

- identifies a 19p13 locus that modifies the risk of breast cancer in BRCA1 mutation carriers and is associated with estrogen receptor negative and triple negative breast cancer in the general population. *Nat Genet* 2010;42:885-92.
4. Ramus SJ, Kartsonaki C, Gayther SA et al. Common genetic variation at 9p22.2 modifies ovarian cancer risks in BRCA1 and BRCA2 carriers. *J Natl Cancer Inst* 2011;103:105-16.
 5. Antoniou AC, Rookus M, Andrieu N et al. Reproductive and hormonal factors and ovarian cancer risk among BRCA1 and BRCA2 mutation carriers: results from the International BRCA1 and BRCA2 Carrier Cohort Study. *Cancer Epidemiol Biomark Prevent* 2009;18:601-10.
 6. Brohet RM, Goldgar DE, Easton DF et al. Oral contraceptives and breast cancer risk in the International BRCA1/2 Carrier Cohort Study (IBCCS). *J Clin Oncol* 2007;25:3831-6.
 7. Gerdes AM, Cruger DG, Thomassen M et al. Evaluation of two different models to predict BRCA1 and BRCA2 mutations in a cohort of Danish hereditary breast and/or ovarian cancer families. *Clin Genet* 2006;69:171-8.
 8. Plon SE, Cooper HP, Parks B et al. Genetic testing and cancer risk management recommendations by physicians for at-risk relatives. *Gen Med* 2011;13:148-54.
 9. Tutt A, Robson M, Garber JE et al. Oral poly(ADP-ribose) polymerase inhibitor olaparib in patients with BRCA1 or BRCA2 mutations and advanced breast cancer: a proof-of-concept trial. *Lancet* 2010;376:235-44.
 10. Audeh MW, Carmichael J, Penson RT et al. Oral poly(ADP-ribose) polymerase inhibitor olaparib in patients with BRCA1 or BRCA2 mutations and recurrent ovarian cancer: a proof-of-concept trial. *Lancet* 2010;376:245-51.
 11. Burn J, Gerdes AM, Macrae F et al. Aspirin has a delayed anti-cancer effect in carriers of Lynch Syndrome: The CAP2 study follow-up. Aspirin reduces cancer risk in carriers of hereditary colorectal cancer: the CAPP2 Randomised Controlled Trial. *Lancet* (i trykken).
 12. Flossmann E, Rothwell PM. Effect of aspirin on long-term risk of colorectal cancer: consistent evidence from randomised and observational studies. *Lancet* 2007;369:1603-13.

Migrantstatus og adgang til sundhedsydelser i Danmark

Natasja Koitzsch Jensen, Signe Smith Nielsen & Allan Krasnik

STATUSARTIKEL

Forskningscenter for Migration, Etnicitet og Sundhed (MESU), Afdeling for Sundheds-tjenesteforskning, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet

Det danske sundhedsvæsen bygger på princippet om let og lige adgang for alle borgere [1], og Danmark har en universel sygesikring, hvor hovedparten af sundhedsydelserne er gratis. I sundhedsloven defineres personkredsen, som har ret til ydelser i sundhedsvæsenet som personer, der er tilmeldt Folkeregisteret [1, 2]. Hvilke ydelser migranter har ret til at modtage fra sundhedsvæsenet, kommer dermed til at afhænge af, under hvilke vilkår de kommer til Danmark.

I denne artikel fokuseres der på formel adgang til sundhedsydelser for personer med forskellig migrantstatus: indvandrere, flygtninge, asylansøgere, udokumenterede migranter og personer, der har været udsat for menneskehandel. Artiklen fokuserer på voksnes migranter adgang til sundhedsvæsenet i Danmark og er baseret på eksisterende lovgivning samt retningslinjer på nationalt niveau. Data er indsamlet som et led i EU-projektet European Best Practices in Access, Quality and Appropriateness of Health Services for Immigrants in Europe (EUGATE).

INDVANDRERE

Indvandrere, der er lovligt bosiddende i Danmark, opnår ved tilmelding til Folkeregisteret ret til at modtage sundhedsydelser på samme vilkår, som danske statsborgere med bopæl i landet har [1]. De får udstedt et sygesikringskort, som giver adgang til gratis behandling hos praktiserende læger og privatpraktiserende speciallæger samt undersøgelse og behandling på hospitaler [1, 3, 4]. Derudover er de berettiget til tilskud til tandlæge- og kiropraktorbehandling, receptpligtig medicin samt psykologbehandling, fysioterapi og fodterapi efter henvisning [1, 3, 4]. Desuden anbefaler Sundhedsstyrelsen, at indvandrere

fra områder med endemisk hepatitis B undersøges for kronisk infektion [5].

ASYLANSØGERE

Asylansøgere er ikke dækket af det danske sygesikringssystem og har ikke adgang til sundhedsydelser på samme vilkår som danske statsborgere med bopæl i landet. De er derimod omfattet af Udlændingesservice underholdsforpligtigelse og får adgang til sundhedsydelser gennem et parallelt system. Operatørerne af asylcentre er ansvarlige for at levere sundhedsydelser til asylansøgere, og disse ydelser finansieres af Udlændingesservice [6]. I asylcentret gennemføres en individuel samtale som en del af den medicinske modtagelse, og asylansøgere fra risiko-områder udspørges om symptomer på tuberkulose [7]. Operatørerne af asylcentre kan direkte initiere sundhedsydelser såsom konsultationer hos praktiserende læger eller vagtlæger, de første tre konsultationer hos psykologer eller psykiatere, de første fem behandlinger hos udvalgte specialister (f.eks. øjenlæger), jordemoderkonsultationer og visse parakliniske test i diagnostisk øjemed [6]. Ifølge udlændingeloven er asylansøgere berettiget til »nødvendig« sundhedsbehandling [8], hvilket i retningslinjerne fra Udlændingesservice uddybes til sundhedsbehandlinger, der er »nødvendige, uopsættelige og smertelindrende« [6]. Dette inkluderer smertebehandling eller behandling, der ikke kan vente, givet at der er en ikke ubetydelig risiko for permanente men, udvikling eller alvorlig progression af sygdom eller kronificering af den pågældende tilstand [6].

Adgang til yderligere sundhedsbehandling end de ydelser, der kan initieres direkte af operatørerne, kræ-

ver forudgående godkendelse fra Udlændingesservice. Alle ansøgninger gennemgås individuelt ved en medicinsk vurdering af, om behandling bør igangsættes på nuværende tidspunkt eller kan vente, til asylansøgeren får tilkendt ophold eller vender tilbage til oprindelseslandet [6]. Asylansøgere har ret til akut behandling på hospitaler, og udgifter i relation hertil afholdes af opholdsregionen i henhold til regionernes akutforpligtigelse [1, 3, 6]. Derudover har asylansøgere adgang til tandlægebehandling, når denne ligeledes anses for at være »nødvendig, uopsættelig og smertelindrende« [9]. Kvindelige asylansøgere, der er gravide, modtager desuden undersøgelse ved henholdsvis læge og jordemoder svarende til den standard, der er gældende for danske statsborgere med bopæl i landet [7].

FLYGTNINGE

Anerkendte flygtninge har lovligt ophold i Danmark, og idet de tilmeldes Folkeregisteret, er de lovmæssigt berettiget til sundhedsydelse på samme vilkår som danske statsborgere med bopæl i landet. Det skal dog bemærkes, at hvis flygtningen er en tidligere asylansøger, er det fortsat Udlændingesservice, der dækker udgifter til sundhedsvæsenet, op til udgangen af den efterfølgende måned i hvilken opholdstilladelse er blevet tilkendt [8]. Desuden modtager Danmark ca. 500 kvoteflygtninge årligt gennem en samarbejdsaftale med FN's Flygtningehøjkommissariat (UNHCR) [8, 10]. For kvoteflygtninge er ophold i Danmark betinget af, at de får foretaget en særlig sundhedsundersøgelse, der gennemføres af Den Internationale Organisation for Migration (IOM), og flygtningen samtykker til, at oplysningerne videregives til Udlændingesservice og modtagekommunen [8]. Efter ankomst til Danmark opnår kvoteflygtninge adgang til sundhedsydelse på lige vilkår som danske statsborgere med bopæl i landet. Af særlige tiltag kan nævnes, at traumatiserede flygtninge kan få adgang til vederlagsfri behandling på specialiserede centre for traumatiserede flygtninge [1].

UDOKUMENTEREDE MIGRANTER

Udtrykket udokumenterede migranter dækker over migranter, som ikke har lovligt ophold i Danmark – uafhængigt af hvad årsagen til dette er. Ved registrering hos myndighederne kan udokumenterede migranter opnå ret til sundhedsbehandling på samme vilkår som asylansøgere, givet at de opfylder visse betingelser, såsom at de må tage ophold på et asylcenter [6, 8]. I praksis vil det medføre, at de skal søge asyl eller udrejse fra landet, hvorfor udokumenterede migranter normalt vil være afskåret fra at benytte denne mulighed og kun har meget begrænsede formelle rettigheder for adgang til sundhedsydelse.



FAKTABOKS

Indvandrere

Ved tilmelding til Folkeregisteret opnår indvandrere adgang til sundhedsydelse på samme vilkår, som danske statsborgere med bopæl i landet har.

Flygtninge

Flygtninge tilmeldes Folkeregisteret og opnår adgang til sundhedsydelse på samme vilkår, som danske statsborgere med bopæl i landet har. Tidligere asylansøgere har en overgangsperiode, hvor de stadig får sundhedsydelse dækket af Udlændingesservice. Kvoteflygtninge skal indvillige i et sundhedstjek før ankomst til landet. Traumatiserede flygtninge kan få adgang til behandling af traumer via specialiserede centre.

Asylansøgere

Asylansøgere får sundhedsydelse dækket via Udlændingesservices underholdsforpligtelse. Adgang til sundhedsydelse sker gennem et parallelt system, og visse ydelser skal godkendes af Udlændingesservice, før behandling kan initieres.

Udokumenterede migranter

Udokumenterede migranter har officielt kun adgang til akut behandling. Ved registrering hos officielle myndigheder og indflytning på et asylcenter omfattes udokumenterede migranter af Udlændingesservices underholdsforpligtigelse, og adgang til sundhedsydelse kan opnås på samme vilkår som for asylansøgere.

Handlede personer

Personer, der er blevet handlet til landet, har adgang til akut behandling og mulighed for henvendelse til anonyme sundhedsklinikker i København og Fredericia. Mobile sundhedsklinikker eksisterer på Fyn og i Jylland. Ved registrering hos officielle myndigheder omfattes handlede personer af Udlændingesservices underholdsforpligtigelse.

Ifølge sundhedsloven og lovbekendtgørelsen om ret til hospitalsbehandling har personer, der ikke har bopæl i Danmark, men som midlertidigt opholder sig i landet, ret til akut behandling på et hospital. Regionsrådet kan beslutte, om det under de foreliggende omstændigheder skønnes rimeligt, at behandlingen ydes vederlagsfrit [1, 3]. Sundhedsstyrelsen bekræfter, at læger er forpligtigede til at igangsætte den bedst mulige behandling for en person i akut nød, uafhængigt af personens juridiske grundlag for at opholde sig i landet, men denne forpligtigelse gør sig ikke gældende i samme grad ved elektiv behandling som f.eks. abort [11]. Dette uddybes i et brev Sundhedsstyrelsen udsendte til samtlige ledende embedslæger 9. januar 2003. Der kan efter et samråd gives tilladelse til abort til kvinder uden bopæl i landet, såfremt kvinden har særlig tilknytning til landet [11], men kvinden må som udgangspunkt selv afholde udgiften til indgrebet, støttesamtaler, tolkebistand og oversættelse af nødvendige dokumenter [12].

PERSONER, DER HAR VÆRET UDSAT FOR MENNESKEHANDEL

Handel med voksne mennesker til tvangsarbejde uden for prostitutionsområdet kendes ikke på nuværende tidspunkt i Danmark, og derfor koncentrerer dette afsnit sig om kvinder, der bliver handlet til seksualudnyttelse [13]. Handlede kvinder, der kommer

i kontakt med myndighederne, har en udrejsefrist på 30 dage, hvor de kan opholde sig i Danmark – denne refleksionsperiode kan udvides til 100 dage, hvis der samarbejdes med myndighederne om planlagt repatriering, eller hvis særlige grunde som eksempelvis lægelige hensyn taler herfor [8, 14]. Personer, der har været udsat for menneskehandel og er i kontakt med myndighederne, er som andre

udokumenterede migranter dækket af Udlændingesservice underholdsforpligtigelse [13], men har mulighed for at tage ophold på et krisecenter frem for et asylcenter [15]. Udlændingesservice er sammen med Center mod Menneskehandel ansvarlige for, at kvinderne tilbydes sundhedsfremmende behandling og psykologhjælp [13]. Kvinder, der er handlet til prostitution, kan – selvom de ikke er i kontakt med myndighederne – få adgang til sundhedsbehandling anonymt gennem sundhedsklinikker i København og Fredericia. Kvinderne kan bl.a. testes for seksuelt overførte sygdomme og graviditet samt blive vejledt i sikker prostitutionsadfærd, og det er muligt at henvise kvinderne videre til andre dele af sundhedsvæsenet, inklusive psykolog- og tandlægebehandling [16].

 TABEL 1

Lovgivning, der regulerer adgang til sundhedsbehandling for migranter. Oversigten er baseret på love og bekendtgørelser.

Adgang til akut behandling	
Sundhedsloven	§ 80: Adgang til akut behandling for personer uden bopæl i landet
Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling	§ 5: Adgang til akut behandling for tilflyttere til landet § 6: Adgang til akut behandling for personer uden bopæl i landet
Adgang til ikkeakut behandling	
<i>Indvandrere</i>	
Sundhedsloven	§ 7: Personer med bopæl i landet har ret til lovens ydelser
Bekendtgørelse om behandling hos læge i praksissektoren	§ 1: Tildeling af læge ved tilflytning fra udlandet
<i>Flygtninge</i>	
Sundhedsloven	§ 7: Personer med bopæl i landet har ret til lovens ydelser § 79: Adgang til specialiserede rehabiliteringscentre for traumatiserede flygtninge
Bekendtgørelse om behandling hos læge i praksissektoren	§ 1: Tildeling af læge ved tilflytning fra udlandet
Udlændingeloven	§ 8, stk. 5: Særlig sundhedsundersøgelse og videregivelse af oplysninger § 42a: Udlændingesservices underholdsforpligtigelse
<i>Asylansøgere</i>	
Udlændingeloven	§ 42a: Udlændingesservices underholdsforpligtigelse
<i>Udokumenterede migranter</i>	
Udlændingeloven	§ 42a: Udlændingesservices underholdsforpligtigelse
<i>Handlede personer</i>	
Udlændingeloven	§ 33, stk. 14: Forlænget udrejsefrist for personer, der har været udsat for menneskehandel § 42a: Udlændingesservices underholdsforpligtigelse

 TABEL 2

Nationale retningslinjer, der regulerer adgang til sundhedsvæsenet for migranter.

Migrantstatus	Retningslinjer og politikker
Indvandrere	Vejledning om forebyggelse mod viral hepatitis [5]
Flygtninge	Vejledning om forebyggelse mod viral hepatitis [5]
Asylansøgere	Retningslinjer for sundhedsbehandling af voksne asylansøgere mv. [6] Retningslinjer for bevilling til tandbehandling af voksne asylansøgere mv. [9] Standard for Asylafdelingens sundhedstjeneste 2009 [7]
Udokumenterede migranter ^a	Hospitalssøgende med falsk id [11] (brev fra Sundhedsstyrelsen)
Handlede personer ^a	Handlingsplan til bekæmpelse af handel med mennesker 2007-2010 [13]

a) Hvis disse personer er registreret hos myndighederne, er de ligeledes omfattet af [6] og [9].

KONKLUSION

Adgang til sundhedsydelser afhænger af migrantstatus og reguleres i Danmark på forskelligt lovgrundlag (Tabel 1). For indvandrere og personer med flygtningestatus reguleres adgangen til sundhedsvæsenet hovedsagelig på baggrund af sundhedsloven, idet disse migrantgrupper bliver tilmeldt Folkeregisteret. Når det drejer sig om asylansøgere, udokumenterede migranter og personer, der har været udsat for menneskehandel, er det udlændingeloven, der sætter rammerne for adgang til sundhedsvæsenet ved alt andet end akut behandling. Dermed er de mest sårbare og udsatte migrantgrupper også dem, der har færrest anerkendte rettigheder i forhold til adgang til sundhedsbehandling. Asylansøgere er underlagt særlige restriktioner i adgangen til behandling, men især udokumenterede migranter og personer, der har været udsat for menneskehandel er udsatte. Udokumenterede migranternes adgang til sundhedsvæsenet er et af de mindst regulerede områder i dansk lovgivning, hvorimod der ses politisk velvilje til at yde en ekstra indsats til en særlig udsat undergruppe af udokumenterede migranter. Det gælder personer, der har været udsat for menneskehandel, hvor en national handlingsplan direkte anerkender handlede kvinders rettigheder til sundhedsydelser. I denne artikel beskrives de formelle rettigheder til sundhedsydelser afhængig af migrantstatus baseret på lovgivning og retningslinjer (Tabel 2). Spørgsmålene om, hvordan lovgivningen tolkes i praksis, i hvor høj grad sundhedsprofessionelle har kendskab til denne, og hvilke dilemmaer disse rammer kan give anledning til i behandlingssituationer, står ubesvarede, men det er denne lovgivning, der ligger til grund for de sundhedsprofessionelles arbejde og for migranternes mulighed for at gøre brug af deres rettigheder. Adgang til sundhedsydelser anerkendes af internationale institutioner som FN som en menneskerettighed for ethvert menneske [17-

19]. Lovgivning om adgang til sundhedsydelser for migranter varierer i høj grad mellem lande [18], ligesom praksis kan afvige fra lovgivningen [20]. Der vil derfor også være behov for dokumentation af, hvordan praksis ser ud i Danmark.

KORRESPONDANCE: *Natasja Koitzsch Jensen*, Forskningscenter for Migration, Etnicitet og Sundhed (MESU), Afdeling for Sundhedstjenesteforskning, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, Øster Farimagsgade 5, 1014 København K. E-mail: naje@sund.ku.dk

ANTAGET: 22. februar 2011

FØRST PÅ NETTET: 25. april 2011

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

TAKSIGELSER: Generaldirektoratet for Sundhed og Forbrugere, Europa-kommissionen, har finansieret EU-projektet European Best Practices in Access, Quality and Appropriateness of Health Care Service for Immigrants in Europe (EUGATE). Data til dette arbejde er indsamlet i forbindelse med EUGATE-projektet.

Stefan Priebe og *Marija Bogic* fra Barts and the London School of Medicine and Dentistry, Queen Mary, University of London, takkes for ansvar og koordinering af EUGATE-projektet.

Andrea Gaddini fra Mental Health Unit, Prevention and Health Promotion Department, Agency for Public Health of Lazio Region, takkes for at koordinere undersøgelsen af lovgivning og politikker for migrantgrupper i de inkluderede EU-lande i forbindelse med EUGATE-projektet.

LITTERATUR

1. www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=130455 (15. jul 2010).
2. www.nyidanmark.dk/da-dk/statistik/integrationsomraadet/begreber_definitioner.htm (17. sept 2010).
3. www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=129917 (9. okt 2010).
4. www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=10335 (9. okt 2010).
5. Vejledning om forebyggelse mod viral hepatitis. København: Sundhedsstyrelsen, 2002.
6. Retningslinier for sundhedsbehandling af voksne asylansøgere mv. København: Udlændingetjeneste, 2006.
7. Standard for asylafdelingens sundhedstjeneste. København: Røde Kors, 2009.
8. www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=133236 (31. aug 2010)
9. Retningslinier for bevilling af tandbehandling til voksne asylansøgere mv. København: Udlændingetjeneste, 2006.
10. www.nyidanmark.dk/da-dk/Ophold/asyl/kvoteflygtninge.htm (15. jul 2010).
11. http://sundnyt.sst.dk/Tilsyn/Hospitalsoegende_med_falsk_identifikation_om_behandling_og_politianmeldelse.aspx (5. mar 2011).
12. www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=10239 (31. aug 2010).
13. Handlingsplan til bekæmpelse af handel med mennesker 2007-2010. København: Minister for Ligestilling, Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration, Udenrigsministeriet og Justitsministeriet, 2007.
14. www.centermodmenneskehandel.dk/Menu2/lovgiving/lovgiving-vedrorende-udvidelse-af-refleksionsperioden (9. nov 2010).
15. www.centermodmenneskehandel.dk/Menu2/hjaelp-til-ofre-for-menneskehandel/sundhedstilbud (9. nov 2010).
16. www.centermodmenneskehandel.dk/Menu2/hjaelp-til-ofre-for-menneskehandel (17. dec 2010).
17. International Organization for Migration. Health of migrants – the way forward. Report of a global consultation. Madrid, WHO, 2010.
18. Peiro MJ, Benedict R, red. International Organization for Migration. Health care for undocumented migrants in the EU: concepts and cases. Donau: Donau Universität Krems, Center for Health and Migration, 2009.
19. www.menneskeret.dk/internationalt/fn/fn's+verdenserkl%c3%a6ring (18. jan 2011)
20. Huma Network. Health for undocumented migrants and asylum seekers network. Access to health care for undocumented migrants and asylum seekers in 10 EU countries. Law and practice. www.huma-network.org (18 jan 2011).

Føtal og neonatal alloimmun trombocytopeni er en mulig fatal tilstand

Ellen Birkerod Morling Taaning¹, Jens Kjeldsen-Kragh², Morten Hedegaard³, Hanne Kristine Hegaard⁴, Tine Brink Henriksen⁵, Anne-Mette Hvas⁶, Hanne Kjærgaard⁷ & Ole Bredahl Rasmussen⁸

Formålet med denne statusartikel om føtal og neonatal alloimmun trombocytopeni (FNAIT) er at beskrive sygdomsmekanismen, incidensen og diagnostikken og at give anbefalinger for behandling samt at diskutere FNAIT-screening.

FNAIT er den hyppigste årsag til svær føtal og neonatal trombocytopeni og er en væsentlig årsag til intracerebral blødning hos mature, i øvrigt raske, nyfødte med potentielt svære handicap eller død til følge [1].

Sygdomsmekanismen ved FNAIT er analog til hæmolytisk sygdom hos den nyfødte, hvor fosterets erythrocytter destrueres af moderens erythrocytstoffer.

Ved FNAIT er der føtomaternel uforligelighed for et eller flere føtale trombocytantigener, *human platelet antigens* (HPA), som fosteret har arvet fra faderen, men som ikke er til stede hos moderen. Uforligeligheden kan give anledning til maternel alloimmunisering. De maternelle immunoglobulin G-antistoffer kan via placenta passere til fosterets cirkulation,

hvor de bindes til fosterets antigenpositive trombocytter. De antistofsensibiliserede trombocytter vil derefter blive fjernet fra fosterets cirkulation via monocyt-makrofag-systemet – hovedsageligt i milten. Dette kan føre til alvorlig trombocytopeni hos fosteret eller det nyfødte barn med deraf følgende øget blødningsstendens [1].

HPA er genetisk bestemte strukturelle forskelle, polymorfier, i forskellige glykoproteiner, der hovedsageligt er udtrykt på trombocytmembranen. HPA er nummereret i kronologisk orden efter det tidspunkt, hvor de er beskrevet i litteraturen. Der er i dag 12 velkarakteriserede antigener, der indgår i seks di-allele systemer med kodominant autosomal arvegang. Det hyppigst forekommende antigen i hvert system kaldes a og det andet b. HPA-1a (tidligere Zw^a eller Pl^{A1}) [2, 3] er det først beskrevne i litteraturen og er af stor klinisk betydning.

Immuniseringen kan finde sted tidligt i graviditeten, idet HPA er påvist på fosterets trombocytter fra

STATUSARTIKEL

- 1) Klinisk Immunologisk Afdeling, Rigshospitalet,
- 2) Afdelingen for immunologi og transfusionsmedicin, Oslo Universitets-sykehus, Ullevål, Oslo,
- 3) Obstetriske Klinik, Rigshospitalet,
- 4) Juliane Marie Centret, Afsnit 9431, Rigshospitalet,
- 5) Pædiatrisk Afdeling A, Aarhus Universitetshospital, Skejby,
- 6) Klinisk Biokemisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, Skejby,
- 7) Juliane Marie Centret, Forskning, Afsnit 3341, Rigshospitalet, og
- 8) Gynækologisk-obstetriske Afdeling, Sygehusenheden Vest, Herning