimittender, der blev medlemmer af DSA i 2011, uden job. Tidligere ville det næppe være et problem, da den generelle mangel på bioanalytikere gjorde, at der snart viste sig ledige jobs rundt omkring. Nu fyres der tværtimod mange steder, og det betyder, at nogle nyuddannede vil få særligt vanskeligt ved at få foden indenfor på arbejdsmarkedet så hurtigt, som det er hensigtsmæssigt. Tallene er endnu ikke alarmerende, men for den enkelte kan det føles som en katastrofe ikke at komme i beskæftigelse efter endt uddannelse.

Det bekymrer os naturligvis som fagforening, da vi ved, at en del ledige bliver modløse og vil være tilbøjelige til at søge beskæftigelse i andre brancher. Det er hverken sundt for faget eller for sundhedssektoren, som, vi ved, på længere sigt vil komme til at mangle bioanalytikere.

Vi mener derfor, at det i den nuværende situation er en god idé, at nyuddannede benytter sig af muligheden for at søge job med løntilskud. Betingelserne for at få tilskud er beskrevet i artiklen inde i bladet. Vi vil dog opfordre afdelingsledelserne til ikke at benytte den adgang til at spare på personaleudgifterne. Det er hverken god stil eller holdbart at fyre dyre ansatte på almindelig overenskomst for at hyre billigere bioanalytikere, der har en pose penge med på arbejde. Ligesom vi vil henstille til tillidsrepræsentanterne om at være opmærksomme på, at ansatte med løntilskud fortrinsvis benyttes til de ekstra-opgaver, der er mange af på de fleste afdelinger. Det tjener ingen til gavn, hvis en god ordning misbruges til løntrykkeri. Løntilskud skal bruges til at skaffe unge bioanalytikere arbejdserfaring, fastholde faglige kompetencer og give et netværk, der kan sikre dem fortsat fodfæste på arbejdsmarkedet.

Men hermed også en kraftig opfordring til de nyuddannede: For jeres egen og jeres CV's skyld, så søg lidt bredere geografisk end I måske lige havde forestillet jer. Der er for eksempel ledige jobs i Sverige, og i Region Syddanmark er der ingen dimittendledighed – mens den er ret høj i Region Hovedstaden.

Og til jer, der skal tage imod de nyuddannede som kolleger derude; hvad enten de kommer med løntilskud, efter kortere eller længere tids ledighed eller bare langvejs fra, så tag rigtig godt imod dem! Om få år kommer vi igen til at mangle bioanalytikere, så ingen bør gå til spilde.

BERT ASBILD

FORMAND FOR DANSKE BIOANALYTIKERE



EKSPERTER STRIDES OM SÆDKVALITET

Danske mænds sædkvalitet fejler intet som helst, fastslår Sundhedsstyrelsen i et nyt notat.

Jo, den gør, replicerer eksperterne fra Rigshospitalets afdeling for Vækst og Reproduktion. 42 procent af de unge danske mænd har nedsat sædkvalitet, og hver syvende vil have meget svært ved at gøre en kvinde gravid. Sundhedsstyrelsen tager således fejl, når den afviser problemer med sædkvaliteten, forlyder det fra overlæge Niels Jørgensen fra Rigshospitalet i artikler i fagbladet Ingeniøren

De modsatrettede udmeldinger bliver ikke mindre forvirrende, når det tages i betragtning, at Sundhedsstyrelsens notat netop bygger på forskning fra selv samme afdeling på Rigshospitalet.

Rigshospitalets afdeling for reproduktion og vækst har i 15 år fulgt sædkvaliteten hos danske mænd, og det er denne kortlægning, som ifølge Sundhedsstyrelsen nu kan dementere, at sædkvaliteten skulle være dalet i perioden.

»At en betydelig gruppe mænd har et sædcelletal i området 10-20 millioner per ml kan således ikke selvstændigt tages til indtægt for at stille en kategorisk ugunstig prognose for de pågældendes mulighed for at få børn på naturlig vis, og deres risiko for at blive stigmatiseret i egne eller andres øjne er formentligt i dag større end deres risiko for ikke at få børn med en fertil partner,« vurderer afdelingslæge Peter Saugmann-Jensen, Sundhedsstyrelsen, i notatet.

Tidligere undersøgelser har ellers fastslået, at hver femte danske værnepligtige vil have ekstremt svært ved at gøre en kvinde gravid. Men det har heller intet på sig, mener Peter Saugmann-Jensen.

Den slags undersøgelser er nemlig udført med henvisning til en grænseværdi på 20 millioner sædceller per milliliter sæd, fastsat af verdenssundhedsorganisationen WHO. Men den grænse kan ikke bruges i den sammenhæng.

Den konklusion er overlæge på Rigshospitalets afdeling for vækst og reproduktion Niels Jørgensen og kolleger på Rigshospitalet lodret uenige i. For de unge danske mænd har langt fra optimale chancer for at gøre kæresten eller konen gravid. Det kræver minimum 40 millioner sædceller per milliliter sæd, og 42 procent af de unge danskere må nøjes med færre. »De har ikke en optimal sædkvalitet,« udtaler Niels Jørgensen til Ingeniøren

Niels Jørgensen konstaterer, at Sundhedsstyrelsen begår to fejl i sammenligningen med WHO's grænseværdier. For det første har WHO sat grænsen for lav sædkvalitet ned til de 15 millioner sædceller per milliliter. Der står 20 millioner i Sundhedsstyrelsens notat. Grænsen på de 15 millioner er fastsat ud fra studier af sædkvaliteten hos mænd, som inden for det seneste års tid har gjort deres partner gravid. Dermed er mænd med lav sædkvalitet rensat ud.

Forskerne har ikke publiceret deres data i et videnskabeligt tidsskrift endnu. De vil være helt sikre på, at de har tilstrækkeligt data til at konkludere på trenden, og det er ifølge Niels Jørgensen først tilfældet efter 20 år.

Sekretariatet er lukket den 3. juni

Dagen efter Kristi Himmelfart, den 3. juni holder Danske Bioanalytikeres sekretariat lukket. I hastetilfælde kan medlemmer ringe til forhandlingschef Joy Strunck på tlf. 2733 3884 eller organisatorisk chef Torben Jensen tlf. 3131 8586.

Sekretariatet er åbent igen for telefonisk henvendelse fra klokken 9.00 mandag den 6. juni.

HAR DU STYR PÅ GLASSENE?

Hånden på hjertet. Hvad tænkte du, da du læste overskriften "Har du styr på glassene"? Noget med en bioanalytiker og prøver?

Det var i hvert fald, hvad der fór gennem bioanalytiker Dinah Sloths hjerne, da hun så forsiden på Region Syddanmarks udmærkede magasin Sund i Syd fra februar 2011. "Glassene" har imidlertid intet som helst med bioanalytikere at gøre. Bladet handler nemlig om problemer med alkohol.

Gad vidst hvordan en lægmand ville læse bioanalytikernes fagsprog?



93,3% af Danske Bioanalytikeres medlemmer er kvinder!

BIOANALYTIKERE VIL OGSÅ HAVE MÆND

Hvorfor vælger piger ikke at blive tømrere? Og hvorfor er der så få mænd i bioanalytikerfaget? Eller sagt med andre ord - hvorfor vælger danskerne stadig uddannelsesretning, så slutresultatet er, at hele 40 % af befolkningen arbejder i rene kvindefag eller mandefag?

Det, mener Ligestillingsministeriet, er et problem for både den enkelte og for samfundet, og derfor har de den 29. marts lanceret kampagnen www.fremtidenerdin.dk, som skal få eleverne i 8. og 9. klasse til at overveje uddannelsesvalg, som er utraditionelle for deres køn. Som fx tømrer, hvor procentdelen af mænd udgør hele 99 procent. Eller bioanalytiker, som trods en stigende andel mandlige studerende, stadig er domineret af kvinder. Kun 6,7 procent af Danske Bioanalytikeres medlemmer er mænd.

Men hov – muligheden for at blive bioanalytiker, er slet ikke nævnt i ministeriets kampagne, som ellers indeholder lister over alskens fag og uddannelser. Det fik næstformand Camilla Bjerre til den 31. marts at reagere med en mail til Ligestillingsministeriet:

“Når jeg søger i testen på sitet, får jeg intet frem om bioanalytikere. Er det fordi, de ikke er med i kampagnen? I så fald er det jo så en tilskyndelse til, at vores fag ikke får øget ligestilling, hvilket selvfølgelig vil være beklageligt”, skriver Camilla Bjerre og opfordrer ministeriet til at rette sitet.

Allerede samme dag klikker Ligestillingsministeriets svar ind i indbakken. De vil indarbejde bioanalytikeruddannelsen som muligt studievalg hurtigst muligt.

“For vi vil selvfølgelig gerne tilskynde til øget ligestilling indenfor jeres fag også”, lyder det beroligende fra den kvindelige fuldmægtig i ministeriet. Med adresse Frederiksholms Kanal 4 B. blot et stenkast fra Undervisningsministeriet, som de seneste 3 år har skudt millioner i rekrutteringskampagnen Hvid Zone, som retter sig mod bioanalytikere, radiografer og sygeplejersker. Så meget for tværfagligt samarbejde mellem resortministerierne.

NATTEVAGTER I RØDT LYS

Intensivafdelingen på Kolding Sygehus er døgnet rundt oplyst af neonrør i forskellige farver, der i samspil understøtter døgnrytmen. Om natten er lyset rødt, og det giver sygeplejersker med aften- og nattevagter et bedre arbejdsmiljø, skriver DSR's nyhedsbrev Synergi.

Grønne, blå, hvide og røde neonrør har siden november 2010 udgjort belysningen på hele intensivafdelingen på Kolding Sygehus. Belysningen er indstillet til at understøtte døgnrytmen, og om aftenen og natten er afdelingen oplyst af et rødt natlys.

Sygeplejersker på aften- og nattevagter mærker en forskel i arbejdsmiljøet.

“Med det gamle lys kunne jeg sidde og blafre den halve nat efter en aftenvagt, nu falder jeg bare i søvn,” fortæller sygeplejerske Tina Damgaard, der også fremhæver, at hendes øjne bliver mindre anstrengte i det røde lys.

Det døgnrytmestyrede lys kaldes GBR-lys. Det står for grønt, blåt og rødt lys. De tre lysfarver kan sammen med hvid genskabe facetterne i dagslys, derfor er intensivafdelingen på Kolding Sygehus altid oplyst som på en sommerdag i dagtimerne. Om aftenen bliver belysningen mere afslappende, og den ender i røde nuancer til natten.

GBR-lyset er installeret på hele afdelingen – over hver sengeplads, i depotrummene og i personalets opholdsrum, så både personale og patienter kan få glæde af det. Det røde aften- og natlys er konstant, og bliver blot lidt kraftigere, når personalet går ind på en stue. Kolding Sygehus har planer om at undersøge, om produktionen af melatonin, der bliver nedsat, når man arbejder om natten, stiger, når medarbejderne arbejder i det røde natlys.

BLODPRØVE FORBEDRER DIAGNOSTIKKEN I AMBULANCEN

En hurtig blodprøve-test i ambulancen kan bidrage med livsvigtig information hos patienter med blodprop i hjertet. Det viser en ny undersøgelse fra Århus Universitetshospital.

Når ambulancen henter en patient med symptomer på blodprop i hjertet, tager redderne altid et ekg, men hos nogle patienter er forandringerne så svage, at lægen har svært ved at stille en entydig diagnose. Det nye forsøg viser, at flere patienter med blodprop kan identificeres, hvis der også tages en Troponin-T under transporten i ambulancen.

I forsøget er falckredderne blevet lært op til at tage blodprøven og teste med hurtigtest, og det har været en succes, fortæller Jacob Thorsted Sørensen, en af lægerne bag undersøgelsen.

“Blodprøvetesten betyder, at man kan spare kostbar tid. I stedet for at køre patienten til nærmeste sygehus, kan ambulancen nu køre direkte til et af landets fem hjertecentre, hvor de med det samme kan foretage en ballonudvidelse af hjertet”, forklarer Jacob Thorsted Sørensen.

Falckredderne lægger et venflon på patienten, hvorfra de udtager en blodprøve i et heparinglas. Med en 150 mikroliters pipette tager de blod op og sprøjter det ud på et kvalitativt assay. Hurtigtesten giver udelukkende svar på, om Troponin-T værdien ligger over eller under målegrænsen på 0,10 ng/ml. Hvis værdien er over 0,10 ng/ml, er det tegn på, at der er opstået celledød i hjertet på grund af iltmangel.

Det er bioanalytikere fra firmaet Roche, som hospitalet samarbejder med om forsøget, som har lært falckredderne op i blodprøvetagningen og som jævnligt tjekker udstyr og procedurer.

Forskerne er nu i gang med et opfølgende studie, hvor de måler med et mere sensitivt apparat (Roche Cobas h232).

KILDE: PREHOSPITAL TROPONIN T TESTING IN THE DIAGNOSIS AND TRIAGE OF PATIENTS WITH SUSPECTED ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION 2011 MAR 15.

HILLERØD ELLER HERLEV ELLER?

På de mikrobiologiske afdelinger i Hillerød og Herlev lever bioanalytikerne i øjeblikket i uvished og en del bekymring. Region Hovedstadens hospitalsplan foreslår, at de to afdelinger fusioneres i én. Men hvor skal den fusionerede afdeling ligge? Hvem skal være ledende bioanalytiker? Vil alle bioanalytikerne kunne komme med i den nye afdeling? Og har de lyst til det?

Spørgsmålene hober sig op, her godt en måned inden Regionsrådet tager den endelige beslutning den 21. juni. Fagbladet har spurgt en tillidsrepræsentant fra Hillerød og de ledende bioanalytikere fra de to afdelinger, som efter planen skal fusionere, om hvad de mener. Vi ville gerne have haft en kommentar fra tillidsrepræsentanten fra Herlev også, men det var ikke muligt på grund af ferie.

FLERE LABORATORIEFUSIONER PÅ VEJ

Hospitalsplan 2020 for Region Hovedstaden indebærer store ændringer for laboratorieområdet

Region Hovedstadens "Forslag til Hospitalsplan 2020" er det seneste af en række initiativer, hvis angivelige formål er mere kvalitet og effektivitet gennem øget centralisering. For laboratorieområdet indebærer "Forslag til hospitalsplan 2020" en del ændringer.

Alle specialer berøres

Klinisk Biokemi foreslås samlet i én funktion pr. planlægningsområde samt en funktion på Rigshospitalet og på Bornholm. De biokemiske funktioner på Gentofte Hospital og Glo-

strup hospital omdannes til udefunktioner. Udefunktion er ikke nærmere defineret.

Klinisk Mikrobiologi foreslås samlet på 3 afdelinger mod nu 4 på henholdsvis Hvidovre Hospital, Rigshospitalet og Herlev Hospital. Om der skal etableres udefunktion på henholdsvis Bispebjerg Hospital og Hillerød Hospital er uklart.

Patologibetjeningen foreslås samlet i tre afdelinger i stedet for fem. Patologien kommer til at være på Herlev Hospital, Hvidovre Hospital og Rigshospitalet. Mulighed for patologisk udefunktion på Bispebjerg Hospital og Hillerød Hospital foreligger.

Klinisk fysiologisk og nuklearmedicinsk afdeling på Frederiksberg Hospital foreslås fusioneret med klinisk fysiologisk og nuklearmedicinsk afdeling på Bispebjerg Hospital. Klinisk Genetik foreslås samlet på Rigshospitalet. ■

REGION HOVEDSTADENS HOSPITALSPLAN 2007

Med Hospitalsplanen og psykiatriplanen 2007 blev regionen inddelt i fire planlægningsområder: Syd, Byen, Midt og Nord. De fire planlægningsområder har hvert et områdehospital, der tager sig af den akutte behandling inden for kirurgi og medicin, og som har døgnåbne fælles akutmodtagelser. Hvert område har et eller to nærhospitalet.

De fire områdehospitalet i regionen er:

- Hvidovre Hospital (Syd)
- Bispebjerg Hospital (Byen)
- Herlev Hospital (Midt)
- Hillerød Hospital (Nord)

Alle regionens hospitalet – undtagen Rigshospitalet og Bornholms Hospital – er knyttet til et planlægningsområde.



KILDE: REGION HOVEDSTADTEN

HOPP 2020

I maj 2010 indgik politikerne en revideret Hospitals- og Psykiatriplan (HOPP 2020). "Forslag til HOPP 2020" er sendt i høring indtil 13. maj 2011. HOPP 2020 forelægges regionsrådet

d. 21. juni 2011 med henblik på vedtagelse. "Forslag til HOPP2020" samler behandlingen på færre enheder med ni hospitalet i Region Hovedstaden i 2020:

Planlægningsområde nord:

Nyt hospital Nordsjælland

Planlægningsområde Midt:

Herlev Hospital og Gentofte Hospital

Planlægningsområde Byen:

Nyt Hospital Bispebjerg og Rigshospitalet

Planlægningsområde Syd:

Hvidovre Hospital, Glostrup Hospital, Amager Hospital
Bornholm: Bornholms Hospital.

Læs mere om projekt Laboratoriespecialerne i Region Hovedstaden på www.dbio.dk/regioner/dbio---hovedstaden/analyse-af-laboratorieomraadet



Hillerød



Herlev



"UVISHEDEN TÆRER"

INTERVIEW

Lena Hededal Jørgensen, tillidsrepræsentant, Klinisk Mikrobiologisk afdeling, Hillerød Hospital

Hillerød Hospital skal ifølge planen lægges sammen med mikrobiologisk afdeling på Herlev Hospital. Om den fusionerede afdeling skal ligge i Hillerød eller Herlev er endnu ikke afgjort

Hvordan ser du på planen om sammenlægning af mikrobiologien?

Jeg har lidt svært ved at se, at der er faglige fordele ved fusionen. Ved nogle analyser, kan det være godt med stordrift, men jeg ser en stor ulempe i, at prøverne nu skal transporteres rundt på vejene i stedet for at analyseres lokalt. Jeg kan kun se, at svartiderne bliver længere, og at det kan gå ud over patienterne. I nogle tilfælde er det rigtig vigtigt, at afdelingerne kan få hurtigt svar. Mange indlagte patienter udvikler alvorlige sygehusinfektioner, som fx clostridium difficile, og der kan vi, som det er nu, give afdelingerne meget hurtigt svar og rådgivning.

Jeg forstår heller ikke, at man laver en hospitalsplan med et nyt supersygehus i Hillerød, uden at tænke hverken klinisk mikrobiologi eller patologi ind (patologien skal også fusionere red.) Der er meget langt fra Helsingør til Herlev.

Hvilke udfordringer for bioanalytikerne ser du i forbindelse med fusionen?

Den fusionerede afdeling bliver meget stor. Alene hos os er vi 45 ansatte, hvoraf de 30 er bioanalytikere. Vi har en meget velfungerende afdeling, som vi er ked af at miste. Vi har netop gennemført en

trivselsundersøgelse, og her scorer bioanalytikerne fra vores afdeling meget højt. Her kender vi hinanden, vi kan udvikle os, og vi bliver hørt hos ledelsen. Vi frygter, at vi i en stor afdeling ikke får lov til at bruge de kvalifikationer, vi har, og vi er usikre på, hvordan vi får et fornuftigt arbejdsmiljø med fælles kultur.

Spørgsmålet er også, om der efter fusionen vil være samme antal uddannelsespladser. Vi hører ofte fra de studerende, at de er meget glade for Hillerød Hospital som uddannelsessted, men det kan være svært at bevare, hvis hospitalet ikke længere kan tilbyde patologi og mikrobiologi. De studerende føler sig nemmere trygge i en mindre afdeling, og vi kender dem, når de er her.

Der er jo stadig usikkerhed om, den fusionerede nye mikrobiologiske afdeling skal ligge i Herlev eller hos jer i Hillerød. Hvordan påvirker det bioanalytikerne i din afdeling?

De synes da ikke, at det er rart. Flere af kollegerne bor i Nordsjælland eller Hillerød og har købt bolig heroppe. Fra Hillerød til Herlev er der omkring en times transport med offentlige transportmidler, og det er vel at mærke hver vej. Det betyder både ekstra udgifter og tid. Nogle vil have svært ved at nå at hente deres børn, hvis de skal arbejde i Herlev. Hos os er vi meget fleksible med arbejdstiden, og vi har flere ansat på deltid. Den rummelighed er vi også bange for at miste.

Hvis det bliver os, der skal flytte, tror jeg, at nogle af mine kolleger, som er tæt på 60 år, vælger at gå på efterløn, og nogle af de unge vil vælge en helt anden uddannelse eller arbejde, hvis de ikke kan få

hverdagen til at hænge sammen.

Lige nu og her er der ro på, vi slår det nok lidt hen. Samtidig er vi i gang med akkreditering og arbejder stadig videre med at gøre afdelingen bedre. Det er en svær balance og svært at holde modet oppe.

Hvilke opgaver har planerne medført for dig som tillidsrepræsentant, og hvordan takler du dem?

Jeg har heldigvis et godt samarbejde med ledelsen, som melder hurtigt ud og giver ekstra orientering til mig som tillidsrepræsentant. For mig har det været vigtigt at gøre det legalt at snakke om planerne, og om det som bioanalytikerne kan være usikre på. Fx om nogle bliver fyrede ved fusionen. Jeg har opfordret alle til at være med i a-kasse, selvom det naturligvis er en privatsag. Vi har snakket om de tillægssikringer, man kan tegne, så man får op til 80 procent af sin løn, hvis man bliver ledig, og vi har snakket om opsigelsesvarsler. Vi ved endnu ikke, om alle kan komme med, selvom de personalepolitiske principper i Region Hovedstaden siger, at man følger med sit arbejde ved en fusion. Jeg vil ikke være negativ, men realistisk.

Hvilken betydning har det haft for dig og for dine kolleger, at du har siddet med i følgegruppen?

Jeg mener, at følgegruppen kom for sent i gang. På møderne kunne vi spørge ind til planerne, men når vi spurgte ind til fx tidshorizonten for fusionen og udefunktioner, har vi ikke fået noget klart svar. Jeg håber stadig på, at politikerne ændrer planen, så vi kan bevare mikrobiologi både i Herlev og Hillerød. ▣

"VI KÆMPER FOR AT BEVARE VORES ARBEJDSPLADS"

INTERVIEW

**Ledende bioanalytiker Marion Krontoft,
Klinisk Mikrobiologisk Afdeling,
Hillerød Hospital**

Hvordan ser du på planen om sammenlægning af mikrobiologien?

Jeg undrer mig over, at der overordnet set ikke foreligger hverken faglige, kvalitetsmæssige eller økonomiske begrundelser, der belyser eventuelle fordele ved at samle Hillerød og Herlev i én afdeling. En samling af den kliniske mikrobiologi vil betyde en omfattende transport både af prøver og personale. Udover at være bekosteligt, vil transporten medføre en forsinkelse af prøvesvar, hvilket vil være særligt problematisk ved akutte undersøgelser. Vil der overhovedet være noget sparet på den måde?

Regionspolitikkerne har talt om, at det handler om stordriftsfordele, og somme tider kan det da være fornuftigt nok at rationalisere. Men måden hvorpå analysen er foregået, betragter jeg ikke som den mest optimale. Hvis samtlige mikrobiologiske afdelinger i regionen havde fået lov til at sætte os sammen, kunne vi have fundet frem til relevante besparelser som fx sammenlægning af analyser eller hjemtagninger fra SSI. Nu er det i stedet endt som en kamp om overlevelse. Hvis hele miseren går ud på, at man vil spare en ledelse, kunne det efter min mening have været gjort på en måde, så vores medarbejdere ikke også skulle trækkes gennem dette spil.

Desuden finder jeg det tankevækkende, at man vil skævvride hele den nordlige del af regionen. Hvorfor skal der være mikrobiologi både på Hvidovre og Herlev hospitaler, som ligger med 14 kilometers afstand, mens Nordsjælland med op til 40 kilometer til København ingen mikrobiologisk afdeling skal have?

Kan Hillerød Hospital ikke klare sig uden mikrobiologi, når de får en udfunktion med specialt?

I det udkast jeg har set, er der ikke lagt op til udefunktioner for mikrobiologien. Mikrobiologien handler jo heller ikke kun om analysearbejdet. Vores opgaver er både hygiejne, rådgivning til de kliniske afdelinger, vejledning om prøvetagning og analyse. Fx er det en super ide med de Fælles Akut Modtagelser også kaldt FAMér - men det kræver, at lægerne har adgang til akut mikrobiologi. Jeg finder ikke, at Hospitalsplan 2020 lever op til Sundhedsstyrelsens Specialevejledning for klinisk mikrobiologi. Ved etablering af en fælles akutmodtagelse på Hillerød Hospital skal der på hovedfunktionsniveau være umiddelbar adgang til akutte mikrobiologiske hovedfunktioner i løbet af kort tid. Jeg finder, at denne opgave kun kan løses ved, at der er en klinisk mikrobiologisk afdeling på matriklen.

Hillerød Hospital er desuden udvalgt som et af de fem hospitaler i Danmark, der deltager i projektet "Patientsikkert Sygehus". For at projektet kan gennemføres, kræver det, at der både er en infektionshygienisk enhed og en klinisk mikrobiologisk ekspertise på matriklen, sådan at KMA Hillerød kan sikre høj kvalitet i patientforløbet døgnet rundt. Ved at blive "serviceret af en udefunktion" fra Klinisk Mikrobiologisk afdeling på Herlev Hospital, vil Hillerød have svært ved at nå sit mål.

I er to ledende bioanalytikere i spil til én kommende afdeling. Hvordan takler du den situation?

Jeg prøver at tage uvisheden oppe fra og ned, selvom jeg godt ved, at jobbene ikke hænger på træerne i øjeblikket. Jeg har kun været ledende bioanalytiker siden juni 2010, og da jeg fik jobbet, havde jeg en ambition om at skabe en af landets bedste mikrobiologiske afdelinger, og vi har på vores afdeling nogle fantastiske medarbejdere. Jeg må sige, at mine ambitioner, lige siden jeg tiltrådte, er blevet sat på prøve. Ikke mindst i denne sam-

menhæng. Jeg har heldigvis nogle gode kolleger omkring mig og en god kontaktperson i Direktion. Desuden har jeg oplevet en god sparring på det lederudviklingsprogram, jeg pt. deltager i regionalt.

Hvordan reagerer dine medarbejdere på uvisheden, og hvad gør du som leder for at hjælpe dem?

Det er og har været en meget vanskelig tid, og nogle er mere følsomme end andre. Vi forsøger, at slå koldt vand i blodet. Det er jo ikke i morgen, vi flytter, og der er selvfølgelig også nogle rigtig gode kolleger på Herlev, men vi er da alle sammen bekymrede. Indtil den endelige beslutning er taget, kæmper vi for at bevare afdelingen. Vi tror på det, og det gør Direktion også. Men uvisheden tærer da. Jeg har valgt at være meget åben i hele processen. Jeg fik brevet om fusionen på dagen før julefrokosten, men valgte at vente, til julefrokosten var vel overstået. Straks efter indkaldte jeg til personalemøde, hvor jeg læste brevet højt, og hvor vi aftalte, at hver gang der kom noget nyt, ville vi holde et personalemøde og sende referatet rundt.

Stemningen piskede imidlertid alligevel til. Jeg tog kontakt til direktionen og fik det råd, at få hospitalets psykolog til at deltage i et antal personalemøder. Det har vi benyttet os af og vil gøre det igen, hvis der er behov for det. Vi i ledelsen fremlægger løbende nyt i sagen for medarbejderne, og alle er altid velkomne til at spørge.

Hvad er dine erfaringer fra arbejdet i referencegruppen for projektet om mikrobiologien?

Vi fik to dage til at udarbejde datamateriale for hele afdelingen både for drift og aktiviteter. Resultaterne kan kun blive derefter. Jeg er sikker på, at vi er en af Danmarks bedste og mest effektive mikrobiologiske afdelinger, og det håber og tror jeg på, at vi bliver ved med. ■

"PLANEN GIVER MENING"



INTERVIEW

Ledende bioanalytiker Susanne Pedersen, Klinisk Mikrobiologisk afdeling, Herlev Hospital

Hvordan ser du på planen om sammenlægning af mikrobiologien?

Samlet set giver det god mening at samle regionens mikrobiologi på tre afdelinger. Sidste år afgav vi 20 procent af vores produktion og 7 bioanalytikere til Hvidovre, og vi har allerede modtaget en del analyser fra Hillerød. Jeg kan godt se stordriftsfordele ved at samle et sted. Desuden har vi i forbindelse med den kommende ombygning af Herlev Hospital arbejdet med byggeprojekt, som vil betyde en total automatisering af den klassiske mikrobiologi. Alt det, der nu foregår som håndværk, som fx udsåninger, vil blive automatiseret. Hvis den nye mikrobiologiske afdeling kommer til at ligge her på Herlev, vil vi derfor kunne frigøre hænder til nye molekylærbiologiske metoder og hjemtage analyser, som i øjeblikket udføres på Statens Serum Institut. En anden fordel er, at de funktioner, som vil blive fuldautomatiske, er de samme, som bioanalytikerne i øjeblikket får arbejdsskader af på grund af ensidigt gentaget arbejde.

Men vil automatiseringer ikke betyde, at der bliver brug for færre bioanalytikere end i dag?

Det kan godt være, men den automatisering og sammenlægning, som nu sker for os i mikrobiologien, skete allerede i biokemien for 20 år siden. Vi skal ikke ende som typograferne, men i stedet kigge mod kommunerne til de nye sundhedshuse og kræve plads i FAM'erne. Bioanalytikerne skal ud der, hvor patienterne er og byde ind med vores kompetencer, for vi har rigtig meget at byde på.

Kan akuthospitaler som Hillerød og Bispebjerg klare sig uden mikrobiologi?

Nu er det jo ikke endeligt afgjort, hvor

den samlede afdeling kommer til at ligge. I projektforslaget anbefales det at samle afdelingen på Herlev Hospital, men på seneste regionsrådsmøde blev der spurgt ind til, hvordan styregruppen er kommet frem til den beslutning. Det skal projektgruppen nu redegøre for, så intet er afgjort endnu.

Men ja, jeg mener godt, at akuthospitalerne kan klare sig blot med en udefunktion for mikrobiologi. Det fungerer faktisk allerede i dag, hvor vi fra Herlev i årevis har betjent både Glostrup og Gentofte hospitaler. Tilsvarende har modellen fungeret fra Klinisk Mikrobiologisk Afdeling, Hvidovre Hospital, der har betjent henholdsvis Bispebjerg, Frederiksberg og Amager hospitaler og Klinisk Mikrobiologisk Afdeling på Hillerød i relation til Frederikssund og Helsingør hospitaler. De har en mikrobiologisk speciallæge med på deres konferencer og tilknyttet hygiejnesygeplejersker. Telemedicin skal naturligvis også tænkes ind i arbejdet.

Men kan de nye FAM enheder fungere uden en mikrobiologisk afdeling?

Vi skal sørge for, at bioanalytikerne bliver en del af de klyngekompetencer, som er i en FAM. Der skal være en bioanalytiker, men det behøver ikke være en, der er mikrobiologisk uddannet. Hvis man i en FAM blot har en inkubator til bloddyrking, så man kan stille en diagnose, hvis patienten har blodforgiftning, kan mikrobiologisk afdeling tage over, hvis prøven er positiv. Og den test kan enhver bioanalytiker klare.

I er flere i spil til lederposten i den nye afdeling. Hvordan takler du den situation?

Selvom jeg synes, at planerne giver mening, er jeg da berørt af det. Men hvis det ikke bliver mig, der får stillingen som leder, vil der vel være brug for mig et andet sted, tænker jeg. Eller måske skal jeg så noget helt andet.

Hvordan påvirker situationen dine medarbejdere?

Jamen de er da bekymrede. Vi taler meget om det, og hver gang jeg hører noget nyt, indkalder jeg til et møde. Vi forsøger at kigge på muligheder i stedet for begrænsninger. Vi kan fx snakke om, hvad hvis det nu bliver os, der skal flytte til Hillerød? Hvad vil det værste ved det være, og hvilke udfordringer kan vi se? Bioanalytikerne er bange for at miste deres job, og den snarlige prikkerunde på Hospitalet den 12. april øger bekymringen. Også selvom fyringerne ikke sker i vores afdeling. Men vi skal have is i maven og acceptere, at alle er i spil, for det er vi jo. Det er en bunden opgave, som ikke er sjov, men det skal gøres ordentligt.

Det mest frustrerende er nok, at vi er nødt til at afvente politikernes endelige beslutning og ikke selv kan tage nogen beslutninger inden da. Der er meget lang tid til den 21. juni (*interviewet er fra 7. april red.*).

Hvor mener du, at den fusionerede afdeling skal ligge?

Det er af stor vigtighed, at der er en klinisk mikrobiologisk afdeling på Herlev Hospital. Hospitalet har specialer med en kompleksitet, som ikke findes på andre af Region Hovedstadens hospitaler. Der er mange komplicerede patientforløb eksempelvis i forbindelse med kræftbehandling, hæmatologi og nefrologi, som gør det nødvendigt, at klinikerne har et tæt samarbejde med klinisk mikrobiologi. Nærhedsprincippet får derfor en særlig betydning i forhold til klinisk mikrobiologi og Herlev hospital, hvor det tætte netværk er særligt afgørende for det gode patientforløb. ■

Artikelserie, som stiller skarpt på den betydning, bioanalytikernes analysearbejde har for patienten. Vi hører patienten fortælle om sygdommen og analysens betydning og følger bioanalytikernes arbejde i laboratoriet. Hvis du har gode for-

slag til artikler i serien, hører redaktionen meget gerne fra dig. Mail eller ring til redaktør Jytte Kristensen, jkr@dbio.dk eller 4695 3514.

Anette Lahn Hansen // **journalist**

PROSTATAKRÆFT KAN VÆRE ARVELIG

Mistanken om, at der kan være en sammenhæng mellem arvelig bryst- og æggestokkræft og prostatakræft, har eksisteret i mange år, men nu har lægerne på Sygehus Lillebælt været med til at vise, at det er mere end en mistanke.

Som led i et internationalt forskningsprojekt, IMPACT, tilbyder lægerne en genetisk udred-

ning til både kvindelige og mandlige slægtninge til kvinder med arvelig bryst- og æggestokkræft af typen BRCA1 og BRCA2.

Foreløbig har man i hele det interna-

tionale projekt fundet 300 mænd mellem 40 og 70 år med genmutationen, og dem har lægerne tilbudt et særligt screeningsprogram for prostatakræft.

”Det er kun en mindre del af de samlede tilfælde af prostatakræft, som skyldes kendte arvelige kræftgener, men de er til gengæld vigtige at opdage tidligt, fordi de giver en høj risiko for en aggressiv kræftform.”

Det fortæller professor Palle Osther, fra Urologisk Forskningsenhed på Fredericia Sygehus, som sammen med Klinisk Genetisk Afdeling på Vejle Sygehus har deltaget i IMPACT. Studiet inkluderer også sygehuse i England og Australien.

”Den viden, undersøgelsen har givet os, betyder, at vi nu tilbyder gentest til mænd med arvelig bryst- og æggestokkræft i familien. Har de kræftgenet, kan vi foreslå dem årlige kontroller. På den måde kan vi opdage en eventuel prostatakræft så tidligt i forløbet, at den kan behandles med et godt resultat,” forklarer Palle Osther.

Faktisk havde 11 ud af de 300 mænd med genmutationen prostatakræft i løbet af de første to-tre år af undersøgelsen, også en del af de yngre mænd. Yngre er i den sammenhæng mænd i fyrrerne og halvtredserne.

Fremtidens behandling

Ifølge ledende overlæge Anders Bojesen og professor Sten Kølvråa, Klinisk Genetisk Afdeling i Vejle er det ikke underligt, at både mænd og kvinder udvikler kræft pga. den samme genmutation.

”Formentlig er kønshormonerne en medvirkende årsag til at udløse den arvelige kræft,” forklarer de.

I dag ved de sikkert, at bærere af BRCA2 har en 6-7-doblet risiko for at udvikle prostatakræft.

”Med resultaterne fra IMPACT, har vi måske en forklaring på nogle af de mere aggressive tilfælde af prostatakræft, og vi forsker videre på området. Vi er overbevist om, at der findes andre genmutationer som også giver både arvelig bryst- og ovariecancer og prostatacancer – vi har bare ikke fundet dem endnu,” siger Anders Bojesen og Steen Kølvråa.

Ny behandling på vej

De tre læger understreger, at det ikke er lykken at få fjernet prostata operativt, fordi patienterne ofte bliver impotente og nogle få også inkontinente. Derfor er håbet at finde nye og bedre behandlingsformer i fremtiden.

”Der er en medicinsk behandling på vej med et nyt stof, der virker direkte på BRCA-muterede kræftceller, og den behandling ser meget lovende ud,” fortæller Palle Osther.

”Derfor er BRCA-mutationer inde i kræftcellerne også et af de områder, Sygehus Lillebælt nu går i gang med at forske i,” forklarer Anders Bojesen og Steen Kølvråa.

I et samarbejde mellem forskergrupperne på Fredericia og Vejle Sygehus er der nyligt startet et Ph.D.-projekt med netop dette fokus hos patienter med prostatakræft. ■

Mænd kan have forøget risiko for at få prostatakræft, hvis deres mødre, mostre eller mormødre har arvelig bryst- og æggestokkræft. Det har lægerne på Sygehus Lillebælt været med til at påvise

Anette Lahn Hansen // **journalist**
Lars Aarø og Palle Peter Skov // **foto**

VI HAR EN GENFEJL I FAMILIEN

I Ernst Nissens familie er mange kvinder døde af arvelig mamma- eller ovariecancer. Han havde også selv BRCA2-genet. Derfor var han med i et forskningsprojekt og fik konstateret arvelig prostatakræft i tide

I maj 2009 fik Ernst Nissen konstateret prostatakræft. Han fik fjernet blærehalskirtlen med det samme, og to måneder efter var han på arbejde som kirkegårdsgraver igen.

"Forløbet er faktisk gået helt utroligt glat. I dag ved jeg, at jeg er rask, og at kræften blev taget i tide, så jeg er meget taknemmelig for, at lægerne tog særlig hånd om mig," forklarer Ernst Nissen.

Når lægerne gjorde det, skyldes det en barsk forhistorie. Den 63-årige graver har mistet sin mor, sin mormor og en moster af æggestokkræft. De er alle død i ret ung alder. Da en anden moster også fik brystkræft, opdagede lægerne årsagen til de mange kræfttilfælde i familien.

"Vi har en genfejl i familien. Det hedder et BRCA2-gen, og det kan give både bryst- og æggestokkræft. Derfor blev vi alle sammen tilbudt at få lavet en gentest, så man

kunne se, om sygdommen var gået videre i familien."

Ja til gentesten

Ernst Nissen sagde ja til testen, stærkt tilskyndet af sin kone Ruth, som er sygeplejerske. En medvirkende årsag til det valg var, at lægerne på Klinisk Genetisk Afdeling i Vejle fortalte, at de havde mistanke om, at mutationen kunne forårsage prostatakræft. Det var i 2008.

Gentesten af familien viste, at hans søster slap med skrækken, men både Ernst Nissen og hans bror havde BRCA2-genet, og derfor sagde Ernst Nissen ja til tilbuddet om at deltage i en videnskabelig undersøgelse, hvor lægerne på Urologisk Afdeling i Fredericia ville følge ham én gang om året. (se boks).

Da kræften kom

Ved den første undersøgelse var der ingen grund til alarm. Anden gang var hans PSA- blodprøve steget lidt, så han blev undersøgt nærmere og fik taget 10 vævsprøver fra prostata.

"Det var bestemt ikke behageligt at få taget prostatabiopsierne. Det gjorde virkelig ondt, for de stak 10 gange," forklarer han.

Klinisk Patologisk Afdeling i Vejle fandt kræftceller i to af prøverne, og da Ernst Nissen fik svaret, var han faktisk meget afklaret og parat til at sige ja til behandlingen.

"Jeg tog faktisk diagnosen ret roligt. Jeg var ganske langsomt blevet sporet ind på tanken om, at det kunne ske. Jeg vidste jo også, at prøverne havde været i orden for et år siden, så sygdommen var opdaget tidligt, og som ekstra sikkerhed fik jeg også skannet hele kroppen, uden at der var noget at se andre steder," siger han med et fast blik.

Til gengæld syntes han nok, at det var lidt barsk at høre, at operationen, hvor han fik fjernet prostata, kunne have alvorlige bivirkninger som impotens og inkontinens.

"Tanken om måske at skulle gå med ble resten af livet var i virkeligheden det mest skræmmende for mig, men heldigvis gik det ikke så galt," konstaterer han tilfreds.

Den tunge arv

For parret fra Grindsted er det sværeste ved Ernsts genmutation, at han har gi-



vet den videre til to af sine tre børn. En datter og en søn.

"Det var især synd for vores datter, for hun var gravid, da hun fik det at vide, og hun kunne jo ikke lade være med at tænke på, at hun måske gav den videre til sit barn også. Siden har hun besluttet, at når hun har fået de børn, hun vil have, så skal hun have fjernet æggestokkene forebyggende og brystscreenes hvert år. Risikoen for kræft på grund BRCA2-genet er for stor til ikke at gøre noget," fortæller Ruth Nissen.

"Vores søn har fået at vide, at han først behøver at gå til screening, fra han fylder 40 år, og det vil han tage imod. Han har jo også mig som eksempel på, at det ikke behøver at være så slemt, hvis han får sygdommen," understreger Ernst Nissen. □

FØLSOMT HÅNDARBEJDE

Bioanalytikerne på Klinisk Patologisk Afdeling på Vejle Sygehus – en del af Sygehus Lillebælt, modtager flere og flere prostatabiopsier. Fra 2002 er antallet af rekvisitioner pr. år steget fra 146 til ca. 600 patienter. En firedobling.

Antallet af prostatabiopsier vokser, og det kan bioanalytikerne på Klinisk Patologi i Vejle godt mærke. Det er en arbejdskrævende proces at gøre biopsierne klar til mikroskopi, og som regel er der ekstra tidspres på for at leve op til kræftpakkernes deadlines

Prøverne kommer dels fra sygehusene i Fredericia og Horsens, dels fra Friklinikken i Give og privathospitalet Mølholm.

Når pilen er så voldsomt opadgående, er det fordi, der er kommet mere bevidgenhed på sygdommen både blandt læ-

ger og patienter, og at de praktiserende læger henviser flere på baggrund af egne undersøgelser og let forhøjede PSA-værdier hos patienterne. Forskningsprojektet IMPACT bidrager også lidt til det stigende antal prostatabiopsier, for i projektet følger lægerne mænd med BRCA2-mutationer nøje, for at se om de udvikler prostatakraft.

”Det er vigtigt at holde sig for øje, at man altså ikke må tage det stigende antal prøver som udtryk for, at der er mange flere, der får prostatakraft end tidligere. Det er antallet af udredninger generelt, der vokser, og heldigvis er mange prøver helt normale,” forklarer overlæge Birthe Østergaard, Klinisk Patologisk Afdeling.

Det er hende, der sætter øjnene til mikroskopet og afgiver det endelige svar, når bioanalytikerne har præpareret og

farvet de mange præparatglas. Der er mellem 12 og 36 på hver patient, og hun panorerer rutineret henover dem, mens hun skifter objektiv og dermed forstørrelsen op og ned.

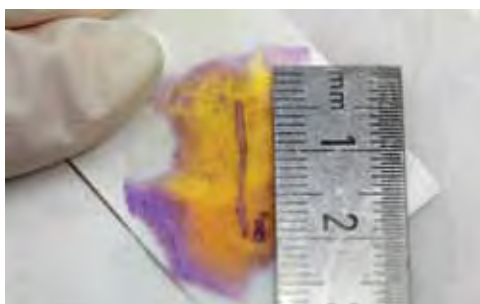
”Når man er vant til det, springer forandringer i immun-farvningerne let i øjet, som her,” siger hun og viser forskellen på normale celler og kræftceller.

I gennemsnit tager det vel et kvarter pr. patient at kigge præparaterne igennem, men nær så hurtigt er det ikke at gøre præparaterne klar til mikroskopi. Det er en arbejdskrævende proces, og hovedparten af arbejdet er håndarbejde.

Fokus på pakkeprøver

Bioanalytiker Hanne Rasmussen, Klinisk Patologi, har lovet at guide dbio's udsendte igennem arbejdsprocessen for prostatabiopsier.

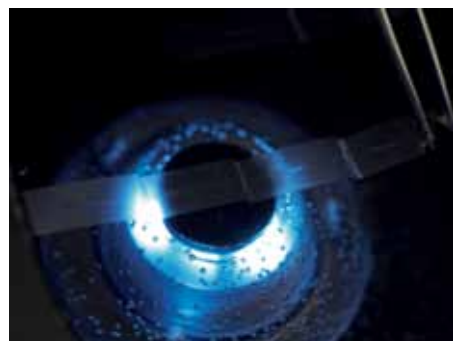
Biopsien ligger klar til indstøbning i paraffin.



Først måles præparatet op og farves med en dråbe Hæmatoxylin, så de næsten farveløse biopsier bliver lettere at se.



Bioanalytiker Lene Søby Hansen skærer paraffinblokkerne på Microm Cool Cut, som har indbygget et lille vandbad.



Hanne er 58 år og uddannet på Patologisk Afdeling i Nykøbing Falster, har været en tur omkring Randers, og hun har arbejdet på Klinisk Patologisk Afdeling i Vejle siden 1996. I dag arbejder hun i histo-laboratoriet og har desuden flow-cytometri på knoglemarv som speciale.

Når det gælder prostatabiopsier modtager bioanalytikerne typisk 10-12 grovnålsbiopsier på hver patient, og de giver dem et lab-nummer og evt. en særlig "pakkemærkat", hvis der er tale om en prøve fra kræftpakken. Det betyder, at svaret skal være afgivet senest på dag tre.

"Vi er nødt til at markere prøverne, så vi kan kende dem, for vi skal selvfølgelig leve op til kravet om hurtigt svar," siger Hanne.

Prostatabiopsierne modtages opklæbet på millipore-papir i prøverør, der er tilsat neutralbufferet formalin, som fikserer vævet. Her skal prøven stå i mindst 12 timer, og større prøver fikseres i længere tid.

Det er nødvendigt af hensyn til standardiseringen af immunfarvningerne.

Når bioanalytikerne begynder præpareringen af prostatabiopsierne, tager de

først millipore-papiret med biopsierne op af prøverøret og måler præparatet op. Biopsierne er 5-30 mm lange og 0,5-1,6 mm tykke og næsten farveløse. Derfor farver de dem med en dråbe Hæmatoxylin, så de bedre kan se dem.

Nålebiopsierne tages af millipore-papiret og lægges i hver sin kapsel. Den er lyserød, så den er let at kende i den videre arbejdsproces.

"Nu skal vi have vandet ud af prøven og erstattet det med paraffin. Det sker ved hjælp af stigende procenter alkohol – via Estisol 220, som er en vegetabilsk olie, til flydende paraffin i vores Tissue-Tek Vip," forklarer Hanne.

Håndstøbning

Næste proces er at støbe prøven ind i paraffin. I Vejle støbes hovedparten af de histologiske prøver i dag automatisk ind i paraffin, men prostatabiopsierne indstøbes stadig i hånden.

Indstøbningen forgår i et lille metal-kar. Forsigtigt tager Hanne med en pincet, den lille vævspølse op af kapslen og lægger den glat ud i bunden af metal-karret. Karret står på en lille varmepla-

de, og der er lidt varm paraffin i bunden, så trækker hun karret over på en kuldeplade, så biopsien sætter sig fast.

"Jeg lægger den så strakt som muligt lige i midten af karret. Den skal endelig ligge helt plant, så vi får det bedste resultat ud af skæringen," siger hun.

Nu sætter hun karret på kølepladen, så paraffinen størkner og herefter fyldes op med paraffin, dernæst trykker hun den lyserøde kapsel ned i paraffinen, så der er både hold på klodsen og identifikation. Herefter skal den stivne.

Når klodsen er klar til skæring, foregår det på en særlig skæremaskine, en Microm Cool Cut, som har indbygget et lille vandfald. Når bioanalytikeren har skåret et snit, havner det på en sliske og glider stiltfærdigt ned i et lille kar med varmt vand, hvor det kan flyde, mens det strækker sig helt ud uden folder.

Stor koncentration

Bioanalytiker, Lene Søby Hansen, der sidder og skærer i dag, arbejder meget koncentreret. Først skærer hun overskydende paraffin af med tynde snit, indtil hun kommer ind, hvor biopsien træder klart og tydeligt frem. Herefter skærer hun to snit på 3-3,5 µm, skærer sig længere ned (30-50 µm), tager to snit fra det midterste niveau og skærer længere ned til det tredje og sidste niveau, hvor hun også tager to snit.

"Du kan se, at det er virkelig følsomt håndværk at finde de korrekte snit, og det vigtigste er, at hele biopsien er repræsenteret i de snit, vi laver. Det kræver stor koncentration og øje-hånd koordination, for det kan ikke gøres om," forklarer Hanne.

En glasprinter som hjælp

Når biopsierne har strakt sig lidt, lægges de forsigtigt over på præparatglassene. De er i forvejen printet med glasnummer og strejkode på i en særlig glasprinter, som anvender UV-lys. En Tissue-Tek Autowriter.

"Det er nok noget af de bedste, vi har fået i mange år. Printerne betyder, at vi ikke længere skal sætte etiketter på glassene. Glassene har rundede hjørner, og det gør, at de glider lettere ind i maskinerne, når vi skal sætte film på," forklarer Hanne.

"Jeg er glad for håndarbejdet, men er meget tilfreds med, at det nu er koncen-

Snittene lægges på objektglas og er nu klar til farvning.



De ultratynne snit glider via en sliske ned i vandbadet, hvor de strækker sig ud uden folder.



treret om selve prøvehåndteringen og ikke alt trivialarbejdet,” understreger Hanne.

Efter en kort tørring er næste proces en HE-farvning (oversigtsfarvning) af præparaterne. Dernæst tages stilling til, hvilke præparater der er behov for immunfarvning på.

Maskinerne tager over

Den immunhistokemiske farvning sker i den anden ende af laboratorielokalet. Jo tættere man kommer på de fem store Bench Mark Ultra, jo mere lyder laboratoriet som en klinisk biokemisk afdeling.

”De suser, bipper og larmer – men de er meget effektive. Da resten af vores arbejde er meget stilfærdigt, har vi lige skullet vænne os til at have støjende maskiner i rummet,” forklarer Hanne.

”Nu bliver vi vist nødt til at kalde på hjælp til forklaringen, for arbejdsopgaven med at betjene dem er specialiseret

og forbeholdt 7-8 bioanalytikere, som har det som speciale. Det går jo ikke, at jeg siger noget forkert.”

Bioanalytiker, Lene Søby Hansen, fortæller, at hver maskine kan farve 30 glas ad gangen. Det tager ca. tre timer pr. farvning, og maskinen lyser grønt på ledige pladser, gult på optagede pladser, og blinker, når prøven er færdig. På den måde kan hun kontinuerligt fylde op på tomme pladser.

Alle prostata-pakke patienterne farves P63 Racemase på maskinen – med det nødvendige panel af antistoffer til denne farvning.

Kort fortalt er teknikken, at apparatet lægger en oliefilm på præparatglassene for at undgå fordampning af antistofferne. Ved hjælp af en blæser løftes olielaget ganske lidt op, så der kan tilsættes antistoffer og farve under olien. Samtidig ”rører” luftstrømmen i blandingen, så farvningen bliver jævn over hele præparatet.

Efter endt farvning skal oliefilmen skylles omhyggeligt af i rindende vand tilsat sulfo.

”Herefter skal glassene bare dehydreres og have dækglas på. Det foregår på en maskine, og så er de klar til at blive lagt på bakker til lægen,” forklarer Lene.

Det sidste, bioanalytikerne gør, er at tjekke kontrollerne på immunglassene og at dobbelttjekke blok og glasnumre samt stregkoden endnu en gang, så de er helt sikre på, at alle præparater på bakken stammer fra samme patient, og at de har alle vævsprøver repræsenteret med de korrekte snit.

”Sikker identifikation er det allerstørste must i vores arbejde. Selvom vores overlæge også kontrollerer, hvad hun ser på, så har vi et betydeligt ansvar for, at patienten får den rigtige diagnose. Det kan jo betyde forskellen på diagnosen prostatakræft eller frikendt,” understreger Hanne. ■

Bioanalytiker Hanne Rasmussen fodrer printermaskinen, som selv sætter glasnumre og stregkoder på.



Når bioanalytikerne har tjekket kontrollen på immunglassene og dobbelttjekket blok- og glasnumre samt stregkoder endnu en gang, er præparaterne klar til mikroskopering.



Projektglassene får en immun-histokemisk farvning i en stor Bench Mark Ultra. En farvning tager tre timer.

Overlæge Birthe Østergaard mikroskoperer.



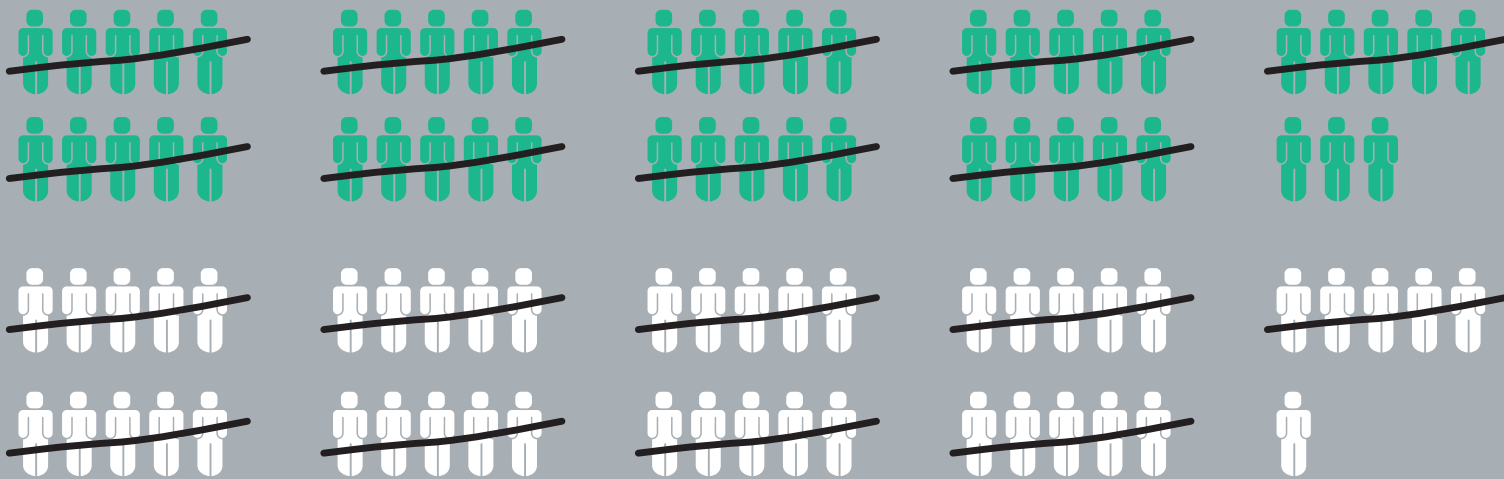
Troponin I
CKMB
Myoglobin
βhCG
CRP
NT-proBNP
D-dimer
Troponin T

Laboratoriekvalitet til fingerspidserne POC

Det nye AQT90 FLEX immunoassay apparat

- Analyse af hjerte-, koagulations-, infektions- og graviditetsmarkører fra en enkelt prøve
- Overlegen analytisk præcision
- Måler på fuldblod eller plasma – ingen prøveforberedelse
- Automatiseret opblanding og måling
- Alle prøver bliver udført parallelt – op til tredive prøver i timen
- Ingen kontakt med blod eller affald
- Fuld dataudveksling

Simpler, faster, better



48 ud af 94 ledige er nyuddannede

I marts 2011 var der på landsplan 94 bioanalytikere berørt af ledighed, heraf var de 48 dimittender. Ledighedsprocenten er 1,04 – højest i Hovedstaden med 1,65 procent ledige svarende til 52 personer. Lavest i Syd-

danmark med 0,11 svarende til tre personer. Også for dimittenderne er det sværest at finde arbejde i Hovedstaden. 26 af de 48 ledige bor i Hovedstaden. Syddanmark har ingen ledige dimittender overhovedet.

"Ledige skal udnytte deres netværk"

I marts 2011 var 40 bioanalytikere ud af de 82 dimittender, som Danske Sundhedsorganisationers Arbejdsløshedskasse, DSA har optaget i 2011, stadig ledige. Hanne Hoffmann er selv uddannet bioanalytiker og arbejder som jobkonsulent i DSA. Hun har dagligt kontakt med ledige bioanalytikere.

? Hvordan oplever du som jobkonsulent i DSA situationen på arbejdsmarkedet for de nyuddannede bioanalytikere?

De kommer i arbejde, for der er stadig en rotation på bioanalytikernes jobmarked. Men der kan godt gå halve år, før det lykkes

dem, og det er de unge ledige naturligvis meget frustrerede over.

? Hvad skal de unge gøre for at få job?

Netværk og erhvervs erfaring er de allervigtigste faktorer, når det gælder om at få job. Selv inden for det offentlige, hvor ledige stillinger skal slås op, viser undersøgelser, at 60 procent af stillingerne bliver besat via netværk. Og netværk skal ansues bredt. Det kan fx være det sted, de har været i praktik under uddannelsen, eller en afdeling, hvor deres studiekammerater har fået job. De nyuddannede, som har haft studiejob eller anden erhvervs erfaring, har desuden nemmere ved at komme ind på arbejdspladserne. Studiejob som smager af bioanalytiker er naturligvis allerbedst, men et job i Netto har



dbio HAR TALT MED
JOBKONSULENT HANNE HOFFMANN



LEDIGHEDSBERØRTE DIMITTENDER MARTS 2011

	Hovedstaden	Midtjylland	Nordjylland	Sjælland	Syddanmark	I alt faggruppe
Bioanalytiker	26	8	4	9		48
Ergoterapeut	47	59	34	19	48	209
Fysioterapeut	47	43	12	2	32	137
Jordemoder	11	9	3		9	33
Radiograf	8		7	2	10	28
Sygeplejerske	216	163	73	70	106	631
I alt region	355	282	133	102	205	1.086

KILDE: DSA:DK

LEDIGE JOB PÅ ELEKTRONISKE JOBBASER

OPTALT 12.04.2011

Bioanalytikerjob.dk, regionernes egen side, har 8 ledige stillinger, heraf 1 vikarstilling og 2 stillinger i Grønland

Ofir.dk 11 stillinger heraf to vikarstillinger og 1 stilling i Grønland

dbio.dk 5 stillinger heraf 1 i Grønland og 1 i Norge

FAKTA

I januar 2011 blev i alt 115 bioanalytikere færdige med deres uddannelse fra skolerne i København, Næstved og Århus.

70 dimittender er medlemmer af Danske Bioanalytikere

82 dimittender er medlemmer af DSA

også værdi. Det viser, at de har erfaring med at begå sig på en arbejdsplads.

? Hvad råder du de ledige til?

Jeg siger til de unge, at de skal forsøge at få et løntilskudsjob på et sygehus, dvs. et job, hvor noget af deres løn betales af staten. De ledige skal kontakte arbejdsgiveren fx den ledende bioanalytiker i en afdeling, og tilbyde, at de kan indgå i et løntilskudsjob. Et sådant job er oven i normal normering, og den nyuddannede har ca. 130 kroner i timen med sig, så det er ikke særligt dyrt for afdelingen at hjælpe en ledig i gang. Hvis arbejdspladsen siger ja, går den ledige i jobcenteret, som så godkender arbejdspladsen. Selvom der er ansættelsesstop i flere af regionerne, er der stadig nogle hospitaler, der har særlige puljer, de kan benytte til fx at ansætte en i løntilskud. Et job med løntilskud varer maks et år, og typisk 3-6 måneder. Nogle er så heldige, at de får et fast job bagefter

De unge skal imidlertid passe på ikke at blive et irritationsmoment. Lederne har meget travlt, så hvis den ledige møder personligt op eller bare ringer op, kan det være ubelejligt. I stedet skal de sende en uopfordret ansøgning, hvor de skriver, at de har mulighed for løntilskud, og så følge op bagefter.

? Er der andre muligheder?

Jobrotation er en anden mulighed, som jeg ved, at en del sygeplejersker bruger. Ved jobrotation kan man sende en ansat på kursus eller efteruddannelse, og i stedet fx tage en nyuddannet med fuld lønkomensation, når de søger jobrotationspuljen i Arbejdsmarkedsstyrelsen. Hvis nogle ledende

bioanalytikere er interesserede i det, kan de kontakte det pågældende jobcenter eller os jobkonsulenter i DSA.

? Hvad tænker de nyuddannede ledige om deres jobmuligheder?

De nyuddannede er meget energiske. De vil rigtigt gerne ud og bruge deres uddannelse. Vi har ingen, som er ledige, fordi de ikke vil arbejde! Men hvis de ikke inden for nogle måneder efter de er færdiguddannede har fået et arbejde, så tager de en ny uddannelse. Typisk bygger de ovenpå uddannelsen med en kandidatuddannelse.

? Er de parate til også at søge arbejde i udlandet. Fx er der jo næsten altid ledige bioanalytikerjob i Grønland?

Job i Grønland er en stor mundfuld for en nyuddannet, så det er ikke noget, jeg generelt anbefaler dimittenderne. Men hvis de selv meget gerne vil, skal de da prøve at søge.

? Formidler a-kassen også selv job?

Ja, det gør vi. En ledende bioanalytiker kan ringe til os, hvis hun har brug for en bioanalytiker. Så finder vi en ledig, som matcher jobbet. Det er mest i Region Hovedstaden, at lederne er opmærksomme på muligheden, men vi kan hjælpe i hele landet.

? I jobdatabaserne er der pt. kun 11 stillingsopslag for bioanalytikere. Mener du, at der i realiteten er flere job derude?

Nej, det er nok et realistisk udtryk for, hvad der er at søge. □

Mobil CT på neurointensive afsnit er muligt

Abstract:

Intrahospital transportation can be complicated and hazardous. Mobile computerized tomography (CT) head scanning in the neurointensive care unit is a new technique that minimizes the need to transport unstable patients. Even small changes in physiological parameters can be detrimental for the patient and cause secondary injury and thus affect the patient's prognosis. The portable CT-scanner in the neurointensive care unit holds great potential, but the high price level may put restrictions on its distribution.

Intrahospital transport er kompliceret, risikobetonet og resourcekrævende. En ny type mobil CT-scanner tillader opfølgende CT-scanninger af den neurointensive patient uden flytning og intrahospital transport.

CT-scanning af cerebrum er et vigtigt redskab til diagnostik og monitorering af den neurointensive patient. Der indlægges årligt ca. 4000 patienter på de neurointensive afsnit i Danmark, hvoraf størsteparten vil få foretaget en eller flere CT-scanninger [1,2].

Idet hjernens neuroner har høj følsomhed over for iltmangel kan selv små ændringer i ventilation, blod- og intrakranielt tryk øge risikoen for sekundær iskæmisk hjerneskade og være livs- eller førlighedstruende for patienten. [3,4]. Den mobile CT-scanner tillader opfølgende scanninger af patienten i sengen

på det neurointensive afsnit. Patienten undgår derved flytning og intrahospital transport [5,6]. Desuden lettes scanningsproceduren, da der ikke skal tilkaldes et anæstesihold, der kan ledsage patienten til og fra den stationære CT-scanner.

Denne statusartikel er en opsummering af et MTV-projekt, der beskriver indførsel af en mobil CT-scanner (CereTom®, USA) på neurointensivt afsnit i Danmark. MTV-projektet er udført på Den Sundhedsfaglige Kandidatuddannelse, Aarhus Universitet, med en systematisk litteraturgennemgang og et studiebesøg på Neurointensivt afsnit, Linköping Universitetshospital, Sverige.

Risiko ved intrahospital transport

Der er ikke evidens for, at intrahospital transport selvstændigt har sundhedsmæssige konsekvenser for det langsigtede sygdomsforløb for patienter med cerebral skade. Der er omvendt stor sandsynlighed for, at der potentielt kan tilståde komplikationer som følge af transporten [7,8].

Flere studier har påvist, at intrahospital transport af disse patientgrupper kan være kompliceret, risikobetonet og resourcekrævende. Risikoen for utilsigtede hændelser og sekundær hjerneskade øges [7,8,9,10].

Mobil CT-scanner på neurointensivt afsnit

Anvendelse af den mobile CT-scanner beskrives på baggrund af observationer foretaget på Neurointensivt Afsnit, Linköping Universitetshospital, Sverige.

Forberedelse til mobil CT-scanning sker ved, at patienterne trækkes ca. 40 cm op i deres senge, således at deres hoved hviler på en påmonteret kulfiberstøtte udover hospitalssengens hovedende. Montering af støtten på sengen, og lejring af patienten tager 10-15 min. og foretages af plejepersonalet. Patienterne ligger med hovedet rettet mod centrum af lokalet for at lette proceduren [11].

Når patienten er lejret, køres den mobile CT-scanner ind på stuen. Apparatet sænkes, så den hviler på to larvefodder af gummi, og patientens hoved føres ind i scannerens gantry-åbning. Apparatet bevæger sig automatisk i en lineær bevægelse under scanningen.

Den mobile CT-scanner styres fra en bærbar computer i en afstand af ca. 10 meter. Såfremt det vurderes relevant, observeres patienten under undersøgelsen af en intensivsygeplejerske. Hele CT-scannings proceduren tager 20-25 min. [1].

Den mobile CT-scanner vejer 362 kg og er forsynet med både



**Af cand. scient. san
forskningsbioanalytiker // Majbritt Frost
Aalborg Sygehus
Kræft- og Diagnostikcenter
Nuklearmedicinsk Afdeling**

Medskribenter:

Susanne Stenkær¹, Simone Kellenberger¹
og Lars Ehlers²

¹⁾ Den sundhedsfaglige kandidatuddannelse Aarhus Universitet, og ²⁾ Erhvervsstudier, Aalborg Universitet.



Den mobile scanner findes på flere europæiske hospitaler, men endnu ikke i Danmark. Fotoet er taget på Linköping Universitetshospital i Sverige, hvor artiklens forfatter og medforfattere har været på besøg for at observere scanneren i brug.

hjul og larvefødder. CT-scanneren skal være tilsluttet lysnettet mellem undersøgelserne, men kan foretage 4 undersøgelser efter hinanden på opladelige batterier. CT-scanneren udsender støj fra en nødvendig ventilationskøling. Denne støj kan ikke afbrydes, hvilket begrænser brugen af det lokale, hvor scanneren opbevares. Scanneren skal dagligt kalibreres, hvilket medfører udsendelse af ioniserende stråling. Dertil kræves der ikke særlige bygningsforhold, men nødvendiggør et selvstændigt lokale til scanneren. Scanneren er 73 cm i bredden, 134 cm i længden og 153 cm i højden, og kan derfor komme igennem døre, gange og elevatorer på hospitalerne.

Strålerisiko

Gunnarsen et al. fandt, at CT-scanningsundersøgelser udført med en mobil CT-scanner (Tomoscan M: Phillips Medical Systems, Holland) tildelte patienten den dobbelte stråledosis i forhold til samme undersøgelse udført på en stationær CT-scanner [12]. CT-scanning, der udføres på neurointensivt afsnit, medfører desuden, at medpatienter og personale udsættes for spredt ioniserende stråling. Strålingsrisikoen nedsættes betydeligt ved afskærmning med blyskærme omkring strålekilden og brug af blyforklæder samt thyreoidabeskyttelse til personalet. Overholdelse af disse retningslinjer bevirker, at personalet kun modtager en ubetydelig stråledosis i sammenligning med den naturlige baggrundsstråling i Danmark [12,13,14,15].

Den mobile CT-scanner er endnu ikke indført i Danmark, men anvendes andre steder i Europa [12]. Den mobile CT-scanner er godkendt i forhold til de fælleseuropæiske krav til apparaturer (CE-mærket), hvilket er lovkrav for apparaturanvendelse i Danmark. For at kunne anvende en mobil CT-scanner i Danmark kræves der en formel godkendelse af Statens Institut for Strålebeskyttelse (SIS) samt en MTV [13].

Sundhedsgevinsten ved den mobile CT-scanner?

Formålet med neurointensiv behandling af patienter med er-

hvervet hjerneskade er bl.a. at undgå sekundære skader. Patienten vil derved få de bedste forudsætninger for en god neurorehabilitering.

Behandlerne må i den enkelte patients tilfælde opveje fordele ved en CT-scanningsundersøgelse overfor den potentielle risiko, der er forbundet med at udsætte den intensive patient for transport til en stationær CT-scanner [3,4]. Det vil være vanskeligt at iagttage en forbedret sundhedsgevinst, da patientgruppen er heterogen og hvert patientforløb individuelt [16]. Sundhedsgevinsten for patientgruppen vil med overvejende sandsynlighed ikke kunne måles eller iagttages direkte.

Patienter, som pga. deres sygdomstilstand bliver vurderet for dårlige til at undergå en intrahospital transport, vil med denne teknologi få mulighed for at få foretaget en CT-scanning. Den mobile CT-scanner kan også finde sin anvendelse som opfølgende billeddiagnostisk redskab i forbindelse med visse typer operationer, såsom CT-angiografi og undersøgelser for blodgennemstrømning i hjernen (CBF-undersøgelser) [17].

Økonomiske overvejelser

Patienter fra neurointensivt afsnit har på nuværende tidspunkt kun mulighed for at få foretaget en CT-scanning på Radiologisk afdeling. Den mobile CT-scanner kan her være et alternativ til den stationære CT-scanner.

Tidligere studier har konkluderet, at omkostningerne var højere for den mobile CT-scanner versus den stationære CT-scanner [18]. Dette fund blev bekræftet i den refererede MTV-projektrapport. Ved indførelse af den mobile CT-scanner på et neurointensivt afsnit blev omkostningerne pr. undersøgelse opgjort til ca. 2.646 kr. under antagelse af, at der blev udført 500 scanninger pr. år. Dette er ca. 1.720 kr. mere i forhold til en CT-scanning foretaget med en stationær CT-scanner. Omkostningerne pr. undersøgelse var især afhængig af antallet af CT-scanninger, samt de faste omkostninger [1].

Set i et samfundsmæssigt perspektiv formodes det, at der vil >

være besparelser på længere sigt. Dette til trods for, at den mobile CT-scanner umiddelbart har en højere omkostningsseffektivitetsratio. Fravær af komplikationer hos patienten medfører formentlig et bedre rehabiliteringsresultat, hvilket er en gevinst for både patient og samfund [19,20].

Konklusion

Ved indførelsen af en mobil CT-scanner kan billeddiagnostisk undersøgelse af cerebrum til patienter med erhvervet hjerne-skade, tilbydes direkte på det neurointensive afsnit. Fordelen skal opvejes mod de øgede økonomiske omkostninger og den øgede strålerisiko. ■

Ovenstående artikel bygger på en større litteraturgennemgang end litteraturlistens angivne 20 numre. En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatterne.

Taksigelse til Neurointensivt afsnit, Århus Sygehus, Nørrebro-gade.

ARTIKLEN HAR TIDLIGERE VÆRET BRAGT I UGESKRIFTET (REFERENCEN ER: UGESKR LÆGER 2011;173(4):277-279).

FAKTA

- Intrahospital transport er kompliceret, risikobetonet og ressourcekrævende. Ændring i ventilation, blod- og intrakranielt tryk giver risiko for sekundær cerebral skade og kan være livs- eller førlighedstruende for patienten.
- En nyudvikling er en mobil CT-scanner, der tillader opfølgende CT-scanninger af den neurointensive patient uden flytning og intrahospital transport.
- CereTom® er en 8 slice CT-scanner med gantry-åbning på 32 cm. Den er 73 cm i bredden, 134 cm i længden og 153 cm i højden. Den vejer 340 kg, er let manøvrerbar og er monteret med både hjul og larvefodder. Den kan foretage ca. 4 undersøgelser efter hinanden på opladelige batterier. Softwaren er kompatibelt med Picture Archiving Communication System (PACS).
- Fordelene ved indførelse af en mobil CT-scanner skal opvejes imod de øgede økonomiske omkostninger og den øgede strålerisiko.

Litteraturliste:

- 1 Frost M, Kellenberger S, Stenkær S et al. *Indførelse af mobil CT-scanner på Neurointensivt afsnit*, Århus Sygehus. En Medicinsk Teknologivurdering. December, 2007. Den Sundhedsfaglige Kandidatuddannelse, Aarhus Universitet.
- 2 Engberg AW, Teasdale TW. *Epidemiology and treatment of head injuries in Denmark 1994-2002*, illustrated with hospital statistics. Ugeskr Læger 2007 Jan 15;169:199-203.
- 3 Eskesen VN. *Traumatic brain injury- pathophysiology and clinic seen from a neurosurgical point of view*. Ugeskr Læger 2007;169:208-10.
- 4 White H, Venkatesh B. *Cerebral Perfusion Pressure in Neurotrauma: A Review*. Anesth Analg 2008;107:979-88.
- 5 McCunn M, Mirvis S, Reynolds N, Cottingham C. *Physician utilization of a portable computed tomography scanner in the intensive care unit*. Crit Care Med 2000;28:3808-13.
- 6 http://www.neurologica.com/index.php?option=com_content&task=view&id=1&Itemid=69/ neurologica/28.nov.2007
- 7 Helmy A, Vizcaychipi M, Gupta AK. *Traumatic brain injury: intensive care management*. Br J Anaesth 2007;99:32-42.
- 8 Papson JP, Russell KL, Taylor DM. *Unexpected events during the intrahospital transport of critically ill patients*. Acad Emerg Med 2007;14:574-7.
- 9 Bercault N, Wolf M, Runge I, Fleury JC, Boulain T. *Intrahospital transport of critically ill ventilated patients: a risk factor for ventilator-associated pneumonia-a matched cohort study*. Crit Care Med 2005;11:2471-8.
- 10 Lahner D, Nikolic A, Marhofer P et al. *Incidence of complications in intrahospital transport of critically ill patients--experience in an Austrian university hospital*. Wien Klin Wochenschr 2007;119:412-6.
- 11 Dahl Å, Nyberg H, Edell-Gustafsson U. *Nurses' clinical experiences of the inverse bed position on a neurointensive care unit - a phenomenographic study*. Intensive and Critical Care Nursing 2003;19:289-98.
- 12 Gunnarsson T, Theodorsson A, Karlsson P et al. *Mobile computerized tomography scanning in the neurosurgery intensive care unit: increase in patient safety and reduction of staff workload*. J Neurosurg 2000;93:432-6.
- 13 <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=11438&exp=1/sundhedsstyrelsen/29.nov.2007>
- 14 http://www.sst.dk/upload/bekendtg_823_ocr.pdf /Sundhedsstyrelsen/29. November 2007
- 15 *Managing patient dose in computed tomography*. International Commission on Radiological Protection - Elsevier; 2000. Report No.:87.
- 16 Turner-Stokes L, Disler PB, Nair A, Wade DT. *Multi-disciplinary rehabilitation for acquired brain injury in adults of working age*. Cochrane Database Syst Rev 2005 Jan 20;3.
- 17 Hillman J, Sturnegk P, Yonas H et al. *Bedside monitoring of CBF with xenon-CT and a mobile scanner: a novel method in neurointensive care*. Br J Neurosurg 2005;19:395-401.
- 18 Mayo-Smith WW, Rhea JT, Smith WJ et al. *Transportable versus fixed platform CT scanners: comparison of costs*. Radiology 2003;226:63-8.
- 19 Berg J. *Economic evidence in trauma: a review*. Eur J Health Econ 2004 Oct 5; Suppl 1:84-91.
- 20 Engberg AW, Liebach A, Nordenbo A. *Centralized rehabilitation after severe traumatic brain injury--a population-based study*. Acta Neurol Scand 2006;3:178-84.

På vej mod nye visioner

Om et år, i juni 2012, holder Danske Bioanalytikere kongres, og til den tid skal Hovedbestyrelsen forelægge nye visioner og mål for den kommende kongresperiode for de delegerede. HB indledte på dette møde diskussionen af "Vision-Mål 2012". Næste drøftelse bliver på HB-mødet efter sommerferien.

Hvis du som medlem har forslag til visioner eller mål, som du mener, at din fagforening skal arbejde for, er du meget velkommen til at maile eller ringe til organisatorisk chef Torben Jensen på tje@dbio.dk eller 46953504. Torben Jensen vil så bringe forslaget videre til HB.

HB-møder får kvalitetstjek

Ligesom enhver sygehusafdeling underlægges kvalitetsakkrediteringer, har Hovedbestyrelsen nu også i spørgeskemaform evalueret deres egne møders indhold og form. Undersøgelsen viser, at HB-medlemmerne er tilfredse med, hvor stort fokus der lægges på de tre hovedområder; det arbejdsmarkedspolitiske, det faglige og det organisatoriske stof. Hvad angår mødernes form, efterspurgte 60 procent i undersøgelsen flere temadrøftelser og foredrag om faglige emner fra eksterne foredragsholdere. HB gav dog udtryk for, at møderne det sidste halve år har opfyldt ønsket om fagligt input udefra. Hvis møderne fortsætter på den måde, er der ikke længere et problem. Undersøgelsen viste desuden, at et flertal af HB efterspørger en strammere mødestyring. Det udsagn fik gang i diskussionen i HB. For er det alene ordstyrerens ansvar at styre et møde? Slutkonklusionen blev, at alle såvel medlemmer af HB som ordstyrer har et fælles ansvar for en god mødedisciplin.

Stort ja til OK-resultat

Resultatet fra afstemningen om overenskomstresultatet blev offentliggjort den 29. marts, dagen før HB-mødet.

HB-medlemmerne udtrykte glæde over, at så stort et flertal af medlemmerne siger ja til den nye overenskomst på regionsområdet. 91,3 pct. stemte således ja, 5,0 pct. nej og 3,6 pct. stemte blankt. Stemmeprocenten på 49,5 er dog noget lavere end i OK08, hvor den lå på 68 pct.

Resultatet for hele Sundhedskartellet er også et markant ja. Her stemte 90,8 pct. ja, 5,4 pct. nej og 3,8 pct. stemte blankt. Sundhedskartellet's stemmeprocent er på 45,4 pct. Den nye overenskomst træder i kraft fra den 1. april 2011. Se også side 24 for mere om OK11 bl.a. om resultatet på statens område.

dbio og FOA forhandler

I slutningen af 2010 opsigde FOA den samarbejdsaftale, som Danske Bioanalytikere og FOA indgik i 2004. Aftalen betød, at FOA anerkendte dbios ret til at forhandle for og organisere alle, der ansættes som laboranter på dbios overenskomstområde. Også de som er uddannet social- og sundhedsassistenter. Nu forhandler de to organisationer om at indgå en ny, lignende aftale, efter at de har indgået forlig i den sag, som var årsagen til FOAs opsigelse.

Opsigelsen bundede i en konkret sag fra Aalborg, hvor et større antal social- og sundhedsassistenter blev ansat som laboranter. I stillingsopslaget blev der søgt efter social- og sundhedsassistenter, og det fremgik ikke af teksten, at de ville blive ansat som laboranter under dbios overenskomst. Sagen blev afsluttet med et forlig om, at de 10 social- og sundhedsassistenter i Aalborg forbliver på FOAs overenskomst.



6 ud af de 8 nye arbejds-skader i 2010 drejer sig om skader på led, sener og muskler især i nakke, skulder, arm, hånd og lænd.

Oplæg om professionsidentitet

Indtil dbios kongres i juni 2012 kan bioanalytikernes arbejdspladser stadigvæk kvit og frit rekvirere et dialogmøde om projektet "Bioanalytikeres Professionsidentitet". Tilbuddet udløb ellers 1. januar 2011, men efterspørgslen på møder har været langt lavere end forventet. Siden 2009 har blot fire arbejdspladser (og en regionsgeneralforsamling) taget imod tilbuddet om at få en bioanalytiker fra projektgruppen ud og fortælle om bioanalytikeres professionsidentitet. Projektgruppen havde kalkuleret med fem dialogmøder i hver region i 2010. Regionsformænd og oplægsholdere vurderer, at årsagen til de få møder er, at arbejdspladserne har meget travlt på grund af akkreditering og

besparelser. De dialogmøder, der er blevet afholdt, viser, at projektet kan bruges i lokale drøftelser om trivsel, tværfagligt samarbejde og forandringer på sygehusområdet.

Læs mere om projektet på <http://www.dbio.dk/professionsidentitetsrapporten>
Dialogmøderne rekvireres via Danske Bioanalytikeres fem regionskontorer.

Flest skader i led og muskler

Danske Bioanalytikere tilbyder bistand til medlemmer, der får en arbejdsskade, og hvert år udarbejdes en statistik over arbejdsskadesager.

I 2010 oprettede dbios sekretariat 8 nye skader og afsluttede 27 sager. I lighed med tidligere år er det især skader på bevægeapparatet, som bioanalytikere dør med. Seks ud af de 8 nye sager i 2010 drejer sig om skader på led, sener og muskler især i nakke, skulder, arm, hånd og lænd. En bioanalytiker har indberettet en hudlidelse, mens den sidste sag omhandler en arbejdsulykke.

Af de 27 arbejdsskader, som blev afsluttet i 2010, anerkendte Arbejdsskadestyrelsen de 10, mens 17 blev afvist. I 14 sager indgav Danske Bioanalytikere en klage til myndighederne over en afgørelse, og heraf fik vi medhold i 5 af sagerne. 3 bioanalytikere fik i 2010 tilkendt erstatning på samlet set 154.052 kr. for hhv. varigt mén eller svie og smerte.

Ca. 40 procent af de bioanalytikere, som indberetter en arbejdsskade, er 50 år eller derover, og halvdelen arbejder inden for klinisk biokemi.

Øget indsats mod arbejdsskader

HB godkendte, at Danske Bioanalytikere formedelst 25.000 kroner køber en statistisk særkørsel hos Arbejdsskadestyrelsen. Særkørslen skal give dbio indsigt i, hvor mange og hvilke typer af arbejdsskader hos medlemmerne, Arbejdsskadestyrelsen har behandlet indenfor de seneste fem år. Danske Bioanalytikere kender i dag kun til de arbejdsskader, som medlemmerne selv indberetter til foreningen. Disse indberetninger udgør imidlertid blot en lille del af det samlede antal arbejdsskader hos medlemmerne.

dbio ønsker et bredere kendskab til antal og typer af arbejdsskader hos bioanalytikere for at få et større grundlag til det politiske arbejde med at forebygge og få godkendt flere arbejdsskader.

Data fra Arbejdsskadestyrelsen vil ikke indeholde navne, cpr.numre og andre oplysninger, som er personhenførbare. ■

MARKANT

JA

TIL OK

Af Rasmus Høgh // konsulent på forhandlingsområdet i Danske Bioanalytikere

Knap 50 procent af medlemmerne stemte til urafstemningen. 90 procent sagde ja til overenskomstresultatet. Både på regionernes og statens område



Som det er blevet bemærket før, så er OK 11 resultatet ikke prangende. Det er dog Hovedbestyrelsens opfattelse, at det var det muliges kunst under de givne forhandlingsbetingelser, og flertallet af medlemmerne stemte ja til resultatet. På regionernes område stemte 91,3 procent ja. På statens område var procenten lidt højere nemlig 92,39. I alt er dbio's stemmeprocent på 49,5 pct., og det er markant lavere end i 2008, hvor hele 68 procent af medlemmerne deltog i afstemningen.

Næste step i processen er, at Sundhedskartellet skal indarbejde resultaterne i de relevante aftaler og overenskomster. Arbejdet med de nye overenskomster og aftaler kommer også til at fylde en del hos dbio's tillids- og arbejdsmiljørepræsentanter.

Nye tiltag ved OK 11

Der er aftalt nye tiltag, som foruden lønforbedringer tæt på 3 procent til alle i 2012, også omfatter særlige indsatsområder i overenskomstperioden. Derfor vil



Danske Bioanalytikere og Sundhedskartellet (SHK) informere tillidsrepræsentanterne om de særlige fokusområder i aftaleresultaterne, de nye muligheder, og om hvornår de træder i kraft.

Lokal løn

Danske Bioanalytikere vil arbejde videre med at understøtte de lokale lønforhandlinger. Selvom der ikke er afsat midler til lokal løndannelse, er der fortsat ret til en årlig lønforhandling. Desuden vil vi un-

I Sundhedskartellet som helhed stemte

90,8% ja
5,4% nej
3,8% har stemt blankt

Stemmeprocenten var 45,4%

DANSKE REGIONER

Organisation	Antal stemmeberettigede medlemmer	Antal ja-stemmer	Antal nej-stemmer	Antal blanke stemmer	Stemmeprocent	Andel af ja-stemmer	Andel af nej-stemmer	Andel af blanke stemmer
Danske Bioanalytikere	5.370	2.427	134	96	49,48 %	91,344	5,043	3,613



derstøtte de lokale muligheder, som ansættelsen af atypiske stillinger giver.

1. maj bliver en hel fridag

Fra 2012 bliver de to halve fridage 1. maj og Grundlovsdag ændret til helt fri 1. maj og hel arbejdsdag Grundlovsdag. Danske Bioanalytikere vil være særligt opmærksom på at styrke tillidsrepræsentantens (TR) opgave forbundet med de ændrede arbejdstidsvilkår omkring 1. maj og Grundlovsdag. I efteråret 2011 vil dbio informere grundigt om 1. maj og Grundlovsdag, så både TR og medlem-

de information om ændringernes betydning.

Seniorordning permanent

Forliget indebærer også, at seniorordningen gøres permanent, og at der skal sættes øget fokus på arbejdsmiljø.

Forsknings- og udviklingspulje

Endeligt medfører forliget, at der skal arbejdes videre med at etablere en forsknings- og udviklingspulje, som skal understøtte og øge fokus på den faglige og professionsrettede udvikling af Sundhedskartellet's grupper.

Projekter fra 2011 -2013

Herudover skal parterne frem til næste overenskomstfornyelse i 2013 arbejde videre med nogle aftalte projekter. Danske Regioner og Sundhedskartellet skal bl.a. analysere initiativer, der kan iværksættes for at mindske det kønsopdelte arbejdsmarked, hvor mænd og kvinder fordeler sig i forskellige sektorer og job. Det øgede fokus på **det kønsopdelte arbejdsmarked** udspringer også af arbejdet i Lønkommissionen.

Et andet projekt er **et fælles forskningsprojekt om deltidsarbejde på de regionale arbejdspladser**. Sundhedskartellet og Danske Regioner vil sætte fokus på incitament og redskaber, der kan an-



vendes for at øge andelen af fuldtidsbeskæftigede. Endelig skal elementer, der påvirker henholdsvis arbejdsgivers valg af deltidsstillinger og ansattes valg af deltids/fuldtidsbeskæftigelse indgå i analysen.

Møder om OK i regionerne

Overenskomsten og de nye indsatsområder vil blive gennemgået for tillidsrepræsentanter og ledende bioanalytikere på OK 11 orienteringsmøder, der afholdes i hver region i løbet af august og september 2011. Når de endelige datoer foreligger, bliver de offentliggjort her i bladet og på dbio's hjemmeside. □

Læs mere på:
www.dbio.dk/ok11

Den nye overenskomst træder i kraft fra den 1. april 2011

merne er helt klar over, hvad ændringen indebærer. Hvis du har spørgsmål om 1. maj og Grundlovsdag her og nu, kan du spørge din TR, som har fået en indleden-

STATEN							
Antal stemmeberettigede medlemmer	Ja-stemmer	Nej-stemmer	Blanke stemmer	Stemmeprocent	Andel af ja-stemmer	Andel af nej-stemmer	Andel af blanke stemmer
214	85	2	5	42,99 %	92,39 %	2,17 %	5,44 %

”VI MÅ LÆRE AT SÆTTE OS UD OVER VORES EGEN FAGLIGHED”

Af Helle Broberg Nielsen // **journalist**
Lars Aarø // **foto**

Omverdensfokus: Den organisation, der ikke lever op til omverdenens forventninger, dør: En djøf'er og hospitalsdirektør kom forbi på Ledertemadag med en håndfuld provokerende udsagn og pointer.



”Langt de fleste klager handler om den opførsel, patienten har oplevet hos personalet.”

Eva Zeuthen Bentsen

Room for improvement

Det var Eva Zeuthen Bentsens konklusion – i den høflige, angelsaksiske version – da hun for nogle år siden havde været i længerevarende nærkontakt med personalet på Gentofte Hospital. Hendes datter var alvorligt syg og indlagt i en periode, og moderen havde rig lejlighed til at nærstudere de relationer og den kommunikation, der udspillede sig på stedet. I kraft af sin baggrund som cand. merc. med organisation og ledelse som særligt omdrejningspunkt, kunne hun ikke undgå at se, at der sørme var plads til forbedringer på det nordsjællandske sygehus. Dem står hun nu selv i spidsen for, efter at hun for knap to år siden blev hospitalsdirektør samme sted.

”Mit store drive i dagligdagen er at prøve at forstå, hvad der sker mellem mennesker. Men jeg ved også, at det opfattes lidt som en provokation, at jeg som djøf'er går ned på afdelingerne og har holdninger til kommunikationen,” lød hendes indledning, da hun holdt oplæg om eftermiddagen på årets Ledertemadag i Vingstedcenteret i Vejle den 16. marts.

”Kamp, kommunikation og kompleksitet – om at lede i en foranderlig verden” var overskriften på hendes indlæg.

”Og I ved bedre end nogen, at det er den virkelighed, vi opererer i. Det er i alt fald tre begreber, som karakteriserer de flestes dagligdag,” konstaterede hun.

For meget fokus på personalet

Og så havde hun et par observationer fra Klinisk Biokemisk Afdeling på sin egen arbejdsplads.

”Jeg kan sagtens forstå, at vores KBA er så velfungerende på det organisatori-

ske plan, som den er. Men der er problemer med kommunikationen, og det burde altid give anledning til en vis selvrefleksion. Der kan jeg komme som hospitalsdirektør og repræsentere dén, der kommer udefra, og betragter deres verden. Jeg har fx gjort meget ud af at italesætte patientforventningerne. Det værste, der kan ske for en organisation er, at dens selvforståelse er helt ude af trit med omverdenen. Den organisation, der ikke lever op til omverdenens forventninger, dør. Hvis man spørger mig, har der i lang tid været for lidt fokus på patienterne og for meget på medarbejderne,” lød den provokerende analyse fra hospitalsdirektøren.

Eva Zeuthen Bentsen opfordrede til, at man sætter sig ud over sin egen faglighed. Det indebærer bl.a., at man bestræber sig på at forholde sig til andre faggrupper som samarbejdspartnere og ser patienterne som de egentlige arbejdsgivere.

”Det er meget muligt, at en kirurg nu er blevet så og så dygtig til en bestemt operation. Det er meget muligt, at der ikke er noget som helst at udsætte på vedkommendes teknik. Men når man bliver rigtig god til noget på det tekniske plan, bliver man dårlig til noget andet, nemlig til at se patienten. Så når man på en afdeling klager over ”besværlige patienter”, handler det meget ofte om, at man ikke har fået afstemt omverdenens forventninger i forhold til den ydelse, man yder. Det er vigtigt, at have ”omverdensfokus”; de mennesker, der kommer på et hospital er syge, og der bør være meget vide grænser for, hvad der betragtes som rimeligt fra deres side. Det er jo ikke den egentlige ydelse, der typisk kla-

ges over. Langt de fleste klager handler om den opførsel, patienten har oplevet hos personalet,” sagde hun.

Patientklager er en gave!

De patientklager, som så mange andre i sundhedsvæsenet afviser som en pestilens og udtryk for en krævementalitet



”Markedstænkningen vil betyde, at vi i endnu højere grad end i dag skal konkurrere med hinanden i de offentlige.”

hos befolkningen, mener Eva Zeuthen Bentsen tværtimod skal bruges som et afsæt for udvikling.

”Patientklager er da en gave! Dem skal vi takke for,” understregede hun.

Og fortalte, hvordan patienters henvendelser ofte – også på hendes eget hospital – bliver betragtet som noget, der skal ekspederes til tavshed så hurtigt som overhovedet muligt. I form af telefoner, der ikke tages på grund af travlhed – eller med omstillinger i én uendelighed. Med breve, skrevet i uforståeligt teknobureaukratisk lingo, der godt kan tage pippe fra ”den ældre dame, der faktisk har taget mod til sig for at formulere sin utilfredshed på skrift”.

For at få ’historierne’ fra afdelingerne frem i lyset og op til ledelsen, indførte Eva Zeuthen Bentsen et særligt *narrativt* element på ledermøderne; *Tales from the Field*, som det hedder i antropologisk praksis. Her opfordres mellemlederne til at berette godt og mindre godt fra deres arbejdspladser. Med fokus på at få patienternes oplevelser inddraget.

”Ja, det handler altså også om ”markedstænkning”. Og det kommer der mere af, kan I godt regne med,” pointerede hun. Og opremsede en række udviklingstendenser, hun mener, at aktører i sundhedssektoren lige så godt kan vænne sig til.

Kodeord: Forventningsafstemning

”Der vil komme mere økonomisk styring og krav om effektivitet. Det vil også fremover være en dominerende faktor, og det vil med produktionsfremgangen skabe et kontinuerligt pres. Markedstænkningen vil betyde, at vi i endnu højere grad end i dag skal konkurrere med hinanden i de offentlige. Eller med såkaldte ”private wings”, der måske kan blive oprettet på de offentlige hospitaler. Der bliver heller ikke mindre fokus på patienttilfredshed. Og så er der fagligheden, som der også vil blive stillet store krav til. Bl.a. i form af indberetning til Det Nationale Indikator-projekt (som opstiller standarder for god praksis, red.), bemærkede hospitalsdirektøren. Og nævnte endvidere, at der skal samarbejdes mere, og at alle skal blive bedre til at bruge data. Og så er den centralisering til større enheder, der har været i gang længe, helt uomgængelig,” lød hendes besværgelser.

Og så endnu engang tilbage til de patienter, det hele handler om.

”Forventningsafstemning; det er mit kodeord! Vi skal aldrig glemme, at det faktisk er patienterne, der som skatteborgere i sidste ende bestemmer, hvor pengene skal gå hen,” lød hendes sammenfatning. ▣



NML-kongres og DEKS Brugermøde 2011

NOVEMBER 2010
DECEMBER 2010
JANUAR 2011
FEBRUAR 2011
MARTS 2011
APRIL 2011
MAJ 2011
JUNI 2011
JULI 2011
AUGUST 2011
SEPTEMBER 2011

HVAD GØR DEN NYE TEKNOLOGI VED OS?

”Ny teknologi, nye dilemmaer”; Ole Hartling holder oplæg på NML-kongressen om etik og teknik.



I den korte version er teknik at gøre tingene rigtigt. Etik er at gøre de rigtige ting. Definitionerne er Ole Hartlings, og når tidligere formand for Etisk Råd og overlæge på Nuklearmedicinsk Afdeling på Vejle Sygehus holder oplæg på NML-kongressen, sker det under overskriften ”Ny teknologi, nye dilemmaer”.

”Indførelsen af ny teknologi i sundhedsvæsenet gør noget ved os; jo, mere vi kan, jo mere bliver vi nødt til at overveje, om det er det rigtige, vi gør. Skal vi fx gøre alt, vi kan? Der er en tendens til, at ny teknologi i sig selv skaber et behov og vil blive brugt. Derfor er vi forpligtet til at forholde os aktivt til den,” siger Ole Hartling.

Han vil under foredraget komme ind på emner som genteknologi, klo-

ning, fertilitet, fosterdiagnostik og screenings-problematikken.

”Teknologien kan forlede os til at tro, at vi har magt over liv og død. Fx ved brugen af screening for sygdom, som enten betragtes som en garanti, hvis screeningen viser, at vi ikke er syge. Eller hvor der påføres patienten et ansvar og en skyld for ikke at have været omhyggelig nok med sit helbred, hvis vedkommende er syg. Teknologien, der skulle hjælpe os med at med at blive raske, kan på den måde være med til at give os ondt i livet i form af eksistentielle problemer.”

Ole Hartling afviser, at det er det religiøse, der er afsæt for hans tilgang til etiske spørgsmål.

”Luther har sagt noget i retning af, at ethvert menneske véd, hvad det gode er. Men etik går ud på at finde ud af, hvordan det gode opnås og fremmes. Derved får etik altid dilemmaets natur. Teknikken stiller hele tiden nye krav til vores etik, og i samme grad må etikken også stille krav til teknikken”, mener Ole Hartling. □



Den 15. april udløb fristen for tilmelding til kongressen til den lave pris. Denne dato havde 367 deltagere tilmeldt sig: Danmark: 275. Norge: 59. Sverige: 14. Finland: 4 og Island: 15.

Der er plads til ca. 400 deltagere til kongressen. Der er stadig få ledige pladser, så husk at tilmelde dig!

Projektgruppen for kongressen har arrangeret 36 sessioner og indgået aftaler med 60 foredragsholdere.

Det faglige program kan ses på:
<http://nml.dbio.dk/forside>.

NÆSTE ANSØGNINGSFRIST DEN 1. OKTOBER 2011

PENGE FRA

Bioanalytikernes Uddannelses- og Forskningsfond

Bestyrelsen for Bioanalytikernes Uddannelses- og Forskningsfond har afsluttet behandlingen af ansøgningerne til fondens 1. ansøgningsrunde i 2011. Fonden modtog i alt otte ansøgninger, hvoraf fem blev delvist imødekommet.

Følgende ansøgninger blev delvist imødekommet:

Bioanalytikerunderviser Susanne Kastberg Mathiasen, Klinisk Fysiologisk Afdeling, Regionshospitalet Randers.

Ansøgning:

Støtte til deltagelse i EANM kongressen med projektet ”Kontrol af radiokemisk renhed af radioaktive sporstoffer”.

Bevilling: 1125,- kr.

Bioanalytiker Erik Høst, Centrallaboratoriet, Bornholms Hospital.

Ansøgning:

Støtte til publicering af sin disputats ”Perspektivering af DNA skader i human fertilitetsbehandling”.

Bevilling: 20.000,- kr.

Bioanalytikerne Gitte Munkebo Kodahl og Lykke Hagelskjær, PET-Centret, Århus Sygehus.

Ansøgning:

Støtte til deltagelse i Turku PET Symposium med projektet ”Sammenligning af 68Ga-DOTA-NOC og 18FDOPA i human forsøg til bestemmelse af neuroendokrine tumorer”.

Bevilling: 2 x 3.525,- kr.

Bioanalytikerstuderende Desirée Sørensen, UC Sjælland

Ansøgning:

Støtte til studieophold Boston University, Department of Biomedical Engineering

Bevilling: 6.600,- kr.

Husk: ansøgningsfrist til 2. ansøgningsrunde 2011 er den 1. oktober 2011.

Ønsker du at søge støtte fra Bioanalytikernes Uddannelses- og Forskningsfond, kan særligt ansøgningsskema og retningslinjer for tildeling af støtte findes på www.dbio.dk/fonden

Mange medlemmer og tillidsrepræsentanter ringer til dbio med spørgsmål om løn og arbejde. I hvert nummer af fagbladet bringer vi hyppigt stillede spørgsmål med svar fra konsulenterne på området.



SPØRGE-JØRGEN



En tjenstlig samtale er en samtale, din arbejdsgiver kalder dig ind til, hvis han mener, at du har en utilfredsstillende adfærd, der evt. kan give anledning til en ansættelsesretlig sanktion. Din arbejdsgiver kalder dig ind til samtalen for at afklare forholdet. En ansættelsesretlig sanktion kan være en advarsel; i værste fald en opsigelse eller en bortvisning.

Du kan eksempelvis få en ansættelsesretlig sanktion, hvis du er udeblevet fra arbejdet uden grund, eller hvis du har lavet mange fejl.

Din arbejdsgiver bør indkalde dig til den tjenstlige samtale med et rimeligt varsel.

Alt efter karakteren af din forseelse kan dette varsel være meget kort. Indkaldelsen bør være skriftlig, så du har mulighed for at se, hvad samtalen går ud på, og så du kan forberede dig på samtalen.

Krav på bisidder

Som offentligt ansat har du krav på at få en bisidder med til samtalen, hvis du ønsker det. Din arbejdsgiver skal forud for mødet oplyse dig om, at du har ret til en bisidder. En bisidder er

en person, der skal støtte og bistå dig under samtalen. Det er vigtigt, at du på forhånd har haft en snak med bisidderen om dine forventninger til bisidderens rolle under samtalen.

Du vælger selv, hvem du tager med som bisidder, men Dan-

ske Bioanalytikere anbefaler, at du tager din tillidsrepræsentant eller fællestillidsrepræsentant med. I sager, der har med sygefravær at gøre, kan det også være relevant at spørge din arbejdsmiljørepræsentant.

Pligt til at deltage i samtalen

En tjenstlig samtale skal som udgangspunkt ligge inden for din almindelige arbejdstid. Der kan dog være undtagelse, hvis du f.eks. arbejder om natten.

Når du bliver indkaldt til en tjenstlig samtale, har du pligt til at deltage, med mindre, at du f.eks. er for syg til at deltage. Hvis dette er tilfældet, skal du med det samme orientere din arbejdsgiver om det, så I sammen kan finde en ny tid.

Referat af samtalen

Du har krav på, at der bliver udarbejdet et referat af den tjenstlige samtale og du har ret til at komme med dine bemærkninger til referatet. Hvis der er noget i referatet, du mener, er forkert, bør du tilføje dine bemærkninger til referatet. Hvis ikke din arbejdsgiver vil skrive dine bemærkninger ind i referatet, kan du få dine bemærkninger vedlagt referatet. Ønsker arbejdsgiveren din underskrift på referatet, og du er uenig i indholdet, kan du bekræfte, at du har læst referatet, men skrive, at du ikke har godkendt det.

Partshøring over sanktion

Hvis din arbejdsgiver efter samtalen finder, at der er noget at bebrejde dig, og at det på denne baggrund er nødvendigt at tildele dig en ansættelsesretlig sanktion som f.eks. en advarsel, skal du partshøres over denne afgørelse. Det vil sige, at du får en frist til at komme med dine bemærkninger til advarslen, inden den bliver endelig. Også her er det en god idé, at tale med din tillidsrepræsentant eller fællestillidsrepræsentant, før du sender dit endelige svar. □

Sara Beck Jochumsen // konsulent i dbio
sbj@dbio.dk
tlf. 46 95 35 35, lokal 3517

ANMELDELSE

DVD SOM INTRODUKTION TIL FØRSTE BLODPRØVETAGNING

Dvd'en er et undervisningsprogram rettet mod sygehuspersonale. Udgangspunktet er at give en grundlæggende instruktion i blodprøvetagning med fokus på patientsikkerhed og hygiejne. Den er bygget op med en kort beskrivelse af proceduren, som så ledsages af en videosekvens.

Der gives en grundlæggende beskrivelse af venepunktur, prøvetagning i finger samt i hæl på nyfødte. Herudover beskrives specielle forholdsregler for eksempelvis blodprøvetagning hos patienter i intravenøs terapi.

Det er procedurer fra St. Olavs Hospital i Norge, der danner basis for instruktionen, og der er nogle fundamentale ting, der gø-

res anderledes i videoen i forhold til proceduren i Danmark, eksempelvis at prøverørne først mærkes efter prøvetagning.

Som jeg ser det, kan denne dvd anvendes til studerende meget tidligt i deres studium, inden de prøver at tage en blodprøve. Den kan også anvendes som diskussionsoplæg af eksempelvis håndhygiejne eller patientsikkerhed til samme gruppe. Dvd'en tilføjer ikke noget nyt, men fokuserer på det helt basale og absolut vigtige. Sproget er norsk både i skrift og tale, hvilket kan være en udfordring. □

Af Lone Hougaard Pedersen, afdelingsbioanalytiker på Klinisk Biokemisk Afdeling på Rigshospitalet



Blodprøvetagning. Undervisningsprogram for helsepersonel.

Dvd
Martha Berge og Per Henrik Hepsø.
ISBN: 9788251927376
Tapir Akademisk Forlag

**Automatisk ELISA
Starter kit fra
45.500 ex. moms**

Prisen gælder så længe lager haves.



Reader
Vasker
Inkubator

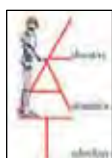


Kan udbygges med pipettering

**Det rigtige valg til rensning
af pipetteringsudstyr**



Velegnet til robotter, dispensorer, vaskere o. lign. Renser og steriliserer systemerne, undgå vækst og carry over.



Laboratory, Automation &
Technology
www.lat-int.com
70237740

15 år i Danmark

AKTIVITET

BEST LABORATORY PRACTICE AND STANDARDIZATION OF IMMUNOHISTOCHEMISTRY TESTING

Date: Wednesday May 18th 2011

Time: 13.00 – 17.15

Venue: KU LIFE, Thorvaldsensvej 40, Frederiksberg C, Copenhagen A2-70.04 (3-14)

13.00 – 13.15 **Welcome**

by assoc. prof. Mogens Vyberg, MD, NordiQC, Aalborg Hospital, Aarhus University Hospital

Prognosis and prediction

13.15 – 13.45 **Best laboratory practice for examination of prognostic and predictive markers** by Prof. Emina Emilia Torlakovic, MD, PhD, FCAP E MD, PhD, FCAPUHN/Toronto General Hospital, Canada

13.45 – 13.50 Discussion

13.50 – 14.20 **Labeling of reagents (IVD, ASR, RUO, CE, FDA) and what are the differences for you as a laboratory and for the patients?** by Frank Petersen, DS CERT AIS - Sundhed og fødevarer, Copenhagen

14.20 – 14.45 **Discussion and break**

Controls and interpretation

14.45– 15.15 **Requirements for internal and external quality controls** by Søren Nielsen, HT, Scheme organizer, NordiQC Aalborg Hospital, Aarhus University Hospital

15.15 – 15.45 **Pitfalls in immunohistochemistry** by assoc. prof. Mogens Vyberg, MD, NordiQC, Aalborg Hospital, Aarhus University Hospital

15.45 – 16.30 **Qualitative and quantitative interpretation of immunohistochemistry staining** by Prof. Emina Emilia Torlakovic, MD, PhD, FCAP E MD, PhD, FCAP UHN/Toronto General Hospital, Canada

16.30 – 16.50 **Discussion**

16.50 – 17.15 **Networking.** Wine and sandwich will be served.

Free admission but registration is mandatory. Please make your registration on an e-mail to nordiqc@rn.dk and state your name and institute. **Deadline, May 13th, 2011.**

Relevant literature: <http://www.archivesofpathology.org/doi/pdf/10.1043/1543-2165-134.6.930>

HOSPITALSLABORANT- OG BIOANALYTIKERTRÆF

Så mødes "gamle laboranter igen". Alle der har været ansat på Afdeling for Klinisk Biokemi og Farmakologi (KBF) før 1. januar 1985 er velkomne. Program:

Kl. 15.00 **Kaffe-te og kage**
Kl. 16.00 **Omvisning i Ambulatoriet og Analyseudstyr Architect**
Kl. 18.00 **Middag**

Tid og sted: Vi mødes fredag den 30. september 2011 klokken 15.00 i Galleri Sonja

Pris: 225 kr. Drikkevarer kan købes.

Tilmelding: På mail senest den 1. juli 2011 til Inge Viborg vib@hjallesenet.dk eller 6614 2157, mobil 21247865 eller til

Lisa Clemensen lisa.clemensen@ouh.regionssyddanmark.dk.

Oplys venligst navn, adresse, tlf. og om du ankommer klokken 15.00 eller 18.00.

fitnessdk

FÅ 20 % RABAT HOS FITNESS.DK

Som medlem af Danske Bioanalytikere kan du træne til nedsat pris i Fitness.dk.

Læs mere om fitness.dk på www.fitnessdk.dk og læs mere om ordningen på www.dbio.dk/medlemsfordele

 **dbio-HOVEDSTADEN**

UDFLUGT TIL ØRESUNDS PERLE HVEN

Turen med færgen til Hven varer 1 ½ time, og der er mulighed for at købe kaffe/te eller vand om bord på båden. Når vi ankommer til Hven, spiser vi frokost i det grønne. Kredsen har madkurven og vin med. Herefter kan man gøre, som man lyster.

Inspiration kan hentes på www.sparshipping.dk.
Fx kan man leje cykel, tage på Tycho Brahe-museet, se på kunsthåndværk, besøge whisky-distilleri eller bade og dase på stranden.

Tid og sted: Lørdag den 18. juni. Vi mødes kl. 9.00 i Havnegade (ved Pilen)
Afgang med Spar Shipping kl. 9.15. Retur fra Hven kl. 16.00
Ankomst til Havnegade kl. 17.30

Tilmelding: Fristen er tirsdag d. 7.6. kl. 12, og tilmelding skal ske via regionens hjemmeside www.dbio.dk/hovedstaden, medlemsarrangementer, Hven. Der er begrænset deltagerantal på 30 medlemmer og vil være efter "først til mølle"-princippet.

Medlemspris: 100,- kr., som indbetales hurtigst muligt (og senest d. 10.5.) til kredsens konto i Lån og Spar: reg.nr. 0400, kontonr. 1019810786. Tilmeldingen er først gyldig efter indbetaling og er herefter bindende. Ledsagere kan deltage i meget begrænset omfang, såfremt der er ledige pladser.

Ledsagerpris: 180,- kr., som indbetales, når deltagelse er bekræftet efter tilmeldingsfristens udløb.

Cykler kan tages med (maks. 25). Dette aftaler man selv med rederiet på tlf.: 33 33 93 55.

 **dbio-HOVEDSTADEN**

FAMILIETUR PÅ FRILANDSMUSEET

Som noget nyt laver vi en familietur til Frilandsmuseet. Her er alle velkomne – mænd og koner, børn/børnebørn.

Der vil være rundvisning, hvor der vil blive fortalt om børns leg og arbejde i hverdagen for 200 år siden.

dbio vil sørge for lidt frugt og juice til at starte med. Frokost og øvrige drikkevarer må I selv medbringe.

Tid: 29. maj. Vi mødes foran Frilandsmuseet klokken 10.30. Rundvisningen foregår fra klokken 11.00 til 12.00. Derefter vil vi i fællesskab nyde vores frokost.

Sted: Frilandsmuseet, Kongevejen 100, 2800 Lyngby
Læs om Frilandsmuseet på: www.natmus.dk/sw4621.asp

Tilmelding: På www.dbio.dk/hovedstaden, klik på medlemsaktiviteter. Når du tilmelder dig, skal du i navnefeltet skrive, hvor mange der deltager foruden dig selv. Begrænset deltagerantal.

SAXO

BØGER SKAL KØBES PÅ NETTET

Som medlem af Danske Bioanalytikere er du garanteret minimum 10% på bøger. For at opnå rabatten skal du benytte linket via dbio's hjemmeside www.dbio.dk/saxo

 **dbio-SJÆLLAND**

DAMP OG ANDRE MODERNE DIAGNOSER

Lider man af personlighedsforstyrrelser, har man lettere ved:

- at få psykiske sygdomme eller problemer som angst – depression – alkohol- og eller stofmisbrug
- at lide af spiseforstyrrelser som anoreksi – bulimi – overspising eller – den 4. spiseforstyrrelse – sundhedsfanatisme
- at blive paranoid – skizoid – histrionisk – narcissistisk – antisocial – borderline eller ængstelig.

Men hvad er egentlig en psykose, og hvordan udtrykker ADHD eller DAMP sig? Og har alle disse diagnoser altid fandtes?

Afdelingssygeplejerske Jane Arberg og specialeansvarlig Vibeke Møller fra Børne- og Ungdomspsykiatrien i Næstved vil give os en forklaring på det hele.

Tid: Mandag den 30. maj 2011

Sted: Vi mødes i kantinen på Næstved Sygehus til en let anretning kl. 17.30. Foredraget afholdes samme sted fra kl. 18.30 til ca. 21.00.

Tilmelding på: dbio-sjaelland@dbio.dk senest den 21. maj.

ANNONCER



NORDLANDSSYKEHUSET
NORDLÁNDLA SKIHPPJIVIESO



Nordlandssykehuset HF har ledig følgende stillinger:

VESTERÅLEN
Bioingeniører
Laboriet Vesterålen

- Laboriet Vesterålen har følgende stillinger ledige:
- 2 bioingeniører 100% fast stilling, tilsetning snarest.
 - 1 bioingeniør 100% ett års svangerskapsvikariat fra 15. oktober 2011.

Laboriet Vesterålen er organisert som en enhet innen Laboratorieavdelingen i Nordlandssykehuset HF med felles avdelingsledelse i Bodø. Vi utfører ca 325 000 analyser i året og betjener både innlagte pasienter, poliklinikk og tilsendte prøver fra distriktet.

Området byr på en vakker natur med svært gode muligheter for friluftsliv både til fjell og til vanns. Kommunikasjon via fly, hurtigrute og buss. Det er et aktivt kulturliv hvor det skjer mange aktiviteter året rundt, deriblant Sommer-Melbu. <http://visitvesteralen.com/index.aspx>

For nærmere informasjon, ta kontakt med enhetsleder Torgeir Sævik eller stedfortreder Glenn Hansen på tlf (+47) 75 42 47 53.

Søknad sendes elektronisk via www.jobbnorge.no – her finner du også fullstendig annonsetekst. Søknadsfrist: 19. mai 2011

jobbnorge.no

AL HENVENDELSE; DANSKE BIOANALYTIKERE, DBIO@DBIO.DK; T: 46 95 35 35

TEGNERIE I FAGBLADET

"Du ved du er bioanalytiker, når" hedder vores tegneserie i bladet. Teksterne har vi hentet fra facebook-siden af samme navn, hvor bioanalytikere giver deres egne bud på, hvad der er helt karakteristisk og måske *lidt* nørdet ved bioanalytikeren som en faglig species.

DU VED, AT ...

du har været cytobioanalytiker længe, når du har bred bag og er nærsynet