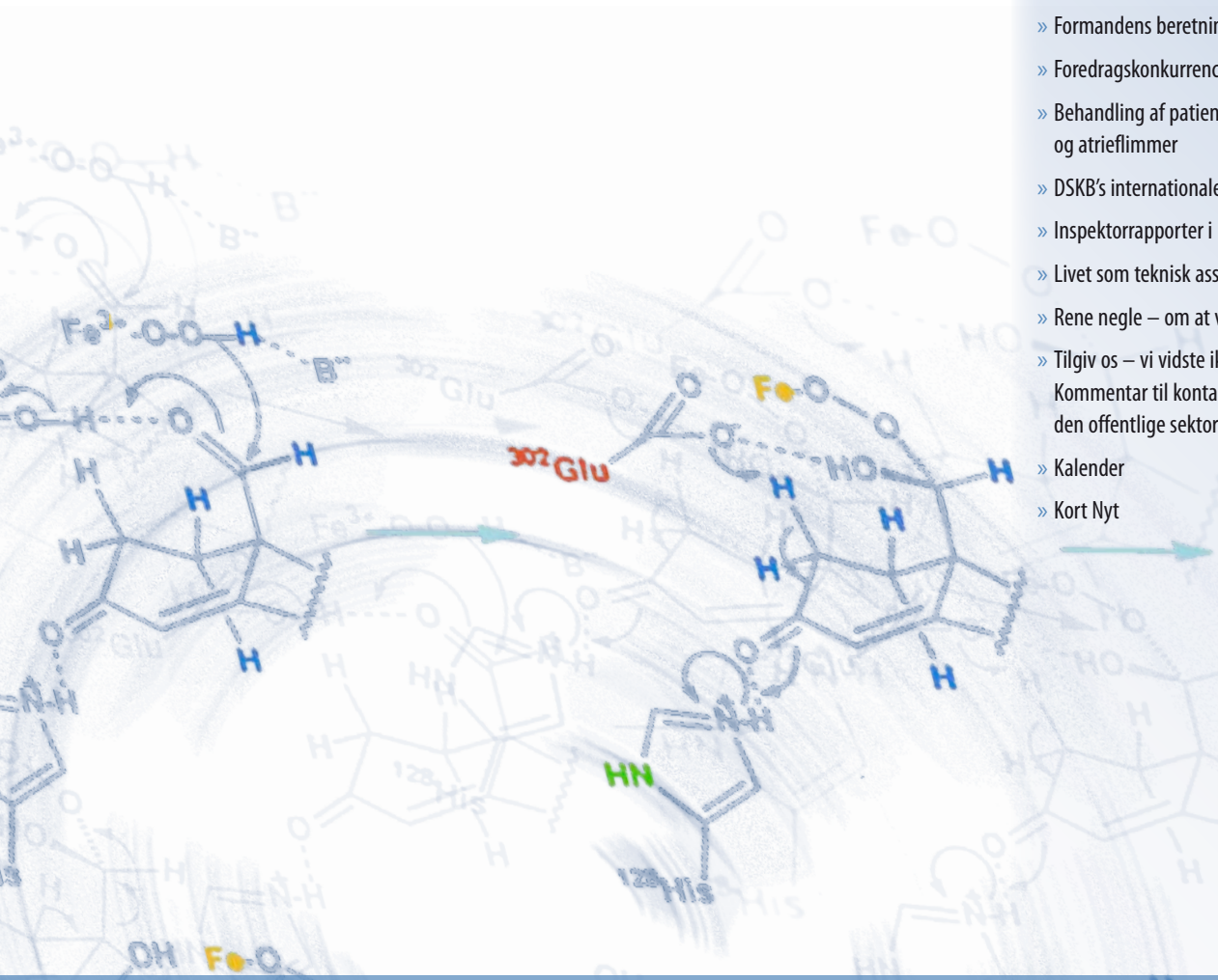
DSKB-NYT

Medlemsblad for Dansk Selskab for Klinisk Biokemi

Nr. 2 Maj 2007

Indhold:

» Formandens beretning
» Foredragskonkurrence
» Behandling af patienter med apopleksi og atrieflimmer
» DSKB's internationale arbejde
» Inspektorrapporter i Klinisk Biokemi
» Livet som teknisk assessor
» Rene negle – om at være inspektor i Klinisk Biokemi
» Tilgiv os – vi vidste ikke hvad vi gjorde Kommentar til kontakt og målstyring i den offentlige sektor
» Kalender
» Kort Nyt



Indkaldelse til ordinær generalforsamling i DSKB

Mandag d. 21. maj 2007 på Bispebjerg Hospital

Medlemsmøde nr. 395 afholdes mandag d. 21. maj 2007, kl. 13.30-15.30, efterfulgt af ordinær generalforsamling, kl. 15.30-17.00, på Sygeplejeskolen på Bispebjerg Hospital

ISSN 1902-1526

DSKB

ARCHITECT®

Flexible solutions for Your Evolving Laboratory

Ægte integration

ARCHITECT *c*8000, *i*2000SR og *ci*8200

ci 8200

c 8000

i 2000SR

ABBOTT DIAGNOSTICS

K O L O F O N

DSKB-Nyt nr. 2/2007

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 september 2007
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,
LisBat@vestamt.dk

Ulrik Gerdes,
uge@psykiatri.aaa.dk

Linda Hilsted (formand),
linda.hilsted@rh.regionh.dk

Nete Hornung (sekretær),
neh@rc.aaa.dk

Henrik L. Jørgensen (kasserer),
hlj@dadlnet.dk

Birgitte Reinholdt,
Birgitte.Reinholdt@fks.regionsyddanmark.dk

Anne Schmedes,
Anne.Vibeke.Schmedes@vgs.regionsyddanmark.dk

Indkaldelse til ordinær generalforsamling i DSKB

Mandag d. 21. maj 2007, kl. 15.30 - 17.00 i Auditoriet, Sygeplejeskolen, Bispebjerg Hospital

Dagsorden i henhold til selskabets love

1. Valg af dirigent.
2. Forelæggelse af formandens beretning.
3. Meddelelser fra udvalg, dannet i henhold til §§ 7-9.
4. Meddelelser fra repræsentanter, valgt i henhold til § 6.
5. Forelæggelse af det reviderede regnskab.
6. Fastlæggelse af kontingenter.
7. Eventuelt valg af formand - ikke på valg.
8. Valg af bestyrelsesmedlemmer og -suppleanter: Lise Bathum og Anne Schmedes afgår efter tur. Ulrik Gerdes ønsker også at udtræde. Der skal vælges en suppleant for kemikerne i bestyrelsen.
9. Valg af to revisorer.
10. Eventuelt valg i henhold til § 6 - ikke på valg.
11. Eventuelt:
    a) Sekretæropgaver
    b) Information om 8. Danske Kongres i Klinisk Biokemi
    c) Æresmedlem

Linda Hilsted
formand

Formandens beretning

for perioden april 2006-april 2007

DSKB's bestyrelse har siden sidste generalforsamling fortsat arbejdet med emner, der kan bidrage til at styrke profileringen af specialet klinisk biokemi. Inspektorerne beretter fra deres besøg, at der mange steder er problemer med at rekruttere unge til hoveduddannelsesforløbene. Dette problem ses også i tidligere meget eftertragtede specialer, men klinisk biokemi rammes i lighed med andre små specialer særlig hårdt, når tilgangen er vigende. Vi har derfor valgt at arbejde videre med at synliggøre specialet og at inddrage yngre kolleger mest muligt i selskabets arbejde og har desuden gerne villet gøre 'medlemslivet' endnu mere interessant. Det er vigtigt, at Selskabets aktiviteter er udadrettede over for myndigheder, offentlige instanser, kolleger m.v., at vi byder ind, hvor der er mulighed for det, og markerer os i relevante sammenhænge. For at holde alle disse aktiviteter i gang er det afgørende, at der udover bestyrelsesmedlemmerne er mange andre medspillere. En stor tak til dem, der har deltaget i selskabets arbejde, og et ønske for 2007 om, at endnu flere vil deltage. Emner til medlemsmøder, forslag til arbejdsgrupper, generelle klinisk biokemiske problemstillinger – meld dem ind til os, så vi bedst muligt kan målrette arbejdet. Vi vil alle have meget stor glæde af etablering af et klinisk biokemisk kontaktnetværk i landets laboratorier – se derfor opfordringen i DSKB-Nyt 1/2007 og meld navne på kontaktpersoner ind (stilling og medlemskab af DSKB er underordnet)!

Videnskabelige møder i 2006 og 2007

Mødeformen blev ændret i 2006. Bestyrelsen havde inden da haft mange overvejelser om, hvordan man bedst kunne fremme opretholdelse af mødernes høje faglige niveau, kombinere videnskabelige og praktiske emner og indlæg, give gode muligheder for samvær og netværksdannelse i pauser og ikke mindst få et højere deltagertal! Der blev afholdt i alt 3 heldagsmøder i 2006, hvoraf de 2 også var tilgængelige for ikke-medlemmer. Forårsmødet, der blev afholdt i Torvehallerne i Vejle, var delt i 2 sessioner - 'Betydningen af præanalytiske forhold' og 'Det biokemiske hjerte'. Kombinationen af disse emner medførte et så stort antal tilmeldinger, at vi måtte afvise medlemmer, heraf flere, der først sent var blevet klar over, at tilmelding var nødvendig. Vi gentog derfor forårsmødet i september på Bispebjerg Hospital med et ligeså stort fremmøde til følge. En meget stor tak til foredragsholdere og sponsorer, heraf mange der stillede op til begge møder, for at bidrage til at gøre premieren til en så stor succes.
Efterårsmødet blev et helt specielt møde, idet det afholdtes på selve 50-års dagen for stiftelse af 'Dansk Selskab for Klinisk Kemi og Klinisk Fysiologi'. Mødet fandt sted d. 27.10.2006 på Hotel Kong Frederik II i Slagelse som et lukket medlemsmøde. I alt 17 erhvervsaktive professorer í og tilknyttet specialet holdt veloplagte og spændende indlæg, primært om egen forskning, og belyste dermed vores speciales bredde og dybde. Desuden blev der fremlagt et bibliometrisk studie af forskningsaktiviteten blandt specialets speciallæger, et studie, der bliver publiceret i Ugeskrift for Læger. Formændene for UU1 og UU2 berettede om hhv. rekruttering og uddannelse af speciallæger samt kemikernes videreuddannelse.
Efter dagsmødet blev jubilæumsdagen fejret med en middag. Til jubilæumsudgaven af DSKB-Nyt bidrog en række af specialets professores emeriti, æresmedlemmer og tidligere formænd med en række interessante indlæg.
Forårsmødet 2007 blev igen afholdt i Torvehallerne i Vejle. De 2 sessioner: 'Utilsigtede hændelser' og 'Biokemisk vurdering af nyrefunktion' gjorde, at også dette møde blev velbesøgt.
De nye dagsmøder har alle haft et deltagerantal på over 100, og bioanalytikere og diagnostikaproducenterne har udvist stor interesse for møderne.
De indhøstede erfaringer omkring valg af lokaler og tilmeldingsfrister m.m. har vi taget med os i den videre planlægning, ligesom vi planlægger at opkræve et beløb af ikke-medlemmer for deltagelse i møderne fra foråret 2008. Også det aspekt, at de nye medlemsmøder ikke må 'stjæle torden' fra de nationale kongresser, men gerne forstærke interessen omkring kongressen, skal inddrages i planlægningen.

DSKB-Nyt

Redaktionsgruppen består af DSKB's formand (p.t. Linda Hilsted), DSKB's sekretær (p.t. Nete Hornung), Lise Bathum, Søren Ladefoged, Holger Jon Møller og Lise Pedersen. Sidstnævnte gik ind i gruppen i august 2006 i stedet for Anne Charlotte Jäger, der pga. udlandsophold forlod redaktionsgruppen. Gruppen afholdt 2 møder til planlægning af de 4 numre, der udkom i 2006. Det har ikke været vanskeligt at indhente indlæg eller få annoncører, men det er bestyrelsens ønske at få endnu flere uopfordrede indlæg, også

gerne oplæg til diskussion. I de forskellige sektioner af bladet er angivet de respektive hovedredaktører, og bestyrelsen opfordrer alle til at indsende emner eller indlæg.

Foredragskonkurrence for yngre medlemmer

DSKB råder over et beløb på ca. 135.000 kr. som stammer fra overskud ved Nordisk Kongres i Klinisk Kemi 1986, afholdt i Odense. Beløbet blev i sin tid øremærket til DSKB-medlemmers forskning og kongresdeltagelse. I 2006 blev det ved generalforsamlingen besluttet at afholde en foredragskonkurrence med frie foredrag, og dette finder sted første gang ved generalforsamlingen 2007. Medlemmer under 40 år har kunnet tilmelde sig, og bedste indlæg belønnes med en pris på 15.000 kr. til forskning, udstyr, kongresdeltagelse eller lignende. Indlæggene scores af tilhørerne. Det er glædeligt, at vi har modtaget 8 indlæg til konkurrencen, og det er håbet, at konkurrencen – udover at give de ældre (> 40 år!) medlemmer lejlighed til at høre, hvad der rør sig forskningsmæssigt blandt de yngre – kan bidrage til, at de yngre medlemmer inddrages mere i selskabets aktiviteter.

Uddannelsesudvalg 1 (UU1) samt speciallægeuddannelsen

Kurser: I UU1-regi er gennemført A-kursus i 'Metabolisme', og kurset var meget vellykket. Der har desuden som anført under UU2 været afholdt kurser, hvor også læger under speciallægeuddannelse deltog. Dette samarbejde er særdeles nyttigt og øger kursusudbuddet for både kemikere og læger. UU1 har endvidere afholdt møde i oktober, hvor en række punkter omkring speciallægeuddannelsen blev diskuteret:

a) *Revision af målbeskrivelsen.* Sundhedsstyrelsen har udsendt en vejledning, hvoraf fremgår, at det er de videnskabelige selskaber, der indmelder ønsker om ændringer. Bestyrelsen ønskede at forankre dette arbejde i UU1. Konklusionen blev, at de postgraduate kliniske lektorer fremover opsamler ønsker, sender dem videre til formanden for UU1, ændringsforslag diskuteres på et UU1 møde, og UU1 kommer med en indstilling til bestyrelsen om revision.

b) *Krav til ansættelse af læger i hoveduddannelse – supplerende kriterier.* Det problem, der blev debatteret i forbindelse med den Nationale kongres i Viborg i 2005 – at forskningserfaring giver ret få point og kræver en stor indsats sammenlignet med en del andre point-givende punkter – er ved at finde sin løsning. En ny ansættelsesprocedure i speciallægeuddannelsens hoveduddannelse er netop nu ved at blive udarbejdet af Danske Regioner og heri vil indgå specialespecifikke faglige profiler som redskab til brug for prioriteringen af ansøgere til hoveduddannelsesforløb. UU1 er ved at udarbejde en sådan profil, der skal være indmeldt medio juni. Baggrunden for den nye procedure er blandt andet et ønske fra regionerne og de centrale sundhedsmyndigheder om at forenkle ansættelsesprocessen, så yngre læger hurtigere kommer i gang med et hoveduddannelsesforløb.

c) *Dimensionering af speciallægeuddannelsen.* Sundhedsstyrelsen har indkaldt input fra de videnskabelige selskaber til dimensioneringsplanen for 2008-2012. Trods en meget udførlig besvarelse, hvori bestyrelsen med input fra UU1 redegjorde for behovet for flere hoveduddannelsesforløb og flere introduktionsstillinger, udmeldte SST en uændret dimensionering for Klinisk Biokemi. Bestyrelsen har reageret på dette, og SST har efterfølgende åbnet op for oprettelse af flere introduktionsstillinger i klinisk biokemi.

d) *Rekruttering.* De forskellige tiltag (herunder artikler i UfL, rekrutteringsfolder, ændret mødeform, foredragskonkurrence) er væsentlige, men vi er i skarp konkurrence med andre specialer. Øvrige tiltag for at gøre opmærksom på fordelen ved at vælge klinisk biokemi som speciale er under udarbejdelse.

Uddannelsesudvalg 2 (UU2)

UU2 fik ny formand i 2006, idet Anders Johnsen erstattede Erik Lund, der fortsætter som kasserer i UU2. Nyt medlem var også Karina Klempel Eriksen, der trådte ind i udvalget i stedet for Anne Charlotte Jäger. UU2 har i det forløbne år afholdt kursus i 'Cancerbiologi og -diagnostik' og afholder kurset 'Immunologi og Inflammation' 22.-24. maj 2007 med UU2 som arrangør, men som samarbejdskursus mellem UU2 og UU1. UU2 har endvidere arbejdet med revision af 'Betænkning fra det af Dansk Selskab for Klinisk Biokemi nedsatte uddannelsesudvalg for kemikere om videreuddannelse inden for Klinisk Kemi. August 1991'. Udvalgets nye formand deltog i EC4 møde i Budapest i december (se andetsteds i bladet), og revisionen kommer bl.a. til at afhænge af, hvad der foregår i EC4 regi.

Det Videnskabelige Udvalg for Kvalitetssikring (VUK)

Ivan Brandslund blev efter mange år som formand for udvalget afløst af Jørgen Hjelm Poulsen, men fortsatte i udvalget. I nært samarbejde med DEKS har udvalget i perioden fortsat arbejdet med implementering af NORIP-intervallerne i Danmark, herunder både information til klinikerne i form af en artikel til Ugeskrift for Læger (UfL 13/2007) og information til laboratorierne, se værktøjskasse på *http://www.kliniskbiokemi.net/norip/infobox_norip.mht*.
Under den nye formand har VUK afgivet et responsum til DSKB's bestyrelse vedr. Hemoglobin-A1C : Nyt navn og ny enhed? (DSKB-Nyt 1/2007). På baggrund af dette valgte bestyrelsen at stemme ja til IFCC's anbefaling. Hvordan denne anbefaling føres ud i livet afventer IFCC's forslag til en implementeringsplan. Danske endokrinologer har i lighed med de internationale diabetesorganisationer udtrykt betydelig skepsis over for de foreslåede ændringer, og der er ingen tvivl om, at der ligger en stor udfordring foran os, hvis dette skal gennemføres inden for en overskuelig tid.

Øvrige udvalg og arbejdsgrupper m.m.

Arbejdsgruppen, der står for revision af *klaringsrapporten* "Antitrombotisk behandling ved kardiovaskulære sygdomme - Trombokardiologi", har i perioden afsluttet dette arbejde. Revisionen sker i et samarbejde mellem Dansk Cardiologisk Selskab, Dansk Selskab for Trombose og Hæmostase og Dansk Selskab for Klinisk Biokemi. Jørgen Jespersen og Anna-Marie Münster er DSKB's repræsentanter i arbejdsgruppen.

Ebba Nexø har som repræsentant for de tværgående specialer i *Sundhedsstyrelsens Rådgivende Udvalg vedr. Specialeplanlægning* deltaget i udarbejdelse af rapporten 'Gennemgang af akutberedskabet'.

Udvalget for præ- og postgentest information af patienter og pårørende (med Finn Cilius Nielsen, Torben Ørntoft og Mogens Hørder som DSKB-udpegede medlemmer) har afsluttet sit arbejde vedr., hvordan information skal gives til patienter i tilslutning til, at de får foretaget en gentest, og udarbejdet en indstilling, der søges publiceret i UfL.

DSKB-medlemmer deltager desuden i en række internationale fora og arbejdsgrupper (se andetsteds i bladet).

Kongresser

Den XXX Nordiske Kongres i Klinisk Biokemi fandt sted d. 14.-17. juni 2006 i København. På kongressens første dag afholdtes Astrup priskonkurrencen, hvor førstepræmien blev givet til Asfaque Memon i skarp konkurrence med de øvrige 3 indlægsholdere.
Børge Nordestgaard, Niels Fogh-Andersen, Ruth Frikke-Schmidt og Stig Bojesen havde fastsat et bredt og spændende program for de efterfølgende dage, dels i form af videnskabelige og dels mere praktisk orienterede sessioner. Kongressen blev meget vellykket, og fra DSKB's bestyrelse en stor tak til kongresarrangørerne.

Den 8. Danske Kongres i Klinisk Biokemi, som finder sted d. 15.-17. november 2007 i Århus, har titlen 'Mellem forskning og klinisk virksomhed'. Kongreskomiteen med Aase Handberg som formand har tilrettelagt et meget interessant program (læs om programmet, abstract deadline, tilmelding m.m. på kongressens hjemmeside under *www.dskb.dk*). DSKB opfordrer medlemmerne (inkl. de yngre kolleger) til at tilmelde sig og endvidere til at formidle, at bioanalytikere på landets afdelinger også får mulighed for at deltage.

NFKK

NFKK har taget initiativ til, at der ved den Nordiske Kongres i juni blev afholdt en række møder, herunder konsensusmøde vedrørende standardisering af M-komponentanalyser, møde vedr. prænatalscreening, og session vedr. børnereferenceintervaller. Arbejdsgrupperne er aktive, og målet er at frembringe skandinaviske retningslinjer, bl.a. for M-komponentanalysen samt nordiske pædiatriske referenceintervaller for en række komponenter.
Der er desuden i NFKK-regi blevet nedsat en Nordic Working group on Preanalytical Uncertainty, hvori Ulrik Gerdes og Mads Nybo er indtrådt.

Akkreditering, Samarbejde med DANAK og Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM)

Det intensiverede samarbejde mellem DSKB og DANAK er fortsat i perioden. Arbejdsgruppen inden for Klinisk Biokemi under Det Rådgivende Sektorudvalg for Sundhedsområdet og Retsmedicin har sammen med DANAK fortsat arbejdet omkring Fleksibelt Akkrediteringsområde for Medicinske Laboratorier og vil deltage i revisionen af RL6 om metodevalidering. Den arbejdsgruppe under Sektorudvalget, der skal beskæftige sig med molekylær genetik, har holdt sit første møde, hvor emnerne blandt andet har været validering af molekylærgenetiske metoder. DSKB er repræsenteret ved Else Marie Vestergaard og Thomas v. Overeem Hansen.

I den tid, Sektorudvalget har bestået, har Birger Hesse (Dansk Selskab for Klinisk Fysiologi og Nuklearmedicin) været en meget dynamisk og samlende formand. DANAK valgte af interne årsager at udskifte formanden, og trods møde mellem DSKB, repræsenteret ved formanden og DSKB's medlemmer af Sektorudvalget, og DANAK's direktør blev denne beslutning ikke omstødt. DANAK har efterfølgende bedt de videnskabelige selskaber foreslå formandskandidater, og Steen Stender blev i marts d.å. udpeget som ny formand.

Styregruppen for DDKM traf tidligt beslutning om, at de diagnostiske specialer ikke skulle med i den første generation af modellen, men skulle inddrages senere – dette var begrundet med specialets erfaring med kvalitetsudvikling og akkreditering. Ved et møde med direktøren for Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet blev der i juni etableret en ad hoc-gruppe for de diagnostiske specialer, der står til rådighed for det igangværende arbejde. Vi blev bedt om at udarbejde en status over akkreditering og certificering – og denne indgik i DSKB's indlæg i statusnummeret for de videnskabelige specialer i UfL (12/2007).

Afslutning

Det har været et travlt år med mange aktiviteter. Stor tak til bestyrelsen for et fint samarbejde og en meget stor indsats – ikke mindst tak til Lise Bathum og Anne Schmedes, der efter 4 år i bestyrelsen træder ud. Også tak til Ulrik Gerdes der vælger at udtræde efter 2 år i bestyrelsen grundet stort arbejdspres. Og på bestyrelsens vegne stor tak til de afgående formænd for hhv. VUK og UU2, Ivan Brandslund og Erik Lund for deres mangeårige indsats. Det er glædeligt, at I fortsætter i udvalgene. Tak også til alle dem, både medlemmer og firmaer, der i øvrigt har bidraget til DSKB's arbejde.

8. april 2007
Linda Hilsted

Velkommen til
Siemens Medical Solutions Diagnostics

Det er mig en stor glæde at kunne byde dig velkommen som kunde hos Siemens Medical Solutions Diagnostics, som er en sammenlægning af Bayer Diagnostics og DPC med Siemens AG.

Med dannelsen af dette spændende partnerskab er Siemens Medical Solutions Diagnostics den første diagnostiske virksomhed, der kan tilbyde in-vitro diagnostik, billeddiagnostik og klinisk IT under samme tag. Porteføljen indeholder blandt andet DPC's instrumenter indenfor immunodiagnostik, Bayer Diagnostics' brede grundlag af centrale laboratorie-, molekulær- og point-of-care løsninger samt Siemens detaljerede billeddiagnostik, terapi og IT-portefølje samt serviceydelser.

Mens vi er i gang med mange spændende forandringer er vores førsteprioritet uændret: Vi er forpligtet til at levere enestående produkter, service og support til vores kunder.

Vi ser frem til et fortsat godt samarbejde og glæder os til at kunne bidrage til et stadigt bedre sundhedsvæsen.

Med venlig hilsen

Birgit Eskildsen
Sub Region Manager

www.siemens.com/diagnostics

SIEMENS

Regnskab

Regnskabet udviser en positiv balance på kr. 41.318. Egenkapitalen er steget fra kr. 1.875.885 i 2005 til kr. 2.164.043 i 2006.

Det bemærkes, at der er brugt kr. 148.801 i 2006 mod kr. 27.000 i 2005 på ordinære medlemsmøder. Der var 4 sådanne møder i 2006: Mødet i Vejle om præanalytiske faktorer og hjertemarkører, gentagelsen af dette møde på Bispebjerg Hospital, generalforsamlingen på Bispebjerg Hospital samt jubilæumsmødet i Slagelse. Den samlede udgift ville dog have været væsentligt større uden den meget velvillige hjælp fra vores sponsorer.
Ekstraordinært har der i 2006 været kongresindtægter på kr. 88.458.

På trods af regnskabsoverskuddet foreslås der alligevel en mindre stigning i kontingenterne fra 2008:

MGI Haugbyrd, Faurum & Andersen
Statsautoriseret Re visionsaktieselskab

5

Resultatopgørelse
1. januar - 31. december 2006

		2005 i 1.000 kr.
Indtægter		
Kontingent	115.550	112
Annonceindtægter	202.000	211
Overskud, kursusafdelingen	13.287	0
Kongresindtægter	88.458	0
Renteindtægter m.v.	64.630	73
Udbytte	11.400	9
Indtægter i alt	**495.325**	**405**
Udgifter		
Bestyrelsesmøder	27.044	56
Ordinære møder	148.801	27
Udvalgsmøder	11.456	32
Redaktionsudvalgsudgifter	30.830	0
Internationale og nordiske møder	3.494	9
Kontingent NFKK, 2005 tilbageført	-7.000	7
Kontingenter internationalesammenslutninger	10.604	9
Tilskud til kongresser	0	50
Fremstillingsomkostning DSKB-nyt	208.939	210
Administrationsomkostninger	19.839	4
Udgifter i alt	**454.007**	**404**
Årets resultat	**41.318**	**1**
der fordeles således:		
Overførsel til næste år	41.318	1
I alt	**41.318**	**1**

MGI Haugbyrd, Faurum & Andersen
Statsautoriseret Re visionsaktieselskab

6

Balance pr. 31. december 2006

AKTIVER

		31/12 2005 i 1.000 kr.
Andre tilgodehavender		
Tilgodehavender hos medlemmer	350	0
Tilgodehavender vedrørende annoncer / sponsorbidrag	10.000	236
Tilgodehavende udbytteskat	3.879	2
Aktiver Klinisk Kemisk Forskning	0	136
Andre tilgodehavender i alt	**14.229**	**374**
Værdipapirer		
Aktier	285.046	252
Investeringsforeningsbeviser	1.406.334	1.457
Værdipapirer i alt	**1.691.380**	**1.709**
Likvide beholdninger		
Indestående i pengeinstitut	**604.881**	**281**
Aktiver i alt	**2.310.490**	**2.364**

Ordinært medlemskab kr. 350,00 foreslås øget til kr. 450,00

Firmamedlemmer kr. 1000,00 foreslås øget til kr. 1100,00

Korresponderende medlemmer kr. 100,00 foreslås øget til kr. 150,00

Udlandsboende medlemmer, æresmedlemmer samt ikke-erhvervsaktive medlemmer foreslås fortsat kontingentfri. Kontingentstigningen vil sikre det økonomiske grundlag for en fortsættelse af medlemsmøderne i deres nye form, idet der ikke hvert år vil være kongresindtægter.
Som noget nyt er kursusvirksomheden under UU2 medtaget i det samlede regnskab for foreningen. Der noteres her et overskud på kr. 13.287.
Regnskabet er revideret af statsautoriseret revisor Leif Faurum, som ikke havde anmærkninger. Regnskabet er tillige godkendt af DSKB's interne revisorer: Jørn Dyerberg og Anders Johnsen.

Henrik L. Jørgensen, kasserer

MGI

Haugbyrd, Faurum & Andersen
Statsautoriseret Re visionsaktieselskab

7

Balance pr. 31.december 2006

PASSIVER

		31/12 2005 i 1.000 kr.
Egenkapital		
Overført resultat fra tidligere år	1.875.887	1.828
Overført fra uddannelsesudvalg II, primo 2006	127.956	0
Overført resultat fra tidligere år herefter	2.003.843	1.828
Værdiregulering af værdipapirer	-17.377	47
Overførsel af årets resultat	41.318	1
	2.027.784	1.876
Henlæggelse til uddeling vedr ørende foredragskonkurrence	136.259	0
Egenkapital i alt	**2.164.043**	**1.876**
Kortfristede gældsforpligtelser		
Leverandører af varer og tjenesteydelser	33.091	70
Uddannelseskontoen	1.000	1
Mellemregning med Klinisk Kemisk Forskning	0	136
Skyldig moms	112.356	17
Passiver Klinisk Kemisk Forskning	0	136
Kortfristede gældsforpligtelser i alt	**146.447**	**488**
Passiver i alt	**2.310.490**	**2.364**

MGI

Haugbyrd, Faurum & Andersen
Statsautoriseret Revisionsaktieselskab

3

Revisionspåtegning
interne revisorer

Årsregnskabet for 2006 for Dansk Selskab for Klinisk Biokemi er revideret af os.

Vi har kontrolleret årsregnskabet og finder, at bestyrelsen på god vis og i overensstemmelse med intentionerne i selskabets love har disponeret selskabets midler.

København, den 26. februar 2007

Jørn Dyerberg

Anders H. Johnsen

Om foredragskonkurrencen

Foredragene skal være af 8 minutters varighed + 2 minutter til besvarelse af spørgsmål. Vinderen vil modtage et legat på 15.000 kr. til brug for forskning, videreuddannelse eller fagrelevante rejser. Pengene kommer fra en konto, som DSKB tidligere har besluttet at øremærke til forskning.

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-midler, overholdelse af taletid og besvarelse af spørgsmål. Der gives point fra 1 til 5 for hvert af 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 antal points trækkes lod.

Vinderen offentliggøres umiddelbart før selve generalforsamlingen.

Severe hemolytic complications due to hemoglobin scavenging receptor (CD163) deficiency in patients treated with a CD33-targeted chemotherapy agent

Maciej B. Maniecki[1],

Lennart Friis-Hansen[2], Birgitte Lausen[3], Henrik Hasle[4], Holger J. Møller[1]

[1] Department of Clinical Biochemistry, Aarhus University Hospital AS, Aarhus, Denmark
[2] Department of Clinical Biochemistry, Rigshospitalet, University of Copenhagen, Denmark
[3] Pediatric Clinic II, Juliane Marie Centre, Rigshospitalet, Copenhagen University Hospital, Copenhagen, Denmark
[4] Department of Pediatrics, Aarhus University Hospital Skejby, Aarhus, Denmark

Hemoglobin liberated to plasma during intravascular hemolyses is rapidly bound to haptoglobin. The hemoglobin-haptoglobin complexes are then taken up through the monocyte/macrophage specific scavenger receptor for hemoglobin (CD163). This mechanism protects against oxidative and NO-scavenging adverse effects of free hemoglobin.
In this study, we describe two cases of severe intravascular hemolysis in patients with acute myelomonocytic leukemia in which the hemoglobin scavenging functions have been impaired presumably due to a novel chemoterapeutic agent targeting myeloid progenitor cells.
Both patients were treated for disease relapse with Gemtuzumab ozogamicin (Mylotarg™), a targeted chemotherapy agent composed of CD33 antibody linked to a highly toxic chemotherapeutic drug. Three to six weeks after the treatment in connection to episodes of intravascular hemolyses, both patients developed red/brownish colored serum/plasma. Biochemical findings showed high levels of free hemoglobin combined with high levels of haptoglobin. Bilirubin remained low indicating a slow hemoglobin turnover. Also plasma potassium levels remained normal excluding an in-vitro phenomenon. Surface antigen and mRNA expression analysis of peripheral blood showed absence of CD163 expressing monocytes. Both patients had severe inflammation and serious organ failure symptoms that may be a direct effect of the persistent high level of free hemoglobin. One of the patients had a fatal outcome whereas, the other recovered from the hemolysis episode, and the peripheral blood CD163 expression returned to normal.
In conclusion, we present for the first time the hemoglobin scavenging receptor impaired in function due to treatment with chemoterapeutic agent targeting myeloid progenitor cells, giving rise to severe inflammatory symptoms.

Effect of apolipoprotein M on HDL metabolism and atherosclerosis in LDL receptor knockout mice

Christina Christoffersen[1], Matti Jauhiainen[2], Markus Moser[3], Bo Porse[1], Christian Ehnholm[2], Michael Boesl[3], Björn Dahlbäck[4], Lars Bo Nielsen[1,5]

[1] Department of Clinical Biochemistry, Rigshospitalet, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark. [2] Department of Molecular Medicine, National Public Health Institute, Biomedicum, Helsinki, Finland. [3] Department of Molecular Medicine, Max Planck Institute of Biochemistry, Martinsried, Germany. [4] Department of Laboratory Medicine, Division of Clinical Chemistry, University of Lund, University Hospital, Malmö, Sweden. [5] Department of Biomedical Sciences, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark

To investigate the role of apolipoprotein (apo) M in high-density-lipoprotein (HDL) metabolism and atherogenesis, we generated human apoM transgenic (apoM-Tg) and apoM-deficient (apoM$^{-/-}$) mice. Plasma apoM was predominantly associated with 10-12 nm-sized α-migrating HDL particles. Human apoM overexpression (11-fold) increased plasma cholesterol concentration by 13-22%, whereas apoM deficiency decreased it by 17-21%. The size and charge of apoA-I-containing HDL in plasma were not changed in apoM-Tg or apoM$^{-/-}$ mice. However, in plasma incubated at 37°C, lecithin:cholesterol acyltransferase (LCAT)-dependent conversion of α- to preα-migrating HDL was delayed in apoM-Tg mice and tended to be accelerated in apoM$^{-/-}$ mice. Moreover, LCAT-independent generation of preβ-migrating apoA-I-containing particles in plasma was increased in apoM-Tg mice (4.2±1.1%, P=0.06) and decreased in apoM$^{-/-}$ mice (0.5±0.3%, P=0.03) vs. controls (1.8±0.05%). In the setting of low-density-lipoprotein-receptor deficiency, apoM-Tg mice with ~2-fold increased plasma apoM concentrations developed smaller atherosclerotic lesions than controls. The effect of apoM on atherosclerosis may be facilitated by enzymatic modulation of plasma HDL particles, increased cholesterol efflux from foam cells, and an antioxidative effect of apoM-containing HDL.

Hemochromatosis genotypes and risk of 31 disease endpoints in meta-analyses including 66,000 cases and 226,000 controls

Christina Ellervik, M.D.,

Henrik Birgens, M.D., D.M.Sc., Anne Tybjærg-Hansen, M.D., D.M.Sc., Børge G. Nordestgaard, M.D., D.M.Sc.

Background: Hemochromatosis genotypes have been associated with liver disease, diabetes mellitus, heart disease, arthritis, porphyria cutanea tarda, stroke, neurodegenerative disorders, cancer, and venous disease, but studies have reported conflicting results.
Aims: We examined associations between hemochromatosis genotypes C282Y/C282Y, C282Y/H63D, C282Y/wild type, H63D/H63D, H63D/wild type vs. wild type/wild type and 31 disease endpoints.
Methods: Meta-analyses including 202 studies with 66,263 cases and 226,515 controls were conducted. Potential sources of heterogeneity were explored.
Results: For liver disease, the odds ratio for C282Y/C282Y vs. wild type/wild type was 3.9(99% CI: 1.9-8.1) overall, 11(3.7-34) for hepatocellular carcinoma, 4.1(1.2-14) for hepatitis C, and 10(2.1-53) for nonalcoholic steatohepatitis. For porphyria cutanea tarda, the odd ratios were 48(24-95) for C282Y/C282Y, 8.1(3.9-17) for C282Y/H63D, 3.6(1.8-7.3) for C282Y/wild type, 3.0(1.6-5.6) for H63D/H63D, and 1.7(1.0-3.1) for H63D/wild type vs. wild type/wild type. Finally, for amyotrophic lateral sclerosis the odds ratio was 3.9(1.2-13) for H63D/H63D vs. wild type/wild type. These findings were consistent across individual studies.
Conclusions: In aggregate, C282Y/C282Y associated with liver disease, all 5 hemochromatosis genotypes associated with porphyria cutanea tarda, while H63D/H63D associated with amyotrophic lateral sclerosis.

Circulating Serum Trefoil Factor 3 Increases Dramatically During Pregnancy

Samson MH[1], Vestergaard EM[2], Milman N[3], Poulsen SS[4], and Nexo E[1]

[1,2] Dept. Clin. Biochem., Aarhus University Hospital, Aarhus[1] and Skejby Sygehus[2], Aarhus, Denmark, [3] Dept. Med. B 2142, Rigshospitalet, University of Copenhagen, Denmark, [4] Dept. Med. Anatomy B, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark

Background - Trefoil factors (TFF1, TFF2 and TFF3) are 7-12 kDa peptides abundantly expressed and secreted in the gastrointestinal tract as well as in other organs. They are important for protection and maintenance of mucosal surfaces and are up regulated in inflammatory conditions and in several malignancies. Changing levels of expression are reflected in serum concentrations.
Aim - To study levels of circulating TFFs throughout pregnancy and post partum.
Materials and methods - Serum from 140 women carrying normal foetuses, gestational week (gw) 18, 32, 39 and 8 weeks post partum (pp) were analysed for TFFs employing in house ELISA methods. Non-pregnant levels were obtained from previous studies, median (range), pmol/l: TFF1 310 (93-2390), TFF2 76 (20-360) and TFF3 140 (75-300).
Results - Compared to pre-pregnancy values the concentrations of TFF3 (pmol/l) had increased 10-fold (1390 (210-5560)) at 18th gw and 40-fold (4980 (2090-12800)) at 39th gw The levels 8 weeks pp (108 (57-3840)) had returned to pre-pregnancy values. TFF2 showed a similar pattern with a 5-fold increase at 39th gw (378 (60-6510)) and pre-pregnancy values 8 weeks pp (103 (53-325)). TFF1 remained unchanged throughout pregnancy and post partum.
Discussion - To our knowledge circulating TFF3 has never before been reported to reach the levels here observed. Also the pattern of increase is unusual. All previous reports on increased levels of TFFs have shown parallel increases in TFF1 and TFF3 with no alterations in TFF2.
Our results raise intriguing questions concerning the origin of TFFs produced during pregnancy and their physiological function in reproduction.

Tumor suppressor p53 Arg72Pro polymorphism and longevity, cancer survival, and risk of cancer in the general population

Stig E. Bojesen, 1.reservelæge. Klinisk Biokemisk afdeling, Bispebjerg Hospital, David Ørsted, Anne Tybjærg-Hansen og Børge G. Nordestgaard

P53 is an important tumor suppressor, normally preventing cancer development via apoptosis. A genomic Arg72Pro substitution in the p53 protein has important influence on cell death via apoptosis, which could be beneficial. We therefore tested the hypotheses that this polymorphism influence longevity, survival after a cancer diagnosis, and risk of cancer in the general population. We examined a cohort of 9219 participants aged 20-95 from the Danish general population with 100% follow-up. The overall 12-year survival was increased in p53 Arg/Pro heterozygotes with 3% (P=0.003) and in Pro/Pro homozygotes with 6% (P=0.002) vs. Arg/Arg homozygotes, corresponding to an increase in median survival of 3 years for Pro/Pro homozygotes versus Arg/Arg homozygotes. We also demonstrated an increased survival after the development of cancer, or even after development of other life-threatening diseases, for Pro/Pro homozygotes versus Arg/Arg homozygotes. The Arg72Pro substitution did not associate with decreased risk of cancer. In conclusion, in this large cohort from the general population we show that a well-known functional SNP in the tumor suppressor p53 protein leads to increased longevity, but not to decreased risk of cancer. The increased longevity may be due to increased survival after a diagnosis of cancer or other life-threatening diseases.

VITROS® 5,1 FS

CLINICAL CHEMISTRY

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.

Blokken 39, 3460 Birkerød, tlf: 45 94 82 19, email: ocdnordi@jnjse.jnj.com
SMART Metering is a trademark and VITROS and Intellicheck are registered trademarks of Ortho-Clinical Diagnostics, Inc.
© Ortho-Clinical Diagnostics, Inc., 2005. OCD4330106

Ortho-Clinical Diagnostics
a Johnson & Johnson company

C-type natriuretic peptide (CNP) - importance in reproduction and prostatic cancer

Søren Junge Nielsen[1], Jens Peter Gøtze1, Peter Iversen[2], Helle Lone Jensen[3], Jens F. Rehfeld1

Departments of [1] Clinical Chemistry, [2] Urology and [3] Pathology, Rigshospitalet

CNP is the third member of the natriuretic peptide family. The peptide has well-established modulatory effects in the vasculature and is essential for enchondral ossification. However, its cellular expression and physiological functions are poorly elucidated. Research has been hampered by lack of sensitive and specific immunoassays. Optimal assay performance is paramount as CNP is present only in trace amounts in plasma and most tissues and because it closely resembles the cardiac natriuretic peptides, ANP and BNP, circulating in 100-fold higher concentrations.
To circumvent the assay-performance problems we developed a highly sensitive and specific radioimmunoassay towards CNP's precursor, proCNP. Systematic examination of porcine tissues surprisingly showed exceedingly high proCNP contents in male genital organs. These findings, which were supported by RT-PCR, immunocytochemistry and high proCNP concentrations in human seminal plasma, suggest a function for CNP in reproduction.
CNP is thus highly expressed in the prostate. Expression of peptidases involved in degradation of proCNP-derived peptides is altered in prostate cancer. Prostatic proCNP expression and plasma proCNP concentration may therefore also change. To test this, we measured proCNP content and performed immunocytochemistry in surgical biopsies from patients with localized prostate cancer. Immunocytochemistry showed no apparent difference in proCNP or CNP staining between tumour and healthy tissue. However, plasma proCNP concentrations were significantly elevated in patients with prostate cancer compared to age-matched healthy men. The diagnostic value of plasma proCNP was high, equalling that of total prostate-specific antigen (tPSA). The potential of proCNP as a marker in prostate cancer thus merits further investigation.

Paradoxical decrease of plasma BNP in obese individuals may reflect leptin-dependent downregulation of BNP expression in the heart

Emil D. Bartels[1],

Jan Møller Nielsen[2], Jens Peter Götze[1], Lars Bo Nielsen[1,3]

[1] Department of Clinical Biochemistry, Copenhagen University Hospital Rigshospitalet, [2] Department of Cardiology, Aarhus University Hospital Skejby, [3] Department of Biomedical Science, University of Copenhagen.

B-type natriuretic peptide (BNP) is secreted from the heart and often used as a plasma marker of cardiac dysfunction. Obesity compromises cardiac function and may cause heart failure, possibly due to myocardial lipid accumulation. Paradoxically, obese individuals often have reduced plasma BNP concentrations. Even though increased receptor-mediated clearance of natriuretic peptides in the adipose tissue may play a role, it is unknown how obesity affects cardiac expression of natriuretic peptides. To investigate this question, female mice were fed a diet containing 60 % fat. After 12 months, the body weight in obese mice was 44.9±1,8 g (n=8) vs. 25.0±0.5 g (n=10) in lean control mice (P<0.0001) and the plasma leptin concentration was 66.0±6.6 ng/L vs. 6.9±1.5 ng/L (P<0.0001). Heart function and cardiac triglycerides were similar in obese and control mice. Nevertheless, the cardiac mRNA expression of ANP and BNP in obese mice was, respectively, 33% (P<0.0001) and 50% (P<0.005) of that in control mice. Recent studies indicate that leptin has direct effect on cardiac lipid metabolism. Therefore, we next examined obese (body weight ~50 g) leptin-deficient *OB/OB* and leptin-receptor deficient *DB/DB* mice. The cardiac mRNA expression of ANP and BNP was similar in *OB/OB* and *DB/DB* mice as compared with lean control mice. The data suggest that obesity in concert with increased plasma leptin levels suppresses cardiac BNP expression in mice. If these data can be extrapolated to humans, the paradoxically low plasma BNP concentrations in obese individuals may reflect decreased cardiac BNP expression.

Beware of the microscope effect

CellaVision™ DM analyzers automatically locate and pre-classify the blood cells for you.
Up to 35 slides per hour, with an image quality as good as in a microscope.

Read about the CellaVision effect at www.cellavision.com

CELLAVISION
AUTOMATED DIGITAL CELL MORPHOLOGY

World Headquarters • CellaVision AB, Ideon Science Park, SE-223 70, Lund, Sweden • tel +46 46-286 44 00 • info@cellavision.com

Mutations in ABCA1, Isolated Low HDL, and Risk of Ischemic Heart Disease

Ruth Frikke-Schmidt MD PhD[1],

Maria C.A. Stene MSc[1], Børge G. Nordestgaard MD DMSc[2,3], Peter Schnohr MD[3], Peer Grande MD DMSc[4], Anne Tybjærg-Hansen MD DMSc[1,3]

[1] Department of Clinical Biochemistry, Rigshospitalet, Copenhagen University Hospital; [2] Department of Clinical Biochemistry, Herlev University Hospital; [3] The Copenhagen City Heart Study, Bispebjerg University Hospital; [4] Department of Cardiology, Rigshospitalet, Copenhagen University Hospital; University of Copenhagen, Denmark.

Background: In epidemiological studies a low plasma level of high density lipoprotein (HDL) cholesterol is associated with increased risk of ischemic heart disease (IHD). However, the effect of an isolated lifelong reduction in HDL cholesterol is not known. We examined the ability of mutations that reduce plasma levels of HDL cholesterol per se to predict risk of IHD in the general population.

Methods: We compared the incidence of IHD according to presence or absence of mutations in *ATP-Binding-Cassette Transporter-A1 (ABCA1)* associated with reduced plasma levels of HDL cholesterol per se, in The Copenhagen Heart Study with 28 years follow-up.

Results: Of the 9190 white subjects examined, 97 (1.1%) had nonsynonymous mutations in ABCA1. Twenty nine (0.32%) had mutations associated with an age- and sex adjusted median reduction in HDL cholesterol of 0.52 mmol/L (P<0.00001 versus non-carriers). The corresponding predicted hazard ratio for IHD, assuming an inverse relationship between plasma HDL cholesterol and risk, was 1.71 (95% confidence interval (CI), 1.62 to 1.82; P<0.0001), but the observed risk was unchanged (hazard ratio 0.67, 95% CI, 0.28 to 1.62; P=0.38). This was confirmed in an independent case-control study including 2497 cases with IHD and 7722 controls (odds ratio 0.42, 95% CI, 0.15 to 1.22; P=0.11).

Conclusion
A substantial lifelong reduction in plasma levels of HDL cholesterol does not predict an increased risk of IHD. This observation indicates that the inverse relationship observed in epidemiological studies may not be causal as supported by recent failures of HDL increasing therapies.

cobas

Life needs answers

Skal du tage en beslutning her og nu?

cobas h 232 cardiac systemet er designet til resultater på stedet

- Hurtig måling af troponin T, CK-MB (nyhed), myoglobin, NT-proBNP og D-dimer
- Praktisk og transportabel support på stedet ved behandling af kardiovaskulære patienter
- Tilpasset arbejdsgange i forskellige kliniske omgivelser
- Smart indbygget kvalitets- & datastyring ved hjælp af data management systemet **cobas IT** 1000

Roche Diagnostics

COBAS and LIFE NEEDS ANSWERS
are trademarks of Roche.
©2006 Roche Diagnostics

Roche Diagnostics A/S · Industriholmen 59· 2650 Hvidovre
Tlf. 36 39 99 52 · www.roche.com

Behandling af patienter med apopleksi og atrieflimmer – resultater fra NIP

Det Danske Nationale Indikator Projekt (NIP) startede i 2001, og den første artikel, der anvender resultater fra projektet, er nu publiceret. I det videnskabelige arbejde baseret på registreringen af danske patienter med apopleksi[1], påvises en statistisk signifikant overdødelighed blandt patienter med apopleksi og atrieflimmer, der ikke modtager antikoagulansbehandling (AK-behandling) i forhold til patienter, der modtager AK-behandling. Patienter med kontraindikation for AK-behandling er ikke medtaget i undersøgelsen.

I Sundhedsstyrelsens seneste referenceprogram for behandling med apopleksi (maj 2005) anbefales, at "Antikoagulans-behandling med vitamin K-antagonister bør overvejes ved TCI eller apopleksi og atrieflimmer inden for to uger". Denne anbefaling er i overensstemmelse med Trombokardiologirapporten[2], som bl.a. repræsentanter for DSKB har været med til at udarbejde.

Publikationen i Stroke bygger på registreringen af 24.791 patienter med apopleksi. Registreringerne foretages direkte af den enkelte kliniske afdeling direkte til NIP-projektets apopleksidatabase, som efterhånden dækker 75% af samtlige sygehuspatienter med apopleksi i Danmark. I alt 22.179 patienter havde et iskæmisk stroke, af disse havde 3.670 patienter samtidig atrieflimren, og 1.909 havde ingen kontraindikation til AK-behandling. AK-behandling blev iværksat hos 1.149 af disse patienter (60,2%), men blev undladt hos 760 patienter (39,8%) på trods af de manglende kontraindikationer. Af patienterne i AK-behandling døde 18,9%, mens 45,2% i gruppen uden AK-behandling døde under opfølgning. Gruppen, der blev sat i AK-behandling, var yngre og havde lidt mindre alvorlig apopleksi end gruppen, der ikke blev sat i behandling.
En Cox proportional-hazards model, der kontrollerer for disse faktorer, viser, at patienter uden AK-behandling havde større risiko for død i efterforløbet (hazard ratio = 1,91, 95% CI = 1,44-2,52). Det svarer til, at den manglende AK-behandling resulterer i en overdødelig på 50 dødsfald per år på landsplan.

Sundhedsstyrelsen har derfor skrevet til regionerne og bedt dem være særligt opmærksomme på denne alvorlige problematik med henblik på forbedringer på området. Det er spændende at se, at NIP giver resultater med kliniske konsekvenser og kan resultere i bedret patientbehandling.

(1) Andersen KK, Olsen TS. Reduced poststroke mortality in patients with stroke and atrial fibrillation treated with anticoagulants. Stroke 2007;38:259-63.
(2) Dansk Cardiologisk Selskab, Dansk Selskab for Trombose og Hæmostase og Dansk Selskab for Klinisk Biokemi. Rapport vedrørende antitrombotisk behandling ved kardiovaskulære sygdomme.

Kursus i Real Time PCR

Som optakt til DSKB-kongressen afholdes et eftermiddagskursus i Real Time PCR. Kurset vil indeholde en gennemgang af grundlæggende elementer i Real Time PCR, assay design, anvendelsesmuligheder, dataanalyse og problemløsning. Kurset er en blanding af foredrag og praktiske øvelser med PC og software til analyse af Real Time PCR data.
Kurset henvender sig primært til bioanalytikere med nyere eller planlagte funktioner indenfor Real Time PCR.
Kurset udbydes som et samarbejde mellem DSKB og AH Diagnostics. Kurset er gratis, men for at kunne deltage i kurset skal du være tilmeldt DSKB-kongressen.

Kursus indhold

1. Introduktion til PCR og Real Time PCR
1. Forskellige anvendelsesmuligheder
   a. Kvantificering
   b. SNP-analyse
1. Problemløsning
1. Dataanalyse
   a. baseret på SYBR green kemi
   b. baseret på probe kemi

Tid og sted

15. november 2007, kl. 13-17, på JVCU, bioanalytikeruddannelsen Århus.

Målgruppe

Primært bioanalytikere. Evt. ledige pladser kan besættes af kemikere, læger og andre.

Antal deltagere

Højst 30 deltagere.

Den 8. Danske Kongres i Klinisk Biokemi Mellem forskning og klinisk virksomhed

15.-17. november 2007 på Radisson SAS Scandinavia Hotel i Århus
se løbende opdateringer på http://www.dskb.dk/

Deadline for tilmelding og betaling til reduceret pris: 14. september 2007
Deadline for indsendelse af abstrakt: 22. august 2007

Program		
Torsdag den 15.11.07		
13:00 - 17:00	Real Time PCR kursus (Sted: JVCU Bioanalytikeruddannelsen Århus)	
Aften	Registering og get together (Sted: Meddeles senere)	
Fredag den 16.11.07		
09:00 - 09:15	Velkomst og åbning af kongressen	
09:15 - 10:00	**Symposium A**	
10:00 - 10:30	Kaffe og udstilling	
10:00 - 12:30	Session 1. Jernstofskiftet: Nye molekyler og diagnostiske muligheder *Chaiman : Holger Jon Møller*	Session 2. Molekylærbiologiske analyser *Chairman: Else-Marie Vestergård*
	Moderne diagnostik af jernmangelanæmi *Tor-Arne Hagve* **Nye proteiner forener jernmetabolisme og inflammation** *Søren K. Moestrup* **Hepcidins rolle ved hæmokromatose og anæmi ved kronisk inflammation** *Holger Jon Møller* **Det kliniske billede ved arvelig hæmokromatose** *Nils Milman* **Molekylær diagnostik af arvelig hæmokromatose: nye gener samme sygdom?** *NN* **Udvalgt abstract** *NN*	**Laktose intolerans og mælkedrikkende mutanter i Nordeuropa. Molekylære mekanismer bag regulation af laktase ekspression** *Jesper Troelsen* **Undersøgelse af mutationer med uklar betydning i molekylærgenestiske diagnostik** *Tomas van Overeem Hansen* **Gensignaturer som prædiktiv test af sygdomsforløb hos blærekræftpatienter- fremtidig klinisk anvendelse?** *Lars Dyrskjøt Andersen* **Meddeles senere** *NN* **Udvalgt abstract** *NN*
12:30 - 14:00	Frokost og udstilling. Postere fra kl. 13:00.	
14:00 - 16:00	Session 3. Metabolisk syndrom og inflammation *Chaiman: Aase Handberg*	Session 4. Koagulation *Chaiman: Anne-Mette Hvas*
	Fedmeepidemi, det metaboliske syndrom og klinisk biokemi? *Jan-Erik Henriksen* **The metabolic syndrome as an inflammatory condidion** *José-Manuel Fermandez-Real* **Leversygdom ved fedme og insulinresistens; nonalkolisk fedtlever og steatohepatitis voksne og børn** *Henning Grønbæk* **Meddeles senere** *NN* **Udvalgt abstract** *NN*	**Epidemiologisk evidens for trombofili** *Søren Påske Johnsen* **Trombofilf og graviditetskomplikationer** *Anne-Mette Hvas* **Aspirinresistens – laboratorium og klinik** *Steen Dalby Kristensen* **Trombolysebehandling af cerebrale tromboser** *Tom Skyhøj Olsen* **Udvalgt abstract** *NN*
16:00 - 16:45	Kaffe og udstilling	
16:45 - 17:30	**Symposium B**	
19:00	Festmiddag og dans i Turbinehallen	
Lørdag den 17.11.07		
09:00 - 09:45	**Symposium C**	
09:45 - 10:30	Kaffe og udstilling	
10:30 - 12:30	Session 5. Kalkstofskiftet *Chirman: Henrik Jørgensen*	
	D-vitaminmangel: Diagnose, klinik og behandling *Leif Mosekilde* **Calciummetaboliske sygdomme og calciumreceptoren** *Peter Schwartz* **Osteoporose – en arvelig sygdom?** *Bente Lomholt Langdahl* **Biobikemiske markører for knogleomsætning – praktiske og teoretiske udfordringer** *Nina Hannover Bjarnason* **Udvalgt abstract** *NN*	
12:30 - 12:45	Afslutning	
12:45 - 14:00	Frokost	

DSKB's internationale arbejde

Flere af DSKB's medlemmer arbejder i internationale sammenslutninger, udvalg, komiteer m.v. Oversigten viser, hvor medlemmer er aktive enten som repræsentanter for DSKB eller udpeget af andre nationale eller internationale organisationer.
I 2007 sammenlægges FESCC og EC4 til European Federation of Clinical Chemistry (EFCC). Medlemslandene har 2 repræsentanter i General Assembly, hvoraf den ene er det nationale selskabs formand. Til den anden post har bestyrelsen indstillet vores nuværende repræsentant i EC4.

Organistation / Gruppe	Dansk repræsentant	Funktion
American Association of Clinical Chemistry (AACC)		
Critical and Point-of-Care Testing Division Executive	Niels Fogh-Andersen Herlev Hospital	Member-at-Large
European Committee for Standardization (CEN)		
Technical Committee 140 (TC 140)	René Dybkær Afd. for Standardisering i Laboratoriemedicin, Frederiksberg Hospital	Repræsentant
Reference Systems	René Dybkær Afd. for Standardisering i Laboratoriemedicin, Frederiksberg Hospital	Formand
European Committee for External Quality Assurance Programmes in Laboratory Medicine (EQALM)		
	Gitte Marie Henriksen DEKS	Kasserer Redaktør for EQAnews og www.eqalm.org
European Communities Confederation of Clinical Chemistry (ECCCC: EC4)		
Register Commission (EC4RC)	Anders Johnsen Rigshospitalet	Medlem
General Assembly	Anders Johnsen Rigshospitalet	Medlem
External Quality Assurance in the Nordic Countries (EQAnord)		
	Inger Plum DEKS	Formand
Forum of the European Societies of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (FESCC)		
	Linda Hilsted Rigshospitalet	Medlem
International Federation of Clinical Chemistry and Laboratoty Medicine (IFCC)		
Council	Jørgen Jespersen Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	National representative
Education and Management Division: Committee on Analytical Quality (C-AQ)	Gitte Marie Henriksen DEKS	Full member
Education and Management Division: Committee on Evidence Based Laboratory Medicine (C-EBLM)	Per Jørgensen Glostrup Hospital	Associate member
Scientific Division: Commitee on Nomenclature, Properties and Units (C-NPU)	Ivan Bruunshuus Petersen Sundhedsstyrelsens Enhed for Sundhedsinformatik	Full member
	René Dybkær Afd. for Standardisering i Laboratoriemedicin, Frederiksberg Hospital	Consultant
Scientific Division: Committee on Reference Systems for Enzymes (C-RSE))	Poul Jørgen Jørgensen Odense Universitetshospital	Full member
Scientific Division: Working Group on Selective Electrodes (WG-SE)	Niels Fogh-Andersen Herlev Hospitalr	Full membe
Scientific Division: Committee on Point-of-Care Testing	Niels Fogh-Andersen Herlev Hospital	Full member

Organistation / Gruppe	Dansk repræsentant	Funktion
International Committee for Weights and Measures (CIPM):		
Consultative Committee for Amount of Substance - Metrology in Chemistry (CCQM)	René Dybkær Afd. for Standardisering i Laboratoriemedicin, Frederiksberg Hospital	IFCC repræsentant
Consultative Committee for Units (CCU)	René Dybkær Afd. for Standardisering i Laboratoriemedicin, Frederiksberg Hospital	IFCC repræsentant
International Organization for Standardization (ISO):		
Technical Committee 212; Clinical laboratory testing and in vitro diagnostic test	René Dybkær Afd. for Standardisering i Laboratoriemedicin, Frederiksberg Hospital	Dansk Standard repræsentant
Technical Committee 212, Working Group 2, Reference systems	René Dybkær Afd. for Standardisering i Laboratoriemedicin, Frederiksberg Hospital	Formand
International Union of Pure and Applied Chemistry (IUPAC)		
Subcommittee on Nomenclature, Properties, and Units in Laboratory Medicine	René Dybkær Afd. for Standardisering i Laboratoriemedicin, Frederiksberg Hospital	Members
	Ivan Bruunshuus Petersen Sundhedsstyrelsens Enhed for Sundhedsinformatik	
Interdivisional Working Party on Harmonization of Quality Assurance	Rene Dybkær Afd. for Standardisering i Laboratoriemedicin, Frederiksberg Hospital	Member
Joint Committee for Guides in Metrology (JCGM)		
Working Group 1 (GUM) Measurement Uncertainty	René Dybkær Afd. for Standardisering i Laboratoriemedicin, Frederiksberg Hospital	IFCC repræsentant
Working Group 2 (VIM) International Vocabulary of Basic And General Terms in Metrology	René Dybkær Afd. for Standardisering i Laboratoriemedicin, Frederiksberg Hospital	IFCC repræsentant
Joint Committee for Traceability in Laboratory Medicine (JCTLM)		
	Morten Pedersen DEKS	Europæisk repræsentant for EQALM
Klinisk Kemi i Norden		
Redaktionskomite	Palle Wang Vejle og Give Sygehuse	Hovedredaktør
	Ulrik Gerdes Århus Universitetshospital, Risskov	Medlem
Nordisk Biobank og Database (NOBIDA)		
Komité	Ulrik Gerdes Århus Universitetshospital, Risskov	Medlem
Nordisk Forening for Klinisk Kemi (NFKK)		
Styregruppe	Linda Hilsted Rigshospitalet	Formand DSKB
	Holger Jon Møller Århus Universitetshospital, Århus Sygehus	Medlem udpeget af DSKB's bestyrelse
Arbejdsgruppe, børnereferenceintervaller	Nete Hornung Regionshospitalet Randers	Medlemmer
	Søren Ladefoged Århus Universitetshospital, Århus Sygehus	
Scandinavian Journal of Clinical and Laboratory Investigation (SJCLI)		
	Axel Brock Regionshospitalet, Viborg	Redaktører
	Jørgen Gram Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	
Skandinavisk samarbejde om afprøvning af laboratorieudstyr til primærsektoren (SKUP)		
	Esther Jensen Odense Universitetshospital	Leder af SKUP i Danmark
Union of European Medical Societies (UEMS)		
	Erik Vittinghus Regionshospitalet Randers	Dansk repræsentant

EC4: European Communities Confederation of Clinical Chemistry (… and Laboratory Medicine)

Undertegnede er som formand for DSKB's Uddannelsesudvalg for biokemikere (UU2) dansk repræsentant i EC4's registerkomite og er i øvrigt valgt som repræsentant for DSKB i EC4 generelt.

EC4 møde, Budapest, 9.-10. december 2006
Der var to større punkter på dagsordenen:
Common Platform: Formålet med CP er at få en række uddannelser godkendt på tværs af landegrænser indenfor EU for at fremme arbejdskraftens fri bevægelighed. Det drejer sig om uddannelser, der ikke i forvejen er generelt godkendt, som f.eks. lægeuddannelserne. Her har EC4 gjort en stor indsats for at få uddannelsen som klinisk biokemiker godkendt under CP. Arbejdet er ikke afsluttet endnu, men der er chance for, at klinisk biokemi bliver godkendt som en af de første.
Sammenslutning med FESCC: Den oplagte sammenlægning af EC4 og FESCC har jo været til afstemning i de nationale selskaber, hvor et flertal har stemt for og ingen imod. På EC4-mødet var stemningen også positiv, blot var der nogen kritik af det nye navn, hvis forkortelse, EFCC, nemt kan forveksles med IFCC. EC4-registeret, som godkender og registrerer de enkeltes efteruddannelse, beholder sit navn og fortsætter sin selvstændige funktion.
De næste møder holdes d. 3. juni i forbindelse med EuroMedLab i Amsterdam og 8. eller 9. november i Paris.

Anders Johnsen
Ledende biokemiker
Klinisk Biokemisk Afdeling
Rigshospitalet

En kort rapport om arbejdet i UEMS

Union Européenne des Médecins Spécialistes, som det officielle navn på fransk, eller European Union of Medical Specialists, ligeså korrekt på engelsk, er en organisation af delegerede repræsentanter fra de nationale lægeforeninger fra de lande, der ønsker at være med til at harmonisere kravene til lægespecialistuddannelsen inden for hvert af lægespecialerne i Europa.
For klinisk biokemi gælder, at vi hører med i Section of Medical Biopathology, som omfatter laboratoriespecialerne klinisk biokemi, hæmatologi, immunologi, mikrobiologi og polyvalent speciale (alle de nævnte i et samlet speciale). Denne sektion holder to årlige møder af to dages varighed, hvor det drejer sig om at opnå bredest mulig enighed om specialistkravene i de nævnte specialer, således at disse ville kunne accepteres som fælles europæisk standard for laboratoriespeciallæger.
De mange deltagende lande og specialer i vores sektion giver et utroligt bredt spektrum af synspunkter og muligheder for krav, hvilket medfører, at der går meget tid med at udforske dette for at finde en fælles konsensus. Det er lykkedes at få udarbejdet den første udgave af sådanne fælles krav, hvorefter der nu arbejdes videre med de enkelte specialers egne udgaver.
Inden for klinisk biokemi arbejder vi med at bruge de forskellige lægeroller til at beskrive disse fremtidige krav. De lægeroller, som egentlig stammer fra Canada, er taget ud af den danske og svenske specialistbeskrivelse og danner en glimrende struktur til at diskutere og beskrive de fælles fremtidige krav. De øvrige delegerede kendte ikke disse lægeroller, men synes, at de er et godt grundlag at opbygge vores fælles specialistkrav på. Vi bygger stadig videre på delmængder af den danske specialistbeskrivelse og regner med at nå et fælles mål på basis af denne.
Det næste møde bliver d. 27.-28. april i Groningen, Holland.
Vores hjemmeside ligger under www.uems.net og UEMS - Section of Medical Biopathology (homepage).

Erik Vittinghus
Delegeret for klinisk biokemi
Klinisk Biokemisk Afdeling
Regionshospitalet Randers

Bilirubin

Elektrolytter

Metabolitter

Oximetri

Blodgas

Creatinin

Føj creatinin til din parameterliste allerede i dag

Pålidelige resultater ved point-of-care

Hurtigt
Resultater på bare 90 sekunder

Nemt
Automatiseret prøvehåndtering og -måling

Pålideligt
Overlegen måleproces giver præcise resultater

Besøg **www.radiometer.dk/crea** for yderligere information, eller ring til Radiometer Danmark på 38 27 28 29 for at aftale tid til en demonstration.

ABL800 FLEX med creatinin:
Øget klinisk værdi
ved point-of-care

RADIOMETER
COPENHAGEN

Inspektorrapporter i Klinisk Biokemi

Overlæge Lise Bathum, Sygehus Vest, Region Sjælland, og Overlæge Lars Ødum, Roskilde Sygehus, Region Sjælland

Lise Bathum

Lars Ødum

Inspektorordningen har til formål at bidrage til kvalitetssikring og kvalitetsudvikling af den lægelige videreuddannelse på uddannelsesafdelingerne på landets sygehuse m.v. og blev obligatorisk fra 2001. Der er lige udkommet en ny Vejledning for Inspektorordningen 2007, som er fjerde reviderede udgave. Den nye udgave er i sin opbygning gjort mere logisk og overskuelig. Samtidig er evalueringstemaerne ændret således, at alle de syv kompetenceområder (roller) i speciallægeuddannelsen indgår. For hver rolle er der inspiration og forslag til, hvordan oplæring i rollen kan finde sted.
På Sundhedsstyrelsens hjemmeside ligger inspektorrapporterne frit tilgængelige, så alle interesserede hurtigt kan klikke sig ind. Der er 10 klinisk biokemiske afdelinger, der har haft inspektorbesøg mellem 2003 og 2006. Afdelingerne på Rigshospitalet, Herlev, Hvidovre, Bispebjerg, Århus (Nørrebrogade) og Ålborg har haft et besøg i 2003 samt et opfølgende besøg i perioden 2004 til 2006. I Odense, Esbjerg, Vejle og Viborg har indtil nu kun været et inspektorbesøg.

Når man gennemgår inspektorrapporterne, kan man glædes over, at de besøgte afdelinger helt overvejende bedømmes positivt. Indsatsen inden for de enkelte aspekter kan af auditørerne via de brugte skemaer bedømmes som "utilstrækkeligt", "behov for forbedringer", "tilstrækkeligt" eller "særdeles godt", og hovedparten af afkrydsningerne findes indenfor "tilstrækkeligt" eller "særdeles godt". Inspektorrapporterne er meget forskellige og afspejler en forskellig vægtning i afdelingerne af specialiseringsgrad, inddragelse i forskning, undervisning, rutineopgaver samt kliniske kontakter. Generelt vægtes forskning højt, men en del afdelinger giver udtryk for, at et stigende arbejdspres fra driften presser forskningen. Der er ikke så megen tid til forskning, og finansieringen af de uddannelsessøgendes forskningsprojekter bliver også nævnt som et problem. For nogle afdelinger er der også et problem med manglende besættelse af overlægestillinger, men alligevel opnås pæne bedømmelser. Inspektorrapporterne viser, at der foregår en udtalt dialog mellem afdelingerne og inspektorer. Det ses ved de opfølgende besøg, at afdelingerne tager kommentarer og forbedringsforslag fra inspektorerne alvorligt og indarbejder dem i uddannelsesplanlægningen.

Blandt de emner, hvor mange afdelinger bedømmes særdeles godt, kan nævnes "introduktion", "uddannelsesplan på afdelingen", " træning i samarbejde" og "deltagelse i forskning" samt at arbejdstilrettelæggelsen tager hensyn til yngre lægers uddannelse. Hvis man ser på de emner, hvor der for flere afdelinger er behov for forbedringer, er det typisk inden for uddannelsesaspekterne "Leder/administrator" og "Sundhedsfremmer", emner som almindeligvis ikke fylder så meget i de yngre lægers hverdag på en klinisk biokemisk afdeling, og som derfor kræver bevidst fokus.

Generelt viser rapporterne, at uddannelse og vejledning vægtes højt. Arbejdet tilrettelægges med fokus på de uddannelsessøgende, der ifølge rapporterne også generelt set er meget tilfredse. Uddannelsesplaner samt introduktionsprogrammer er til stede på alle afdelinger og bliver løbende justeret. Så samlet tegner rapporterne et billede af, at Klinisk Biokemi fokuserer på uddannelse og vejledning, samt at inspektorerne gør et stort arbejde, der værdsættes af de enkelte afdelinger. Afsluttende kan siges, at da specialet har vanskeligheder med at rekruttere, er det vigtigt med spændende lærings- og forskningsmiljøer for de unge læger under uddannelse, og det synes vi, at afdelingerne tydeligt bestræber sig på og også i høj grad lykkes med.

OLYMPUS

Your Vision, Our Future

Prøvesortering

OLA2500

OLA gør din hverdag lettere
- skræddersyet præanalyse tilpasset laboratoriets arbejdsgange

- Intelligent prøvesortering til valgfrie rack-typer
- Afpropning til udvalgte analyser
- Afpipettering i op til syv nye prøveglas
- Minimerer mangellister
- Automatisk arkivering
- Suveræn hastighed

Kontakt OLYMPUS Diagnostica: tlf. 40 70 65 51 eller se www.olympus.dk/diagnostica

Livet som teknisk assessor

Kemiker Poul Jørgen Jørgensen, Odense Universitetshospital

Når en klinisk biokemisk afdeling søger om at blive eller allerede er akkrediteret, kommer de i kontakt med tekniske assessorer. Et besøgshold fra Dansk Akkreditering (DANAK) består af en ledende assessor fra DANAK samt en eller flere tekniske assessorer, som til lejligheden er hentet fra professionen for at bistå DANAK med at vurdere laboratoriernes tekniske kompetence. Et laboratorium bliver akkrediteret efter en ISO-standard 17025 eller 15189, hvis krav laboratoriet holdes op imod.

For at være teknisk assessor for DANAK skal man have været på DANAK's grundkursus i ISO 17025/15189. Derudover er det en kæmpe fordel at have baggrund i et allerede akkrediteret laboratorium, således at man allerede derfra selv har et indgående kendskab til akkrediteringsstandarderne og ikke mindst deres implementering.

Som teknisk assessor indgår man i et team, som forud for akkrediteringsbesøget forbereder sig til besøget på det pågældende laboratorium. Det sker primært ved at gennemgå tilsendte dokumenter, der beskriver laboratoriets organisation og arbejdsform, udvalgte procedurebeskrivelser og ikke mindst den forløbne periodes præstationsprøvninger (ekstern kvalitetssikring). Umiddelbart før og under DANAK-besøget samles assessor-teamet for at planlægge og evaluere besøgsdagene.

Et akkrediteringsbesøg er fysisk hårdt, idet man som assessor er "på" under hele besøget på laboratoriet, og derudover bliver det som regel til nogle timers aftenarbejde under besøget.

Akkreditering af laboratorier kan som nævnt ske efter standard ISO/IEC 17025 eller ISO 15189, hvor den sidstnævnte er det naturlige valg for de fleste biokemiske afdelinger. Denne standard indeholder nemlig i modsætning til ISO 17025 et præanalytisk afsnit, ligesom ordvalget og formuleringerne er tilpasset det medicinske laboratorium. Når man læser standarder, skal man huske, at de ligesom juridiske dokumenter er skrevet tæt, dvs. at der ligger betydningsfulde ting i næsten hver eneste sætning.

Ved en akkreditering efter en given standard bliver laboratoriet holdt op imod hele standardens tekst og ånd. Det er det, som den ledende assessor og de tekniske assessorer gør i forbindelse med besøget. Den tekniske assessor ser primært på de tekniske kompetencer udmøntet i:

- Personale. *Funktionsbeskrivelser, kompetenceskemaer, oplæringsprogrammer.*
- Lokaler. *Pladsforhold, orden, renlighed, adgangsforhold.*
- Udstyr. *Service og vedligeholdelse, udstyrskalibrering, validering, edb.*
- Præanalytisk. *Prøvetagning, prøvetransport, forbehandling, prøveopbevaring.*
- Analysearbejde. *Forskrifter, analysekalibrering, metodevalidering, metodeliste, referenceinterval.*
- Kvalitetssikring. *Forskrifter, usikkerhedskomponenter, kvalitetskontrol, præstationsprøvninger.*
- Postanalytisk. *Prøveopbevaring, bortskaffelse af prøvemateriale, underskriftsret.*
- Svarafgivelse. *Svarrapporter, indhold, arkivering, kritiske grænser, fortrolighed, rettede svar.*

Når et laboratorium har det første akkrediteringsbesøg, kan man hos laboratoriets personale mærke en lettere nervøsitet (eksamensfeber). Der er lavet mange nye procedurer, som mere eller mindre er blevet implementeret i rutinen, og man er spændt på, om det er godt nok. Som regel finder assessorerne nogle områder, som er mangelfuldt beskrevet, eller som man slet ikke har tænkt på skulle dokumenteres. Oftest har man beskrevet den normale rutinesituation, men mangler ofte handleplan for den uventede, men dog velkendte situation, hvor noget afviger fra normen. Personalet er måske usikre på alle de nye procedurer, som de måske for første gang stifter bekendtskab med. Ved de følgende besøg mærker man mere og mere, at kvalitetsstyringssystemet er implementeret, og at personalet er sikre i de handlinger, der skal foretages i de givne situationer. Det fornemmes også, at personalet har fået et fagligt løft som konsekvens af akkrediteringen. Som det er blevet sagt under et besøg: "Man er sjældent i tvivl om, hvad man skal gøre i en given situation" og " det er dejligt, at vi nu gør tingene på en og samme måde i stedet for, at hver bioanalytiker har sit eget system".

Det at besøge et andet laboratorium som assessor er utroligt spændende og lærerigt – forhåbentlig for begge parter. Når den tekniske kompetence skal vurderes, kommer man utrolig tæt på laboratoriets hverdag og dets måde at arbejde på. Assessorens vigtigste rolle under besøget er at møde værtslaboratoriet med åbent sind og frem for alt at undgå, at besøget virker alt for provokerende og anmassende. Om det altid lykkes ved jeg ikke, men mit indtryk er, at besøgene på arbejdspladserne forløber uden de store komplikationer. Som oftest giver det anledning til en faglig og saglig diskussion med det berørte personale på analysepladserne. Netop det faglige aspekt synes jeg er vigtigt og spændende, da det engang imellem bidrager til at højne kvaliteten af laboratoriets ydelser. DANAK og dets assessorer må som sådan ikke rådgive eller virke som konsulenter, men det står laboratoriet frit for at samle ideer op under besøgets drøftelser. Det skal pointeres, at assessorerne selvfølgelig har tavshedspligt i forhold til de informationer og oplysninger, man får under et besøg.

Rene negle?

Om at være inspektor i klinisk biokemi

Af Overlæge Palle Wang, Vejle sygehus

For nogle år siden var jeg konstitueret som administrerende overlæge på Afdeling KKA, Odense Universitetshospital. I den egenskab skulle jeg deltage i et assessorbesøg på afdelingens sporstofslaboratorium, som havde været akkrediteret i en del år. Modtagelseskomiteen stillede op ved indgangen – i hvid kittel i dagens anledning – for at tage imod de to assessorer. Den ene af dem (gæt selv hvem) sagde som hilsen: "Nu kommer vi for at se om du har rene negle!".
At være inspektor drejer sig ikke om at inspicere speciallægeuddannelsen for sørgerande. Skal man fortsætte metaforen, er det spørgsmålet om høfligt at tilbyde en medbragt neglerenser og diskutere med afdelingen, hvordan den bedst kan anvendes.

Inspektorbesøget

Startskuddet til et inspektorbesøg affyres af Sundhedsstyrelsen. Her sammensætter man først afdeling og inspektorer og sender meddelelse om det til begge parter. Afdelingerne skal besøges mindst hvert fjerde år – det holder Sundhedsstyrelsen check på. I meddelelsen til afdelingen får den ledende eller uddannelsesansvarlige overlæge besked på at udfylde et selvevalueringsskema, som ligger på Styrelsens hjemmeside, og sende det til sin sygehusledelse, Sundhedsstyrelsen og ikke mindst inspektorerne senest seks uger før besøget.
Den tidsfrist kan jeg ikke mindes, at nogen har overholdt – men man læser jo alligevel først på selvevalueringen et par dage inden besøget, så det gør ikke så meget.
Med selvevalueringsrapporten skal følge

- det seneste års evaluering af afdelingen af de yngre læger
- afdelingens introduktionsprogram
- afdelingens uddannelsesplaner for læger i introduktionsstilling og i hoveduddannelsesforløb
- eksempel på individuel uddannelsesplan for en yngre læge (gerne dem alle sammen).

Sundhedsstyrelsen har også givet forslag til et program for besøget. Man begynder med at snakke med de yngre læger – og gør dem opmærksom på, at der ikke skrives referat fra samtalen, og at de ikke vil blive citeret direkte. Dernæst mødes man med afdelingens overlæger og drøfter selvevalueringen sammenholdt med indtryk fra samtalen med de yngre læger. Samtalen ender med indgåelse af en aftale om, hvad der evt. skal rettes op på og en tidsfrist for indsatsen.
Endelig mødes man med en repræsentant for ledelsen af sygehuset, som regel cheflægen eller en læge i en tilsvarende ledende stilling. Her kan man tage fat i sygehusets uddannelsesstrategi for yngre læger og påpege problemområder, hvis man er blevet opmærksom på nogle i dagens løb.
Til slut snakker inspektorerne sammen, planlægger det videre forløb og udarbejdelsen af rapporten.
Rapporten indeholder inspektorernes vurdering af de samme temaer som selvevalueringsrapporten, konklusion af besøget med kommentarer til afvigelser mellem afdelingens selvopfattelse og inspektorernes indtryk og forslag til aftaler om opretning af eventuelle skævheder. Hvis der er væsentlige problemer, kan inspektorerne anbefale et genbesøg på afdelingen efter en kortere periode end de fire år.
Når rapporten er udarbejdet, tager inspektorerne som regel kontakt til afdelingen og beder den uddannelsesansvarlige overlæge om at kommentere den – man kunne jo have misforstået noget, men afdelingen kan ikke neddæmpe eller opbløde en kritisk rapport. Rapportens aftaledel skal underskrives af den ledende og den uddannelsesansvarlige overlæge og af begge inspektorer.
Så sendes rapporten til Sundhedsstyrelsen, som lægger materialet på hjemmesiden (se under inspektorordningen) og sender den til en række institutioner, herunder sygehusledelsen, DSKB, det Regionale Videreuddannelsesråd og Dansk Medicinsk Selskab.

Hvad er godt ved læringsmiljøet i klinisk biokemi?

Sammenlignet med en klinisk afdeling med et stort antal uddannelsessøgende læger og en stresset uddannelsesansvarlig overlæge er det godt, at der kun er få yngre læger på de klinisk biokemiske afdelinger. At vi kunne ønske os nogle flere er en anden sag.
De yngre læger indgår ofte i et forskningssamarbejde med den uddannelsesansvarlige overlæge og andre speciallæger på afdelingen. Det giver regelmæssige møder, som er gode uddannelsessituationer, og som ofte inddrager andre emner end de forskningsrelaterede.
Det er muligt på en velorganiseret afdeling at tildele den yngre læge en tilpas dosering af mere rutineprægede opgaver, så grundlaget for den fremtidige funktion bliver lagt og der samtidig er tid til forskning.
En klinisk biokemisk afdeling, der indgår i hoveduddannelsen, har altid ansat andre akademiske medarbejdere med forskellig uddannelsesbaggrund. De bidrager gerne til speciallægeuddannelsen med deres viden og kunnen. Udover at den uddannelsessøgende bliver klogere, lærer hun også noget om andre fagområders tankegang og prioriteter.

Hvad er mindre godt ved læringsmiljøet i klinisk biokemi?

Der kan være en fare i, at fokuseringen på forskning skaber kuvøser for forskerspirer, som ikke i tilstrækkeligt omfang bliver oplært i de mere ydmyge opgaver inden for

specialet og slet ikke får fornemmelsen af den stive kuling, undertiden med vindstød af stormstyrke, som man kan blive udsat for som leder af en afdeling.

Målbeskrivelsen og dens operative formulering i logbogen hjælper på det problem, selv om de uddannelsesansvarlige overlæger ofte udviser betydelig opfindsomhed for at få den implementeret i virkeligheden, som de ser den.

Hvad er godt ved at være inspektor?

De to inspektorer mødes som regel dagen for inspektorbesøget og drøfter selvevaluerings-rapporten – og meget andet. Det sidste drøftes især over en bedre middag og et godt glas vin. Sundhedsstyrelsen har heldigvis aldrig gjort ophævelser over disse udgifter forbundet med den ulønnede inspektorfunktion.
Det har altid været en positiv oplevelse at snakke med de yngre læger om den uddannelse de får, om deres ønsker om forbedring, deres forskning og karriereplaner. Det er svært at bevare pessimismen for specialets fremtid, når man tænker tilbage på de møder med yngre læger.
Det har også været godt, at afdelingens overlæger og speciallæger har været lydhøre over for kritik og forslag og har indgået aftaler om forbedringer, som er blevet overholdt.

Har inspektorordningen været nyttig?

Selv om den blev indført for at sikre uddannelseskvaliteten på store kliniske afdelinger, mener jeg nok, at den har gjort nytte også i klinisk biokemi. Inspektorbesøgene har medført, at man i højere grad fokuserer på den brede oplæring de forskellige funktioner i specialet og ikke mindst på træning i ledelse og administration også i dagligdagen og ikke kun på internatkurser. Langt de fleste steder har man nu individuelle uddannelsesplaner, som bliver justeret under regelmæssige møder med den uddannelses-ansvarlige overlæge eller andre vejledere.
Så svaret på spørgsmålet er: Ja, det tror jeg!

Holger Møller

Kommentar

Tilgiv os – vi vidste ikke, hvad vi gjorde…

Så åbenhjertig og testamentelig er overskriften på Kronikken i Politiken 29. marts 2007. Den er skrevet af 6 tidligere topembedsmænd fra finansministeriet, der var nogle af hovedkræfterne bag indførelse af kontrakt- og målstyring i den offentlige sektor. Nu sidder de som administratorer af det system de selv skubbede i gang og har fået tømmermænd.
Her er et par udpluk af deres tilbageblik:

"…I de velmente bestræbelser på at synliggøre, klargøre og motivere til øget kvalitet gennem dokumentation er vi nået til et stade, hvor styringen er kammet over og blevet sin egen værste fjende. Vi har sat et vældigt system i gang, som udarbejder omfangsrige kontrakter, evalueringer, årsrapporter, akkrediteringer og så videre, uden at det har ført til øget tilfredshed med kvaliteten. Mange af de ting, der er blevet indført de sidste 10-15 år for at fremme produktivitet og kvalitet, er nu begyndt at hæmme den offentlige sektors udvikling……

…Den omsiggribende detailstyring har også fået uønskede bivirkninger, fordi ledelsens og medarbejdernes opmærksomhed skævvrides fra det svært målelige til det lette…
…Dokumentationsforholdet mellem bestiller og udfører er vokset overalt i det offentlige, og det påvirker efter vores erfaring ledelsestænkningen negativt. Ting gælder kun, hvis der er papir på det, og forskellen mellem god og dårlig ledelse fortoner sig i det uvisse. Ledelsens (og medarbejderens) personlige ansvar fortaber sig i papirstrømmen. Kan det være meningsfyldt at nogle socialrådgivere kun anvender 18 % af deres tid på klienterne, resten på møder og dokumentation? Hvem tror, at problemer, som set på Strandvænget i Nyborg, kan løses med mere papir og kontrol? …"

Har vi ikke alle en nagende fornemmelse af at der er noget galt? Bevillingerne til sygehuse, daginstitutioner, ældreforsorg har vel aldrig været højere, - men synes vi kvaliteten i patientbehandling, børnepasning eller ældrepleje er blevet bedre?
I min søns skole indføres nu skriftlige elevplaner for hver enkelt elev i hvert enkelt

fag. Og lærerne bliver stressede over papirarbejdet. Og der indføres flere prøver og evalueringer. Som om det skulle gøre dem bedre til at begå sig i livet. Jeg kender en lærer der har måttet tage fri pga stress. Og en sygeplejerske.
Mit eget største bidrag til den begyndende nedsmeltning er medansvaret for målbeskrivelsen for speciallægeuddannelsen. En relativt bunden opgave, men alligevel – det blev en samling af detaljerede regler og mål, der måler det forkerte og får os til at fokusere på signaturer og skemaer.
I klinisk biokemi har akkreditering og dokumentation sandsynligvis ført til kvalitetsforbedringer på diverse målbare indikatorer. Problemet er at målbare indikatorer ofte ikke er de vigtige. Men når vi begynder at måle på det simple, så tror vi at det simple er vigtigt. Samarbejde, udforskning, omstilling, lærdom, fleksibilitet, teamwork, hjælpsomhed, indføling, arbejdsglæde – det kan vi ikke så nemt måle.
Nu har vi velfungerende kvalitetssystemer på laboratorierne, som grundlæggende er nødvendige og som vi ikke kan undvære. Men vi skal passe på – for når først en regel eller en procedure er indført er det umuligt at rulle tilbage til fortidens uformulerede leveregler. Og vi klapper selv fælden om os: Vi er - som de veluddannede og veltilpassede mennesker vi er - alt for dygtige til at fylde rammerne ud. Vi begynder at forfalde til at se os om efter en procedure hver gang vi møder et problem. Og hvis ikke proceduren findes, så må vi partout lave den, så vi ved hvad vi skal gøre næste gang et lignende problem opstår. Men fremtiden er alt for kompleks til den slags. Procedurerne og reglerne vil vokse eksponentielt indtil vi ikke kan gøre andet end at vedligeholde dem. Lad os håbe vi ikke kommer derhen at vi ikke tør handle per konduite, hvis ikke der er skrevet en procedure.
- Må vi bede om noget kompetent ledelse her, der tør slå en streg i sandet.

Holger Møller

Nationale møder

Møde nr. 395 i Dansk Selskab for Klinisk Biokemi
Emne: Generalforsamling
Sted: Sygeplejeskolen, Bispebjerg Hospital
Tid: Mandag d. 21. maj 2007

Den 8. Danske Kongres i Klinisk Biokemi
Emne: "Mellem forskning og klinisk virksomhed"
Sted: Radisson SAS Scandinavia Hotel i Århus
Tid: Den 15.-17. november 2007

Internationale møder

2007	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)
	23.-25. juli.	Workshop on Evidence Based medicine. Oxford, England (www.acb.org.uk)
	14.-19. oktober.	11th Asian Pacific Congress of Clinical Biochemistry (APFCB), International Convention Centre Beijing. Beijing, Kina (www.chinamed.com.cn/11apccb)
2008	14.-18. juni.	XXXI Nordic Congress in Clinical Chemistry. Helsinki, Finland (www.labmed2008.fi)
	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), Brazil Ceara's Convention Centre. Fortaleza, Brasilien (www.fortaleza2008.org)
2009	7.-11. juni.	18th IFCC-FESCC European Congress of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine, Innsbruck Congress Centre. Innsbruck, Østrig (www.innsbruck2009.org)
	19.-23. juli.	AACC Annual Meeting and clinical lab expo. Chicago, Illinois, USA (www.aacc.org)
2010	25.-29. juli.	AACC Annual Meeting and clinical lab expo. Anaheim, Californien, USA (www.aacc.org)
2011	15.-20. maj.	21st International Congress of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine and 19th IFCC-FESCC European Congress of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine Berlin, ICC Berlin - Internationales Congress Centrum. Berlin, Tyskland (www.berlin2011.org)

✓ Afdelingslæge på Klinisk Biokemisk afdeling, Rigshospitalet

Ph.d., dr.med. Jens Hannibal er pr. 1. april 2007 ansat som afdelingslæge på Klinisk Biokemisk, Afdeling, Rigshospitalet.

✓ Afdelingslæge på Klinisk Biokemisk afdeling, Århus Sygehus

Ph.d. Vakur Bor er pr. 1. maj 2007 ansat som afdelingslæge på Klinisk Biokemisk Afdeling, Århus Sygehus.

✓ Seniorstipendiat og laboratorieleder

Læge, ph.d. Marianne Benn er pr. 1. februar 2007 ansat af Danish Arrhythmia Research Center (DARC) som seniorstipendiat og laboratorieleder i Laboratorium for Molekylær Kardiologi, Rigshospitalet. Danish Arrhythmia Research Center støttes af Danmarks Grundforskningsfond.

✓ Pensionering

Efter mange års ansættelse som ledende overlæge på Klinisk Biokemisk Afdeling, Hjørring Sygehus, er Mogens Blom gået på pension. Mogens fortsætter indtil videre som konsulent på afdelingen.

✓ DANAK

Ledende overlæge, dr.med. Steen Stender, Klinisk Biokemisk Afdeling, Gentofte Sygehus, har afløst Birger Hesse, Klinisk Fysiologi og Nuklearmedicin, Rigshospitalet, som formand for Det rådgivende Sektorudvalg for sundhedsområdet og det retsmedicinske område – DANAK.

✓ Klinisk Biokemisk Afdeling, Gentofte Hospital

Pal Bela Szecsi er udnævnt til overlæge på Klinisk Biokemisk Afdeling, Gentofte Sygehus.

✓ Ny formand for Den Videnskabsetiske Komité for Region Midtjylland

Afdelingslæge, ph.d. Anne-Mette Hvas, Klinisk Biokemisk Afdeling, Skejby Syghus, har i 5 år været medlem af Den Videnskabsetiske Komité for Århus Amt og er pr. 1. marts 2007 udnævnt til formand Den Videnskabsetiske Komité for Region Midtjylland.

✓ Dansk Selskab for Trombose og Hæmostase (DSTH)

Ledende overlæge, dr.med. Søren Risom Kristensen, Klinisk Biokemisk Afdeling, Aalborg Sygehus, er udnævnt til formand for DSTH. Samtidig er 1. reservelæge Anna-Marie Bloch Münster, Klinisk Biokemisk Afdeling, Sydvestjysk Sygehus Esbjerg, udnævnt til næstformand.

✓ Nye medlemmer

Ordinære

Cand.scient. Torben Breindahl, Klinisk Biokemisk Afdeling, Sygehus Vendsyssel
Molekylærbiolog, ph.d. Mette Gaustadnes, Klinisk Biokemisk Afdeling, Århus Universitetshospital Skejby
Cand.scient., ph.d. Birgitte Georg, Klinisk Biokemisk Afdeling, Bispebjerg Hospital
Cand.scient., ph.d. Malene Bjerregaard Pass, Klinisk Biokemisk Afdeling, Roskilde Sygehus
Cand.scient.san. Maciej Maniecki, Klinisk Biokemisk Afdeling, Århus Sygehus
Reservelæge Jonas Sjøland, Klinisk Biokemisk Afsnit, Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg
Læge Søren Junge Nielsen, Klinisk Biokemisk Afdeling, Rigshospitalet

Korresponderede

Afdelingsbioanalytiker Ulla Stolberg, Klinisk Biokemisk Afdeling, Regionshospitalet Randers
Kvalitetsansvarlig Lis Bülow, Klinisk Biokemisk Afdeling, Slagelse Sygehus

✓ 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.regionh.dk

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

Forskning og udvikling
Lise Bathum
LisBat@vestamt.dk

Kort Nyt
Søren Ladefoged
OVL08SLA@as.aaa.dk

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

(UUII):
Lise Pedersen
lise-pedersen@ouh.fyns-amt.dk

Annoncebestilling og yderligere information:

Akademisk sekretær, Kvalitets og Forskningschef, Ph. D. Nete Hornung
Kvalitets- og forskningsafdelingen
Regionshospitalet Randers
Skovlyvej 1, 8900 Randers
Tlf: 8910 2029, Fax: 8910 3210
E-mail: NEH@RC.AAA.DK

Deadline for indlæg

3-2007	1. august 2007
4-2007	1. oktober 2007

Automation that fits your lab.

Introducing Auto*Mate*™ 800.

When it comes to flexibility, versatility and ease of use, Auto*Mate* 800 puts the power of automation to work in your lab like no other system. For chemistry, immunoassay, hematology or coagulation, Auto*Mate* 800 manages samples from the moment they arrive to the minute results are delivered.

To complement your UniCel® system, Auto*Mate* 800 helps deliver the highest-quality results in less time – with less variability – than ever before.

Auto*Mate* 800's open architecture sorts and manages all common tube types.

Dynamic rack configurations allow different rack positions as the workflow changes. Auto*Mate* 800's intuitive process control software provides complete sample management (from login/receipt through storage condition and time, including sample volume for add-ons) plus stat prioritization and notification. And, our Remisol 2000 Data Manager provides advanced capabilities for data improvement.

Easy operation. Faster turnaround. Increased productivity. Plus, lower operating and maintenance costs. It's automation that fits your lab – in a compact footprint.

To learn more, contact your Beckman Coulter representative or visit us at www.beckmancoulter.com/automate800_eu.

Simplify · Automate · Innovate

BECKMAN COULTER®

General Chemistry Immunodiagnostics Centrifugation Molecular Diagnostics Hematology
Disease Management Hemostasis Information Systems Lab Automation Flow Cytometry Primary Care

© Copyright 2006 Beckman Coulter, Inc.

RAMCON

For mere information kontakt:
RAMCON A/S
www.ramcon.dk
45 94 20 00
Beckmancoulter@ramcon.dk