

Saker til epostkassen:

- Rekvirering av behandlingshjelpemidler og forbruksmateriell
- Henvisning til logoped
- Prøvesvar i epikriser
- Hospitering ortogeriatri
- LDL – mål, sekundærprofylakse koronarsykdom
- Laboratorieprøver og legesentra, innspill fra 3 legekantor
- samarbeid med ernæringsfysiologer
- Innføring av beslutningsgrenser

Møte i Fagråd for legesamarbeid den 24. mai 2023

Samarbeid med ernæringsfysiologer- innspill1

En av mine pasienter har vært til flere vurderinger hos ernæringsfysiolog ved St Olavs hospital. Ernæringsfysiolog har skrevet i epikrise at pasienten skal «prøve Colpermin (fastlege må skrive resept)».

For det første har ikke ernæringsfysiolog instruksjonsmyndighet ift hva jeg skal skrive ut til pasienten. For det andre er medikamentet i dette tilfellet faktisk kontraindisert.

I tillegg må jeg bruke tid på å forklare til pas hvorfor medikamentet ikke skal brukes, det tar tid som vi ikke har masse av.

Ber om at ernæringsfysiolog kontakter sykehusets leger ved ønske om oppstart av medikamenter - og ikke sender epikriser med ordre til fastlege om å skrive ut resept.

Samarbeid med ernæringsfysiologer- innspill 2

- Jeg ønsker å melde inn en sak fra fastlegene:

Det har tydeligvis kommen en ernæringsfysiolog-avdeling på St.Olav. Disse sender epikriser der de både ber om at det tas blodprøver slik som dette:

"sjekk av vitamin- og mineralstatus; Fettløselige vitaminer (A,D,E,K), Jern, Folat, B12, Sink. Ber om at blodprøvesvar sendes St Olavs."

Flere av disse prøvene er meget arbeidskrevende (i følge lab) og har kun indikasjon ved helt spesielle problemstillinger.

I tillegg kommer det nå epikriser (gjerne etter videosamtale) der det står følgende:

"Tiltak:
-Prøve "XXX medisin" (fastlege må skrive resept)"

Jeg er klar over at ernæringsfysiologer ikke har forskrivningsrett, og kanskje ikke rekvireringsrett til blodprøver, men dette følger ikke samarbeidsavtalen vår.

4. Resepter, samstemming og vedlikehold av Legemidler i Bruk (LiB) liste

Felles

- Ved skriving av e-resept: Legen sjekker reseptformidleren og fjerner uaktuelle resepter.
- Spørre pasientene om de bruker naturpreparater eller uregistrerte legemidler

Fastlege sørger for

- Samstemming av LiB ved mottak av epikriser/informasjon om endring i legemiddelbehandling
- At pasientene har oppdatert LiB liste.
- At det er samsvar mellom LiB liste og eventuelt ordinasjonskort Multidose.
- For pasienter med hjemmesykepleie: At hjemmesykepleien informeres ved endringer i LiB.
- At pasienten har gyldige resepter på faste medisiner

Sykehuslege sørger for

- Å etterspørre LIB-listen og samstemme LiB (følge sykehusets prosedyrer) ved innleggelser, og ved polikliniske kontakter der det anses relevant.
- Å gi korrekte LiB-liste i epikriser, med begrunnelse for endringer i LiB.
- Å gi resept på nye legemidler eller ved endret dosering/skifte av legemidler.
- Ved multidose: Følg punkt over. (Fastlegen gjør endringer i ordinasjonskortet som faxes / sendes per post til multidosøapoteket). Merk tydelig i epikrise hvilke medisiner som er endret (nye, endret dose, seponerte medikamenter)

5. Blodprøver

- Legen som stiller indikasjonen for blodprøven og skal vurdere svaret, skriver rekvisisjon (elektronisk der det er mulig) og avklarer med pasienten hvor prøven skal tas samt eventuelle spesielle forhold som må tas hensyn til (fastende, tid på døgnet, før medikamentinntak etc).
- Legen som stiller indikasjon og rekvirerer blodprøven, har ansvaret for oppfølging og informasjon til pasienten når svaret foreligger. Om rekvirerende lege er fraværende eller slutter i stilling skal annen lege på stedet følge opp svaret.
- Blodprøver rekvirert av sykehuslege tas som regel på sykehuset.

- Blodprøver rekvirert av sykehuslege kan tas på fastlegekontoret dersom dette er mest hensiktsmessig for pasienten.
 - Forutsetninger:
 - Pasienten har rekvisisjon med seg med mindre det er avklart mellom sykehus og fastlege at kontrollprøver rekvireres og tas ved legekantoret. Om det rekvireres kontrollprøver fra fastlegekontor etter avtale med sykehuset så går det kopi av svaret til sykehusavdelingen.
 - Pasienten kontakter om mulig fastlegekontoret i forkant for å avtale tidspunkt for prøven.
- Blodprøver rekvirert av fastlege tas som regel på fastlegekontoret, med mindre prøven krever spesiell ivaretagelse (f. eks frysing). Fastlege avklarer med pasienten hvor prøven i så fall skal tas.
- Det er en fordel for oppfølgingen av pasienten at prøver i så stor grad som mulig sendes til St. Olavs hospital for analyse, slik at prøvesvar blir tilgjengelige i sykehusets elektroniske labdata-system.
- Ved påviste farlige unormale prøvesvar tas det telefonisk kontakt med aktuelle fastlegekontor, utenom kontortid kontaktes aktuelle legevakt. Man kan henvise og sende forespørselsmelding kun til laboratoriefagområdet Klinisk farmakolog og Medisinsk genetikk .

For mer detaljer for øvrig henvises til hjemmesiden: [Lab - St. Olavs hospital](#)

Svar fra klinisk service, Rehabklinikken

Vedrørende samarbeidsrutiner generelt:

Vi har ingen klare føringer for hvem som skal ha hvilken informasjon om ernæringsbehandlingen i primærhelsetjenesten, så vi sender noe informasjon til fastleger, sykepleietjenestene, saksbehandling og evt. legetjenester ved sykehjem.



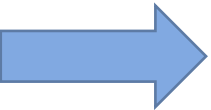
Ved polikliniske konsultasjoner sender vi en del epikriser til fastleger, men ikke alle. Ønsker fastlegene kopi av alle notat fra polikliniske konsultasjoner eller kun ved avsluttende oppfølging så fremt det ikke er spørsmål om samhandling?



Når det gjelder den første saken:

Vi skal selvfølgelig ikke pålegge fastlegene å skrive ut resept, det skal være et forslag. Det skal vi også presisere til pasientene, og at det må gjøres en vurdering av en lege som har oversikt over hele den medisinske situasjonen til pasienten. Det tas opp i kef-gruppa.

Dersom pasienten er henvist internt skal vi kontakte henvisende lege for vurdering av dette.



Hvordan ønsker fastlegene at vi løser dette med pasienter som er henvist fra dem eller fra privatpraktiserende leger hvor de har vært på utredning, f.eks. IBS-pasienter som er utredet på Medicus? Dette er pasienter legene her ikke er kjent med og ikke har behandlingsansvar for.

Svar fra klinisk service, Rehabklinikken

Når det gjelder den andre saken om blodprøver:

Vi har per i dag ikke rekvireringsrett poliklinisk. For inneliggende pasienter har vi fått det med HP, men da setter vi behandlingsansvarlig lege ved aktuell avd. på signering sånn at avdelingen har ansvaret for oppfølging av prøvesvarene. Vi ser nå på muligheten for å få til rekvireringsrett på blodprøver også poliklinisk. Se over for svar ang. forslag til medikamenter.

Innføring av beslutningsgrenser

Vurdering av innføring av beslutningsgrenser for ulike analyser ved avdeling for medisinsk biokjemi ved St.Olavs hospital

Vi ved medisinsk biokjemi ønsker å endre praksis for flagging og kommentering for et utvalg av våre analyser. Arbeidsgruppa som har jobbet med dette har bestått av overlege Ingrid Lian, overlege Arne Åsberg, overlege Ingrid Hov Odsæter og LIS Elisabet Tjernvoll.

Vi ønsker å innføre flagging i henhold til beslutningsgrenser i stedet for referanseområdet, slik praksis er i dag. Dette vil medføre endring i frekvensen av flagging. For noen analyser vil det bli flere røde flagg, men forhåpentligvis vil praksisen oppleves å være med i tråd med den kliniske betydningen eller konsekvensen av prøvesvaret. Vi tror også at endringene vil være med på å gjøre resultatene mer forståelig for pasienter som nå får tilgang til egne i blodprøvesvar gjennom Helsa Mi.

Nedenfor er det beskrevet forslag til endringer for noen analyser. Vi ønsker å få tilbakemeldinger fra klinikere på våre forslag. Er dette endringer som vil være til hjelp eller vil økt flagging være mer forstyrrende? Vil det bidra å gjøre prøvesvarene mer forståelig for pasientene? Vi er takknemlige for alle innspill!

Eksempel:

Vitamin D:

Dagens praksis:	Vi flagger på referansegrensene: 31- 98 nmol/L. Det knyttes kommentarer til resultatene som vist i tabellen under:												
	<table border="1"><thead><tr><th>Vitamin D verdi</th><th>Kommentar</th></tr></thead><tbody><tr><td><30 nmol/l</td><td>Funn forenelig med uttalt vitamin D mangel</td></tr><tr><td>30-50 nmol/l</td><td>Funn forenelig med vitamin D mangel</td></tr><tr><td>50-75 nmol/l</td><td>Funn forenelig med mulig vitamin D mangel</td></tr><tr><td>75-150 nmol/l</td><td>Konsentrasjon i ønsket nivå</td></tr><tr><td>>375 nmol/l</td><td>Forenelig med vitamin D-intoksikasjon</td></tr></tbody></table>	Vitamin D verdi	Kommentar	<30 nmol/l	Funn forenelig med uttalt vitamin D mangel	30-50 nmol/l	Funn forenelig med vitamin D mangel	50-75 nmol/l	Funn forenelig med mulig vitamin D mangel	75-150 nmol/l	Konsentrasjon i ønsket nivå	>375 nmol/l	Forenelig med vitamin D-intoksikasjon
Vitamin D verdi	Kommentar												
<30 nmol/l	Funn forenelig med uttalt vitamin D mangel												
30-50 nmol/l	Funn forenelig med vitamin D mangel												
50-75 nmol/l	Funn forenelig med mulig vitamin D mangel												
75-150 nmol/l	Konsentrasjon i ønsket nivå												
>375 nmol/l	Forenelig med vitamin D-intoksikasjon												
Forslag til endring:	Flagge på en beslutningsgrense, nedre flaggegrense endres til 50nmol/l, da dette er en grenseverdi som ofte blir brukt for å definere mangel. Verdier over 50nmol/l defineres ofte som tilfredsstillende vitamin D nivåer. Verdier som er forenelige med intoksikasjon flagges som høye (!/HH). I tillegg foreslås det at												

	<table border="1"><thead><tr><th>Vitamin D verdier:</th><th>Kommentar:</th></tr></thead><tbody><tr><td><30 nmol/l</td><td>Funn forenelig med uttalt vitamin D mangel</td></tr><tr><td>30-50 nmol/l</td><td>Funn forenelig med vitamin D mangel</td></tr><tr><td>>375 nmol/l</td><td>Forenelig med vitamin D-intoksikasjon</td></tr></tbody></table>	Vitamin D verdier:	Kommentar:	<30 nmol/l	Funn forenelig med uttalt vitamin D mangel	30-50 nmol/l	Funn forenelig med vitamin D mangel	>375 nmol/l	Forenelig med vitamin D-intoksikasjon
Vitamin D verdier:	Kommentar:								
<30 nmol/l	Funn forenelig med uttalt vitamin D mangel								
30-50 nmol/l	Funn forenelig med vitamin D mangel								
>375 nmol/l	Forenelig med vitamin D-intoksikasjon								
Konsekvenser:	Dette vil medføre at en god del flere resultater flagges som lave. Tall fra siste 6 måneder tyder på vi i dag flagger omtrent 6% av resultatene som lave. Hvis grensen hadde vært 50nmol/l ville omtrent 27% av resultatene blitt flagget lave. Også øvre grense bør endres, slik at man ikke flagger de resultatene som er innenfor ønsket konsentrasjon. Flagg og kommentarer er mer i samsvar med den kliniske betydningen.								