

danske
02/14
bio
analytikere

Brug os
Vi stikker ikke

danske bioanalytikere

**Kan du se
dig selv...**



Bringing routine microscopy to the next level

For years, Sakura Finetek has been a key player within laboratories. Building on the success and principles of SMART Automation, Sakura has broadened her horizons further, focusing on the pathologists themselves. Bringing live microscopy to the new digital world, Sakura Finetek proudly introduces: The VisionTek® live digital microscope, the first of its kind.

The VisionTek® captures real-time images, for live viewing and precise measurements, all within seconds. The live multi-view mode is perfect for complex cases, displaying multiple slides and stains on one screen, also offering the possibility to (z-stack) scan whole and partial slides. You decide what, when and how to scan.

VisionTek® optimizes live digital microscopy:

- Facilitates easy and accurate **diagnosis**
- **Share** live images
- Direct **consultation**
- User determines what and when to **archive**



Sakura Finetek Denmark ApS
visiontek.sakura.eu





danske bioanalytikere

som aktivist for faget

Kommentér Bert Asbilds
leder på www.dbio.dk

// LEDER

Ja, sådan tillader vi os at spørge i dette nummer af fagbladet: Kan du se dig selv i rollen som aktivist for faget?

Det håber vi, er tilfældet, for hvem har egentlig bedre baggrund for at fortælle omverdenen om, hvem vi er, og hvad vi kan?

På kongressen i 2012 blev det besluttet, at Danske Bioanalytikere skal arbejde på at *brande* – som det jo hedder – vores fag og faggruppe, så det generelle kendskab til os øges. Et fremstød af den slags har været efterspurgt længe – også før, vi ændrede fagbetegnelse. Hospitalslaboranter var også en faggruppe, der oplevede sig som usynlig. I alt fald når det gjaldt om at definere, hvad vi – i bredeste forstand – arbejder med. "Det er os, der stikker...". Ikke sandt?

Den halve fordom, har vi sammen med et kommunikationsbureau valgt at twisten en omgang og gøre til slogan for vores kampagne-år 2014.

"Brug os. Vi stikker ikke." skal gerne invitere til den samtale om vores viden, kompetencer og arbejdsområder, som, vi er helt sikre på, vil kunne interessere andre. Både når det gælder den brede offentlighed. Men nok især dér, hvor det vil gøre en konkret forskel i forhold til hele det sundhedsfaglige kollektiv – og altså for de patienter, vi er sat på jorden for at arbejde for.

Synlighed er ikke noget, vi hverken kan forlange eller købe os til. Ægte synlighed er et resultat af, at folk kan "se" fidusen med os. Og da vores fag er komplekst og bygger på kendskab til naturfaglig viden, der er sort tale for mange, bliver vi nødt til at hjælpe dem på vej. Sætte ord på, være i dialog, træde i karakter som diagnostiske samarbejdspartnere, dér, hvor der er behov for det.

Vores bestræbelse er derfor at mobilisere alle 6500 medlemmer af dbio til at tage ansvar for, at fortællingen om bioanalytikerfaget bredes ud. Vi skubber på med forskellige aktiviteter i løbet af året, men indbyder også til, at I selv derude er kreative og tager bid på sagen.



KAMPAGNEÅR 2014

Læs om dbio's kampagne, der skal løbe hen over hele 2014. Nu skal I selv være aktive og sætte viden om bioanalytikernes brede faglighed i omløb.

// side 22

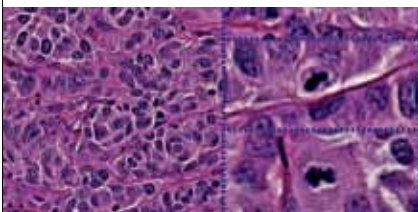


danske bioanalytikere

Fagligt: Diagnostik af modermærkekræft

Artikel om et lovende diagnostisk og prognostisk værktøj af bioanalytiker og cand. scient. med og ph.d.

// side 18



- 05 Kampagneår
- 06 "Hvor er dine lyttere?" Interview med skuespiller og instruktør Jens Arentzen.
- 08 Korte nyheder
- 10 **TEMA:** Tarmkræftscreening
- 10 Tarmkræftscreening vil beskæftige 20 bioanalytikere
- 16 Første screening for mænd
- 17 Ny screeningsmetode allerede under udvikling
- 18 **Fagligt:** Diagnostik af modermærkekræft
- 21 Vilkårlig anerkendelse i sag om skulderskade
- 22 Tema: Praksismanagement
- 28 Kurser
- 29 Boganmeldelse
- 30 Spørg dbio
- 31 Aktiviteter
- 31 Mindeord

BRUG BIO-ANALYTIKEREN I ALMEN PRAKSIS
- meget mere end blodprøver

Praksismanagement vinder frem

// side 22

Nyt screeningsprogram i gang

Det vurderes, at der på landsplan vil være beskæftigelse til knap 20 bioanalytikere i forbindelse med udrulningen af screening for tarmkræft

// side 10

dbio NR. 2

31. januar 2014
udgiver
Danske Bioanalytikere
Skindergade 45-47
1159 København K.
Tlf.: 4422 3246
e-mail: bladet@dbio.dk

www.dbio.dk

REDAKTION

Jytte Kristensen,
ansvarshavende redaktør
tlf. 4422 3242

STILLINGSANNONCER

Pia Vinther Christensen,
annoncer@dbio.dk
tlf. 4422 3257

TEKSTSIDEANNONCER

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

DESIGN, PRODUKTION OG TRYK

Datagraf Communications
Trykt på Miljøpapir

OPLAG 6.800

Udkommer 11 gange årligt

Tilsluttet Dansk Fagpresseforening og Fagpressens Medie Kontrol.

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

AFLEVERINGSFRISTER

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

Nr. 3 udkommer

28. februar 2014
frist: 11. februar.

Nr. 4 udkommer

28. marts
frist: 11. marts 2014



danske bioanalytikere

En samtalestarter for din faglige fortælling

“Vi bioanalytikere er verdensmestre i at tage prøver, analysere og finde de rigtige svar. 80 % af alle diagnoser stilles på baggrund af vores analyser. Men vores viden om prøveforløb, effektivisering og kvalitetssikring kan bruges meget mere — til gavn for både patienter og kolleger.

Så brug os — vi stikker ikke. I hvertfald ikke hele tiden”.

Er det din samtalestarter, næste gang du skal præsentere dig selv som bioanalytiker?

Gennem flere år har dbios medlemmer efterspurgt en kort og klar elevatortale, som kunne fange patientens, lægens, politikerens eller borddamens interesse for bioanalytikeres viden og kompetencer.

Derfor har dbio i samarbejde med kommunikationsbureauet ADVICE skabt ovenstående kernefortælling om hele professionen.

Brug den fælles kernefortælling til at udfolde din egen fortælling. Men husk den vigtigste part i kommunikation er modtageren — så juster din fortælling alt efter, hvem du står overfor og dennes konkrete behov.

Hvis du deltager på en af dbios syv medlemstemadage i 2014, får du mulighed for at arbejde med dine formidlingskompetencer og din fortælling sammen med skuespiller og instruktør Jens Arentzen. Her vil du blandt andet træne at identificere modtagerens behov, så dit budskab bliver relevant og huskes.

Bioanalytikere er uundværlige i sundhedsvæsenet

– og vi har et ansvar for at dele ud af vores viden der, hvor vi ser et behov. Vi har et ansvar for at fortælle, hvordan vi kan gøre en forskel for patienten og kolleger.

Vi kan starte med at fortælle nye historier i stedet for: “det er os, der tidligere var hospitalslaboranter” og “det er os, der tager blodprøver”. Ja det er også en del af faget — men vi kan meget mere.

Vi har viden, som vores samarbejdspartnere, patienter og beslutningstagere har behov for. De ved det bare ikke altid. Det er vores opgave at fortælle dem det.

2014 er kampagneåret, hvor dbio vil skabe en samlet bevægelse af 6500 aktivister. Vær med og fortæl din historie om, hvad du laver som bioanalytiker.

Kampagneår 2014

Synliggør alt det, der ligger bag budskabet “**Brug os. Vi stikker ikke**”.

- 1. Vi stikker ikke. Kun.** Der er meget mere i vores fag.
- 2. Vi stikker ikke. Bare.** Vi tager korrekte prøver på baggrund af en faglig viden.
- 3. Vi stikker ikke. Altid** Lad os tale om jeres behov og hvordan vi kan byde ind.

2014 vil byde på konkurrencer og events, som løbende lanceres på hjemmesiden, Facebook og i fagbladet. Deltag allerede nu i konkurrencen om, hvordan forsiden til lommekalenderen 2015 skal se ud (se s. 7).

Som aktivist kan du også selv sætte initiativer i gang på din arbejdsplads, din uddannelse, på Facebook eller i det offentlige rum. Fortæl om dine initiativer på facebookgruppen: Danske Bioanalytiker (dbio).

Kampagneåret er del af dbios strategi for at synliggøre bioanalytikerfaget og udvikle professionen som diagnostisk samarbejdspartner.

Har du spørgsmål, idéer eller kommentarer? Så skriv til konsulent Christina Grunwald, cgr@dbio.dk

Kampagneår 2014

Se Jens Arentzen
in action på
Lederweb.dk,
som stiller en række
videosessioner til
rådighed.

”HVOR ER DINE LYTTERE?”

Tekst // Helle Broberg Nielsen, journalist

Den skuespilleruddannede Jens Arentzen er ikke vild med PowerPoints; ægte kommunikation handler for ham ikke om at fyre et budskab af. Det handler om at forstå, hvad personen foran dig har brug for at vide. Arentzen vil lede en række workshops i løbet af **dbio's kampagneår 2014**

”Hvad drejer det her sig om? Hvad drejer det her sig *egentlig* om?”

Spørgeren er Jens Arentzen, og som han nærmest lægger sig ind over bordet og fægter med en højt løftet finger, nænner man ikke at afbryde hans ivrige talestrøm med et forsigtigt bud. Han læner sig effektivt tilbage på stolen og svarer selv. Naturligvis.

”Empati!” lyder det.

Empati?

Den 54-årige Arentzen, som mange formentlig især stadig husker som en purung Ulrik Varnæs i ”Matador”, beskæftiger sig i dag fortrinsvist med kommunikation. I allerbredeste forstand. Men netop ikke lige i betydningen at lære andre at afliere et budskab uden at blive nervøs eller helt gå i sort.

Dén slags, forstår man hurtigt, rager ham ikke. Nej, det er

netop nærvær, indfølelse, tilknytning – ægte interesse – der er krumtappen. Det er deri, at mødet mellem to mennesker skal skabe en gerne forstyrrende, men frem for alt konstruktiv forandring. Den indsigt har han de seneste mange år sat på en form for formel og holder oplæg og workshops om. Det vil han således gøre i løbet af 2014, når han er facilitator på en række medlemsarrangementer i forbindelse med dbio's brandingår.

Deltagerne skal altså ikke forvente en stramt tilrettelagt PowerPoint-optræden. Til gengæld skal de være indstillet på, at hans ballast som skuespiller og instruktør vil være fremtrædende. Arentzen taler kropssprog og lærer gerne fra sig.

Selv siger han, at han altid har stået på en scene – og altid har været voldsomt fascineret af, hvordan kommunikation virker. Som 12-årig deltog han i danmarksmesterskaberne i trylle-

Årets temadage

– hvor du kan træne din formidling og egen fortælling sammen med instruktør og skuespiller Jens Arentzen

Fagligt Forum: **5.2**

Leder Forum: **26.3**

Underviserdag: **20.8**

Praksissymposium: **5.9**

Studerendes Årstræf: **21.9**

Årskursus for TR og AMiR: **ca nov.**

Afdelingsbioanalytikerdag: **12.11**

kunst og spillede violin. Og så sådan cirka samtidig skrev han sit alternative bud på en lærebog i guitarspil.

”Jeg har vist egentlig altid undervist andre,” siger han.

Uden at afsløre for meget, og dermed tage overrumplings-effekten ud af de kommende sessioner, kan han fortælle, at han vil koncentrere sig mere om, at deltagerne træner det at formidle deres faglighed, så de rammer modtagerens behov og øre. Frem for bare at kunne fortælle, hvem de er.

”Hvor er dine lyttere? Hvad er det, de har brug for at vide? Det bør være udgangspunktet!” pointerer han.

Han har igen sat sig ved bordet efter endnu en illustrativ spadseretur hen mod vinduerne.

”Laborant” eller ikke; det er heller ikke noget, ens selvfølelse bør gå ned på, hvis folk tager fejl i forbifarten,

mener han. For ham sker det, at søde mennesker komplimenterer ham for hans optræden i ”Jul på slottet”, når den endnu en gang er blevet gendudsendt.

”Den har jeg bare ikke været med i! Det er en anden Jens (Zacho Böye, red.).

Men jeg siger dem ikke imod og bliver heller ikke sur. Herregud da. Men jeg kan jo med lidt selvironi måske benytte lejligheden til at fortælle dem, hvor de så nok kender mig fra. Det kan bioanalytikere vel også,” foreslår han. ■

Brug os
Vi stikker ikke

danske bioanalytikere

Illustrer

forsiden til
lommekalenderen 2015
og vind en middag for to

Konkurrence

I tråd med kampagneårets budskab: ”Brug os. Vi stikker ikke”, vil vi gerne have dit bud på:

Hvordan ser det ud, når du som bioanalytiker bringer din viden i spil sammen med kolleger, andre faggrupper eller patienterne?

Illustrer situationen som et fotografi, en collage, en tegning eller på en anden visuel måde. Send også en kort beskrivelse af dit arbejde og den situation, som du er inspireret af.

Til inspiration kan du overveje:

- Hvad har den person, du kommunikerer med, behov for at vide?
- Hvad kan du byde ind med?
- Hvad sker der, når du deler ud af det, du ved og kan?

Blandt de indsendte bud udvælger dbio en vinder, hvis illustration kommer til at pryde omslaget på lommekalenderen 2015. Vinderen præmieres desuden med en middag for to.

Vinderen og finalebillederne vil blive offentliggjort senere på året, hvor der også vil blive uddelt to x biografgavekort til 2.- og 3.-pladserne.

Har du lyst til at deltage, så send os dit bud pr. mail eller post senest fredag d. 1.3. kl. 12.00.

SEND TIL:

POST: Danske Bioanalytikere
Skindergade 45-47, 1. sal
1159 København K

MAIL: dbio@dbio.dk
Mrk.: Kalenderkonkurrence

FDA FORBYDER PRIVATE GENTESTS

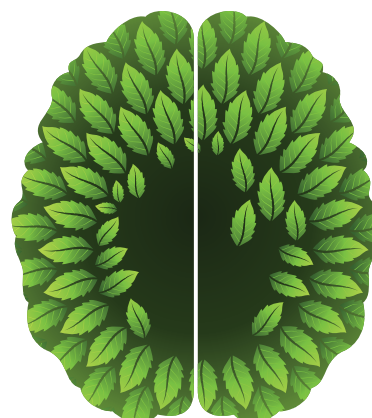
Den amerikanske sundhedsstyrelse, U.S. Food and Drug Administration (FDA), har nu forbudt firmaet 23andMe at sælge gensekventering til private. Metoden, der giver adgang til at få udregnet sine forskellige sygdomsrisici, opskræmmer eller beroliger folk på et usikkert grundlag, mener styrelsen.

PGS – Personal Genome Service – foregår ved, at man indsender en spytklat til firmaet og indbetaler 99 dollars. Herefter kan man læse sine resultater på 23andMes website.

Firmaet har allerede kortlagt gener for 475.000 mennesker verden over, men nu slår de amerikanske myndigheder altså ned. FDA har været i langvarig kontakt med 23andMe og gjort det klart, at firmaet aldrig er blevet godkendt til at markedsføre sine test kommercielt. FDA hæfter sig især ved, at 23andMe sælger test til at vurdere risikoen for at udvikle bryst- eller æggestokkræft. FDA forudser at en høj sandsynlighed for at få sygdommen, kan få folk til at få fjernet brysterne, præcis som skuespilleren Angelina Jolie gjorde. En angivelig lav risiko kan derimod få kvinder til at ignorere faresignaler, pointerer FDA.

The New York Times, der fortæller historien, skriver, at FDA også har haft kontakt til andre firmaer, der på samme måde har forsøgt at komme ind på markedet. Flere af dem har imidlertid accepteret forbuddet.

23andMe blev grundlagt i 2006, og i januar 2008 begyndte firmaet at tilbyde gentest i Europa. Dengang blev nyheden mødt med skarp kritik af danske forskere, blandt andre professor Niels Tommerup, Klinik for Medicinsk Genetik ved Panum Institutet.



HJERNEN VOKSER TILBAGE MED SSRI

Forskerne er uenige om, hvordan antidepressiv medicin egentlig virker. Nogle er af den overbevisning, at medicinen giver langtidsskader i hjernen, som gør tilstanden kronisk. De fleste fastholder, at tidlig behandling beskytter hjernen og forhindrer den i at skrumpne under sygdomsforløbet.

Dyreforsøg har tidligere vist, at når mus bliver stressede, skrumpner deres hippocampus, og de får samtidig depressionssymptomer. Får de bagefter antidepressiv medicin, genoprettes omfanget af deres hippocampus.

En ny undersøgelse, der er bragt i tidskriftet Molecular Psychiatry, bekræfter, at museforsøgets resultater også gælder for mennesker. Forskerholdet fra University of Manchester i England og Semmelweis University i Ungarn sammenlignede hjernescanninger af 39 deprimeredes hjerner med 66 raske og 29 tidligere deprimerede.

Scanningerne afslørede, at den grå hjernemasse i hippocampus var mindre hos de 39 deprimerede. Derefter satte forskerne dem på en behandling med såkaldt SSRI-midler (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors – selektiv serotoninoptagshæmmere). Efter otte uger havde de fleste af patienternes hjerne igen normal størrelse.

Antidepressiv medicin virker ikke på alle menneskers depressionssymptomer, og forskerne ved heller ikke her hvorfor.

Og vinderne er ...

96 medlemmer gav deres bud på sidste års julekonkurrence.

De rigtige svar: **Farverne på Johans hjerte er gul og rød. Tinas hjerte hænger som nummer 2 fra venstre.** Vi har udtrykket: **Lotte S. Mikkelsen**, Klinisk Forskningscenter, Hvidovre Hospital.

Marie-Louise S. Jørgensen, Klinisk Biokemisk Afdeling, Aalborg Sygehus, som vindere. De heldige har fået besked.



NYT UDVALG SKAL FORSTÆRKE ALMEN PRAKSIS

Regeringen har sammensat en arbejdsgruppe, der skal komme med konkrete forslag til, hvordan praksissektoren kan udvikle sig i samspil med det øvrige sundhedsvæsen. Danske Bioanalytikere vil præge arbejdet via Sundhedskartellet medlem, formand Grethe Christensen, der også er formand for Dansk Sygeplejeråd. Udvalgsarbejdet sker sideløbende med, at DSR og dbio er i gang med et visionsarbejde sammen med PLA, Praktiserende Lægers Arbejdsgiverforening.

I begrundelsen for ministeriets udvalg hedder det:

“Borgere i alle dele af landet skal opleve, at deres praktiserende læge spiller tæt sammen med sygehuse og de kommunale sundhedstilbud.”

Ud over SHK er Dansk Selskab for Almen Medicin, Praktiserende Lægers Organisation (PLO), organisationen Danske Patienter, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og – naturligvis – Finansministeriet repræsenteret. Opdraget er da også, at arbejdet skal munde ud i udviklingstiltag, der kan holdes inden for den eksisterende økonomiske ramme.

Leif Vestergaard Pedersen, administrerende direktør i Kræftens Bekæmpelse, er udpeget som formand for udvalget. Han har tidligere været amtssundhedsdirektør i Vejle Amt, amtssundhedsdirektør i Århus Amt og sundhedsdirektør i Region Midtjylland.

BIOANALYTIKERE PÅ FARTEN I HELE REGION MIDTJYLLAND

Inden for den kommende tid vil alle fastlandskommuner i Region Midtjylland være omfattet af ordningen med bioanalytikere, der kører på hjemmebesøg. Servicen, der gælder for dårligt gående og ældre borgere, er blevet foreslået og promoveret af dbio-Midtjylland. Regionsrådet i Midtjylland har blandt andet ladet sig overbevise af økonomien; hvor et hjemmebesøg af egen læge minimum koster samfundet 270 kr., er prisen for et besøg af en mobil bioanalytiker kun 150 kr. Afhængigt af hvor i regionen patienten bor. Det vurderes, at en bioanalytiker i gennemsnit kan klare tre hjemmebesøg i timen.

Blodprøvetagning i eget hjem skåner desuden patienterne, understreger regionsformand Bent Hansen i en pressemeddelelse, regionen udsendte i december.

“Bioanalytikere på farten er udtryk for god patient-service, hvor vi kan spare en masse hårdtprøvede mennesker for yderligere strabadser.”

Regnestykket handler imidlertid også om at spare på de begrænsede lægeressourcer, som han tilføjer:

“Bioanalytikerne får nye opgaver, de praktiserende læger får tid til mere komplicerede opgaver, og kommunerne undgår udgifter til liggende patienttransporter. Der er kun vindere.”

OK 15
debat
kom godt fra start

Debatten forud for overenskomstforhandlingerne mellem Sundhedskartellet og Danske Regioner blev for Danske Bioanalytikeres vedkommende skudt i gang i Region Sjælland mandag den 13. januar. Omkring 20 tillidsrepræsentanter og 10 bioanalytikerledere var mødt op til dbio's første af fem debatmøder, som blev afholdt på Hotel Vinhuset i Næstved.

Tillidsrepræsentanterne diskuterede flere temaer, bl.a. arbejdstid og de krav om fleksibilitet, medlemmerne allerede stilles over for i dag. Lederne debatterede både lederoverenskomsten og de udfordringer, de som ledere står over for med omstruktureringer i sundhedsvæsenet.

Hvorfor diskutere OK 15 allerede nu, vil nogen måske spørge. Som beskrevet i sidste nummer af fagbladet vil dbio gerne allerede nu sætte temaer til debat for at komme “bagom” kravene og få flere argumenter og eksempler fra virkeligheden knyttet til nogle af de krav, som vi forventer, Danske Regioner vil stille ved OK 15. dbio's fem regioner har derfor inviteret tillidsrepræsentanter og ledere til at diskutere henholdsvis basis- og lederoverenskomsten. Senere holder tillidsrepræsentanterne medlemsmøder på arbejdspladserne. I sensommeren vil dbio følge op med kravindsamlingen.

Deltagerne i mødet i Næstved tog godt imod dagens program og deltog aktivt i diskussionerne. Sidst på dagen var regionsformand i Region Sjælland Jens Stenbæk inviteret til at tale om visionerne for sundhedspolitikken i Region Sjælland, og han fik også et par gode idéer med hjem fra deltagerne.

Der afholdes nu møder i resten af de fire regioner.

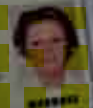
► I **Region Hovedstaden** og **Region Midtjylland** henholdsvis den 29. og 30. januar.

► Den 25. og 26. februar kommer turen til **Region Syddanmark** og **Region Nordjylland**



TARMKRÆFT- SCREENING VIL BESKÆFTIGE 20 BIOANALYTIKERE

Fem klinisk-biokemiske afdelinger rundt om i landet skal undersøge afføringsprøver, og de får alle det samme udstyr og samarbejder tæt om projektet. Patologiske afdelinger opruster til at modtage flere vævsprøver fra koloskopier



midt

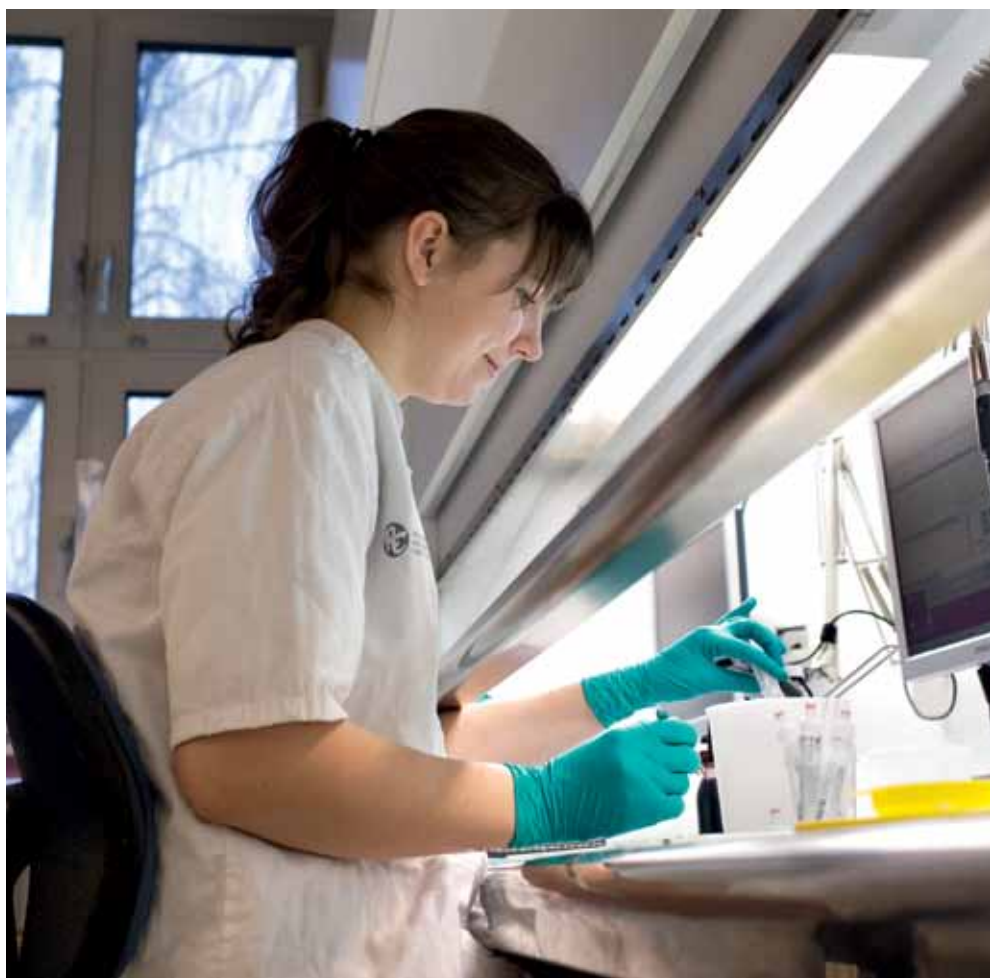


Afdelingsbioanalytiker
Joan Povlsen til højre
instruerer Heidi Han-
sen i det nye apparat





Ledende bioanalytiker Jette Krüger på patologisk i Randers forventer at få en ekstra stilling – måske mere, måske mindre.



Screeningsprogrammet involverer formentlig flest bioanalytikere i patologien, blandt andre Line G. Thomsen i Randers.

Den 1. marts får de første borgere i hele landet tilbud om undersøgelsen for tarmkræft. Hver af de fem regioner har udpeget én klinisk-biokemisk afdeling, som skal analysere de afføringsprøver, folk sender ind. Ud over Frederikshavn er det i Randers, Vejle, Næstved og Gentofte.

Hvis der findes blod i en vis mængde, får patienterne tilbud om en koloskopi. Vævsprøver herfra skal analyseres på patologiske afdelinger. De vil dermed fremover få langt flere af den slags analyser.

Samlet vil tarmkræft-screeningen i første omgang komme til at beskæftige op mod 20 bioanalytikere. Det tal kan vokse på sigt.

Regionerne bruger i første omgang fire år på at tilbyde screeningen til alle borgere fra 50 til 74 år. Når de er igennem, skal aldersgruppen have muligheden hvert andet år. Det betyder altså en fordobling af prøvetallet på de klinisk-biokemiske afdelinger fra 2018.

Laboratorierne planlægger at lade opgaven indgå i den daglige rutine. Mange bioanalytikere kommer dermed til at arbejde med opgaven.

For klinisk-biokemisk er analysen helt ny. Hvis en praktise-

rende læge hidtil har haft mistanke om tarmkræft hos en patient, så er han eller hun sendt direkte til koloskopi.

Nu skal sygdommen afsløres på et tidligt tidspunkt ved at undersøge afføringen for usynligt blod hos folk, der føler sig raske. Dermed er håbet tidligere diagnosticering og med større muligheder for helbredelse.

Flere præparater

De patologiske afdelinger kender derimod på forhånd deres analyse. De udfører den allerede i dag.

Her sker der ingen ændringer i arbejdsmetoden. Det nye er, at de vil modtage flere biopsier fra koloskopier. Det sker i Hjørring, Randers, Odense, Slagelse og Hvidovre og på flere andre patologiske afdelinger.

Der vil formentlig også komme flere prøver fra tarmkræft-operationer. Samlet ser det ud til, at den største del af de 20 bioanalytikere involveret i arbejdet med følgerne af tarmkræftscreenings-projektet kommer fra patologien.



Karen Lykkegaard og de andre på Patologisk Afdeling i Randers kender analysen fra koloskopi. Fremover får de mange flere.

Ensartethed

De fem klinisk-biokemiske afdelinger er fra starten gået i et tæt samarbejde om analyserne. Det begyndte med, at de alle har købt det samme udstyr. Handlen var sendt i EU-udbud.

Laboratorierne skal bakke hinanden op ved nedbrud. Hvis maskinen strejker i for eksempel Randers, går prøverne til Frederikshavn – og omvendt.

Afdelingerne har sat de samme tærskelværdier for prøverne. De har valideret i fællesskab. Den samme prøve vil give samme svar, uanset hvor den undersøges.

Tillidsrepræsentant Kirsten Johansen i Frederikshavn synes, at samarbejdet er meget spændende.

"Det kommer til at fungere fuldstændig ens. Der er taget et langt skridt mod standardisering," siger Kirsten Johansen.

Sosu'er til udpakning

Borgerne får tilsendt tilbuddet i en kuvert sammen med prøveudstyr og vejledning. Der vil hver dag komme mange prøver til laboratorierne. Klinisk-biokemisk i Gentofte beskæftiger nogle sosu-assisterter, der tager blodprøver i ambulatoriet.

Når der ikke er pres på med det, er det tanken, at de skal hjælpe med at pakke ud.

Processerne er i høj grad automatiserede. Prøverne kommer mærket med cpr-nummer. Udstyret aflæser og autorekvirerer analysen i systemet.

Svarene går straks videre i it-anlægget. Borgerne får besked i løbet af få dage. Hvis der er fundet blod over tærsklen, modtager de samtidig tid til koloskopi.

Udstyret

Screeningslaboratorierne har købt analyseapparatet hos det norske firma Sero. Det er produceret i Japan hos Eiken Chemical. Maskinen er OC-sensor Diana.

Den kan ved hjælp af en immunologisk metode påvise selv meget lave koncentrationer af hæmoglobin. Metoden kaldes iFOBT = immunkemisk "fecal occult blood test".

Cut-off grænsen er valgt til 100 ng/mL. Det ventes at betyde, at 5,3 % af borgerne sendes videre til koloskopi.

Overlæge Marianna Benn fra Gentofte tror, at den nye analyse vil kunne give bioanalytikerne mere variation i dagligda-





En lang række patologiske afdelinger i hele landet involveres i tarmkræftscreeningen.

gen. Hun vil ikke kalde det "håndanalyser", men det nærmer sig. En analyse på ét apparat. Det er lidt anderledes end de store anlæg, som findes på mange laboratorier.

Justeringer

Screeningslaboratorierne vil i fællesskab følge resultaterne. Blandt andet hvor mange af de patienter, der sendes til koloskopi, som virkelig har coloncancer. Blod i afføringen kan have andre årsager, der ikke er maligne.

"Resultaterne kan vi bruge til eventuelt at justere tærskelværdien for, hvornår patienter henvises til koloskopi," siger overlæge Marianna Benn

Spænding

Kirsten Johansen fortæller, at apparatet kan foretage op til 280 analyser i timen. Det er nogenlunde, hvad de regner med at modtage dagligt i Frederikshavn.

Men derudover vil der være forberedende arbejde for eksempel i forbindelse med udpakning. Der kommer også rengøring og vedligeholdelse.

"I første omgang har vi tænkt os at køre analysen fire dage om ugen, men det kan måske også blive fem. Det er svært at sige, om screeningen vil kræve en hel bioanalytiker eller mere eller mindre. Vi er spændte på at komme i gang," siger Kirsten Johansen. ▣



ANALYSESTED		BEMANDINGEN		BEMANDINGEN
Region	Screeningslaboratorie	Bevilget, forventet eller anslået ekstra bemanning	Efterfølgende vævsundersøgelser fra koloskopier	Bevilget, forventet eller anslået ekstra bemanning
Nordjylland	Klinisk-biokemisk FREDERIKSHAVN	1	Patologi i Aalborg og Hjørring	2
Midtjylland	Klinisk-biokemisk RANDERS	1,5	Patologi i Randers	1
Syddanmark	Klinisk-immunologisk og biokemisk VEJLE	1,4	Patologi i Vejle, Esbjerg, Sønderborg og Odense	2
Sjælland	Klinisk-biokemisk NÆSTVED	1	Patologi i Slagelse og Roskilde	2,5
Hovedstaden	Klinisk-biokemisk GENTOFTE	1,15	Patologi i Hvidovre, Herlev og på Rigshospitalet	4,5
I alt		6,05		12

De første testsæt sendes snart ud til borgere født i juni måned.



FØRSTE SCREENING FOR MÆND

De fleste bioanalytikere indkaldes også; de er over 50 år

Tillidsrepræsentant Kirsten Johansen i Frederikshavn er 59 år gammel. Dermed tilhører hun den aldersgruppe, som får tilbudt den nye screening. Hun har allerede besluttet sig for at sige ja. Ingen tvivl om det!

Faktisk er det hovedparten af bioanalytikerne i Danmark, som får tilbudt screeningen. Mere end hver anden i faggruppen er over 50 år. De er vant til at håndtere prøver, som andre måske oplever som ulækre. Derfor vil det ikke være så fremmed for dem at indsende en afføringsprøve.

Men det vil det være for mange andre. Faktisk regner man med, at kun omkring 60 % af borgerne takker ja til tilbuddet.

Mænd debuterer

En af udfordringerne er, at mænd nu for første gang inviteres til screening. Kvinderne kender til systemet i forvejen fra livmoderhalskræft og brystkræft.

Mænd er kendte for at benytte læger og sundhedsvæsenet mindre end kvinder. Måske er det medvirkende til, at de lever kortere end kvinder.

"Vi regner med, at færre mænd end kvinder vil indsende prøver," siger afdelingslæge Anita Ulvsgaard Sørensen fra Afdeling for Folkeundersøgelser i Randers. "Der er derfor særligt

fokus på mændene i de kampagner, der skal fortælle befolkningen om screeningsprogrammet. Vi overvejer for eksempel at appellere til kvinder om, at de skal sørge for at få deres mænd til at deltage."

Rækkefølgen

Indfasningen af screeningen tilrettelægges efter fødselsmåned. Ved lodtrækning er det bestemt, at borgere i aldersgruppen 50-74 år, som har fødselsdag i juni, kommer først.

Borgere, der bliver 50 år i løbet af første screeningsrunde, inkluderes, efterhånden som de fylder 50. Borgere, der bliver 75 år i løbet af første screeningsrunde, vil blive indkaldt en måned inden deres fødselsdag.

Fra anden screeningsrunde vil borgerne blive indkaldt i den rækkefølge, som de bliver indkaldt i første screeningsrunde. Det kombineres med, at borgerne inkluderes efterhånden som de fylder 50 år.

Den tilrettelæggelse er valgt for at gøre indkaldelsen så tilfældig og retfærdig som muligt. Desuden bliver det lettere at vurdere effekten af screeningsprogrammet.

Anita Ulvsgaard Sørensen siger, at der vil blive holdt nøje øje med deltagelsen og andre faktorer i projektet. Der oprettes en national database. □

MILLIONER TIL SCREENING

- Hver dag året rundt opdages der i snit 11-12 tilfælde af tarmkræft i Danmark. På årsbasis i alt 4.300. Lidt flere mænd end kvinder.
- I snit dør 5-6 danskere af sygdommen hver dag. Årligt i alt 2.000. Dødeligheden er lidt højere blandt mænd end blandt kvinder.
- Tarmkræft er den tredjehyppigste kræftform hos begge køn
- Det nye tilbud om screening retter sig mod de 1,6 millioner danskere, der er mellem 50 og 74 år. Meget få rammes af sygdommen, inden de fylder 50. Men efter den fødselsdag tåler antallet af tilfælde drastisk.
- Samfundet bruger i de første fire år 800 millioner kr. på screeningen. Eksperterne venter, at dødeligheden af sygdommen falder 15 %. Det svarer til 300 reddede personer.

"Vi overvejer for eksempel at appellere til kvinder om, at de skal sørge for at få deres mænd til at deltage."

FØDSELSMÅNED	RÆKKEFØLGE	FORVENTET CIRKA ÅRSTAL FOR FØRSTE INDKALDELSE
juni	1	2014
april	2	
september	3	
november	4	2015
august	5	
januar	6	
maj	7	2016
juli	8	
oktober	9	
marts	10	2017
februar	11	
december	12	



NY SCREENINGSMETODE ALLEREDE UNDER UDVIKLING

Blodprøver kan afsløre mere og mere og i fremtiden - måske også tarmkræft. Regionerne og Kræftens Bekæmpelse presser på for at få yderligere udvikling

Danmark indleder tarmkræftscreening inspireret af, hvad der allerede foregår i Holland og Storbritannien. Befolkningsmæssigt og risikomæssigt ligner vi de to nationer.

Men fremover kan det blive andre lande, der følger efter dansk ledet forskning. Det Strategiske Forskningsråd har netop bevilget 20 millioner kr. til at udvikle en metode, så tarmkræft kan påvises gennem en blodprøve i stedet for en afføringsprøve. Projektet styres fra Molekylær Medicinsk Afdeling på sygehuset i Skejby.

Det screeningprogram, der sættes i gang nu, hæmmes af, at det ikke er alle tumorer, der bløder ud i tarmen. Samtidig vil mange borgere ikke benytte sig af tilbuddet. Derved opdages reelt formentlig kun 25-30 % af tumorerne i befolkningen.

DNA-analyse

Professor Claus Lindbjerg Andersen fra Molekylær Medicinsk Afdeling fortæller, at den nye metode går ud på at finde DNA fra tumorceller i blodet. Det skal ske ved blandt andet DNA-sekventering og DNA-metyleringsanalyser.

"Der er brug for en meget sensitiv test," fortæller Claus Lindbjerg Andersen. "Vi vil blandt andet benytte digital PCR".

Udviklingen af den nye metode kobles sammen med den screening, som nu går i gang. Nogle af de borgere, som tilbydes undersøgelsen i den kommende tid, bliver spurgt, om de også vil afgive en blodprøve til forskningsprojektet.

Forskning skal fortsætte

Danske Regioners formand, Bent Hansen, har presset på for at få sat gang i den nye forskning. Det har han gjort i samarbejde med Frede Olesen, der er formand for Kræftens Bekæmpelse. De har blandt andet skrevet debatindlæg for at skaffe forskningsmidler.

Bent Hansen håber ikke, at hans debatindlæg afholder nogen fra at deltage i den screening, som går i gang nu. Han ønsker blot, at forskningen hele tiden går videre.

Spændende med blodprøver

Bent Hansen var selv for nogle år siden ramt af tarmkræft. Han reagerede i tide på de symptomer, som han tilfældigvis opdagede. I dag er han helbredt.

"Hvis screeningen havde fandtes dengang, var min sygdom måske blevet opdaget endnu tidligere. Det spændende er, at blodprøver kan afsløre mere og mere. De metoder skal vi udvikle," opfordrer Bent Hansen.

Internationalt satses der også på blodprøver. For eksempel er amerikanske forskere i gang med at udvikle en ny screeningsmetode for brystkræft, fortæller videnskab.dk

Formand Frede Olesen fra Kræftens Bekæmpelse siger, at han helhjertet støtter den screening, der går i gang nu. Når han samtidig peger på fremtidens muligheder, så er det, fordi det er vigtigt sideløbende at udvikle endnu bedre metoder. ▣

Digital billedanalyse af immunhistokemiske dobbeltfarvninger for tumorcelledeling

Lovende diagnostisk og prognostisk værktøj ved modernmærkekræft

Diagnostik af modernmærkekræft

For at udelukke diagnosen modernmærkekræft mikroskopere patologer i Danmark titusindvis af melanocytære hudlæsioner hvert år. Vurderingen kræver stor erfaring, og vurderingsfejl er desværre forholdsvis hyppige med store konsekvenser for den enkelte patient. Opgørelser fra USA viser, at den hyppigste årsag til sagsanlæg mod patologer er oversete tilfælde af modernmærkekræft (1).

Ukontrolleret celledeling er afgørende for kræfttumors udvikling (2) og kan visualiseres ved hjælp af immunhistokemi. Anvendes immunhistokemiske dobbeltfarvninger, fremhæves tumorcellernes delingsaktivitet i en sådan grad, at kvantitering kan foretages automatisk vha. digital billedanalyse. Her ved kan en mere effektiv og objektiv bestemmelse opnås set i forhold til traditionel celledælling i mikroskop. Ved modernmærkekræft kan denne automatiske kvantitering både være et vigtigt diagnostisk og prognostisk værktøj.

Bestemmelse af celledeling

Ved modernmærkekræft, hvor tumorkomponenten er tynd (tumortykkelse ≤ 1 mm), er antallet af celledelinger (mitoseindeks) netop blevet indført som en del af den danske tumorstadienddeling (3). Dette mitoseindeks skal bestemmes ud fra mikroskopi af hæmatoxylin-eosin-farvet væv (se figur 1A og 1B) (4). Men metoden er kritiseret, da mitoser her kan være svære og meget tidskrævende at identificere, ligesom der stilles spørgsmålstejn ved reproducerbarheden (5,6).

Et simpelt alternativ kan opnås ved hjælp af immunhistokemi. Her anvendes proliferationsmarkøren Ki67, der farver alle celler i de aktive faser af celleyklus (G1, S, G2 og M) allerede ved diagnostik, og mange studier viser en sammenhæng mellem graden af Ki67-ekspression og patientens prognose. Konklusionerne af forskellige Ki67-studier er dog langt fra entydige (7). Én årsag kan være, at der ofte, både i ondartede og godarte-

de modernmærker, forekommer et betydeligt inflammatorisk infiltrat. Inflammatoriske celler, der er aktive i celleyklus, farves også af Ki67 ligesom andre celler i bindevæv og kar. Derfor kan disse celletyper ikke med sikkerhed skelnes fra relevante Ki67-positive tumorceller i en traditionel Ki67-enkeltfarvning (se figur 2A og 2C).

Kombineres Ki67 i stedet med en melanocytmarkør som Melan-A i en immunhistokemisk dobbeltfarvning, tydeliggøres Ki67-positive tumorceller, og de forskellige Ki67-positive celletyper kan nemt skelnes (se figur 2B og 2D). Således opnås et langt mere akkurat mål for tumorcellernes Ki67-positivitet end ved de traditionelle enkeltfarvninger. Endnu en betydelig fordel ved Ki67/Melan-A-dobbeltfarvningerne er, at relevante celler kan genkendes og kvantiteres ved hjælp af digital billedanalyse. En sådan automatisk kvantitering er stort set umulig med Ki67-enkeltfarvningerne (se figur 2E og 2F). Ki67/Melan-A-dobbeltfarvninger muliggør derfor en hurtig og repeterbar måling af Ki67, der kan foretages af en computer i stedet for en patolog bag et mikroskop.

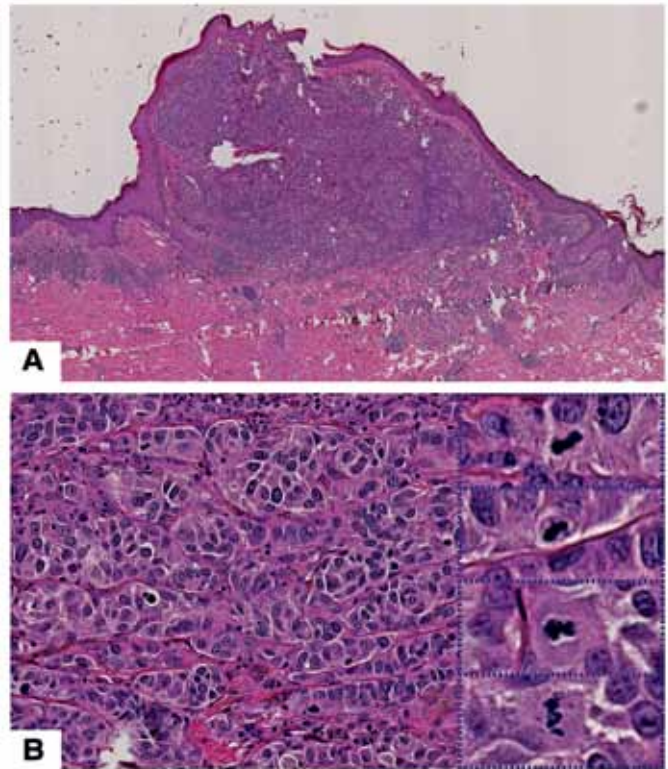
En anden helt ny markør for celledeling, phosphohistone H3 (PHH3), farver kun celler i den sidste aktive fase af cellens cyklus, selve mitosen (M) (5). Da modernmærkekræft ikke nødvendigvis indeholder en PHH3-positiv mitose, er PHH3's diagnostiske anvendelighed formentlig begrænset. Fokus er derfor primært rettet mod PHH3's prognostiske egenskaber. Ligesom ved Ki67 kan en dobbeltfarvning med en melanocytmarkør styrke vurderingen af PHH3 (se figur 3A og 3B), og der er igen mulighed for automatisk kvantitering ved hjælp af digital billedanalyse.

Vi har i et pilot- og et større valideringsstudium vist, at Ki67/Melan-A-dobbeltfarvninger med høj sikkerhed kan skelne godartede og ondartede modernmærker både ved manuel og automatisk kvantitering (8-10). Dog kan enkelte godartede modernmærker også indeholde betydelig Ki67-positivitet, mens

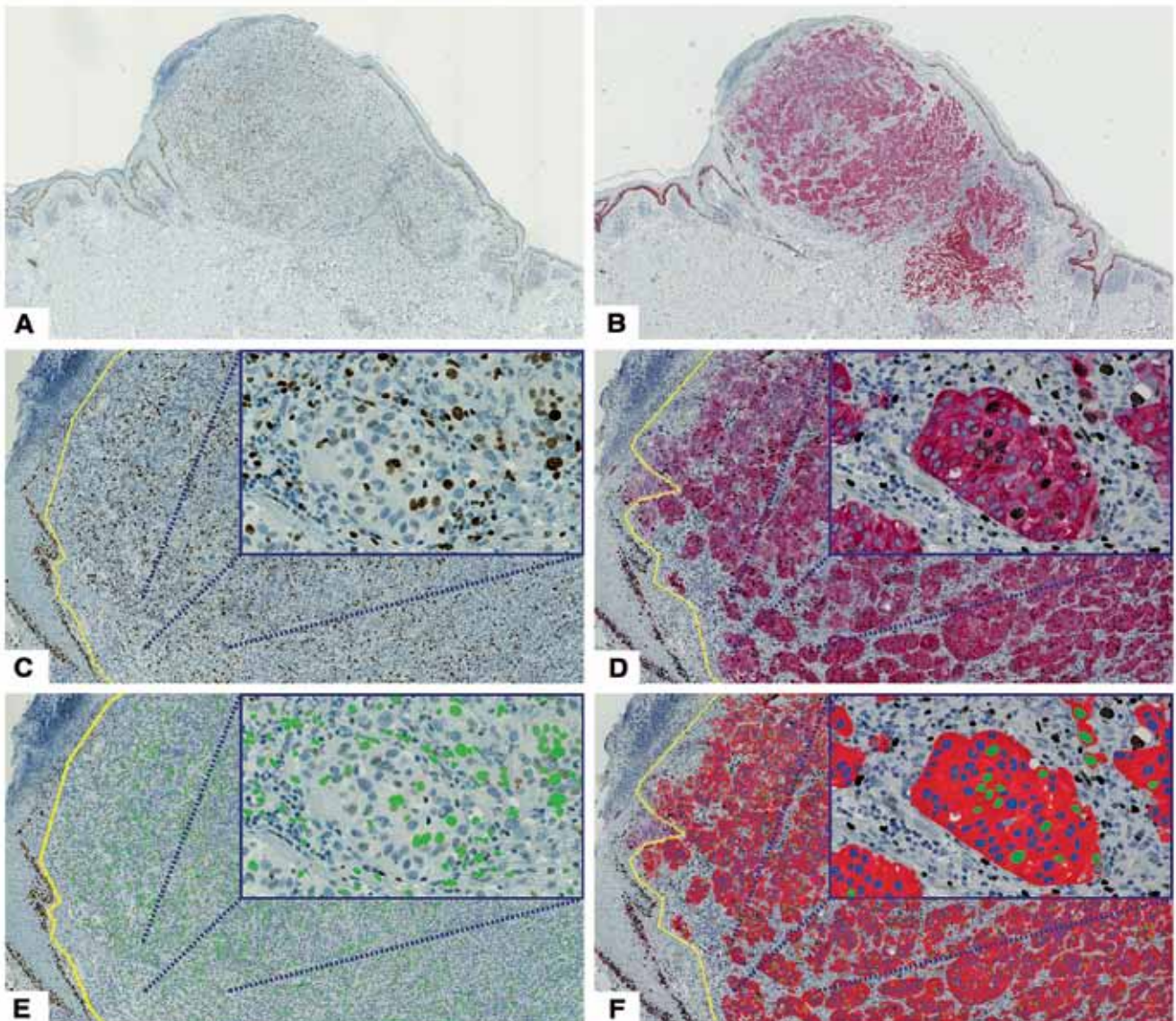


Af
bioanalytiker, cand.scient.med., ph.d. //
Patricia Switten Nielsen
Patologisk Institut,
Aarhus Universitetshospital

Figur 1 Mitoser i et ondartet modermærke farvet med hæmatoxylin-eosin. I B ses mitoser ved højere forstørrelse.



Figur 2 Ki67 enkeltfarvning (A, C og D) og Ki67/Melan-A dobbeltfarvning (B, D og F) af ondartet modermærke. Alle celler, der er aktive i celleyklus, farves med Ki67 (B) og digital billedanalyse af Ki67 enkeltfarvninger er derfor vanskelig, når celletyperne ikke kan bestemmes (C). Dobbeltfarvning medfører markant tydeliggørelse af Ki67 positive tumorceller (D), hvormed kvantitering vha. billedanalyse muliggøres (F).



Figur 3. PHH3/Melan-A-dobbeltfarvning af ondartet modermærke. I A ses et hotspot samt arealindtegnning af hele læsionen. I B ses PHH3/Melan-A-positive mitoser ved højere forstørrelse.

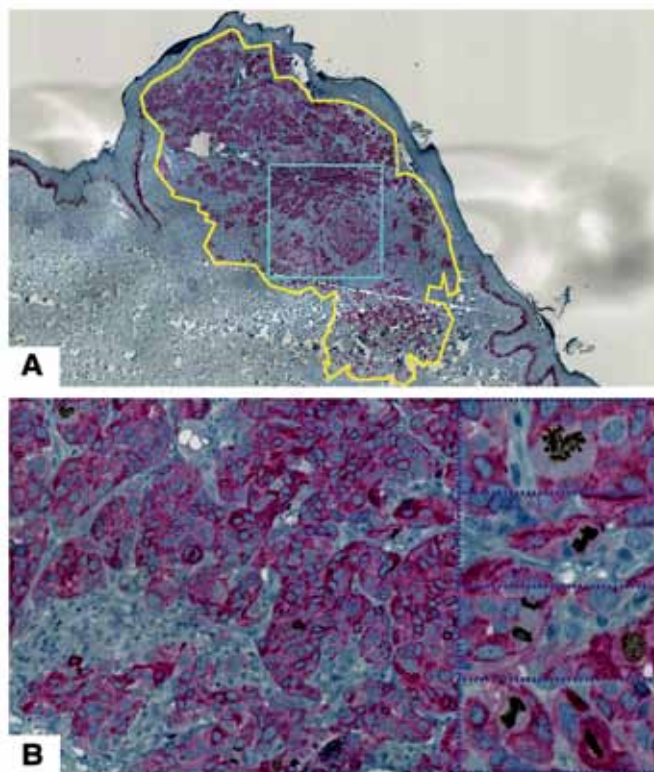
ekspressionen kan være lav i meget tynde typer af modermærkekræft. Metoden må derfor betragtes som et supplement til patologens vanlige diagnostik. Traditionel mikroskopivurdering af dobbeltfarvningen er allerede værdsat i vores rutinediagnostik, men vi håber, at computerens rent kvantitative mål også på sigt vil vinde indpas i takt med udbredelsen af digital patologi. Perspektivet er, at computerens rent kvantitative mål vil øge patologens opmærksomhed og derved reducere risikoen for, at modermærkekræft overses ved den traditionelle mikroskopi af modermærker. Hermed sikres patienten rettidig behandling og en bedre prognose.

Prognostisering af modermærkekræft

På nuværende tidspunkt er tumortykkelse den mest betydningsfulde prognostiske faktor for patienter med modermærkekræft uden metastaserende sygdom. Dog oplever en subgruppe af patienter med tynde typer et uventet aggressivt forløb, mens andre patienter med tykke typer klarer sig bedre end forventet (11). Udvikling af nye prognostiske markører er derfor essentiel for disse patientgrupper. I tillæg er alternativer til det netop indførte, men kritiserede, mitoseindeks ønskværdigt.

Et af vore studier tyder på, at både Ki67- og PHH3-dobbeltfarvninger kan anvendes som uafhængige prognostiske markører; PHH3 tilsyneladende med et større potentiale end Ki67 (12). I studiet afprøvede vi forskellige metoder til at estimere Ki67- og PHH3-positivitet, blandt andet som antalsfraktioner, arealfractioner, antal i et hotspot (område med højest delingsaktivitet) og antal i forhold til hele tumorarealet (se figur 3A) og korrelerede disse mål med patientens prognose. Her skilte hotspotmetoden sig nævneværdigt ud. Ki67 og PHH3 i hotspots forudså prognose med langt større sikkerhed end positivitet i hele tumor (12). Dette kan understøtte tanken om, at én subklon med progressive tumorceller har størst betydning for patientens prognose.

Selvom vi har opnået gode resultater med automatiseringen af Ki67, har vi oplevet problemer med den automatiserede analyse af PHH3. Primært grundet en generelt svag eller negativ Melan-A-farvning, men også på grund af et meget varierende udseende af mitosefigurene samt reduktion af Melan-A-intensiteten omkring selve mitosefiguren (se figur 3B). Heldigvis er bestemmelsen af PHH3 i hotspots meget simpel ved hjælp af konventionel mikroskopi, og automatisering er derfor ikke en forudsætning for indførelse i klinisk praksis. Potentielt kan en manuel bestemmelse af PHH3 erstatte det konventionelle mitoseindeks. Dog er der stadig brug for validerende undersøgelser af PHH3-dobbeltfarvningerne, og her kan automatiseret analyse mindske arbejdsbyrden markant. □



Referencer:

1. Kornstein MJ, Byrne SP. The medicolegal aspect of error in pathology: a search of jury verdicts and settlements. *Arch Pathol Lab Med* 2007;131:615-8.
2. Hanahan D, Weinberg RA. Hallmarks of cancer: the next generation. *Cell* 2011;144:646-74.
3. The Danish Melanoma Group. The guidelines of the Danish Melanoma Group. <http://www.melanoma.dk/>.
4. Piris A, Mihm MC, Jr., Duncan LM. AJCC melanoma staging update: impact on dermatopathology practice and patient management. *J Cutan Pathol* 2011; 38:394-400.
5. Casper DJ, Ross KI, Messina JL, et al. Use of anti-phosphohistone H3 immunohistochemistry to determine mitotic rate in thin melanoma. *Am J Dermatopathol* 2010;32:650-4.
6. Weyers W. The magic of numbers: malignant melanoma between science and pseudoscience. *Am J Dermatopathol* 2011;33:371-8.
7. Ohsie SJ, Sarantopoulos GP, Cochran AJ, Binder SW. Immunohistochemical characteristics of melanoma. *J Cutan Pathol* 2008;35:433-44.
8. Nielsen PS, Riber-Hansen R, Steiniche T. Immunohistochemical double stains against Ki67/MART1 and HMB45/MITF: promising diagnostic tools in melanocytic lesions. *Am J Dermatopathol* 2011;33:361-70.
9. Nielsen P, Spaun E, Riber-Hansen R, Steiniche T. Automated quantification of MART1-verified Ki67 indices: useful diagnostic aid in melanocytic lesions. *Human Pathology* 2013; in press.
10. Nielsen PS, Riber-Hansen R, Raundahl J, Steiniche T. Automated quantification of MART1-verified Ki67 indices by digital image analysis in melanocytic lesions. *Arch Pathol Lab Med* 2012;136:627-34.
11. Balch CM, Gershenwald JE, Soong SJ, et al. Final version of 2009 AJCC melanoma staging and classification. *J Clin Oncol* 2009;27:6199-206.
12. Nielsen PS, Riber-Hansen R, Jensen TO, Schmidt H, Steiniche T. Proliferation indices of phosphohistone H3 and Ki67: strong prognostic markers in a consecutive cohort with stage I/II melanoma. *Mod Pathol* 2013;26:404-13.

VILKÅRLIG ANERKENDELSE I SAG OM

SKULDER SKADE

En bioanalytiker fik i november som den første i faggruppen anerkendt sin skulderlidelse hos Arbejdsskadestyrelsen. Der kunne være tale om et glædeligt gennembrud, for sager om slidskader er forholdsvis hyppige hos bioanalytikere, og de afvises som regel. Det kunne lige så vel have været sket her.

Arbejdsskadestyrelsen træffer nemlig altid individuelle afgørelser, og derfor vil den anerkendte sag ikke kunne benyttes som skabelon for lignende sager. Den er hverken principiel eller bemærkelsesværdig i sit indhold.

Rotator cuff/impingementsyndrom er en lidelse, der er optaget på Arbejdsskadestyrelsens erhvervssygdomsfortegnelse. At en lidelse er optaget på listen, betyder blot, at Arbejdsskadestyrelsen kan behandle sagen administrativt, og at styrelsen kan træffe afgørelse, uden at sagen forelægges Arbejdsskadestyrelsens erhvervssygdomsudvalg.

Velbeskrevet belastningsgrad

For at en sag om rotator cuff kan anerkendes, skal en række krav til belastningens karakter være opfyldt. Der skal være tale om gentagne og kraftfulde skulderbevægelser i kombination med en vurdering af armens stilling ved belastningen. Der skal være tale om statisk løft af overarmen til 60 grader eller mere. Bevægelsen skal være udført i mindst halvdelen af arbejdsdagen, og ende-

lig skal der være tale om en belastning, der rækker over flere måneder eller år.

Typisk vil Arbejdsskadestyrelsens sagsbehandler vurdere, at der er mulighed for at variere arbejdsopgaverne i løbet af dagen, så den samlede tidsperiode, hvor skulderen belastes, ikke overstiger halvdelen af arbejdsdagen. Og så afvises sagen.

Her har en sagsbehandler omvendt vurderet, at alle krav til belastningens karakter er opfyldt, og har dermed anerkendt den.

Ny proces efter kritik

Danske Bioanalytikere har på det seneste deltaget i en række dialogmøder i Arbejdsskadestyrelsen. Det sker, efter at næstformand Camilla Bjerre har været i pressen med kritik af styrelsens vilkårlige sagsbehandling. Også andre fagforeninger har protesteret over afgørelser, der har været præget af sjud og tidspres.

På møderne fortalte Arbejdsskadestyrelsens direktør, at man har truffet beslutning om at ændre struktur i Arbejdsskadestyrelsen. Med strukturændringen vil man forsøge at sikre sig, at kvaliteten af sagsbehandlingen i de enkelte sager bliver bedre. Det sker helt konkret ved, at flere end en enkelt sagsbehandler ser en afgørelse, inden den sendes ud ad døren. ▣

Arbejdsskadestyrelsen har anerkendt en erhvervsbetinget skulderlidelse som rotator cuff/impingementsyndrom. Desværre kommer afgørelsen næppe til at danne præcedens



HJÆLP til Doktor Hansen og dragen I forkontoret



Praksismanagement. Der har det seneste årti været en stigende erkendelse af, at der skal bedre styr på organiseringen og den samlede opgaveløsning i almen praksis. Bioanalytikere har oplagte muligheder for at byde ind og gør det allerede nogle steder

Praktiserende læger bruger mellem en og mere end syv ugentlige arbejdstimer på administrative opgaver af forskelligt tilsnit. Det viser en spørgeskemaundersøgelse, der er udarbejdet i Region Hovedstaden i forbindelse med Store Praksisdag 2012. Kun 61 praksislæger deltog, så tallene skal tages med dét forbehold. 50 af de adspurgte læger angav dog, at de må afsætte mellem tre og syv + timer om ugen til gøremål, der ikke umiddelbart har med patienter at gøre. Og at det generelt ikke er med lægernes gode vilje, kan aflæses af, at kun 11 af de 61 svarede, at de "i meget høj grad" eller "i høj grad" føler, at de har overblik over den administrative opgavebyrde.

Projektgruppen bag undersøgelsen havde sat sig for at af-dække, i hvor høj grad lægerne selv oplever et behov for professionalisering af de ikke-patientrelaterede aktiviteter. Helt specifikt i form af at ansætte eller tilknytte en såkaldt praksismanager. Begrebet, der er udbredt i Storbritannien og andre engelsktalende lande, blev introduceret herhjemme for ca. ti

år siden, og idéen har siden vundet indpas enkelte steder, typisk i større fælles- eller kompagniskabspraksisser med forholdsvis meget praksispersonale.

Brænder ud på bureaukrati

I disse år lægges flere og flere opgaver ud til de praktiserende læger. Blandt andet forventes almen praksis at kunne håndtere de store kronikergrupper, så patienterne ikke i så høj grad belaster sygehussektoren med hyppige genindlæggelser. Samtidig er kravene til dokumentation af behandlingskvaliteten blevet mere konkrete, ligesom der fra regionernes side er et stigende krav om større ensartethed, såvel når det gælder løsning af faglige som administrative opgaver. Presset på almen praksis forstærkes i øvrigt af, at der visse steder i landet forsvinder praktiserende læger, så tilgang af nye patienter til de eksisterende kan blive en konsekvens.

Der er, kort sagt, god sundhedsfaglig fornuft i, at lægerne

skærmes fra at have dag til dag-ansvar for regnskaber, budgetlægning, lønafregning, indkøb, ferieplanlægning, it-support, kvalitetssikring, rapportering og opfølgning på utilsigtede hændelser, akkreditering, personaleledelse og efteruddannelse. Eller for at skulle detailudarbejde mål- og strategiplaner for virksomhedens udvikling, for eksempel i forhold til implementering af nye opgaver.

Undersøgelsens afrapportering, "Praksismanagement. Administration – ledelsesstøtte", der lå færdig i maj 2013, konkluderer da også:

"Hvis der ikke skaffes tid og rum for den praktiserende læge, må det forventes, at et stigende antal praktiserende læger vil blive ramt af svær arbejdsbelastning (burn-out)."

Rapporten peger på mindst to afgørende hurdler, der kan lægge sig i vejen for, at personalekategorien "praksismanager" bliver udbredt.

Den første og uden tvivl største er økonomien; ingen har regnet på, hvad det vil koste at udvide staben med en sådan. Lønudgiften vil naturligvis afhænge af uddannelsesbaggrund og timetal. Og om funktionen i sig selv vil skabe højere effektivitet og dermed være et reelt økonomisk aktiv for den forretning, som en praksis er, er en ligning med flere ubekendte.

Herre/frue i eget hus

Den anden hindring er, at læger ofte foretrækker at være herre i eget hus. Traditionelt er det af den grund, de er søgt ud i primærsektoren. Billedet er ganske vist ved at ændre sig, i takt med at flere kvinder slår sig ned som alment praktiserende; de har en tendens til at foretrække fællesskabspraksisser.

Men det er stadig et stærkt fagligt karaktertræk, at praktiserende læger gerne vil have hånd i hanke med tingene. Trods arbejdspresset kan de derfor have svært ved at overdrage centrale opgaver – og beslutninger – til en medarbejder med en helt anden uddannelsesbaggrund. At lægerne som faggruppe i øvrigt har det særligt svært med medlemmer af fagforbundet Djøf (jurister og økonomer blandt andre) – sådan som rapporten ellers lægger op til et samarbejde med – er en kendt sag. Dem kender lægerne fra sygehusene og fra den modsatte side af forhandlingsbordet, når der skal indgås økonomiaftaler med Danske Regioner. Og ikke nødvendigvis for noget godt.

At mistroen er til stede, blev mere end antydnet i den allerførste evaluering af funktionen herhjemme; den blev bragt i "Månedsskrift for praktisk lægegerning" i 2007 og havde overskriften: "Praksismanagement – trussel eller mulighed".

En af medforfatterne var Karis Hagild. Hun blev den første i Danmark med titel af "administrativ koordinator" i en lægepraksis og betragtes stadig som den mest erfarne kapacitet på området. Hun sad, trods sin pensionering i 2011, også med i den seneste projektgruppe i Region Hovedstaden.

Hagild blev i 2004 ansat en i 15-timers projektstilling i en københavnsk praksis. Senere har hun været tilknyttet flere andre praksisser og har været konsulent og underviser i praksismanagement. I dag arbejder hun stadig et par dage om ugen som selvstændig konsulent i to praksisser. Hun mener, at det er de færreste danske praksisser, der har opgaver nok til en praksismanager på fuld tid.

"Jeg kendte allerede dengang funktionen, blandt andet fra »

STADIG FLEST SMÅ, MEN FLERE STORE

I 2013 var der 3590 praktiserende læger i Danmark. De fordelte sig på 2016 adresser. I 2000 toppede tallet med 2226 praksisser. I 2013 var der 42 procent kompagniskabspraksisser og 58 procent solopraksisser. Tendensen er, at der bliver flere store enheder, men det er altså stadig et flertal af enhederne, der er solopraksisser.

Fleere kvinder har de seneste to-tre årtier studeret medicin og flere kvindelige læger vælger at blive praktiserende. En større andel af dem foretrækker at arbejde i fællesskaber. Andelen af kvindelige praktiserende læger er steget fra 10 procent i 1977 til 44 procent sidste år.

Gennemsnitalderen for praktiserende læger har siden 1989 været stigende og var i 2013 var 54,6 år.

Der blev registreret ca. 41. mio. konsultationsydelser i 2012.

KILDE: PRAKTISERENDE LÆGERS ORGANISATION, JANUAR 2013



Jeg oplevede selv, hvordan opgaverne knopskød, og at det ofte sejlede. Lige i øjeblikket har vi fordelt aktiviteterne, og bruger det personale, vi nu engang har til rådighed".

Henrik Suppli, praktiserende læge, Frederiksberg

studiebesøg i Skotland. I de engelsktalende lande er almen sektoren organiseret noget anderledes end herhjemme; de er typisk meget større – der kan sagtens være 10-12 læger, ligesom der er meget mere praksispersonale. Derovre begyndte man allerede at udvikle funktionen i 1970'erne, i første omgang ved at sende medarbejdere ud fra sygesikringen for at hjælpe med det administrative. Siden kom der med den konservative Thatcher-regering en anden økonomiaftale og en anden model," forklarer Hagild, der har arbejdet inden for det danske sundhedsvæsen siden 1962, hvor hun startede som sygeplejeelev.

Siden da er cv'et blevet kraftigt udvidet med en vifte af såvel lederjobs – blandt andet som sygehusforstander i Roskilde og siden Sønderborg – som en solid håndfuld efteruddannelser både herhjemme og i udlandet. Da hun gik ind i projektarbejdet med at kvalitetsudvikle det administrative arbejde i almen praksis, havde hun været kontorchef i Sundhedsforvaltningen i København i 17 år.

Analyser og beskrivelser

"Jeg kendte jo noget til de praktiserende læger fra mit arbejde i Sundhedsforvaltningen. Jeg havde desuden arbejdet med »



'den lærende organisation' og mente, at der var et udviklingspotentiale i den måde, almen praksis kunne organiseres på. Jeg vidste noget om arbejdsgangsanalyse og funktionsbeskrivelser og tænkte, at det kunne bruges til noget," siger hun.

Fra hendes udkigspost handler det ikke kun om at fritage de praktiserende læger fra en bunke papir- og planlægningsopgaver; det overordnede ideal er, at lægerne begynder at tænke strategisk i forhold til deres opgavevaretagelse i bredeste forstand.

"En praksismanager skal være med til at skabe struktur, men rollen som sparringspartner på det strategiske område er også meget vigtig. For eksempel i forhold til udvikling og ledelse. Og her kan selv en solopraksis med meget få ansatte have brug for at kunne sparre med en person med den relevante baggrund. Det er i øvrigt vigtigt at forstå, at de enkelte praksisser kan have meget forskellige behov, i forhold til hvad en praksismanager kan hjælpe dem med," siger hun.

Selv er hun tilbøjelig til at mene, at en praksismanager bør havde en solid teoretisk ballast på ledelsesniveau. I alt fald hvis rollen som strategisk sparringspartner for lægerne i ejerkredsen skal foldes optimalt ud. Frygten for djøf'erne er i den forbindelse ubegrundet, mener hun.

"De kan netop nogle af de ting, som almen praksis kunne have god gavn af," siger hun.

I Storbritannien eksisterer der en formaliseret toårig uddan-

nelse til praksismanager. Noget tilsvarende kommer vi heller ikke uden om herhjemme, pointerer Hagild. Hvad enten der skal tilknyttes en person med en akademisk uddannelse, eller man i en praksis vælger at lade en af de allerede ansatte med en mellemlang videregående sundhedsuddannelse overtage en række opgaver; der skal en form for efteruddannelse til.

Administrativ flair

"Jeg kunne forestille mig en moduluddannelse med noget virksomhedsadministration, økonomistyring, personaleadministration og it. Men også Datafangst, diagnosekodning og medicinkort er relevante emneområder for en praksismanager. Vedkommende skal bare allerede i udgangspunktet have en vis administrativ flair. Ellers nytter det ikke noget," fastslår hun.

Hendes status på organisationsudviklingen i almen praksis er, at det går i den rigtige retning:

"Det breder sig. Som ringe i vandet. Selvom jeg godt kunne ønske, at det gik noget hurtigere. I nogle regioner arbejder man seriøst med det fra officielt hold. Men jeg fatter ikke, hvorfor Danske Regioner overordnet ikke interesserer sig meget mere for det," siger Karis Hagild.

Rapporten fra Region Hovedstaden nævner endnu to grunde til, at lægerne er tilbageholdende over for idéen om at ansætte en særlig person til det administrative:

Birthe Clausen 4:1



"Som praksismanager er du ikke med i nogen gruppe. Men som en del af ledelsen skal du ofte tage beslutninger, der har betydning for de øvrige ansatte. Det kan derfor være et ensomt job."

Således den foreløbige status fra Birthe Clausen. Hun var fra 2005 til 2011 ansat

som praksismanager i Rødning Lægehus, hvor hun egentlig bare havde søgt job som menig praksisbioanalytiker efter mange år i sygehusregi, heraf en årække som afdelingsbioanalytiker i Blodbanken på Aabenraa Sygehus.

Tilfældet ville, at de dengang fem læger netop havde afskediget deres ledende lægesekretær og nu mente, at ansøgerens bioanalytikerbaggrund og mangeårige ledelseserfaring lige var noget, de kunne bruge, også andre steder end kun i laboratoriet. Hun skulle være deres praksismanager.

Dermed blev Birthe Clausen den første fuldtidsansatte bioanalytiker i den koordinerende og ledende funktion i almen praksis, der fra 2004 så småt begyndte at få fodfæste herhjemme. I dag arbejder hun i et nyetableret lægefællesskab i Aabenraa, hvor hun som eneste bioanalytiker står for laboratoriet. Det betyder, at arbejdsda-

gen er kortere, og hun kan cykle på arbejde. Men opstår muligheden igen, og er de rette vilkår til stede, vil hun ikke afvise endnu en omgang i den stadig ret ukendte stillingskategori. Hun kunne godt lide at være leder og tager ledelse seriøst.

"I Rødning betingende jeg mig, at jeg fik lov til at tage en diplomuddannelse i ledelse. Inden da var den eneste teoretiske lederuddannelse, jeg havde, et fireugers efteruddannelseskursus, som LaH, som vi jo hed dengang, udbød. En diplom er en dyr uddannelse, som desuden krævede, at jeg fik fri. Det gik de med til. Rødning Lægehus er på mange måder en foregangspraksis, når det gælder kvalitet og organisering. Ejerne er meget ambitiøse med hensyn til at have alle de relevante kompetencer i huset," siger Birthe Clausen, der hurtigt var med til at ansætte flere bioanalytikere på sin nye arbejdsplads. Selv blev hun løn-

”Bekymring for, at de administrative opgaver ’vender tilbage’ ved ledighed i en PM-stilling.” Samt ”Flere læger har oplevet vanskeligheder ved at finde kvalificerede medarbejdere.”

Den erfaring deles af Henrik Suppli, der er læge i et praksisfællesskab på Frederiksberg. Sammen med sine to kolleger har han et personale bestående af to sygeplejersker på deltid og en sekretær. Suppli er ret begejstret for tanken om at kunne have en medarbejder med ansvar for de udenomspatientlige gøremål. I forbindelse med et projektarbejde i 2008 – under ledelse af Karis Hagild – identificerede han og en gruppe kolleger mellem 150 og 180 aktiviteter i almen praksis – praktiske og administrative – som de alle rigtigt gerne ville slippe for.

”... det sejlede”

Han og hans egne praksiskolleger var derefter villige til at gå hele vejen med en deltidsansat praksismanager. Det lykkedes bare ikke i første forsøg.

”Vi ansatte en sygeplejerske på halv tid. Det gik slet ikke. Det var nok bare den forkerte person på det forkerte sted. Men vores erfaring med hende havde dog den effekt, at vi har fået mere fokus på, at det er nødvendigt at forholde os aktivt til disse opgaver. Tidligere blev det administrative ærlig talt behandlet ret stedmoderligt. Jeg oplevede selv, hvordan opgaverne knopskød, og at det ofte sejlede. Lige i øjeblikket har vi fordelt aktiviteterne og bruger det personale, vi nu engang har til råd-

PRAKSISMANAGERE I MANDTAL

Der findes ingen opgørelse over, hvor mange praksismanagerer der er i Danmark. Betegnelsen er endnu ikke særligt udbredt, og helt ukendt i overenskomstsammenhæng.

Ofte bliver de praktiske og administrative opgaver i en praksisenhed fordelt mellem lægerne selv samt de ansatte sygeplejersker, sekretærer, bioanalytikere og uddannelseslæger. Det sker ofte udefra en blanding af faglige kompetencer og gemyt.

Det vurderes, at der er ca. 300 bioanalytikere ansat i praksissektoren. Fra en spørgeskemaundersøgelse af deres opgaver, som dbio foretog i 2013, fremgår det, at en del allerede varetager funktioner, der falder ind under praksismanagerbegrebet.

dighed. Vores lægesekretær har for eksempel fået afsat én dag om ugen udelukkende til bogføring. Og så har vi en medicin-studerende, der jævnligt kommer ind og systematisk indkalder relevante patienter til influenza- og HPV-vaccinering. Dermed yder vi ikke bare en bedre service for patienterne, vi



mæssigt indplaceret som ledende bioanalytiker og fik ledelsesansvar for husets to øvrige bioanalytikere, to praksissygeplejersker, fire sekretærer, en piccoline og en rengøringsassistent. Dem afholdt hun blandt andet MUS-samtaler med. Og da lægehuset frivilligt valgte at lade sig akkreditere for anden gang efter en engelsk model, gennemførte Birthe Clausen sammen med en af lægerne forløbet sammen med hver enkelt af sine medarbejdergrupper.

Konkret lød jobbeskrivelsen på fire ugedage som fuldtidspraksismanager og én dag i laboratoriet. Hun var hovedansvarlig for alle administrative opgaver, undtagen regnskab, plus indkøb samt arbejds- og ferieplanlægning. Hun skulle desuden afløse, når der var forfald eller ferie i sekretariatet og laboratoriet. Det var også hendes opgave at sørge for, at overenskomsterne for personalet blev fulgt.

Men hovedopgaven var, som hun siger, ”at svømme ovenpå og være på udgik efter udviklingspotentiale”.

Det var i hvert fald idealet.

”Det tog overhånd, dét med at være vikar ved ferie og sygdom. De øvrige opgaver måtte så vente til senere, men forsvandt jo ikke. Ofte var jeg oppe på 45-50 ugentlige arbejdstimer, og det blev for meget,” vurderer hun i dag.

Både hun og hendes arbejdsgivere var i det hele taget nybegyndere på området, og det betød, at Birthe Clausen også selv blev nødt til at finde veje til at håndtere sin ubeskrevne rolle som mellemlider i et middelstort lægehus.

”Jeg havde en række samtaler med Lars (Gehlert Johansen, praktiserende læge og formand for Dansk Selskab for Almen Medicin – se hosstående artikel), som, selvom han jo var en af mine arbejdsgivere, fungerede som min mentor. Det var rigtigt fint og en stor hjælp. Alligevel kan der opstå konflikter eller være problemstillinger, man har brug for at vende med nogen uden for huset. Derfor var det rigtigt godt, at vi i vores område fik

en erfa-gruppe op at stå. Vi var tre praksismanagerer, der mødtes med mellemrum. Foruden mig var der en sygeplejerske og en lægesekretær. Det var rart at have et fortroligt forum og vide, at der var nogen, man kunne ringe til med forskellige ting,” siger Birthe Clausen. Hun kan stærkt anbefale, at nuværende og kommende praksismanagerer finder sammen på samme måde.

Også i hendes nuværende job ”kribler det i fingrene” for at få sat skik på dét, hun indimellem synes flyder lidt. Det er således hendes fortjeneste, at der nu skrives referat, når hendes nuværende tre arbejdsgivere i Aabenraa holder møder med deres personale.

”Det er ofte de dér små ting, der skal til, for at få arbejdet til at glide lettere for alle parter,” siger Birthe Clausen.

I hendes gamle stilling er nu ansat en sygeplejerske. □

tjener faktisk også de penge, vi kan. Der er altså også økonomi i at have struktur på tingene,” siger han og tilføjer:

”Det er derfor et paradoks, at vi er underlagt et økonomiloft fra regionernes side. Danske Regioner ønsker jo netop, at vi udfører disse opgaver, ligesom de siger, at de ville fortrække større praksisenheder. Der er derfor ingen logik i, at vi så rammer et loft over, hvad vi må omsætte for, når vi faktisk organiserer os bedre og udfører flere patientydelser,” siger Henrik Suppli.

Rette person, rette efteruddannelse

Lars Gehlert Johansen har flere erfaringer med at have en praksismanager ansat, endda på noget nær fuld tid. Han er formand for Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) og med i ejerkredsen i kompagniskabspraksissen Rødding Lægehus. Den fremhæves som en foregangspraksis med hensyn til kvalitetsudvikling og organisation. Det var her, bioanalytiker Birthe Clausen var ansat (se hosstående interview) fra 2005 til 2011.

Selv er han med i praksisudviklingsteamet i Region Syddanmark og holder jævnligt oplæg for sine kolleger om organisering af praksis. Det har han tidligere også gjort sammen med Birthe Clausen og med afsæt i, at hun var en af landets første praksismanager på fuld tid, og han en af de første praksislæger med en sådan ansat.

DSAM-formanden siger, at han aldrig har været specielt optaget af, om der er tale om den ene eller anden uddannelses-

baggrund, når der skal rekrutteres en kompetent praksismanager. I lægehuset havde de en ledende lægesekretær inden Birthe Clausen. I dag varetages funktionen af en sygeplejerske.

”Det handler først og fremmest om den rette person: Den rette person med den rette efteruddannelse. Hvilken type praksismanager der er brug for, skal alligevel altid vurderes lokalt i den enkelte praksis. Ligesom det skal vurderes, hvor stort behovet egentlig er. Flere praksisser kan for eksempel sagtens dele en medarbejder med den profil. Men det er vigtigt at forstå, at vi i sundhedsvæsenet arbejder i en *flerfaglig* kultur – og den skal ikke være tværfaglig; alle skal ikke kunne alt. For 15 år siden skulle vi læger vide alt om alt i vores praksis, også det administrative og det praktiske. Siden har vi erkendt, at vi har brug for en personalesammensætning, der afspejler de krav, der stilles til os i dag,” siger han

Om samarbejde med lige netop bioanalytikere i praksis har han lutter liflige lovord.

”De ikke bare udfylder deres rolle i forhold til prøvetagning og kvalitetssikring af diagnostikken. De har en særlig struktureret tilgang til alle dele af deres arbejde, der ikke kan undgå at smitte af på os andre,” lyder skudsmålet.

Modstand mod udvikling

Og det er jo – bottomline – dokumenteret kvalitet i alle processer, det handler om. Det er dét, Danske Regioner har givet ud-

Pia Schultz-Lorentzen 1:4



”Jeg er ligeglad med, om det hedder det ene eller det andet. Jeg er ikke interesseret i at opgive laboratoriearbejdet og vil aldrig gå efter at blive praksismanager på fuld tid. Men jeg vil gerne have, at tingene fungerer; det er ikke til at holde ud, når det flyder.”

Det lå ikke lige først for, at Pia Schultz-Lorentzen skulle have en arbejdsuge med fire dage i laboratoriet og en halv til en hel dag med fast kontortid, da hun i 2009 fik job som praksisbioanalytiker hos Jakobilægerne i Varde. Det var hende selv, der på et tidspunkt slog fingeren ned på en række praktiske og administrative problemfelter, som hun mente, der skulle styr på. I alt fald hvis praksisfællesskabet med fem læger, to uddannelseslæger, fire lægesekretærer, fem sygeplejersker, to bioanalytikere, to i rengøringen og en pedel samt en fleksjobber skulle køre så optimalt som muligt. Dét med at tage ansvar for arbejds gange, rutiner og medarbejdertrivsel var noget, hun havde med fra sin tidligere arbejdsplads.

Pia Schultz-Lorentzen kom fra en stilling som ledende bioanalytiker på Klinisk Mikrobiologisk Afdeling på Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg, og hendes rute ud i

praksissektoren tog sig lige en omvej. Allerede to-tre år inden sektorskiftet blev en realitet, havde hun sendt en håndfuld uopfordrede ansøgninger til lokale lægepraksisser; hun var træt af at være ledende under de daværende omstændigheder og ville søge friske græs-gange. Hun fik et enkelt afslag, men hørte ellers intet fra de øvrige praksisser. I stedet tog hun fat på at få løst de verserende samarbejdsproblemer på sin afdeling. Da hun ud af det blå i 2009 pludselig fik en henvendelse fra en af de læger, hun i sin tid sendte en ansøgning til, var hun egentlig igen blevet ganske tilfreds med sit job som ledende bioanalytiker.

”Lægen, der nu var gået i kompagniskab med tre andre læger og havde bygget et nyt lægehus, havde gemt min ansøgning. Nu ville de etablere et praksislaboratorium og havde brug for en bioanalytiker. Det er jo flatterende sådan at blive ringet op, og

tryk for, man ønsker for patienterne. Dét, lægerne skal levere. Om den kvalitetsdagsorden i sig selv kan overbevise Lars Gehlert Johansens kolleger om at arbejde hen imod en bedre organisering og opgavevaretagelse i deres egen virksomhed – dét kan han på den korte bane have sine betænkeligheder om. Der er en del modstand, erkender han. Ikke mindst blandt dem, der sidder i en solo-praksis med "dragen i forkontoret", som han spøgefuldt kalder det, når hustruen er eneste praksispersonale.

"Der findes solopraksisser, der er i rivende udvikling, og hvor man også ændrer organiseringen, i takt med at vi får nye opgaver. Men når man i Danske Regioner mener, at problemet med utidsvarende solopraksisser løser sig selv ved naturlig afgang, frygter jeg, at det kan tage mindst 30 år. Rygtet om doktor Hansens død er stærkt overdrevet! Der er stadig flest solopraksisser. I københavnsområdet er det ofte de fysiske rammer, der gør det umuligt for læger at gå sammen i større enheder. Har man praksis i en treværelses lejlighed på anden sal, kan man jo ikke bare udvide. Det kan man til gengæld herude i landzonerne, hvor vi kan bygge nyt og stort. Men det gør det ikke nemmere, at der er skattemæssige forhindringer for, at læger slår sig sammen i større enheder med mere personale. Vi kunne også ønske os en aflønningsstruktur, der i højere grad honorerer kvalitet – uden at kvalitetsdata skal bruges som en sanktionsmetode fra regionernes side. Den slags skaber bare mere modstand. Det aspekt mangler vi at få tænkt rigtigt godt igennem," siger Lars Gehlert Johansen. ■

ET STÆRKT FAGLIGT MILJØ

"Lægerne skal i højere grad slå sig sammen i flerlægepraksis i moderne, handicapvenlige klinikker med personale og udstyr, som kan tilbyde patienterne de relevante undersøgelser, og hvor lægerne kan opleve et stærkt fagligt miljø og i fællesskab arbejde for at sikre patienterne en god kvalitet og service."

DANSKE REGIONER: "VISIONER FOR ALMEN PRAKSIS", MAJ 2013.

”

Bioanalytikere ikke bare udfylder deres rolle i forhold til prøvetagning og kvalitetssikring af diagnostikken. De har en særlig struktureret tilgang til alle dele af deres arbejde, der ikke kan undgå at smitte af på os andre."

Lars Gehlert Johansen, praktiserende læge i Rødning og formand for Dansk Selskab for Almen Medicin.

selvom jeg var glad for mit job, lod jeg mig friste af chancen for at være med til at bygge noget nyt op," forklarer Pia Schultz-Lorentzen.

De dengang fire læger havde dog ikke fuldt overblik over, hvad en bioanalytiker kunne bidrage med – eller behovet. Hun blev tilbudt en stilling på 30 timer. Det kunne der ikke blive tale om:

"De mente, at det måtte være rigeligt. Deres største bekymring var faktisk, om jeg, som kom fra en stilling som leder, mon ville få udfordringer nok som menig bioanalytiker. Jeg insisterede på 37 timer. Det gik de med til, da jeg foreslog, at jeg så også kunne løse andre opgaver i den overskydende tid. Under et år efter blev de nødt til at ansætte endnu en bioanalytiker på 30 timer," siger hun.

Det gik hurtigt op for Pia Schultz-Lorentzen, at man i den nye lægepraksis ikke havde fokus på forskellige praktiske ting, blandt andet kommunikation mellem medarbejdergrupperne og tilrettelæggelse af personalets ferieafholdelse.

"Men hensyn til ferie var der en idé om, 'at det finder I da selv ud af hen ad vejen'. Det var bare ikke ligetil med så stor en personalegruppe, så jeg fik lov til at tage mig af det for sygeplejersker, lægesekretærer og bioanalytikere. Jeg var også lidt irriteret over, at der manglede struktur på de ugentlige personalemøder. Jeg foreslog, at vi indførte en nedskrevet dagsorden. I dag har vi derfor faste punkter, fx "nyt fra ledelsen", "trivsel" – ligesom vi skiftes til at undervise hinanden, så vi får indsigt i hinandens fagområder eller ved, hvad vi hver især lige har været på kursus i," siger hun.

Det var en uddannelseslæge, der havde været i Lægehuset i Rødning – hvor man netop havde indført en praksismanager (se de øvrige artikler i temaet) – der for første gang italesatte, at de funktioner, Pia Schultz-Lorentzen varetog, faldt ind under praksismanagerbegrebet. Hun og en af hendes arbejdsgivere tog selv på besøg til det berømmede lægehus for at se deres organisation. Da havde en sygeplejerske overtaget stillingen efter bioanalytiker Birthe Clausen.

"Noget skal det jo hedde, så derefter blev jeg også 'praksismanager' og fik sat tid af til at tage mig af en række definerede opgaver. Det skal man sørge for; der SKAL sættes tid af til det. Ellers er der for meget stress forbundet med at få opgaverne passet ind i arbejdsdagen," pointerer Pia Schultz-Lorentzen.

I dag forestår hun indkøb, holder styr på vagtplaner og fravær, er sikkerhedsrepræsentant og har desuden udarbejdet et koncept for MUS-samtaler. Hun arbejder også med Datafangst i forbindelse med grupperne af kroniske patienter og er ansvarlig for indberetning af og opfølgning på utilsigtede hændelser.

"Man skal bare vide, at det fungerer sådan, at hvis man får øje på en opgave i almen praksis og foreslår, at den bliver løst – ja, så får man den! Der er derfor god mulighed for at melde ind, hvor man synes, at det er sjovt og giver mening," siger hun.

KURSUS 02/14: NEXT GENERATION SEQUENCING (NGS)

Stadig ledige pladser – grib chancen og deltag i kurset, der byder på meget nyt indenfor molekylærbiologien

INDHOLD:

“Next Generation Sequencing (NGS)” anvendes på mange laboratorier rundt om i landet og revolutionerer forskning og rutinediagnostik i en grad, der ikke tidligere er set. Kurset vil behandle de mest benyttede metodiske principper samt de meget forskelligartede områder, hvor NGS anvendes.

Hør blandt andet om nedenstående spændende og udfordrende emner, der leveres af foredragsholdere med fingeren på pulsen:

- Molekylærbiolog Tina Østergaard Hansen taler om Ion Torrent teknologien og fokuserer på analyse-design.
- Molekylærbiolog Mads Thomassen beskriver principperne bag Illuminas NGS udstyr samt brugen af et cancerpanel i diagnostikken.
- Afdelingsbioanalytiker Marianne Käehne arbejder med teknologierne og vil fortælle om opsætningen af rutinediagnostik for brystcancer med bioanalytiker-øjne.
- Lektor Jakob Hedegaard har erfaringer med NGS og analyse på FF-PE-væv, så han deler sine erfaringer med deltagerne.
- Molekylærbiolog Martin Larsen arbejder med de mange data som NGS producerer og han vil give en indføring i databehandlingen.
- Molekylærbiologerne Jonas Vikeså og Lars Jønson analyserer NGS-data for den onkologiske Fase 1 enhed på Rigshospitalet og de vil give eksempler på anvendelsen af NGS i relation til dette.
- Lektor Henrik Bjørn Nielsen undersøger på bakterieDNA med NGS og gennemgår det metodiske opsæt og resultaterne af et større mikrobstudie.
- Molekylærbiolog Peter Johansen behandler NGS data i relation til “Non-Invasive Prenatal testing (NIPT)”, der på sigt vil ændre prænatale tests på gravide.
- Forskningskonsulent Esben Flindt koordinerer kortlægningen af det danske reference-genom og han vil tale om resultaterne ind til nu.
- Overlæge Kirsten Kyvik runder dagene af og giver et indblik i de etiske aspekter, der skal tages hensyn til ved genetisk testning.

Genteknologisk udviklingsgruppe håber at du vil deltage på dette spændende kursus.

MÅLGRUPPE: Bioanalytikere og andre interesserede, der arbejder med molekylærgenetiske metoder og som ønsker kendskab til NGS teknologierne.

STED OG TID: Severin Kursuscenter, Middelfart. Tirsdag den 8. april til onsdag den 9. april 2014. Internat.

PRIS: Medlem: kr. 5.450,00
Medlem, andre forhandlingsberettigede organisationer: kr. 6.250,00

TILMELDINGSFRIST: Den 10. februar 2014.

KURSUS 25/14: ANALYSEPRINCIPPER OG MÅLEMETODER INDENFOR KLINISK BIOKEMI

KURSUSBESKRIVELSE:

Er du relativt nyuddannet og har brug for fordybelse i klinisk biokemi eller har du været flere år i klinisk biokemi og har brug for at få genopfrisket din viden? Så er her kurset for dig.

FORMÅL:

At give bioanalytikere en mulighed for at fordybe sig og få en større forståelse for analyseprincipper og målemetoder indenfor klinisk biokemi.

INDHOLD:

På kurset vil du få opfrisket principperne indenfor elektrometri og fotometri med fokus på præanalytiske, analytiske og postanalytiske fejlkilder.

I løbet af de tre dage vil vi indenfor elektrometrien gennemgå hvordan en elektrode er opbygget, hvilke præanalytiske og analytiske fejlkilder man skal være opmærksom på og ikke mindst, hvordan er det nu lige at parametere indgår i syrebasestatus?

Når det gælder fotometrien er det

et princip mange arbejder med, men hvordan er det fotometret er opbygget?

Hvilke analyseprincipper og målemetoder knytter sig til fotometri og hvilke præanalytiske, analytiske og postanalytiske forhold er vigtige ved fotometriske analyser?

Fotometri og immunkemiske principper danner ofte tilsammen grundlaget for at få bestemt en given parameter.

Den sidste dag i kurset vil derfor være immunologi og immunkemi i relation til fotometri. Her vil vi komme ind på analyseprincipper og præanalytiske, analytiske og postanalytiske fejlkilder.

Kort sagt tre spændende dage med fokus på den klassiske kliniske biokemi, med masser af brugbar viden til det daglige arbejde.

UNDERVISERE:

Bioanalytikerunderviser Erling Birkemose Nielsen.

Lektor Troels Wind.

Lektor Inge Rasmussen.

Bioanalytikerunderviser Birgitte Haack.

MÅLGRUPPE:

Bioanalytikere, der har været nogle år i faget og trænger til en fornyelse af eksisterende viden samt nyuddannede bioanalytikere, som mangler fordybelse i det kliniske biokemiske område.

STED OG TID: Severin, den 23. september-25. september 2014

ANTAL: 30 deltagere.

PRIS: Medlem: Kr. 6850,-
Medlem, andre forhandlingsberettigede organisationer: Kr. 7650,-

TILMELDINGSFRIST: Den 2. maj 2014.

KURSET ER
UDVIKLET
AF KLINISK
BIOKEMISK
UDVIKLINGS-
GRUPPE

3 NYE KURSER OM ARBEJDSMILJØ FOR LEDERE OG AMIR

En gruppe af ledere og AMiR med interesse i arbejdsmiljø på bioanalytikerens område har været samlet for at komme med input til kurser målrettet ledere og AMiR.

Det resulterede i 3 spritnye kurser, som bliver afholdt her i 2014, hvor de emner gruppen har fokuseret på vil være omdrejningspunktet. Samspillet

mellem ledere og AMiR på tværs vil blive brugt på kurset, så dagligdagens erfaringer vil komme i spil og være til gensidig inspiration for deltagerne. I opfordres til at læse mere om kurserne i dbio's Efteruddannelseskatalog, og skynde jer at sende jeres tilmelding. Kurserne og deres indholdspunkter kan I se herunder:

NÅR KOMMUNIKATION GIVER GEVINST

9. APRIL 2014

Deadline 25. februar 2014

INDHOLD:

- Den gode dialog
- Samtalens svære kunst
- Trivsel på arbejdspladsen
- Mennesketyper
- Møbning og skyllerumssnak
- Forskellige forventninger til arbejdslivet

RET OG REGLER PÅ ARBEJDSMILJØOMRÅDET, SAMT FOREBYGGELSESPRINCIPPER

5. OKTOBER 2014

Deadline 2. maj 2014

INDHOLD:

- Arbejdsmiljøloven
- Arbejdsskadesikringsloven
- Ulykkesbegrebet
- Erhvervs sygdomsbegrebet
- Risikovurdering
- Forebyggelsesprincipper
- Anmeldelsesregler
- Arbejdsmiljøgruppens arbejdsopgaver

ARBEJDSPLADSKULTURENS BETYDNING I FORANDRINGSTIDER OG DEN ENKELTES ROLLE

5. NOVEMBER 2014

Deadline 2. maj 2014

INDHOLD:

- Kultur og proces
- Coaching
- Sparring
- Supervision
- Roller (Professionel – Personlig – Privat)
- Helikopter-perspektivet

// ANMELDELSE

Statistiske metoder i biomedicin

Cilia Sindt og Henrik L. Jørgensen.
Books on Demand. 148 sider, kr. 210.-



GOD OPSLAGSBOG - LIDT MANGELFULD SOM LÆREBOG

Denne bog handler primært om, hvordan man anvender statistik på biomedicinske laboratorier, altså statistik for bioanalytikere.

Bogen kommer med sine 148 sider vidt omkring og dækker næsten, hvad man kan ønske sig, for eksempel: Referenceintervaller, måleusikkerhedsbudget, sensitivitet, specificitet, prædiktive værdier, ROC-kurve og så videre. Nogle vigtige nonparametriske test er der også blevet plads til.

Der er talrige gode eksempler på, hvordan man finder frem til for eksempel standarddeviation både ved hjælp af dobbeltbestemmelser og ved mange målinger på samme prøve. Anvendelsen af forskellige test bliver også belyst med eksempler. Der er rigtig mange gode betragtninger undervejs, som for eksempel hvornår det er bedre at bruge variationskoefficienten frem for standarddeviationen.

En anden af bogens styrker er de mange litteraturhenvisninger, som gør det muligt for den interesserede at dykke dybere ned i et emne og måske få en større forståelse af det.

Med de vilkår, der gælder for en bog i begrænset oplag, synes jeg, layout, figurer og indbinding er i orden. Forfatterne har lagt op til, at eksempler er i blå, ligesom nogle af figurerne skulle have været i farver. Desværre er den trykt i sort/hvid og grå, hvor der skulle have været farver. Det skal dog bemærkes, at det ikke går ud over forståelsen.

Personligt kunne jeg godt tænke mig et lille afsnit om tælleusikkerhed, som man jo er nødt til at forholde sig til i forbindelse med for eksempel differentialtællinger eller tælling af celler i kropsvæsker. Endelig ville jeg gerne have medtaget et ran-plot svarende til gammeldags

sandsynlighedspapir, det er rigtig godt til at vurdere, specielt om et mindre materiale er normalfordelt.

Om den parrede t-test anfører forfatterne, at den er meget uhensigtsmæssig at benytte i forbindelse med metodesammenligning. Dette er jeg uenig i. En parret t-test i kombination med differensplot er ganske enkelt en af de stærkeste metoder til at afgøre, om der er forskel på 2 metoder (og hypotesetestning er en vigtig del af statistikken). Hvis der er forskel, kan man så efterfølgende undersøge, om denne forskel har klinisk betydning? Til gengæld anbefales bl.a. korrelationskoefficienten, som jeg ikke finder relevant. Faktisk synes jeg, at dette lille, men ganske vigtige, punkt gør det svært for mig at anbefale bogen som lærebog på bioanalytikeruddannelsen.

Denne bog kunne ellers være afløseren for Ove Lauritsens "Statistik for hospitalslaboranter", som mangler nogle af de metoder, der nu kræves i forbindelse med validering og akkreditering. Der findes dog et godt alternativ, nemlig "Statnoter" af Thomas Bendtsen fra bioanalytikeruddannelsen i Århus. "Statnoter" er foreløbig frit tilgængelig på nettet og bliver løbende opdateret.

Hvis man er i stand til at se bort fra behandlingen af den parrede t-test, vil bogen nu alligevel være en god opslagsbog. Den er let at gå til, og man vil ofte kunne finde et eksempel, der viser, hvordan et aktuelt statistisk problem skal løses.

Anmeldt af:

Jens Peter Philipsen, bioanalytikerunderviser, Klinisk Biokemisk Afdeling, Nordsjællands Hospital, Hillerød

DANDIAG

INTEGRA



NYHED!

VIAFLO ASSIST i kombination med de nye og lette VIAFLO II Multikanl pipetter.

Din personlige pipette assistent!



 **sartorius**

NYHED - Low Retention spider
PCR-Real time - DNA & RNA tekniker
Protein oprensning mm.



Dandiag A/S | Mårkærvej 9
2630 Tåstrup | T: 4343 3057
www.dandiag.dk
dandiag@dandiag.dk



Sara Beck Jochumsen
// konsulent i dbio

Jeg har i starten af december bedt om orlov til at passe min handicappede søn på 3 år, da han som følge af sit handicap skal opereres. I stedet for at få orlov er jeg dog blevet opsagt, med den begrundelse at arbejdspladsen skal spare. Det virker lidt underligt på mig, da jeg ikke tidligere har hørt noget om besparelser. Er det lovligt at opsig mig? Jeg troede, at man har ret til orlov?

Svar:

Det vil formentligt være i strid med forskelsbehandlingsloven at opsig dig.

Efter forskelsbehandlingsloven følger det, at en arbejdsgiver ikke må forskelsbehandle en medarbejder, der har et handicap. Men herudover har EU-Domstolen – i den såkaldte Coleman-sag – og senere Vestre Landsret slået fast, at beskyttelsen mod forskelsbehandling også finder anvendelse i en situation, hvor en arbejdsgiver forskelsbehandler en medarbejder, og forskelsbehandlingen skyldes, at for eksempel medarbejderens barn har et handicap.

Bevisbyrden

Hvis du derfor mener, at du har været udsat for en forskelsbehandling på grund af dit handicappede barn, skal du dog til at begynde med kunne "påvise faktiske omstændigheder, der giver anledning til at formode, at der har været udøvet forskelsbehandling", som det hedder i loven. Det vil sige, at du skal kunne sandsynliggøre, at opsigelsen er begrundet i dit ønske om orlov. Hvis din arbejdsgiver direkte har begrundet opsigelsen med din anmodning om orlov, så er det jo nemt. Men i dit tilfælde, hvor begrundelsen for opsigelsen er en anden, vil man blandt andet lægge vægt på begrundelsen for ønsket om orlov og den tidsmæssige sammenhæng mellem dit ønske om orlov og opsigelsen.

Hvis en domstol herefter finder, at du har påvist sådanne faktiske omstændigheder, er det din arbejdsgiver, der skal bevise, at han ikke har forskelsbehandlet dig. Det kan være en svær bevisbyrde at løfte, og om det er muligt, beror i sidste ende på en konkret vurdering. Men man vil blandt andet se på, om der reelt er tale om nedskæringer, om disse i givet fald har været planlagt, forud for at du har bedt om orlov, og om der i øvrigt er en saglig grund til, at det lige er dig og ikke en anden, der skal opsiges.

Hvis en domstol herefter kommer frem til, at der er sket forskelsbehandling, så har du krav på en godtgørelse på 6-12 måneders løn, alt efter hvor lang tid du har været ansat. Kun hvis du har været ansat i ganske kort tid, vil niveauet være på 6 måneder. Niveauet er i øvrigt svarende til det, der gælder, hvis man opsiges en gravid medarbejder.

Ret til orlov?

På de arbejdspladser, hvor dbio har indgået overenskomster, er der under visse omstændigheder en ret til fravær med løn i forbindelse med børns sygdom og hospitalsindlæggelse. Herunder en ret til orlov uden løn, hvis du bliver tilkendt tabt arbejdsfortjeneste fra kommunen efter servicelovens § 42 til at passe dit barn med en nedsat funktionsevne. Retten til orlov kan dog begrænses til 1 år pr. barn.

FAKTABOKS

For sygehusansatte findes reglerne i "Aftalen om fravær af familiemæssige årsager" indgået med regionerne. For statsansatte er du omfattet af "Aftalen om fravær af familiemæssige årsager", der gælder for staten, mens reglerne for øvrige overenskomstansatte findes i de enkelte overenskomster. Hvis du er ansat på en individuel kontrakt følger reglerne af din kontrakt. Du kan læse mere om, hvilke regler der specifikt gælder for dit område, på www.dbio.dk under "Job og Løn".

PP

Post Danmark

Magasinpost SMP + id-nr. 42015

STOP NOROVIRUS UDBRUD!



**Helt ny test i
Xpert-familien!**

Undgå smittespredning!

**Molekylærdiagnostisk detektion
af Norovirus GI og GII
på kun 90 minutter**

Diagen Danmark

Postboks 96 | DK-3600 Frederikssund

Tlf: +45 40 22 80 60 | Fax: +45 43 45 80 60

Epost: post@diagen.dk | Web: www.diagen.dk





NÅR LABORATORIET FÅR VOKSEVÆRK

Patologiafdelingen på Hvidovre Hospital

TID: Tirsdag d. 25 februar, kl. 16.30-ca. 18.30

STED: Patologisk afdeling afsnit 134, Hvidovre Hospital, Kettegårds Alle 30

Rundvisning på Patologiafdelingen på Hvidovre Hospital og et oplæg omkring deres store udvidelse i forbindelse med hospitalsplanen og omrokering af patologiske prøver.

Der serveres en sandwich og en vand til afslutning

TILMELDING SENEST d. 18.2.2014. Tilmelding kan kun ske på dbio-hovedstadens hjemmeside: www.dbio.dk/regioner/dbio-hovedstaden, klik på: medlemsarrangementer

Når din tilmelding er registreret på hjemmesiden, kan du deltage. Klik på "vis deltagere"

COACHING – UDNYT DIT OG DEN STUDERENDES POTENTIALE

Der er fortsat nogle ledige pladser på dbio's kursus: "Coaching – udnyt dit og den studerendes potentiale", hvorfor tilmeldingsfristen er rykket til d. 9. februar.

Kender du fornemmelsen af at læse flere og flere tykke bøger for at kvalificere din undervisning? Kender du fornemmelsen af, at den studerende ikke lytter eller forstår, hvad du siger? Kender du fornemmelsen af, at dine grænser overskrides i læringssituationen? Prøv noget andet – tag et kursus i coaching, hvor fokus vil være på, hvordan der kan skabes nærvær og udviklingspotentiale i læringssituationen.

Tilmelding kan ske via dbio's hjemmeside



TEMADAG OG ÅRSMØDET

7.3.-8.3.2014

AFDELING FOR KLINISK PATOLOGI, STORE AUDITORIUM,

Windsløwparken 15, 1. sal, Odense Universitetshospital. Deltagergebyr: 300 kr. (gratis for studerende).

SIDSTE TILMELDINGSFRIST fredag d. 21.2.2014 til Rikke Andersen, e-mail rikkande@rm.dk

PROGRAM FREDAG

TEMADAG: Diagnostiske faldgruber i væskebaseret cervixcytologi. *Dr. Mina Desai, Manchester, UK.*

- Forskelle og ligheder i ThinPrep og SurePath.
- Pladeepitelforandringer: Diagnostiske faldgruber og lookalikes (netcases).
- Cylinderepitelforandringer: Diagnostiske faldgruber og lookalikes (netcases).

Generalforsamling i Dansk Cytologiforening

PROGRAM LØRDAG

Årsmøde

- Interstitielle lungesygdomme.
Overlæge Elisabeth Bendstrup, AUH.
- BAL-væsker i forb. med interstitielle lungesygdomme.
Overlæge Karen Ege Olsen, OUH.
- DKLS' nye indikatorer.
Ledende bioanalytiker Jette Christensen, Aalborg Sygehus.
- Brystkræftscreening og dens konsekvenser.
Ph.d.-stud., cand.psych. Julie Mouritzen, Århus.
- Hvilke HPV-test siger evidensen, at vi skal anvende?
Professor Elsebeth Lynge, KU.
- Status på HPV-vaccinen og næste generation af vaccine.
Overlæge Gudrun Neumann, OUH.
- Hvordan bruges PAP-farvningen ved undersøgelse af voldtægtsofre?
Ph.d.-stud. ved Institut for Retsmedicin, SDU, læge Birgitte Schmidt Astrup, SDU.



Mindeord for Annette Lyshøj Møller

Det er med stor sorg, vi har mistet vores kære kollega Annette Lyshøj Møller. Den 6. september 2013 gik hun bort efter lang tids alvorlig sygdom, 59 år gammel. Gennem hele det lange sygdomsforløb var det vigtigt for Annette at møde på arbejde og holde kontakten til arbejdspladsen og kolleger, i det omfang sygdommen og behandlingsforløbet tillod det.

Annette begyndte sent på uddannelsen som bioanalytiker. Hun blev udlært i 2001. Før hun kom til os på KBA i Holste-

bro i 2008, var hun bl.a. ansat på KBA, Skive, og KIA, Viborg, samt Forskning, Holstebro.

Klinisk Biokemisk Afdeling i Holstebro har mistet en engageret og meget dygtig kollega. Hun var med sin stille og rolige væremåde en betænksom og værdsat person. Annette var født og opvokset på Sjælland. Hun kom til Jylland midt i livet og mødte her sin mand, Kaj. På trods af at Annette var sjællænder, besad hun en ægte jysk humor, som vi holdt umådeligt meget af.

I sin fritid var hun kreativ med bl.a. strik og maleri, og hun tilbragte mange timer med gåture i skoven. Annette og Kaj tog ofte på ferie til Polen, hvor de havde en stor omgangskreds. Annette medbragte på disse ture hjemmestrik til polske børn. På denne måde kom Annettes kreativitet og omsorg ud til mange mennesker.

Æret være Annettes minde.

Karen Skovsbøl Fabricius på vegne af kolleger i KBA, Holstebro, Hospitalsenheden Vest