

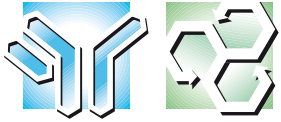
DSKB-NYT

Medlemsblad for Dansk Selskab for Klinisk Biokemi

Nr. 3 Oktober 2006

Indhold:

- » DSKB informerer
- » Invitation til jubilæumsmøde
- » Referat fra generalforsamling
- » Optakt til generalforsamling 2006
- » Nyt fra NFKK
- » Forskning og udvikling
- » Rundt i klinisk biokemi
- » Uddannelse
- » Fingrene i Fadet
- » Kort Nyt
- » Kalender



ARCHITECT®

Flexible solutions for Your Evolving Laboratory

Ægte integration

ARCHITECT *c8000*, *i2000SR* og *ci8200*



 **ABBOTT**
DIAGNOSTICS

K O L O F O N

DSKB-Nyt nr. 3/2006

Udgiver:
Dansk Selskab for Klinisk Biokemi

Ansvarlig redaktør:
Nete Hornung

Redaktion og tilrettelæggelse:
Tuen-media A/S

Layout:
Tuen-media A/S

Ekstra eksemplarer
Kan rekvireres v/Tuen-media A/S,
Tlf.: 86213000, eller på mail:
info@tuen.dk

Næste udgave
Udkommer december 2006
Bladet udgives 4 gange årligt

Indlæg til DSKB-Nyt
Se bagerst i bladet

Denne og tidligere udgaver kan
downloades fra
www.dskb.dk

DSKB Bestyrelse

Lise Bathum,
e-mail: l.bathum@ouh.fyns-amt.dk

Ulrik Gerdes,
e-mail: uge@psykiatri.aaa.dk

Linda Hilsted (formand),
e-mail: linda.hilsted@rh.hosp.dk

Nete Hornung (sekretær),
e-mail: neh@rc.aaa.dk

Henrik L. Jørgensen (kasserer),
e-mail: hj@dadlnet.dk

Birgitte Reinholdt,
e-mail: birrei@fks.vejleamt.dk

Anne Schmedes,
e-mail: asch@vs.vejleamt.dk

Nyt fra DSKB's bestyrelse



På generalforsamlingen vil fremover være en foredragskonkurrence blandt de yngre i specialet (under 40 år) med en førstepris omkring 15.000 kr.

Der arbejdes på en bibliometrisk analyse af klinisk biokemis forskningsmæssige betydning. Søges publiceret i Ugeskriftet og fremlægges på jubilæums mødet.

Lennart Friis-Hansen er indstillet som "corresponding member" i IFCC arbejdsgruppe

vedrørende standardisering af Pregnancy-Associated Plasma Protein A (WG-PAPPA). Der foreligger nu retningslinier til revision af "Målbeskrivelserne" til speciallægeuddannelsen fra Sundhedsstyrelsen. Eventuelle ændringsforslag fremsendes til DSKB og behandles derefter i UU1.

På bestyrelsens vegne – Lise Bathum

Indførelse af NORIP-referenceintervaller i Danmark

DSKB's bestyrelse anbefaler at alle laboratorier i Danmark skifter til disse fællesnordiske referenceintervaller.

De væsentlige begrundelser er:

- At referenceintervallerne er en forbedring i forhold til de (fleste) eksisterende referenceintervaller, fordi deres oprindelse er veldokumenteret.
- At fælles danske referenceintervaller for disse hyppigt anvendte biokemiske variable er en stor fordel, når læger og patienter flytter rundt i landet.
- At det forenkler nogle rutiner i forbindelse med indførelse af elektroniske patientjournaler.
- At referenceintervallerne også anvendes i de øvrige nordiske lande.

Information til klinikerne

Ugeskrift for Læger vil snart publicere en lille artikel, som redegør for baggrunden for indførelsen af referenceintervallerne.

En »værktøjskasse« på Internettet

DSKB's Videnskabelige Udvalg for Kvalitetssikring har oprettet en værktøjskasse med alle de relevante informationer — der findes et link på www.dskb.dk.

Dansk Selskab for Klinisk Biokemi

Danish Society for Clinical Biochemistry

Invitation

I anledning af, at det er præcis 50 år siden DSKB holdt stiftende generalforsamling inviteres, alle DSKB's medlemmer til jubilæumsmøde (medlemsmøde 393) fredag d. 27. oktober 2006, på Hotel Frederik II, Slagelse. Deltagelse inklusiv middag er gratis.

Tilmelding kan ske på DSKB's hjemmeside eller pr. e-mail til Lise Bathum (l.bathum@ouh.fyns-amt.dk) senest den 12. oktober 2006. Tilmelding er bindende, og ved manglende fremmøde vil der blive opkrævet et beløb svarende til udgifterne (500 kr.). Der er mulighed for at overnatte til rimelige priser på Hotel Antvorskov (www.hotelantvorskov.dk).

Program

10.00-10.10 Velkomst.

Linda Hilsted, Klinisk Biokemisk Afdeling, Rigshospitalet. Formand for Dansk Selskab for Klinisk Biokemi.

Formiddag - Klinisk biokemisk forsknings betydning, og rekruttering og uddannelse i specialet.

10.10-10.40 Dansk klinisk biokemisk forsknings betydning

Henrik Jørgensen, Klinisk Biokemisk Afdeling, Bispebjerg Hospital og Birger Larsen, Danmarks Biblioteksskole

10.40-11.00 Rekruttering og uddannelse af speciallæger

Lars Ødum, Klinisk Biokemisk Afdeling, Roskilde Amtssygehus. Formand for Uddannelsesudvalg I

11.00-11.20 Kemikernes videreuddannelse

Erik Lund, Klinisk Biokemisk Afdeling, Vejle og Give Sygehuse. Formand for Uddannelsesudvalg II

11.20-11.40 Kaffepause

Eftermiddag - Specialets professorer og ekspertområder.

11.40-12.00 Hvad fejler patienten?

Ebba Nexø, Klinisk Biokemisk Afdeling, Århus Sygehus

12.00-12.20 Jernbalance og inflammation

Søren Moestrup, Institut for Medicinsk Biokemi, Århus Universitet.

Program

12.20-12.40 "Fisk i Faget" – Ernæringsforskning med Dansk Proveniens

Jørn Dyerberg, Forskningsinstitut for Human Ernæring, den Kgl. Veterinær- og Landbohøjskole.

12.40-13.00 Ikke alt fedt er lige fedt: TRANS-formation of the diet, the Danish way

Steen Stender, Klinisk Biokemisk Afdeling, KAS Gentofte.

13.00-13.20 Lipoproteiner – Good guys and bad guys

Lars Bo Nielsen, Klinisk Biokemisk Afdeling, Rigshospitalet.

13.20-14.20 Frokost.

14.20-14.40 Kardiovaskulær sygdom ved diabetes

Lars Melholt Rasmussen, Klinisk Biokemisk Afdeling, Århus Sygehus

14.40-15.00 Antikoagulans-behandling - fra laboratorium til klinisk praksis

Jørgen Jespersen, Klinik for Biokemi og Immunologi, Sydvestjysk Sygehus.

15.00-15.20 Fra klinisk biokemi til retskemi

Kristian Linnet, Retskemisk Institut, Københavns Universitet.

15.20-15.40 Prænatal screening for medfødte misdannelser og kromosomsygdomme i perioden 1980 til 2006

Bent Nørgaard-Pedersen, Klinisk Biokemisk Afdeling, Statens Serum Institut.

15.40-16.00 Gener, livsstil og folkesygdomme: Genetisk epidemiologi

Børge Nordestgaard, Klinisk Biokemisk Afdeling, KAS Herlev.

16.00-16.20 Molekylær klassifikation af kræftpatienter

Torben Ørntoft, Klinisk Biokemisk Afdeling, Skejby Sygehus

16.20-16.40 Molekylær medicin

Niels Gregersen, Molekylær Medicinsk Forskningsenhed, Skejby Sygehus.

16.40-17.10 Kaffepause.

17.10-17.30 Proteomics

Anders H. Johnsen, Klinisk Biokemisk Afdeling, Rigshospitalet.



ADVIA Centaur® in two words.



**ADVIA Centaur voted #1
in customer satisfaction
by clinical laboratory
managers. Again.**

Why run ADVIA Centaur? Because nothing but the best will do. Once again, the ADVIA Centaur has been voted number one by delivering precisely what laboratory managers want in an immunoassay analyzer: reliability, throughput, breadth of menu and value.

With ADVIA Centaur, you'll be in the company of demanding fellow professionals who insist on exceptional performance. Nine out of ten say they'd recommend ADVIA Centaur to a colleague. Find out why they're so enthusiastic.

*Proven performance and customer satisfaction.
That's innovation in the real world, only from
Bayer HealthCare.*

NUMBER ONE

ADVIA Centaur® Immunoassay System

www.bayerdiag.com

ADVIA Centaur is a registered trademark of Bayer HealthCare LLC. ©2004 Bayer HealthCare LLC. All rights reserved.
Independent multi-client survey of clinical laboratory managers, conducted in 2003. Data provided by Enterprise Analysis Corporation (EAC), Stamford, Connecticut.



Bayer HealthCare
Diagnostics Division

Program

17.30-17.50 Hjernens ur

Jan Fahrenkrug, Klinisk Biokemisk Afdeling, Bispebjerg Hospital.

17.50-18.10 Klinisk biokemi i det 21. århundrede: system biologi, molekylær medicin og individuel behandling

Steen Gammeltoft, Klinisk Biokemisk Afdeling, KAS Glostrup.

18.10-18.30 Hvorledes spiller klinisk biokemi bedst ind i fremtidens sundhedsvæsen?

Mogens Hørdér, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet.

18.30-18.50 En klinisk biokemisk odysse. Fra Sukkertoppen til Lumskebugten

Jens F. Rehfeld, Klinisk Biokemisk Afdeling, Rigshospitalet.

19.00- Middag på Hotel Frederik II

DSKB's bestyrelse håber at mange - både talere og tilhørere - vil deltage og medvirke til at gøre det til en festlig mærkedag for DSKB.



Referat

fra generalforsamlingen i Dansk Selskab for Klinisk Biokemi
fredag d. 5. maj 2006

1. Valg af dirigent.

Formanden bød velkommen og foreslog traditionen tro Erik Magid som dirigent.

Erik Magid blev valgt med akklamation og takkede herefter for valget på trods af den nye status som pensionist. Dirigenten konstaterede herefter, at generalforsamlingen var lovligt indkaldt og varslet i DSKB-Nyt nr. 2 2006. Dirigenten gav herefter ordet til formanden.

2. Forelæggelse af formandens beretning.

Formanden fremlagde formandsberetningen, som er trykt i DSKB-Nyt nr. 2 2006, hvortil der henvises. En del af bestyrelsens aktiviteter i den forløbne periode udspringer af DSKB's ønske om fornyelse og "identitetsforstærkning" af specialet, og de initiativer DSKB har taget i den forbindelse. Med dette formål er der således sket ændringer i afholdelsen af medlemsmøder til at være heldagsmøder, og MedlemsNYT er blevet til et mere fyldigt DSKB-Nyt.

Efter fremlæggelse af formandsberetningen meddelte Palle Wang, at DSKB's bestræbelser på fornyelse var tydelige og roste DSKB's tiltag i det forgangne år. Dirigenten konstaterede herefter, at der ikke var flere spørgsmål og kommentarer til formandens beretning, og at den kunne betragtes som godkendt.

3. Eventuelle meddelelser fra udvalg, dannet i henhold til vedtægternes § 7-10.

På grund af jobskifte er Per Jørgensen gået af som formand i arbejdsgruppen til fremme af evidens-

baseret anvendelse af klinisk biokemi. Jonna Skov Madsen overtager formandskabet, og gruppen fortsætter sit arbejde og vil fortsat publicere arbejder i Klinisk Biokemi Norden. Derudover kunne dirigenten konstatere, at der ikke var meddelelser fra udvalgsmedlemmer under dagsordenens punkt 3.

4. Eventuelle meddelelser fra repræsentanter, valgt i henhold til vedtægternes § 6.

Som national redaktør for SJCLI indledte Jørgen Gram med SJCLI set i historisk perspektiv. Tidsskriftet har sin oprindelse tilbage til 1949 med udgivelse af 8 bind/år og fra 1965 registreres SJCLI i Index Medicus. Impactfaktoren har varieret gennem tiden og er aktuelt ca. 1. Antallet af indsendte manuskripter er faldet, men til gengæld er fraktionen af accepterede manuskripter steget. Det gælder særligt nordiske manuskripter, hvor op mod 92 % af de indsendte manuskripter kan accepteres. Dette skyldes blandt andet, at der fra redaktionens side ydes en slags "revisions-vejledning" til unge forfattere fra de nordiske lande, så et givent manuskript efter revision kan leve op til det faglige niveau, der kræves. Redaktionens arbejdsgange er rationelle, og behandlingstiden for manuskripterne er mindre end 3 måneder. I løbet af juni måned bliver det muligt at indsende manuskripter on-line, hvilket vil forkorte behandlingstiden yderligere. I SJCLI's redaktion overvejes det at ændre navnet på tidsskriftet, idet der har været eksempler på, at navneforandring har ændret interessen for et tidsskrift.

Da der ikke var flere indlæg i forbindelse med dagsor-

dens punkt 4, gik man over til forelæggelsen af selskabets regnskab.

5. Forelæggelse af det reviderede regnskab.

Kassereren gennemgik hovedpunkterne i regnskabet for 2005, som det var trykt i DSKB-Nyt nr. 2 2006. Regnskabets resultat viste et beskedent overskud på kr. 794 og stigning i egenkapital på kr. 47.607. I forbindelse med revision af regnskabet var der behov for en uddybning af punkterne ”Bestyrelsesmøder og øvrige bestyrelsesaktiviteter”. Kassereren kunne fortælle, at de øgede udgifter til denne post primært skyldtes, at der havde været afholdt et større antal bestyrelsesmøder end i 2005. Kassereren henlede opmærksomheden på posten ”Klinisk Kemisk Forskning”, som i en årrække har figureret med et uændret beløb i årsregnskabet. Beløbet stammede fra overskud ved Nordisk Kongres i Klinisk Kemi 1986 afholdt i Odense og blev i sin tid øremærket til DSKB-medlemmers forskning og kongresdeltagelse. Der er i en årrække ikke blevet brugt af midlerne, men kassereren vil fremlægge bestyrelsens forslag under punkt 11.c til anvendelse af midlerne med dette formål. Kassereren kunne i øvrigt meddele, at selskabets revisor Erik Lund går af. Erik Lund har gennem mange år udført revision af selskabets regnskab, og samarbejdet har været yderst tilfredsstillende. Derfor skal der i 2006 indgås en aftale med en ny revisionsvirksomhed. Som noget nyt vil revision af Uddannelsesudvalg 2's regnskab ligeledes indgå i den kommende aftale med en revisionsvirksomhed. Selskabets interne revisor Anders Johnsen havde intet at tilføje til regnskabet. Dirigenten takkede for den grundige gennemgang af DSKB's økonomiske forhold. Da der ikke var yderligere kom-

mentarer eller spørgsmål, kunne regnskabet herefter betragtes som godkendt.

6. Fastlæggelse af kontingenter.

Kassereren foreslog på baggrund af selskabets generelt gode økonomi, at kontingenterne blev fastholdt uændret (350 kr. for ordinære medlemmer, 1000 kr. for firma-medlemmer og 100 kr. for korresponderende medlemmer). Dirigenten konstaterede, at der ikke var indvendinger herimod, og man gik over til næste punkt på dagsordenen.

7. Valg af formand.

Dirigenten meddelte, at formanden ikke var på valg.

8. Valg af bestyrelsesmedlemmer og –suppleanter.

Grundet indtrædelsen af kemiker Birgitte Reinholdt i bestyrelsen skulle der vælges en suppleant for kemikerne, og bestyrelsen foreslog kemiker Torben Andersson, Klinisk Biokemisk Afdeling, Hjørring Sygehus. Da der ikke blev fremført modkandidater, blev Torben Andersson valgt.

9. Valg af to revisorer.

Dirigenten meddelte, at selskabets to valgte revisorer Jørn Dyerberg og Anders Johnsen havde indvilliget i at fortsætte. Da der ikke blev fremført andre kandidater, blev de valgt.

10. Valg i henhold til § 6.

Ikke på valg.

11. Evt.

a) Forslag til ændringer i DSKB's vedtægter (§§ 3, 7, 8 og 9)

Axel Brock havde forslag til ændring af ordlyden i § 9 sidste sætning hvor ”region” ændres til ”uddannelsesregion”. Ordlyden i

sidste sætning i den foreslåede nye formulering af § 9 bliver således:

”Da ansættelsesmyndigheden kan bede et lægevidenskabeligt selskab om at udpege et medlem til et lokalt fagligt bedømmelsesudvalg til at vurdere ansøgere inden for klinisk biokemi, udpeger bestyrelsen for 4 år ad gangen op til 6 bedømmere i hver uddannelsesregion (alle overlæger i klinisk biokemi).” Der var enighed om ordlyden i denne formulering, og vedtægtsændringerne blev anbefalet af de tilstedeværende medlemmer. Da antallet af tilstedeværende medlemmer imidlertid udgjorde mindre end to tredjedele af selskabets ordinære medlemmer, skal vedtægtsændringerne til urafstemning.

b) 7. Danske Kongres i Klinisk Biokemi Axel Brock fremlagde regnskabet for kongressen i Viborg, som samlet set viste et pænt overskud. Én af årsagerne var, at både Viborg Sygehus og Turistforeningen i Viborg havde trådt til med bidrag og assistance. Axel Brock takkede alle deltagere, udstillere, sponsorer og arrangører, som bidrog til at gøre kongressen vellykket. Overskuddet tilfalder DSKB.

c) Forslag om foredragskonkurrence for yngre medlemmer
Kassereren fremlagde et forslag fra bestyrelsen om foredragskonkurrence. Formålet skulle dels være at stimulere yngre medlemmer til at deltage aktivt i selskabets møder/ generalforsamling og dels at anvende midlerne fra kongresoverskuddet på bedste måde frem for blot at figurere i selskabets regnskaber år efter år. Det foreslås, at der fremover på DSKB's generalforsamling vil blive afholdt en foredragskonkurrence for selskabets yngre medlemmer (alder <= 40 år).



Foredragene skal være af 8 minutters varighed + 2 minutter til besvarelse af spørgsmål. Vinderen vil modtage et legat på kr. 15.000,- til brug til forskning, videreuddannelse eller fagrelevante rejser. Alle de på generalforsamlingen tilstedeværende vil få udleveret en liste over de tilmeldte foredrag, som skal bedømmes efter følgende kriterier: Videnskabeligt indhold, mundtlig fremstilling, kvalitet af AV-præsentation, overholdelse af taletid og besvarelse af spørgsmål. Der gives point fra 1 til 5 for de fem punkter i skemaet. 5 er bedst og 1 er dårligst. Efter foredragene indsamles listerne, og antal points per deltager vil blive gjort op. Den deltager, som har flest points, modtager legatet. Ved lige points, trækkes lod. Der skal naturligvis være mindst 2 deltagere, før foredragskonkurrencen afholdes. Forslaget blev vel modtaget og blev anbefalet.

d) Den nye mødestruktur

Formanden gennemgik forskellige aspekter vedrørende den nye mødestruktur. Der var flere grunde til, at bestyrelsen tog dette initiativ, men først og fremmest skyldtes det, at mødedeltagelsen til medlemsmøderne har været vigende i de sidste år. Dette har været på trods af, at møderne har været med mange spændende og varierende emner og med gode foredragsholdere og mødeledere. Derudover kom det også frem ved spørgeskemaundersøgelsen, at mange ville foretrække heldagsmøder. Med heldagsmøder ville der så også være mulighed for et møde med bredere emner, som også kunne tiltrække flere bioanalytikere til møderne, hvilket også har været et stort ønske. Endelig skulle møderne også gerne være "hyggelige" med mulighed for at møde kolleger fra andre steder til en snak i pausen. Det første møde blev afholdt i marts måned og var så stor en succes, at der desværre ikke var plads til alle interesserede. Derfor vil der fremover blive reserveret pladser til DSKB's medlemmer, og mødet i marts om præanalytiske forhold og det biokemiske hjerte vil blive gentaget d. 7. september 2006 på Bispebjerg Hospital, så vidt foredragsholderne har mulighed for det.

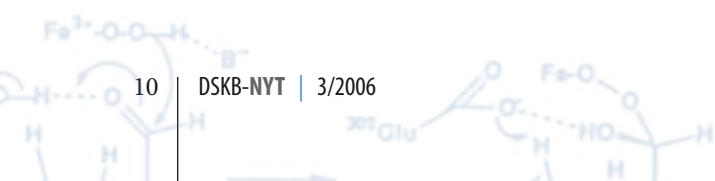
De personer, som ikke kunne deltage i marts mødet, vil så blive kontaktet i løbet af kort tid.

e) Tilbage melding fra møde med Laboratoriemedicinsk Selskab for Bioanalytikere

Formanden nævnte, at mulighederne for fremtidig kontakt og samarbejde mellem Laboratoriemedicinsk Selskab for Bioanalytikere (LSB) og DSKB har været diskuteret i begge selskabers bestyrelser. Formanden i LSB Bent Hansen har således givet udtryk for, at der er interesse for at knytte selskaberne sammen, og at der skal være mulighed for at deltage i hinandens møder. Således accepterer LSB, at DSKB-medlemmer deltager i LSB's møder mod betaling. LSB-medlemmer vil dog altid have fortrinsret til deltagelse. DSKB's medlemmer kan blive korresponderende medlemmer af LSB men ikke fuldgældige medlemmer. For at lette fremtidig information vedrørende møder og kurser i de to selskaber er der oprettet links på de respektive hjemmesider. Endelig havde LSB intet ønske om fællesmøder og fandt intet behov for, at bioanalytikere kunne blive ordinære medlemmer af DSKB.

f) Børge Nordestgaard fremlagde programmet for den Nordiske Kongres d. 14-17. juni, der består af en blanding af symposier, plenary sessions, how-to sessions og company sessions. How-to sessions er især rettet mod bioanalytikere. Der er 524 tilmeldte indtil nu (3. maj). Omkring 100 er inviterede, 200 er "almindelige" deltagere og 100 kommer fra DK. Der er tilmeldt 200 bioanalytikere - stort set alle svenske. Dirigenten takkede forsamlingen for god ro og orden. Formanden takkede dirigenten for ledelsen og ønskede samtidig alle en god weekend.

Referent Nete Hornung.





Af Birgitte Reinholdt,
Klinisk Biokemisk
Afdeling,
Fredericia Sygehus

Optakt til generalforsamling 2006

Som optakt til årets generalforsamling var administrerende direktør Niels Højberg fra Region Syddanmark inviteret til at holde et indlæg om sygehusene i de nye regioner. Det var et meget spændende indlæg, og spørgelysten blandt de – desværre alt for få – fremmødte var meget stor. Efter indlægget var der buffet med et stort udvalg af italienske pølser, ost og rødvin. Et overdådigt og populært alternativ til den traditionelle kop kaffe med småkager.

I sit indlæg gjorde Niels Højberg rede for markante forskelle mellem amter og regioner. Regionernes økonomiske grundlag er nyt, idet der ikke er mulighed for udskrivning af skatter, men det er også en ny politisk struktur. Politikerne skal fremover sælge politik og ikke løsninger. Hvor amterne var myndigheder, er regionerne virksomheder, der skal løse opgaver for borgere og kommuner. Den nye organisation får en flad ledelsesstruktur, og opgaver skal i øvrigt løses projektorienteret og tværgående. Regionsrådet kommer til at fungere som en bestyrelse med amtsborgmestrene som politisk valgt bestyrelsesformænd.

Sygehusene får et ændret økonomisk grundlag i de nye regioner. Indtægterne vil blive sammensat af faste og aktivitetsafhængige bidrag. De faste bidrag består af et statstilskud på 75 % og et grundbidrag fra kommunerne pr. borger, svarende til ca. 10 %. De aktivitetsafhængige indtægter kommer dels fra staten, svarende til ca. 5 %, dels fra kommunerne, som betaler pr. ydelse, svarende til ca. 10 %. Kommunernes betalingsansvar bliver 30 % af DRG, dog højst 4000 kr. Sundhedsudgifterne i Danmark er steget 2-3 % pr. år de seneste år, men det danske sundhedsvæsen er målt som andel af BNP underbudgetteret i forhold til andre lande. Niels Højberg forventer derfor, at udgifterne kommer til at stige.

Stigningstakten skal de næste år mere end fordobles, for at standarden på sygehusene kan leve op til krav fra borgere og politikere.

Der vil komme øget fokus på sygehusenes produktivitet. Det forventes, at sygehusene vil blive vurderet af eksterne parter på nationalt niveau. Regionerne skal, udover at præstere en effektiv sygehusdrift, også prioritere forskning og udviklingsopgaver. Det er en vigtig parameter, også i den konkurrence, der vil opstå mellem sygehusene.

Til sidst nævnte Niels Højberg nogle interessante betragtninger vedrørende kulturen på de nuværende amtsgårde. Eksempelvis gælder det for Fyns Amt, at ekspertisen og fagligheden er i højsæde med en lidt tung forretningsgang til følge, i Sønderjyllands Amt gælder en udpræget forsigtighedskultur, hvor alle skal inddrages, og ingen beslutninger skal komme bag på nogen, i Ribe Amt, hvor der virkelig knokles, der handles hurtigt med stor effekt og i Vejle Amt hvor der er højt til loftet, forandringsvillighed og gladiatorrollen ”Hvis man har lyst noget – Just do it!”

Ifølge Niels Højberg skal denne udfordring blandt andet takles ved at understøtte forskellighederne mellem kommunernes løsninger og ved at undgå langvarig kamp om grænsefladerne. Man vil tilstræbe lederevaluering og udvikling af den regionale ledelse, og der skal ske et bevidst arbejde med organisationskulturene - ”Lean-tænkning og projektledelse.

Det bliver spændende, hvordan den nye organisation udvikler sig, og hvad betydning det får for vores sundhedssystem – om det bliver et ”moderne sundhedssystem i verdensklasse” ,som Niels Højberg udtrykte det!

Billeder fra årets generalforsamling



Forberedelser til generalforsamling



*Niels Højberg, adm. direktør for Region Syddanmark og DSKB's
formand Linda Hilsted*



Stemning fra generalforsamlingen



Less Maintenance, Calibration and QC More Quality Patient Results



simple



In today's environment, healthcare economics often force a compromise between efficiency and quality. Now, thanks to the VITROS 5,1 FS Chemistry System, you can have both. With proprietary Intellicheck® Technology with SMART Metering™, you can be sure you'll get the right results the first time-and get them fast. Want to know more? **Simple.** Visit www.orthoclinical.com today.



af Holger Jon Møller

Nyt fra NFKK



Per Simonsson afgår som formand for NFKK

Per har på mange måder sat sit præg på NFKK-skibets kurs. Og han er en af de personer, der løfter Klinisk Biokemi op fra den molekylære atomisme: Kommunikation, ledelse, sammenhæng, undervisning, projekter. Det er ikke "Skeppsbrutnas tid" (ISBN, 917742140X) i Klinisk Biokemi!

Per Simonsson afløses af Jarkko Ihalainen som ny formand for NFKK, og i forbindelse med seneste NFKK møde (ved kongressen i København) overgav Per symbolet på NFKK-ordførerskabet til Jarkko. Symbolet består af en klump ler med NFKK's initialer (en tidligere gave fra FESC). Jarkko takkede for valget og håbede, han kunne leve op til Pers entusiastiske og dynamiske ledelse af NFKK de seneste år: En lang række initiativer i NFKK-regi er iværksat (se bl.a. sidste nummer af DSKB-Nyt). Bl.a. havde NFKK taget initiativ til afholdelse af flere møder/sessions på den Nordiske kongres: F. eks.:

- "How-to-do"-session om ringegrænser (Critical values) ved Jarkko Ihalainen
- Konsensumøde vedrørende standardisering af M-komponentanalyser ved Joyce Carlsson (se nedenfor)
- Møde vedrørende prænatal screening ved Kristian Bjerve og Lennart Friis-Hansen.
- Session vedrørende børnereferenceintervaller (Nete Hornung og Søren Ladefoged).

Retningslinier for M-komponent-bestemmelse

NFKK har sammen med Nordic Myeloma Study Group (hæmatologer med speciale i myelomatose) nedsat en arbejdsgruppe, der skal komme med forslag til standardisering af M-komponentanalyser, herunder β -2-mikroglobulin, med deltagere fra alle nordiske lande. Baggrunden for projektet er for det første, at der er kommet nye internationale guidelines for M-komponent-bestemmelse, som lægger vægt på elektroforese, mens man mange steder (især i Sverige) lægger vægt på måling af total immunoglobulin. For det andet er der fra klinisk hold et stort ønske om standardisering af analyserne, særligt med henblik på at øge kvaliteten i multi-center projekter. På det seneste er dette blevet accentueret med international accept af anvendelse af P-Albumin og P- β -2-mikroglobulin som prognostiske markører. Arbejdsgruppen afholdt sit første møde ved kongressen i København under ledelse af Joyce Carlsson fra Malmø. Fra Danmark deltog Peter Gimsing (Rigshospitalet), Henrik Gregersen (Ålborg Sygehus) og Holger Møller (Århus Sygehus). Det er forventningen, at der vil kunne udarbejdes skandinaviske retningslinier for M-komponentanalysen og forslag til standardisering af β -2-mikroglobulin og albumin analyserne. I Sverige er der udført en enquete for at få overblik over anvendte metoder i Sverige. I Danmark planlægges en tilsvarende enquete.



Af Lise Bathum,
Klinisk Biokemisk
Afdeling, Odense
Universitetshospital

Astrup prisen

en god tradition er ved at takke af



Astrup prisen blev uddelt ved den XXXth Nordic Congress in Clinical Chemistry for tolvte gang til vinderen af Astrup foredragskonkurrencen. Radiometer har meddelt, at prisen vil blive uddelt for sidste gang ved næste nordiske kongres.

Astrup prisen blev stiftet i 1979 af Radiometer A/S Danmark for at ære professor Poul Astrup, som var den første professor i Klinisk Kemi på Rigshospitalet (1964-1979). Prisen blev givet første gang i 1979 til professor Poul Astrup og anden gang til professor Ole Siggaard-Andersen. Efterfølgende er prisen blevet en del af de nordiske kongresser i Klinisk Biokemi. Før kongressen indkaldes abstrakts fra alle nordiske klinisk biokemikere, og der udvælges 3-4 indlæg, som præsenteres ved åbningen af kongressen. En jury bestående af en professor fra Sverige, Norge, Finland og Danmark samt formanden for DSKB udpeger herefter vinderen af Astrup prisen. Alle indlægsholdere bliver inviteret til at publicere deres arbejde i et specielt nummer af Scandinavian Journal of Clinical and Laboratory Investigation.

I 2006 modtog juryen 16 abstrakts og udvalgte 4 til foredragskonkurrencen. Førsteprisen består af 60.000 kr. og blev vundet af Asfaque Ahmed Memon (Århus, Denmark) med foredraget "Epidermal Growth

Factor family in cancer." Arbejdet omhandler den mulige sammenhæng mellem ekspresion af EGF familien og apoptose, og undersøger, om ekspresionsprofilen af EGF receptorerne i højere grad end ekspresion af den individuelle receptor relaterer til overlevelse hos patienter med blærecancer.

Andenprisen gik til Lennart Friis-Hansen (København, Danmark) for indlægget "Achlorhydria, microbial growth and cancer." Arbejdet omhandler de fysiologiske konsekvenser af gastrinmangel på føtal udvikling, ventrikelfunktion og sygdom, og er baseret på en gastrin deficient musemodel.

Christina Christoffersen (København, Danmark) fik en delt tredjepris med indlægget "Apolipoprotein M: a novel apolipoprotein." Arbejdet undersøgte apoM isoleret fra humant plasma samt apoM's rolle i kolesterol efflux i skumceller fra en human cellelinie. Endvidere opstilledes en musemodel til yderligere at eksplorere apoM's rolle i lipidmetabolisme.

Endelig fik Jakob Stenman (Helsinki, Finland) en delt tredjepris for foredraget "Gene-expression: genome-controlled RT-PCR." Dette arbejde opstillede en ny metode baseret på RT-PCR og microarray til at kvantitere ekspresion af kandidatgener i tumurvæv.



CK-MB
Troponin-I
Myoglobin
Homocysteine
hsCRP
D-dimer *
NT-proBNP



** under development*

IMMULITE[®]
2500



**Diagnosis
Productivity
Cost Efficiency**



A company on the move



Genetisk testning

for arvelige hjertesygdomme

Af Marianne Benn, Klinisk Biokemisk Afdeling, Rigshospitalet*

*Aktuelle arbejdssted:
Københavns Amtssygehus
Herlev

Gennem de sidste 30 år er der sket en rivende udvikling indenfor den molekylære kardiologi. Man har blandt andet identificeret, at hypertrofisk kardiomyopati overvejende er forårsaget af mutationer i gener, der koder for myocytternes sarkomere proteiner; at langt QT syndrom skyldes mutationer i gener, der koder for myocytternes kalium, natrium og calcium kanaler; og at arytmogen højre ventrikel kardiomyopati skyldes mutationer i gener, der koder for myocytternes celleadhæsiionsproteiner. Ligeledes har man påvist flere mutationer i gener involveret i lipid-metabolismen, der enten alene eller i samspil med andre faktorer forårsager en øget risiko for åreforkalkning og hjerte-karsygdom.

Fund af specifikke sygdomsgener har givet mulighed for molekylærgenetisk testning. Ved identifikation af den sygdomsgivende mutation hos det afficerede familiemedlem er der mulighed for testning af såvel symptomatiske som asymptomatiske familiemedlemmer. De nye diagnostiske muligheder har gjort, at Dansk Kardiologisk Selskab har opstillet retningslinjer for rådgivning, udredning og opfølgning af familiemedlemmer med arvelige hjertesygdomme. Efter Dansk Kardiologisk Selskabs årsmøde 2005 nedsatte man derfor en arbejdsgruppe, som i foråret 2006 har udgivet en høringsrapport om emnet (se høringsrapporten på www.cardio.dk). Arbejdsgruppen bestod af kardiologer med særlig interesse for arvelige hjertesygdomme, samt repræsentanter fra Dansk Selskab for Klinisk Genetik og Dansk Selskab for Patologisk Anatomi.

Overordnet foreslår man i høringsrapporten en struktur, hvor patienterne først undersøges på kardiologiske afdelinger med landsdelsfunktion for disse

sygdomme, herefter genetisk rådgivning og stillingtagen til genetisk testning enten ved en kardiolog med speciel viden om den relevante sygdom eller ved en klinisk genetiker, og, efter eventuel testning, opfølgning og behandling i kardiologisk regi.

De hyppigste arvelige hjertesygdomme, hvor det aktuelt er muligt at tilbyde genetisk testninger:

Hypertrofisk kardiomyopati

Hypertrofisk kardiomyopati er den hyppigste monogent arvelige hjertesygdom med en estimeret prævalens på 1:500. Den skønnes at være den hyppigste årsag til pludselig hjertedød hos yngre mennesker. Sygdommen er karakteriseret ved uforklaret hypertrofi oftest lokaliseret til septum interventrikulære. Hypertrofisk kardiomyopati er dominant arvelig og skyldes mutationer i gener, der koder for myocytternes sarkomere proteiner – myosin bindende protein C (MYBPC3), β myosin tung kæde (MYH7), troponin T (TNNT2), troponin I (TNNI3), α tropomyosin (TPM1), α hjerte aktin (ACTC), myosin essentiel let kæde (MYL2) og myosin regulatorisk let kæde (MYL3), samt i mere specielle tilfælde AMP-aktiveret protein kinase (PRKAG2) og lysosom-associeret membran protein 2 (LAMP2). Molekylærgenetisk undersøgelse af samtlige af disse gener muliggør identifikation af mutation i 50-60% af familier med sygdommen.

Kongenit langt QT syndrom

Langt QT syndrom er karakteriseret ved forlængelse af den ventrikulære repolarisering og øget forekomst af livstruende ventrikulær takyarytmi. De første symptomer på sygdommen kan være hjertebanken,



svimmelhed, nærsynkope, synkope eller pludselig død. Sygdomsprævalensen estimeres til 1:5.000-10.000 og arvegangen er overvejende dominant arvelig, men kan være recessiv (Jervell Lange Nielsens syndrom). Langt QT syndrom skyldes overvejende mutationer i gener, der koder for myocyternes kaliumkanaler (LQT1 (KCNQ1), LQT2 (KCNH2), ATS1 (KCNJ2), LQT5 (KCNE1), LQT6 (KCNE2)), i natrium-kanalernes alfa subunit, LQT3 (SCN5A), og i sjældne tilfælde i støtteproteinet ankyrin B, LQT4 (ANKB) eller et calciumkanal protein, TS1 (CACNA1C). Molekylær-genetisk undersøgelse af samtlige af disse gener muliggør identifikation af en mutation i 60-70% af familier med sygdommen. Specielt for sygdommen er, at det kliniske kardinalfund, langt QT interval på EKG, ikke altid er tilstede, samt at slægtninge, hvor der påvises mutation, kan have et normalt EKG og stadig have en høj risiko for pludselig død. Motivationen for at foretage familiescreening og genetisk undersøgelse er derfor naturligt nok at kunne identificere og tilbyde profylaktisk behandling til slægtninge med øget risiko for pludselig død.

Brugada syndrom

Brugadas syndrom er karakteriseret ved specifikke, men desværre dynamiske EKG forandringer, og er associeret med en høj forekomst af pludselig hjertedød. Sygdommen er dominant arvelig, prævalensen er 1:2.000, og 5-års mortaliteten anslås ved ubehandlet sygdom at være op til 60 %. Brugadas syndrom menes at være forårsaget af mutationer i natrium-kanalernes alfa subunit (SCN5A), men mutationer i dette gen er kun fundet hos 30 % af testede patienter med sygdommen, tydende på yderligere heterogenitet.

Arytmogen højre ventrikel kardiomyopati/dysplasi

Arytmogen højre ventrikel kardiomyopati er strukturelt karakteriseret ved en udtynding af højre ventrikels vægge og dilatation af højre ventrikel, og klinisk ved forekomst af ventrikulære takyarytmier og pludselig uventet hjertedød. Sygdommen er næst efter hypertrofisk kardiomyopati den hyppigste årsag

til pludselig hjertedød hos unge mennesker. Sygdomsprævalensen er ukendt, men anslås at være ca. 1:5.000. Arvegangen er hyppigst autosomal dominant, men recessiv form af sygdommen ses (Naxos syndrom). Arytmogen højre ventrikel kardiomyopati menes at være forårsaget af mutationer i gener, der koder for desmosomproteiner (plakoglobin (JUP), desmoplakin (DSP), plakophilin-2 (PKP2) og desmoglein-2 (DSG2)), transforming growth factor beta-3 (TGFB3), der stimulerer syntesen af desmosomproteiner, og kardial ryanodin receptor 2 (RyR2). Ved molekylær-genetisk undersøgelse af patienter med dominant arvelig form af sygdommen er der fundet mutationer i DSP, PKP2, TGFB3 og DSG2 hos op mod 45% af patienterne.

Familiær dyslipidæmi

Familiære dyslipidæmier karakteriseret ved et forhøjet kolesterolniveau er monogent arvelige og skyldes mutationer i en række forskellige gener. Sygdommene nedarves autosomt dominant (kan dog i sjældne tilfælde også være recessive) med en prævalens på mindst 1:500 og inddeles i følgende grupper:

- 1) Familiær hyperkolesterolæmi (FH), der skyldes mutationer i LDL-receptor genet (LDLR). Klassisk familiær hyperkolesterolæmi er karakteriseret ved forhøjet plasma total kolesterol, senexantomer og præmatur iskæmisk hjertesygdom. Ubehandlet ses iskæmisk hjertesygdom i 30-50 års alderen hos omkring 50 % af mænd og 20 % af kvinder.
- 2) Familiær defekt apolipoprotein B-100 (FDB), der skyldes mutationer i apolipoprotein B genet (APOB). FDB er som FH karakteriseret ved forhøjet plasma total kolesterol og præmatur iskæmisk hjertesygdom.
- 3) Forhøjet kolesterol forårsaget af mutationer i proprotein convertase subtilisin/kexin type 9 (PCSK9), et protein, der er involveret i nedbrydning af LDL-receptorer i leveren.

For fuldstændighedens skyld bør nævnes, at høringsrapporten ikke omfatter genetisk screening for en lang række andre arvelige dyslipidæmier. Screening for mutationer

i de for disse sygdomme relevante gener udføres på Klinisk Biokemisk Afdeling på Rigshospitalet efter nærmere aftale med overlæge Anne Tybjerg Hansen.

Ud over ovennævnte sygdomme omfatter høringsrapporten også information om mere sjældne arvelige hjertesygdomme, f.eks. hereditær hæmokromatose, familiær amyloidose, Fabry's sygdom, pulmonal arteriel hypertension og Marfan's syndrom.

Motivationen for genetisk testning for disse monogent arvelige sygdomme er, at man vil kunne identificere familiemedlemmer med mutation før sygdomsdebut (pludselig død kan for flere af sygdommene være første symptom) og for alle sygdommene tilbyde klinisk opfølgning og forebyggende behandling. Samtidig vil man i familier, hvor der findes en sygdomsforårsagende mutation, også kunne frikende familiemedlemmer, hvor der ikke findes mutation for sygdom. For enkelte af sygdommene, f.eks. langt QT syndrom, er der desuden en genotype-fænotype sammenhæng, og genetisk undersøgelse vil her kunne bidrage til prognostik og valg af behandling.

Endelig indeholder høringsrapporten et forslag til en pjece med information om arvelig hjertesygdom til patienter og slægtninge, samt et afsnit om de laboratoriemæssige aspekter af genetisk undersøgelse ved arvelig hjertesygdom.

Den Danske Kvalitetsmodel

– øh – hva'for en model?

Af Nete Hornung, Klinisk Biokemisk Afdeling, Randers Centralsygehus
og Linda Hilsted, Klinisk Biokemisk Afdeling, H:S Rigshospitalet

Mange har hørt om Den Danske Kvalitetsmodel, men der er stadig læger og sygeplejersker – og bioanalytikere, der får et tomt blik i øjnene, når man spørger om Den Danske Kvalitetsmodel. Og har man hørt om Den Danske Kvalitetsmodel, er det typisk at - nåh ja – bliver det nogensinde til noget, det bliver jo udsat hele tiden. Men hvad er egentlig Den Danske Kvalitetsmodel, og hvor befinder den sig lige nu?

Det startede i efteråret 2002, hvor en sammenslutning af diverse sundhedsmyndigheder og offentlige instanser (Amtsrådsforeningen, Hovedstadens Sygehusfællesskab, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen) nedsatte en styregruppe, hvis opgave var at udvikle og beskrive et program til systematisk kvalitetsvurdering i Danmark. Første version udkom i 2003, og den er

siden hen revideret til programbeskrivelsen i sin nuværende form. Det overordnede formål med modellen er at fremme de gode patientforløb ved kontinuerlig klinisk, faglig og organisatorisk kvalitetsforbedring af patientforløbene og synliggørelse af kvaliteten. Meningen er, at det skal munde ud i et fælles system til kvalitetsvurdering af særligt kritiske, strategisk vigtige ydelser og aktiviteter. Det gælder patientforløb på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, imellem institutioner og internt i institutionerne, og der fokuseres ikke særskilt på enkelte faggrupper eller specialer. Faktisk er det sådan, at alle udbydere af sundhedsydelser med offentlig finansiering i Danmark er omfattet af modellen. Det gælder således både offentlige og private sygehuse, praktiserende læger, speciallæger, terapeuter, psykologer,

kommuner (plejehjem, hjemmepleje m.v.) og sågar også private virksomheder, som arbejder på eller for offentlige institutioner. I modellen lægges der vægt på aktiviteter, der påvirker:

- patientens oplevelse af forløbet
- det kliniske resultat af forløbet
- de organisatoriske aktiviteter, der understøtter patientforløbene.

For at komme det nærmere er der i modellen beskrevet tre hovedområder (generelle forløbsaktiviteter, sygdomsspecifikke forløbsaktiviteter og organisatoriske aktiviteter), og for hver af disse er der beskrevet en række temaer – 37 temaer i alt. For at hjælpe os på vej er der heldigvis også givet en vejledende beskrivelse for hvert tema (tabel 1 og 2).

Tabel 1

Generelle temaer	
Henvisninger	Anmodning fra en organisatorisk enhed til en anden om overtagelse af eller medvirken i patienters behandlingsforløb. Det kan være inden for samme institution eller imellem forskellige institutioner/sektorer. Herunder afgivelse af informationer om vurderinger, plan og formål m.v. vedrørende behandlingen.
Visitation	En faglig vurdering og beslutning baseret på tilsyn eller henvisning, hvor det afgøres, hvor og hvornår patienter modtages.
Modtagelse	Modtagelse af patienter, omfattende patientforløbets indledende sundhedsfaglige vurdering, planlægning og behandling samt indhentning af oplysninger vedrørende sygehistorie og tidligere forløb.
Vurdering og planlægning	Sundhedsfaglig vurdering af patienters tilstand og effekten af behandling m.v., samt planlægning af det videre forløb. Vurdering og planlægning foretages løbende.
Koordinering og kontinuitet	Samordning og sammenhæng af de enkelte aktiviteter i hensigtsmæssig rækkefølge inden for et patientforløb, herunder samarbejde mellem faggrupper, enheder, institutioner og sektorer.
Overdragelse	Planlægning, formidling og gennemførelse af aktiviteter med henblik på at skabe sammenhæng mellem flere samtidige eller relaterede patientforløb, hvor behandlingsansvar og informationer overdrages og deles mellem enheder, institutioner eller sektorer.
Diagnosticering	Klinisk anvendelse af diagnostiske test, diagnostiske procedurer og diagnostiske resultater. Planlægning, gennemførelse og opfølgning af konkrete diagnostiske forløb.

Tabel 1 - fortsat

Observation	Overvågning og monitorering af patienters tilstand. Observation af behandlingseffekt vha. kliniske eller tekniske metoder samt dokumentation heraf. Omfatter endvidere anvendelsen af resultaterne i behandlingen.
Patientinddragelse	Anvendelse af patienters synspunkter, vurderinger og samtykke ved beslutninger om behandlingens art, tilrettelæggelse m.v., herunder relevant inddragelse af pårørende.
Patientinformation og kommunikation	Information, kommunikation, medinddragelse og vejledning af patienter og pårørende, herunder vurdering af informationsbehov og anvendelse af informationsmaterialer, også gældende særlige patientgrupper.
Intensiv behandling	Planlægning, gennemførelse og opfølgning i hele sundhedsvæsenet af behandling ved livstruende tilstande, der udføres for at opretholde vitale funktioner.
Invasiv behandling	Planlægning, gennemførelse og opfølgning på invasive indgreb og procedurer med diagnostisk, palliativt eller behandlingsmæssigt formål.
Rehabilitering	Planlægning, gennemførelse og opfølgning med henblik på at forbedre og genskabe fysisk, psykisk og social funktionsevne samt afværge eller begrænse funktionstab - i relation til sygdomsforløb.
Medicinering	Ordination, dokumentation, dispensering, administration, compliance og monitorering af effekt og bivirkninger for medicin. Herudover forhold der vedrører medicinens tilgængelighed i afdelingen.
Forebyggelse og sundhedsfremme	Aktiviteter, som fremmer patienters sundhed, eller der forhindrer, opsporer, hæmmer eller reducerer svækkelse af patienters helbred. Omfatter endvidere patientuddannelse.
Ernæring	Aktiviteter med udgangspunkt i patientens ernæringstilstand, der medvirker til patienters indtagelse af sufficient og hensigtsmæssig ernæring og væske.

Tabel 2

Organisatoriske temaer	
Beredskab og forsyning	Planer for og håndtering af overbelastninger, nedbrud, interne/eksterne katastrofer mv., herunder uddannelse af medarbejdere samt basale forsyninger af el, vand, medicinsk udstyr m.v.
Patienttransport	Transport af patienter mellem enheder, institutioner og til bopæl, herunder organisering af sundhedsfaglig overvågning under transporterne samt videregivelse af information ved aflevering af patienten før og efter transporten.
Apparatur og teknologi	Anskaffelse, anvendelse og vedligeholdelse af apparatur og udstyr til klinisk brug.
Kvalitetsstyring	Ledelsesværktøjer, som anvendes i institutionens processer, med henblik på vedvarende målopfyldelse af institutionens fastlagte kvalitetsniveau, omfatter overvågning og organisering i relation til kvalitetssikring samt uddannelse.
Risikostyring	Aktiviteter med henblik på at forebygge, identificere, vurdere og begrænse risiko for skade, med henblik på at opnå øget patientsikkerhed.
Hygiejne	Infektionskontrol, herunder uddannelse, rådgivning og monitorering samt nye aktiviteter med henblik på at minimere infektionsrisikoen.
Rekuttering, uddannelse og kompetencesikring	Procedurer og programmer, der sikrer tilstedeværelse af fornødne kompetencer gennem ansættelse, rekruttering, introduktion, arbejdstilrettelæggelse, fastholdelse, udvikling og kontinuerlig uddannelse.
Dokumentation og datastyring	Registreringspraksis, anvendelse, opbevaring og sikkerhed, relateret til journalmateriale og administrative informationssystemer.
Ledelse	Lederskab, organisatoriske strukturer, processer, kommunikationsveje og ansvarsplacering samt interne/eksterne samarbejdsrelationer.
Politikker og retningslinjer	Ajourføring, godkendelse og koordinering af politikker, retningslinjer, vejledninger m.v.

De sygdomsspecifikke temaer er nærmere beskrevet ud fra diagnosekoder og andre kriterier gældende for en række sygdomme (Apopleksi, Brystkræft, Diabetes, Fødsler, Hjerterinsufficiens, Hoftenære frakturer, Kronisk Obstruktiv Lungelidelse, Mavesår, Skizofreni, Tyk- og endetarmskræft, Lungekræft).

Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet

Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS) blev etableret i vinteren 2004/2005 med henblik på udvikling og implementering af Den Danske Kvalitetsmodel. Instituttet er placeret i Århus, og den daglige ledelse varetages af direktør Karsten Hundborg. I bestyrelsen for IKAS sidder der i alt 6 repræsentanter fra Amtsrådsforeningen, Hovedstadens Sygehusfællesskab, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen med Medicinaldirektøren som formand.

I maj måned 2006 valgte IKAS' bestyrelse den engelske kvalitetsorganisation Health Quality Service (HQS) som samarbejdspartner i de kommende 3 år. Beslutningen er truffet på baggrund af et EU-udbud af rådgivningsopgaven med flere prækvalificerede tilbudsgivere (Joint Commission International, Health Quality Service, Australian Council

on Healthcare Standards, Canadian Council on Health Services Accreditation).

Udvikling af standarder og indikatorer

Det næste skridt er udvikling af standarder og indikatorer inden for hvert tema. Til det formål er der etableret en række temagrupper i IKAS' regi, og det første område, der skal tages fat på, er standarder og indikatorer for sygehusene og sygehusenes samarbejdspartnere. Hver temagruppe består af en formand, temagruppemedlemmer samt et sekretariat. Der er tilknyttet en kvalitetskonsulent fra IKAS' sundhedsfaglige afdeling som IKAS' primære kontaktperson til hver temagruppe. IKAS har på baggrund af indstilling af formandskandidater fra regionerne udpeget formændene for temagrupperne. Der er taget hensyn til, at alle regioner er repræsenteret ved mindst et formandskab, og medlemmerne er udpeget efter følgende principper:

- Relevant faglig repræsentation
- Relevant ledelsesmæssig repræsentation
- Aktuel og relevant viden inden for temaområdet
- Relevant viden og erfaring fra kvalitetsområdet
- Regional deltagelse

Selve udviklingen af standarder og indikatorer sker efter nogle fælles principper beskrevet

af IKAS. Eksempelvis skal eksisterende nationale danske kvalitetsprojekter, hvor det er relevant, indgå som en del af grundlaget for udviklingen af standarder og indikatorer. Patientsikkerhed og patient-brugerperspektivet skal også indgå i udarbejdelsen af standarderne, hvor det er relevant. Når en standard er valgt, foretages en vægtning og prioritering efter udvælgelseskriterier vedrørende nytte, relevans, ressourcer og målbarhed.

Klinisk Biokemi og Den Danske Kvalitetsmodel

Specialet klinisk biokemi er i Den Danske Kvalitetsmodel indtil videre kun inddraget i temaet diagnosticering: Klinisk anvendelse af diagnostiske test, diagnostiske procedurer og diagnostiske resultater. Planlægning, gennemførelse og opfølgning af konkrete diagnostiske forløb. Det er betryggende at se klinisk biokemi repræsenteret med to medlemmer i denne temagruppe (tabel 3). Man kunne dog ønske sig specialet bredere repræsenteret i temagrupperne, idet klinisk biokemi som bekendt er involveret i en lang række af de øvrige temaer, om end mere indirekte. Imidlertid har det fra begyndelsen ikke været meningen at inddrage de diagnostiske specialer i første generation

Tabel 3

	Temagruppens medlemmer
Formandskab	Carsten Engel, Klinisk kvalitetschef, Vejle Amt, Region Syddanmark
Sekretariat	Hanne Staghøj Markussen
Øvrige temagruppemedlemmer	Bjarne Nielsen, Overlæge, Vejle Sygehus Carsten Conrad, Ledende overlæge, Sygehus Vendsyssel, Hjørring Lene Heickendorff, Ledende overlæge, Århus Sygehus Lisbeth Mortensen, Ledende bioanalytiker, Amager Hospital Vita Jørgensen, Afdelingssygeplejerske, Herning Sygehus Erik Jakobsen, Overlæge, Odense Universitetshospital Susanne Christoffersen, Sygeplejerske, Storstrømmens Sygehus, Næstved Lone Valbak, Overlæge, Aalborg Psykiatriske Sygehus

af Den Danske Kvalitetsmodel. Begrundelsen har været, at flere af de diagnostiske specialer allerede har stor erfaring med kvalitetsudvikling og akkreditering. Netop af den grund må man så blot håbe på, at sygehusene ser den ekspertise og de ressourcer klinisk biokemi har inden for kvalitetsudvikling, og gør brug af denne viden lokalt. IKAS har desuden på opfordring af de diagnostiske specialer netop besluttet at oprette en ad-hoc gruppe med medlemmer udpeget af de videnskabelige selskaber for de diagnostiske specialer. DSKB's formand er medlem af denne gruppe. Gruppen skal repræsentere en ekspertviden, som relevante temagrupper kan anvende i arbejdet med at udarbejde standarder og indikatorer som evalueringsgrundlag for Den Danske Kvalitetsmodel.

Tidsplan

Udviklingen af standarder og indikatorer foregår lige nu og skal være afsluttet i november 2006. Herefter følger en høringsfase og eventuel pilottest i december 2006. Efterfølgende skal der foretages redigering, så de færdige standarder kan udsendes i februar 2007 til institutionerne, hvorefter implementeringsfasen påbegyndes. I 2008 gennemføres akkrediteringsfasen indeholdende ekstern vurdering, tilbagerapportering til institutionerne, akkrediteringen og offentliggørelsen (tabel 4).

Tabel 4

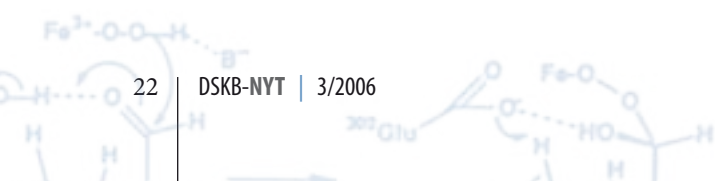
November 2006	December 2006	Januar 2007	Januar-februar 2007	Februar 2007	2007	2008
Standarder og indikatorer er udviklet	Høring og pilottest	Redigering af standarder	Godkendelse af standarder i bestyrelsen og *ISQua	Udsendelse af standarder og indikatorer til sygehusene	Implementering	Ekstern audit og akkreditering

*The International Society for Quality in Health Care

Det må siges, at Den Danske Kvalitetsmodel er lige om hjørnet, og at der ligger et stort arbejde og venter både organisatorisk og fagligt. Man må håbe, at sygehusene er i fuld gang med forberedelserne, og at man vil udnytte de erfaringer, som de kliniske biokemiske afdelinger har fået i forbindelse med kvalitetsudvikling og akkreditering. Derudover kan de kliniske biokemiske afdelinger forholde sig afventende,

for modellen omfatter ikke klinisk biokemi – i hvert fald ikke endnu!

www.kvalitetsinstitut.dk
www.isqua.org.au



cobas

Life needs answers



cobas 6000

Vidste du at ...

cobas[®] 6000 er **næste generation** af modulære systemer?

cobas[®] 6000 har **automatisk reagenshåndtering**?

cobas[®] 6000 **konsoliderer** klinisk kemi og immunologi **efter behov**?

cobas[®] 6000 kan **ombygges eller udbygges** på laboratoriet?

cobas[®] 6000 har **unik e-service**?

cobas[®] 6000 kan gøre meget nyt for jeres laboratorium, ring på 36 39 99 52



Diagnosics

cobas

Life needs answers

Klinisk Biokemi: Personlige betragtninger og fremtidsperspektiver

Af Jørn Dyerberg, professor emeritus, dr. med.



Jørn Dyerberg

Jeg er af redaktionsgruppen for DSKB-Nyt blevet spurgt, om jeg kunne lokkes til at skrive et indlæg med mine refleksioner over et arbejdsliv i klinisk biokemi, og mine tanker om specialets fremtid. Årsagen er velsagtens, at jeg efter næsten 40 års virke stoppede som aktiv i faget den 1. juni i år. Jeg startede 1. februar 1967 som reservelæge på Central-laboratoriet Aalborg Kommunehospital med det klare formål at anvende et års ansættelse som led i uddannelsen til speciallæge i intern medicin. Under påvirkning af en af specialets senere æresmedlemmer og min gode, nu stærkt savnede ven, overlæge H. O. Bang, blev jeg indfanget af interessen for blodets lipider og deres rolle i iskæmisk hjerte-kar sygdoms patogenese. Dette førte til mit disputatsarbejde om kvantitering af plasma lipoproteiner ved agarosegel elektroforese og til min senere ansættelse som chef på samme afdeling. Denne ansættelse sluttede efter 15 års virke som overlæge i 1989, hvor jeg tiltrådte en stilling som overlæge på det daværende Medicinsk Laboratorium København. Årsagen til min overgang til privat ansættelse var dels de mange år ved Aalborg sygehus (24 i alt), dels en begyndende afmagtsfølelse over for chefgerningen ved sygehusvæsenet, som jeg følte på administrerende overlægeniveau blev tillagt stigende ansvar samtidig med, at beslutningskompetencen blev reduceret. Jeg har under mine år i den private sektor genoplevet fornøjelsen ved at have fuld beslutningskompetence med lige så fuldt ansvar for de afledte konsekvenser af godt og mindre godt.

Jeg havde desuagtet mange gode arbejdsår i Aalborg og var blandt andet medvirkende i sammenlægningen af Aalborg Kommunehospital og Aalborg Amtssygehus til Sygehus Aalborg, og dermed også sammenlægningen af de to store klinisk kemiske afdelinger. Videnskabeligt var det ikke mindst 'det Grønlandske paradoks', den lave forekomst af iskæmisk hjerte-kar sygdom, trods en fedtrig kost hos den grønlandske

Inuit, der optog os, og som bar så megen frugt, såvel videnskabeligt som oplevelsesmæssigt gennem vore 6 Umanak-expeditioner. Gennem dette arbejde blev det os forundt at åbne en ny retning inden for ernæringsbaseret lægevidenskab: n-3 eller omega-3 flerumættede fedtsyrer og deres mange funktioner i den humane biologi. Med 'os' mener jeg ud over 'HO', som han blev kaldt, en stor gruppe af entusiastiske læger, kemikere og laboranter, som jeg i disse år havde det privilegium at arbejde sammen med. Forskningen kronedes med skelsættende erkendelser inden for eicosanoid-biologien og for mig selv vel med tildeling af et æresdoktorat ved universitetet i Tromsø.

En væsentlig årsag til mit skift fra intern medicin til klinisk kemi skal her noteres, nemlig den rige mulighed for forskningsaktivitet som faget i modsætning til mange rutine-tyngede kliniske specialer byder på. I mit senere virke har jeg talrige gange sagt til uddannelsessøgende klinikere: Kom over til mig et års tid og lær den kliniske forsknings regler og vilkår, og lad os så se lidt stort på, hvor meget klinisk kemi du får med i din ballast! Fagets nøgterne stringens og regelefterleven har store pædagogiske kvaliteter, om end disse træk tidvist også kan være enerverende. For mig har savnet af klinisk arbejde derfor altid luret, hvilket blandt andet har afspejlet sig i mine hovedinteresser: Lipider/hyperlipidæmi samt koagulation og hæmostase. I begge relationer har en hyppig patientkontakt været et væsentligt element. Lad mig med baggrund i ovenstående komme med min første konklusion. Faget klinisk kemi har et betydeligt pædagogisk potentiale og dermed en ligeså stor pædagogisk forpligtigelse, blandt andet betinget af de rigelige lægelige ressourcer det er tildelt.

Og hvad har så alle disse år ellers efterladt af generelle indtryk?



Metode- og apparaturudvikling er i de sidste 20 – 30 år skiftet fra en oprindelse i faget til i stort omfang at blive varetaget af vore leverandører. Dette gælder såvel analysesortiment som den praktiske udformning af dette. Konsekvensen heraf er en accelererende udvikling af tilbud på tekniske/biokemiske løsninger af komplekse analytiske opgaver, med tilsvarende mindre og mindre mulighed for det analytiske laboratorium til at deltage i det analytiske udviklingsarbejde, samt til at styre fagets udvikling med hensyn til analysesortiment. Dette har for de lægelige aktører i specialet mindre konsekvens med hensyn til analytisk metodik, idet disses faglige uddannelse ej heller betinger en særlig kapacitet hertil, men har derimod stor betydning, når det gælder analysesortiment. Den manglende indflydelse herpå afspejler sig i et tilbud af analytisk formåen, hvor til der i nogle tilfælde efterfølgende må indhentes dokumentation for den kliniske anvendelse. Som eksempel herpå kan nævnes morfologiske varianter af cellulære kvantiteter i hæmatologiske prøver.

Et særligt område er Point Of Care Testing (POCT), som er i rivende udvikling, og hvor der kan forventes en eksplosiv udvikling af muligheder for hensigtsmæssig synkroniseret proces med den analytiske. Denne decentralisering af analyseproduktionen har stor betydning for fagets fremtid. Bioanalytikerne har allerede dannet en udviklingsgruppe, der henvender sig til de kolleger, som har erfaring eller har ideer med POCT. Målet for gruppen er 'at holde sig ajour med udviklingen'. Årsagen hertil er åbenlys, da POCT er båret af et betydeligt og berettiget klinisk/administrativt ønske om et analysesvar synkront med den kliniske beslutningsproces. Stigende omfang heraf kræver imidlertid en reorganisering af laboratoriedriften, da andre medarbejdergrupper ellers vil overtage opgaven. Dette vil i givet fald medføre et analytisk kvalitetstab på grund af bioanalytikerens højere viden om QA/QC, et område, som er et betydeligt problem ved patientnær analysering. En fortsat varetagelse af POCT kræver en omskoling af bioanalytikere, da patientnært

analytisk arbejde ikke kan udføres kontinuerligt, men afbrydes af plejemæssige og administrative opgaver.

Faget er i det hele taget i en overgangsperiode med uklar fremtid. Dette vil medføre rekrutteringsproblemer for alle medarbejderkategorier. En anden konsekvens af dette aspekt af faget er efter min mening, - som nok på mange vis er præget af de senere års virke inden for et kommercielt laboratorium - at man må overveje en ny prissætning for analytisk arbejde. Altså forskellig pris for "samme vare", men udført patientnært eller på rutinelaboratoriet.

Et andet nyt og for mig at se kommende dominerende område er farmakogenetik, som ved hjælp af genom- og proteomanalyser vil tillade klassifikation af patienter i behandlingsstrata. I kliniske forsøg har denne disciplin holdt sit indtog, og jeg forventer, at den snart vil gøre det samme i hverdagen, om end molekylær genetik ikke på nuværende tidspunkt har den dominerende rolle i vort fag, som jeg havde forventet. Fremtidsperspektivet er en personliggørelse af analytiske data i et omfang, som i dag er ukendt.

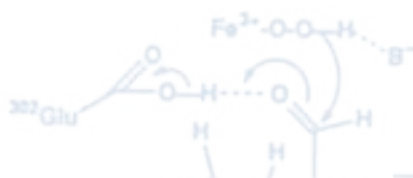
IT: Stadig større, komplekse datastrømme (f. eks. fra proteom og micro-array-analyser) nødvendiggør nye måder til patient-relateret databehandling. Multivariat databehandling og chemometri vil efter min mening vise sin værdi i såvel diagnostik som monitorering samt i kliniske undersøgelser. På hospitalerne bør klinisk biokemiske afdelinger profitere af deres relativt høje IT-stade. Herunder at inkludere andre patient-aspekter end analytiske data i laboratorie-informations-systemet (f. eks. kost, medicinering etc.) og ikke mindst at introducere QA/QC aspekter i disse områder. Der er et betydeligt behov herfor, jvf. f.eks. problemer vedrørende fejlmedicinering.

Tilgrænsende specialer: Et aspekt af det analytiske armamentarium vi betjener os af, er en sløring af grænserne mellem beslægtede specialer. I min tid som deltager i fagets organisatoriske arbejde (som medlem af bestyrelsen for DSKK fra 1977-1987, heraf 4 år som næstformand og 4 år som formand) deltog jeg aktivt i denne interkollegiale

diskurs og bestræbte mig bl.a. - med et vist held efter egen opfattelse - på at sikre koagulations- og hæmostaseområdet for faget. Jeg ser i dag udviklingen, som bl.a. er bragt til udfoldelse på Vejle Sygehus, med en konsolidering af beslægtede specialer, som delvist anvender samme metodologi (Biokemi, Mikrobiologi, Immunologi, Patologi) i en funktionel samlet enhed som særdeles spændende, da konsolideringsgevinsterne synes store. Samtidig illustrerer det mit evige faglige skisma: At disse specialer egentlig ikke er 'core business' i den primære og sekundære sundhedstjeneste.

Min faglige karriere sluttede lige så spændende, som den begyndte, idet jeg i 2001 tiltrådte et fast professorat i kostrelaterede sygdomme på Institut for Human Ernæring ved KVL. Samtidig kunne jeg, som konsulent, passe mit gamle job som lægelig ansvarlig på laboratoriet, der nu er omdøbt til Capio, efter at være blevet en del af den store svenske virksomhed inden for sundhedstjeneste med samme navn. Professoratet førte til spændende år med studenterundervisning og fuldt fokus på ernæringsrelateret forskning indenfor hjerte-kar området, nu med trans- og n-3 fedtsyrerne som ligeværdige interesseområder. Også inden for transfedtsyrerne lykkedes det at 'rokke båden', så jeg må notere, at mit lægelige virke, selvom det har betydet afsavn overfor klinikken, har givet mig et rigt fagligt liv og opfyldt betydeligt mere, end hvad jeg med rimelighed har kunnet forvente. Jeg ønsker jer alle en god fremtid og beder de lægelige medlemmer af specialet huske på deres herkomst, vi er, som en god kollega udtrykker det, patienternes talsmænd i faget.

PS: Jeg har undgået betegnelse klinisk biokemi da jeg ikke finder at substansen i faget ændres ved navneændringer og da biokemi vel er en slags kemi. Jeg læser stadig med glæde 'Clinical Chemistry'.



Ny analyse på Klinisk Biokemisk Afdeling, Århus Sygehus:

Tandem-masse-spektrometrisk (LCMSMS) analyse af P-25-Hydroxy Vitamin D3+D2

Af Holger Jon Møller, Lene Heickendorff og Carsten Højskov

Baggrund

Analysen er taget i brug til afløsning for den tidligere anvendte immunometriske metode (Octeia ELISA fra IDS). Immunologiske metoder måler den samlede mængde af D3+D2, men underbestemmer i varierende grad D2. Det har krævet et betydeligt udviklingsarbejde (primært forestået af cand. scient. Carsten Højskov) at få etableret en semiautomatiseret metode, der fungerer effektivt i et rutinelaboratorium. Siden årsskiftet har vi dagligt analyseret mellem 2- og 300 prøver dagligt for flere amter i landet. Ved analysen bestemmes både 25-Hydroxy-Vitamin D2 og D3. Der afgives svar på både det samlede P-25-Hydroxy-Vitamin D2+D3 og på de målte D2 og D3 komponenter hver for sig.

Hvorfor måle både D2 og D3?

D3 komponenten stammer især fra Vitamin D3 dannet i huden under påvirkning af sollys og desuden fra animalsk kost (fisk, indmad, kød, æg, mælk m.v.) samt fra kosttilskud (vitaminpiller indeholdende Vitamin D3). Vitamin D3 kaldes også cholecalciferol. D2 komponenten er hos de fleste personer umålelig lav, men visse Vitamin D-præparater, der anvendes til behandling af Vitamin D-mangel, består af Vitamin D2 (ergocalciferol). Det er således muligt at anvende analysen som terapikontrol i forbindelse med behandling med enten Vitamin D3- eller Vitamin D2-holdige præparater.

Referenceområde

50-160 nmol/l (P-25-Hydroxy-Vitamin D2+D3). Bemærk at der kun er angivet referenceinterval for det samlede P-25-Hydroxy-Vitamin D2+D3, idet det er den samlede mængde, der er afgørende for vurdering og undersøgelse for Vitamin D-mangel.

Fortolkning

Der er betydelig årstidsvariation for P-25-Hydroxy-Vitamin D. Det anførte område på 50-160 nmol/l er bestemt i sensommerperioden, mens der ses væsentligt lavere værdier i vinterperioden, hvor der er mindre UV-lys eksposition. Årstidsvariationen kan ophæves ved indtagelse af tilstrækkeligt D-vitamin tilskud. Vitamin D status anses for at være suboptimal ved værdier < 50 nmol/l. Værdier på 25-50 nmol/l betegnes som Vitamin D-insufficiens. Værdier på 13-25 nmol/l som moderat Vitamin D-deficiens og værdier på < 13 nmol/l som alvorlig vitamin D-deficiens.

Praktisk

Oplysninger vedrørende forsendelse af prøver, svar-tider, pris m.m. kan rettes til afdelingsbioanalytiker Lisbeth Busch, tlf. 89493059.

Hvorfor vælger yngre læger Klinisk Biokemi?

Redaktionen har bedt 2 yngre læger i hoveduddannelsesforløb fortælle, hvad der var vigtigt for dem.

Af Christina Ellervik, Klinisk Biokemisk Afdeling, Herlev Sygehus



Jeg valgte at specialisere mig i Klinisk Biokemi af flere årsager. Jeg blev inspireret af arbejdet på Klinisk Biokemisk Afd. på Herlev Sygehus, da jeg skrev OSVAL II (Obligatorisk Selvstændig VALgfri opgave for lægestuderende) opgave. Arbejdet udmøntede sig i en artikel i Lancet, allerede mens jeg stadig var stud. med. Det var fascinerende allerede så tidligt at få lov til at arbejde i forskningens absolutte frontlinie. Forskningsmiljøet på Klinisk Biokemisk Afd. på Herlev Sygehus er kendetegnet ved fint socialt og kollegialt miljø og gode arbejdsbetingelser. Dette

stod i kontrast til en række lægevikariater under studiet og derefter turnus med masser af nattevagter, stress og begrænsede muligheder for at kombinere arbejde og forskning med at have en familie. Selvom arbejdet indebærer kliniske problemstillinger hver dag, er det klart, at der kun er sparsom kontakt til patienterne - en kontakt jeg under tiden også har savnet. Men jeg nyder hver dag at kunne have de kliniske udfordringer uden vagtbelastning samt en optimal mulighed for at lave ambitiøs forskning, der gør en forskel klinisk.

Af Henriette Roed Nielsen, Klinisk Biokemisk Afdeling, Odense Universitetshospital



Som turnuslæge erfarede jeg, at jeg er en person som sætter pris på at:

- tingene er grundigt gennemarbejdede
- mulighed for fordybelse
- høj faglighed
- mulighed for forskning
- jeg har indflydelse på hvad jeg laver, hvornår og hvordan.

Derudover tilfredsstiller det mig at hjælpe andre.

Jeg tænkte på biokemi, fordi jeg har haft nogle gode oplevelser med faget på studiet. Og valgte biokemien, fordi jeg havde en forestilling om, at her er fagligheden vigtig, her har jeg mulighed for at hjælpe klinikerne med ting, som der ikke er tid til ude på afdelingen, og her har jeg mulighed for i høj grad at tilrettelægge mit arbejde selv.

I min introduktionsstilling på OUH blev jeg mødt af en glad og smilende afdeling, som var rigtig glade for at se mig. Arbejdsopgaverne blev præsenteret som tilbud, og det var op til mig og min lyst, om jeg ville løse den eller den opgave. En noget anden indfaldsvinkel end den jeg tidligere har mødt. Arbejdstiden var veldefineret og fleksibel, vagtplanen kendt for flere

måneder af gangen og ikke mindst: til at regne med. Det var helt fantastisk! Jeg følte, at jeg igen blev herre over mit liv, at min fritid ikke var noget, der skulle planlægges med forbehold for ændringer. At jeg havde indflydelse på hvilke opgaver, jeg påtog mig og på kvaliteten af det arbejde, jeg ydede. Jeg kan godt lide den kontakt, jeg har med klinikken: At jeg er en ressourceperson, der har tiden til fordybelse, en som kan løfte noget af opgaven, mens klinikerne suser videre til næste patient. Vi (biokemikeren, jeg har allerede konverteret) har overskuddet, og det har vi på mange planer. Da jeg kom på Klinisk Biokemi, OUH, gik der ikke lang tid, før jeg kunne se, at kvinderne (grundet mit køn, formoder jeg, er det dem jeg umiddelbart identificerer mig med) i specialet havde overskud. De udtrykker arbejdsglæde, er interesserede i at hjælpe, er aktive i fritiden, humoristiske og deler glade ud af deres overskud. Hvem har ikke lyst til at være i et speciale hvor folk, der har været der i mange år ser sådan ud?

Jeg er nu startet på hoveduddannelsen og er ikke i tvivl om, at det her er og bliver godt.



Kursus i metabolisme

Formål

Kurset er et specialespecifikt kursus i uddannelsen til speciallæge i klinisk biokemi.

Kurset skal understøtte og udbygge kompetencer som den kommende speciallæge i klinisk biokemi bredt skal beherske indenfor de metaboliske sygdomme.

Kursusledere

Jan Erik Henriksen og Jonna Skov Madsen.

Tid & Sted

Den 10. – 12. oktober på Patienthotellet, 3. sal, syd, Odense Universitetshospital.

Målgruppe

Læger i hoveduddannelsesforløb i klinisk biokemi er den primære målgruppe.

Det maksimale deltagerantal er 20 personer, og læger har fortrinsret. Ledige pladser tilbydes ikke-lægelige akademikere beskæftiget indenfor klinisk biokemi.

Metode

Kurset er deltager-aktiverende og tilrettelagt således, at der indholdsmæssigt dækkes aspekter fra den primære screeningsproblematik over klassifikation, monitorering, overvågning og til opsporing og behandling af komplikationer indenfor de metaboliske sygdomme. Undervisningsformen er interaktiv med krav om indsats fra deltagerne. Alle deltagerne forventes således forud for kurset at løse en mindre opgave som præsenteres ved kurset, og som danner udgangspunkt for diskussion i gruppen.

Tilmelding

Tilmelding foretages skriftligt til Jonna Skov Madsen, Afdeling for Biokemi, Farmakologi og Genetik, Odense Universitetshospital, 5000 Odense C, E-mail: jonna.skov.madsen@ouh.fyns-amt.dk

First Announcement

Den 8. Danske Kongres i Klinisk Biokemi
 "Mellem forskning og klinisk virksomhed"
 Århus, 15.-17. november 2007

Dansk Selskab for Klinisk Biokemi
www.dskb.dk



Nationale møder

Møde nr. 393 i Dansk Selskab for Klinisk Biokemi:	Den 8. Danske kongres i Klinisk Biokemi:
Emne: DSKB's 50-års jubilæumsmøde	Emne: Mellem forskning og klinisk virksomhed
Sted: Hotel Frederik II, Slagelse	Sted: Århus
Tid: Fredag d. 27. oktober 2006	Tid: 15. - 17. november 2007

Internationale møder

- 2006**
- 18. – 20. okt. 2th Symposium on Sample Handling for Environmental and Biological Analysis. Ada Byron Building, University of Zaragoza. Zaragoza, Spanien, (www.iaec.org)
 - 17. – 21. okt. XVth Congress of Medical Biochemistry and Laboratory Medicine 2nd FESCC Symposium for Balkan Region New Diagnostic Tools and Quality in Laboratory Medicine Hotel Park, Novi Sad, Serbia
 - 22. – 25. okt. The 23rd International Conference of ISQua. London, England (www.isqua.org)
 - 8. – 10. nov. 3rd LC/MS Montreux Symposium. Montreux, Schweiz, (www.iaec.org)
- 2007**
- 1. feb. 4th European Symposium on Clinical Laboratory and In Vitro Diagnostic Industry, Barcelona, Spanien
 - 21. – 23. marts 6th International Colloquium on Process Related Analytical Chemistry Dortmund, Tyskland (www.iaec.org/)
 - 2. – 7. juni EUROMEDLAB Amsterdam 2007, 17th IFCC - FESCC European Congress of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine, RAI Congress Centre Amsterdam. Amsterdam, Holland, (www.ams2007.org)
 - 15. – 19. juli AACC Annual Meeting Session Proposals, San Diego, Californien, USA (www.aacc.org)
 - 14. – 19. okt. 11th Asian Pacific Congress of Clinical Biochemistry (APFCB), Beijing International Convention Center Beijing, Kina, (www.chinamed.com.cn/11apccb)
- 2008**
- 27. – 31. juli AACC Annual Meeting and clinical lab expo. Washington, DC, USA (www.aacc.org)
 - 28. sep. – 2. okt. XX International Congress of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (ICCC) Fortaleza, Brazil Ceara's Convention Center. (www.fortaleza2008.org)
- 2009**
- 7. - 11. juni 18th IFCC-FESCC European Congress of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine. Innsbruck, Østrig, Innsbruck Congress Centre (www.innsbruck2009)
 - 19. – 23. juli AACC Annual Meeting and clinical lab expo. Chicago, IL, USA (www.aacc.org)
 - 19. – 23. juli AACC Annual Meeting and clinical lab expo. Anaheim, Californien, USA. (www.aacc.org)
- 2010**
- 25. – 29. juli AACC Annual Meeting and clinical lab expo. Anaheim, Californien, USA. (www.aacc.org)



✓ Professor ved Biomedicinsk Institut, Københavns Universitet

Overlæge Lars Bo Nielsen, Klinisk Biokemisk Afd., Rigshospitalet, er udnævnt til professor ved Biomedicinsk Institut ved Københavns Universitet fra 1. januar 2007.

✓ Nye introduktionsreservelæger

Quing Chai og Jurgita Janukonyte er ansat som introduktionsreservelæger ved Klinisk Biokemisk Afdeling, Århus Sygehus, fra hhv. 1. februar og 1. marts 2006.

✓ PhD-studerende ved Syddansk Universitet

Læge Claus Brasen er indskrevet som ph.d.-studerende på Klinisk Biokemi, Odense, med start 1. januar 2007 med projektet "Genetiske polymorfiers indflydelse på knogleopbygning og forekomst af osteoporotiske frakturer." Hovedvejleder er Lise Bathum. Projektet finansieres af Lundbeck Fonden og et trediedels stipendium fra Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet.

✓ Kemiker ved afd. KKA, Odense Universitetshospital

Cand. scient., ph.d. Lise Pedersen er ansat som kemiker/daglig sikkerhedsleder på Afdeling for Biokemi, Farmakologi og Genetik, Odense Universitetshospital 1. juli 2006. Lise er uddannet som cand. scient. i molekylær biologi fra Århus Universitet januar 2001. Lavet ph.d. ved kemisk institut, Københavns Universitet/Carlsberg laboratoriet, som blev afsluttet august 2004. Både speciale og ph.d. havde som hovedområde strukturelle studier af proteiner ved hjælp af røntgenkrystallografi. Siden været på Carlsberg laboratoriet og Novo Nordisk Engineering (NNE) og her arbejdet med validering og kvalitetssikring.

✓ Kemiker ved Klinisk Biokemisk Afdeling, Århus Sygehus

Cand. scient. Anne Dilani Pedersen er ansat som kemiker i Kemilab på Klinisk Biokemisk Afdeling, Århus Sygehus, 1. august 2006. Anne er uddannet cand. scient. i kemi fra Århus Universitet 1998, med speciale i faststof NMR Spektroskopi. Anne har siden da været ansat på Steins Laboratorium, Teknologisk Institut, Psykiatrisk Hospital samt Eurofins Miljø. Anne har arbejdet som rådgiver/sagsbehandler i kundecenter (analyser af vand, jord og luft), som kemiker i HPLC/GC laboratorium (kvalitetskontrol af lægemidler, kosttilskud og råvarer), som forskningsassistent (indkøring af assay til test af lægemidlers interaktion med p-glycoprotein) og som kvalitetsleder.

✓ Professor i klinisk biokemi i Odense

Afd. læge, dr. med. Lars Melholt Rasmussen er udnævnt til klinisk professor i klinisk biokemi og specialeansvarlig overlæge ved henholdsvis Klinisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet, og Afdelingen for Biokemi, Farmakologi og Genetik, Odense Universitetshospital.

✓ Nye medlemmer

Ordinære medlemmer:

Reservelæge Mie Hessellund Samson

Reservelæge Rasmus Hansen

Læge Liudmila A. Babenko

Reservelæge Pia Rørbæk Kamstrup

Reservelæge Quing Chai

Reservelæge Jurgita Janukonyte

Læge Trine Holm Johannsen

Korresponderende medlemmer:

Udviklingsbioanalytiker Lisbeth Andreassen

Bioanalytikerunderviser Doris von Lillienkjöld

Ledende bioanalytiker Jette Hæstrup Christensen

Ledende bioanalytiker Ole B. Kjeldsen

Afdelingsbioanalytiker Karen Bisballe

Bioanalytiker Leif Jakobsen

Firmamedlemmer:

Sales Manager Lisbeth Ditlefsen, Tecan Nordic AB

✓ Overlæge, professor, dr.med. Jørn Dyerberg

Efter knap 17 års virke som overlæge og medicinsk ansvarlig for Capio Diagnostik a.s. gik professor, dr. med. Jørn Dyerberg på pension den 31. maj 2006.

✓ Ledende overlæge, afd. KKA, Odense Universitetshospital

Odense Universitetshospital (OUH) har ansat dr. med, speciallæge i klinisk biokemi, Søren P. Sheikh som ny ledende overlæge for Afdeling for Biokemi, Farmakologi og Genetik pr. 1. september 2006.

✓ Capio Diagnostik

Speciallæge i klinisk biokemi Peter Hindersson er ansat som medicinsk chef i Capio Diagnostik, Danmark. Peter Hindersson kommer fra en stilling som afdelingslæge på Klinisk Biokemisk Afdeling, Københavns Amtssygehus i Gentofte.

✓ Bidrag til 'Kort nyt' kan sendes til Søren Ladefoged, e-mail: ovl08sla@as.aaa.dk

Dansk Selskab for Klinisk Biokemi www.dskb.dk

Ansvarshavende redaktører for bladets sektioner:



DSKB informerer
Linda Hilsted
linda.hilsted@rh.hosp.dk



Kalender og FIF – fingrene i fadet
Nete Hornung
NEH@rc.aaa.dk



Forskning og udvikling
Lise Bathum
l.bathum@ouh.fyns-amt.dk



Kort Nyt
Søren Ladefoged
OVL08SLA@as.aaa.dk



Rundt i klinisk biokemi
Holger Jon Møller
hjmol@as.aaa.dk



(UUI):
Jens Peter Gøtze
jpg@dadlnet.dk

Announcebestilling og yderligere information:

Akademisk sekretær, overlæge, Ph. D. Nete Hornung
Klinisk biokemisk afd./Blodbank, Randers Centralsygehus
Skovlyvej 1, 8900 Randers
Tlf: 8910 2383, Fax: 89 10 32 13,
[E-mail: neh@rc.aaa.dk](mailto:neh@rc.aaa.dk)

Deadline for indlæg

4-2006 6. november 2006





Standalone Automatisering



AUTOMATE 800
til præanalytisk
automatisering

- **Minimerer præanalytiske fejl**
- **Sparer procestid**
- **Hurtigere Turn Around Time**

+45 45 94 20 00
info@ramcon.dk
www.ramcon.dk

RAMCON