

Dagsorden Specialeråd for Klinisk Biokemi

Tidspunkt

Fredag d. 16. december 2022, kl. 10.00-12.30

Sted

Sydvestjysk Sygehus Esbjerg, KBA, Lokale 422, 1. sal

Deltagere

Vakur Bor, Lene Rosenberg, Jørgen Gram, Ivan Brandslund, Eline Sandvig Andersen, Steen Antonsen, Mads Nybo, Lars Melholt Rasmussen, Pernille Just Vinholt, Madsen, Anne Lindegaard Christiansen, Michael Mejer Hunderup, Bjarne Dahler-Eriksen (kontaktdirektør), Jesper Farup Revsholm (referent), Eva Rabing Brix Petersen (mødeleder)

Afbud/ikke til stede

Anne-Sofie Faarvang Thorsen, Kristian Voss Bjerre, Anne Alnor, Claus Lohman Brasen, Patricia Diana Sørensen, Jonna Skov Madsen, Charlotte Gils, Rasmus Søgaard Hansen, Katrine Sølling Borlund, Mie Lykkeberg (Sundhedsplanlægning)

1) Godkendelse af referat Bilag 1

Ingen kommentarer – referat godkendt

2) Kort information om diverse

a) Anbefaling fra VUK vedr. plasma non-HDL kolesterol /Jesper

Tiårs risiko for hjertekarsygdom kan estimeres med SCORE2 udarbejdet af SCORE2 Working Group og European Society of Cardiology Cardiovascular risk collaboration. SCORE2 erstatter den tidligere anvendte SCORE.

SCORE2 anvender som noget nyt ikke-fastende non-HDL kolesterol (high density lipoprotein) frem for total kolesterol eller LDL kolesterol (low density lipoprotein). Non-HDL kolesterol beregnes som total kolesterol minus HDL kolesterol og omfatter kolesterol i LDL, VLDL (very low density lipoprotein), IDL (intermediate density lipoprotein) og kylomikroner, dvs. restkolesterol.

Videnskabeligt Udvalg for Kvalitet anbefaler, at laboratorierne i lipidprofiler beregner og afgiver svar på plasma non-HDL kolesterol. **Bilag 2.**

Specialerådet tilslutter sig dette. Jesper tager det med til HG mhp. implementering.

b) Høring Dimensioneringsplan 2024-2028 Klinisk Biokemi/Eva

Høringssvar fra Specialerådet og Uddannelsesudvalget i RSD for Klinisk Biokemi **Bilag 3.**

Høringssvar sendt. Ikke yderligere kommentarer.

c) EPJSYD Manglende spærring for samtidig udtagelse af blodprøver til blodtypebestemmelse og BAC-/BF-test (forligelighedsundersøgelse)/Eva

EPJSYD kan ikke blokere for rekvisition af blodtypebestemmelse og BAC-test på samme rekvisition, hvilket er et klart tilbageskridt ift. patientsikkerhed. SLB har haft henvendelse fra klinikere, der er bekymrede over dette og beder om en løsning i EPJSYD. KIA OUH har ad flere omgange påtalt denne manglende funktionalitet i EPJSYD. SLB ønsker at gøre det samme, er det noget, SHS og SVS vil være med til at gøre i fællesskab? **Bilag 4.**

Dette er ikke kun et problem for type og BAC-test. Der mangler generelt mulighed for opsætning af regler (blokering, m.m.) i relation til rekvisition- og svarmodulet i EPJSyd. Det er tekniske begrænsninger i kommunikationen mellem BCC og EPJSyd, der er årsag til problemstillingen, men det er vurderingen, at det burde kunne tilrettes/udbedres. Specialerådet ønsker derfor sammen med KIA at fastholde presset for hurtig løsning på problemet. Bjarne bekræfter, at de mest kritiske ændringsønsker til EPJSyd kan implementeres parallelt med den planlagte opgraderingssekvens, men at det er uhensigtsmæssigt. Det oplyses at RegionMidt er på EPI version 37, mens opgraderingen af EPJSyd i januar bringer os til version 34.

Ift. type og BAC-test støtter biokemien på SLB, SHS og SVS op om KIA's akutte ændringsønske. KIA er tovholder.

Eva kontakter Jørgen Georgsen for at høre, om KIA ved, hvordan RegionMidt har håndteret dette problem.

Tilføjet 23/1:

Jørgen Georgsen oplyser, at RegionMidt bruger instrukser til at håndtere problemstillingen om type og BAC-test, altså (desværre) sv.t. vores tilgang.

**d) Autosignering af blodgasser foretaget på intensiv, Vejle/Eva, Steen
Bilag 5.**

Der er ikke kommet tilbagemeldinger på mailen (bilag 5).

Ad pkt 1 i bilag: Autosignering af A-gas

Dette skulle være løst på SLB og SHS.

Der arbejdes på løsning på OUH.

Ad pkt 2 i bilag: Til/fra-sortering af A-gas resultater i EPJSyd svarvisningen

Nuværende opsæt i svarvisningen/svargrupper er i overensstemmelse med MEDCOM retningslinjer. EPJSyd har ikke mulighed for sortering på rekvisitionsgrupper. Dette kan oprettes som et ændringsønske, men med lange udsigter.

Specialerådet ønsker at medvirke til løsningen, men insisterer på, at processen kræver betydende medvirken fra de kliniske specialer og derfra bringes til EPJSyd organisationen/Regionalt Klinisk EPJSyd udvalg. Bjarne støtter op om dette.

For nuværende afventes tilbagemelding på mailen fra Eva og Steen.

3) Opsamling fra sidst

a) M-komponenter og FLC/Jonna, Lene, Eva

Der er via de enkelte laboratoriers sygehusdirektioner, jf. specialrådsreferat fra d.

2.7.2021 ansøgt om finansiering af den større analyseaktivitet for de jyske laboratorier, idet KIA/KBF OUH gik i luften med primær udredning af M-komponent sygdom vha. FLC og M-komponenter medio november 2021, da der blev bevilliget 1,3 mio. DKK til KIA OUH til meraktivitet i 2021 og 2022. SLB (Jonna), SHS (Eva) og SVS (Lene) har sendt indstillinger om økonomi til analysen til egne direktioner. Tilbagemeldingerne fra Direktionerne var et ønske om fælles indmelding til koncernledelsen (via Bjarne Dahler-Eriksen).

Status fra Fyn er, at der siden medio november 2021 har været profiler til "M-komponent udredning", "M-komponent kontrol (myelomatose)" og "M-komponent kontrol (let-kæde sygdom)", sv.t. at guidelines på området følges på Fyn, men fortsat ikke på de jyske sygehuse i RSD. Guideline følges i RM, RN og RH.

Er FLC åbent for praksis i de jyske dele af regionen?

Ang. FLC-analysen tilgængelighed i praksis:

-Tilgængelig på Fyn og SVS-optageområde

-Pt ikke tilgængelig i SLB- og SHS-optageområde

Ang. princippet for finansiering af FLC-analysen:

Bjarne har haft sagen løftet til diskussion i Koncernledelsesforum og vendt med Økonomidirektør (Kasper Breum Petersen). Se bilag A.

Konklusionen er, at økonomien til øget antal FLC analyser skal findes på sygehus/afdelings-budget niveau (dermed ikke regional finansiering). Dette er sv.t. modellen fra Odense, hvor Bjarne oplyser, at pengene blev taget fra OUHs interne prioritetspulje.

Videre forløb:

-På Fyn slutter ekstra bevillingen til KIA-Odense med udgangen af 2022. KIA oplyser, de arbejder på at forlænge denne. På trods af flere tiltag (bl.a. oprettelse af specifikke udredningsprofiler og gentagne informationskampagner) er den observerede stigning ikke nær så høj, som den estimerede. Dog ses en accelererende stigning, og plateauet er endnu ikke nået.

-På SLB, SHS og SVS vil Eva, Lene og Jonna mødes mhp. planlægning af det videre forløb, herunder opdatering af skriv til direktionerne mhp. fornyet indstilling til de respektive direktioner. Eva indkalder til møde.

Det generiske problem:

Der er bred enighed om, at det er problematisk med udgivelse af faglige guidelines, der ikke har gennemgået en økonomisk konsekvensanalyse. Dette ses i hele verden (fx NICE guidelines fra England).

Specialrådet opfordrer til, at denne problematik tages op på højt niveau, fx i regi af Behandlingsrådene på nationalt eller regionalt niveau, mhp. udformning af regelsæt.

b) Udpegning af medlemmer til regional arbejdsgruppe om robustgørelse af specialet/Mads, Pernille

Arbejdsgruppen for Klinisk Biokemi er udpeget/nedsat: Lene (SVS), Vakur (SVS), Jonna (SLB), Anne L

(SHS), Eva (SHS/SLB, Specialerådsformand), Mads (OUH), Pernille (OUH, UAO). Bjarne Dahler-Eriksen er ansvarlig direktør. I gruppearbejdet inden for Klinisk Biokemi blev der bl.a. drøftet muligheden for delestillinger, forskning og uddannelsesmøder på tværs af matrikler, samt udarbejdelse af et dokument omkring vigtigheden af at have læger på en biokemisk afdeling. Desuden plan om at kortlægge kompetencer i regionen på speciallægeniveau. Se evt. referat fra Specialerådsmøde d. 26.9. **Bilag 1.**

Der er et stærkt ønske fra arbejdsgruppen om at forankre forslag/tiltag med henblik på øget robustgørelse i hele speciallægegruppen, hvorfor der er afsat særskilt tid til diskussion af dette emne d. 16.12. i forlængelse af specialerådsmødet.

*Dette punkt diskuteres på mødet i forlængelse af Specialerådsmødet.
Se bilag B.*

c) Status for svedtest fra Elitect (Triolab)/Anne

Triolab (den danske distributør) meldte i sommerferien ud, at det ikke er muligt at få pilocarpin gel-discs (bruges til at stimulere svedsekretionen, når man laver testen) ind i Danmark, før der ligger en dispensation fra Lægemiddelstyrelsen. Grunden til dette er, at geldiscs ikke er certificeret i henhold til den nye EU-forordning om medicinsk udstyr, der trådte i kraft d. 26. maj 2022. EliTech (producenten) har sendt en dispensationsansøgning til brug af pilocarpin-gel trods manglende certificering, til Lægemiddelstyrelsen. Indtil da må vi bruge de discs, vi har tilbage i regionen. SHS har 10, SLB og OUH har 5 discs tilbage (OUHs udløber okt. 2022). I august blev der sendt en fælles information ud til børnelægerne omkring problemet. Der afventes med yderligere, indtil ny information fra Triolab/EliTech foreligger. Der er dette år indtil videre kun udført 6 svedtest på SHS, 2 på OUH og 0 på SLB. Som besluttet på Specialerådsmødet september 2022 skal der fortsat være 3 opsamlingssteder i regionen (Aabenraa, Kolding, Odense), men ét centralt analysested (udføres i Børnebioanalytiker-gruppen, Blodprøver og Biokemi, OUH, Odense).

ChloroChek analyseudstyret er nu CE-IVD godkendt

Opsamling/gel-discs forventes CE-IVD godkendt i 2023

Ny optælling viser, at vi i regionen har 21 af de gamle gel-discs tilbage. Situationen er ikke bedre i vores nabolande.

Børnelægerne er informeret om den prekære situation.

Overordnet plan er uændret.

d) Implementering af nationale MAS-pakker status og opsamling/Mads, Eva

Opmærksomhed omkring navngivning af pakkerne, idet OUH efter seneste Specialerådsmøde besluttede at omdøbe de aftalte MAS-pakker til **Diagnostisk Pakke**, hvilket har forårsaget lidt forvirring i både praksis og Diagnostiske Centre.

Fra tidligere: Alle opretter snarest muligt Trin 1 MAS-profil til praksis. Denne skal indeholde de i rapporten nævnte analyser, dog med vores egen anæmiudredningsalgoritme.

Alle enheder skal oprette profilen lokalt (der er ikke globale-profiler i WebReq)

Brug af profilen ift. FAM/Diagnostisk Center/mm sker efter lokal vurdering.

Vigtigt med kliniker-information ift. korrekt brug af ovenstående og evt. brug af Trin 2 analyserne

(disse analyser bruges tilpasset patienten, der skal derfor ikke oprettes profil).

Implementeringen er uens i regionen. På SHS er der fx oprettet en Trin 1 MAS-pakke til både praksis og Diagnostisk Center på sygehuset (dog uden anæmiudredningsalgoritmen). Andre steder er der ikke implementeret noget.

Det er vigtigt, at vi gør det ens på matriklerne, så der ikke kommer uro blandt de praktiserende læger i regionen. MAS-profilen/Diagnostisk Pakke skal tages, inden patienterne kan henvises videre til sygehuset. På OUH har der været LKO-møde, og her var der info omkring MAS-pakkerne.

På SHS har der været afholdt Fyraftensmøde med praksislæger og praksispersonale med deltagelse fra både klinisk biokemi og klinikere fra Diagnostisk Center til at informere om de nye Diagnostisk pakkeforløb profiler.

Det er vigtigt, at de gamle pakker fjernes, så der ikke kommer forvekslinger.

Status fra sygehusene?

Alle matrikler har nu indført MAS/DP profiler sv.t. SST-rapport-anbefalingerne.

Det er kun SHS, der indtil nu har ønsket at udbrede til FAM/diagnostiske enheder på hospitalerne.

e) Anæmi-algoritmen - gennemgang af brugen og evt. optimering heraf/Pernille, Steen, Lene

I forbindelse med forberedelserne til indførelse af de nationalt anbefalede MAS-pakker besluttede specialerådet i marts at bede Pernille, Steen og Lene om at gennemgå algoritmen for mindre "fejl og mangler" før endelig implementering i hele Region Syddanmark. Pernille har udarbejdet en opgørelse over dels brug, dels Cobalamin tolkning ud fra MCV og MCH. Beslutning fra sidst:

i) Vi ønsker at indføre $MCH > 2,1$ og/eller $MCV > 98$ til at udløse cobalamin/folat i stedet for kun MCV. Steen undersøger med systemadministratorer/CGI, herunder en tidshorisont.

ii) Vi vil indføre et cutoff på 6,0 for kvinder med henblik på at udløse cobalamin/folat på alle med Hb under denne grænse. Et cutoff, der leder til udredning af samme andel af mænd, skal afklares. Pernille bestemmer et cutoff udfra BCC data. Opfølgning november 2022: Ikke belæg for forskelligt cut-off mht. lavt Hgb hos mænd og kvinder mht. udløsning af cobalamin/folat. Vi skal have implementeret en grænse på < 6 mmol/L gældende for begge køn.

iii) Algoritmen har været anvendt begrænset og forkert, således har enkelt individer fået udredningen gentaget mange gange. Vi skal forpligte os til at reklamere mere for algoritmen: a) prompt b) fælles udmelding til almen praksis. Dette beslutter vi nærmere, når punkt i) og ii) er afklaret.

iiii) Vi følger op på brugen om et års tid.

Status december 2022:

- a) Skal algoritmen kunne bestilles i stedet for Hgb (Dette kom op som et ønske for at accelerere udredning i praksis. Det vil kræve, at der lægges blokering i BCC, ændring i hvilke analyser som laves indledningsvist i algoritmen og evt. ændre navn? Se også punkt 4.
- b) Vi skal have effektueret, at MCH også kan udløse folat og cobalamin. Desuden er der sket en ændring i reticulocyt-referenceintervallet, som ikke automatisk opdateres i algoritmen.
- c) Ikke belæg for forskelligt cut-off mht. lavt Hgb hos mænd og kvinder mht. udløsning af cobalamin/folat – der skal implementeres en grænse på < 6 mmol/L.

Pernille præsenterer algoritmen, herunder brug og brugeropfattelse.

Præsentation vedlagt som bilag C

Ang. a)

Specialerådet anbefaler i udgangspunktet ikke, at alle lave HGB (<6) skal køres gennem algoritmen.

Dette kunne dog være et emne for et (større) projekt at se nærmere på.

Algoritmen bør fortsat rekvireres solitært.

Ang. b) og c)

OK

4) Anæmialgoritme i sygehusregi/Lene (Steen, Eva)

Diagnostisk Pakke er oprettet i SHS uden anæmialgoritmen, Svendborg har overvejelser om, at anæmialgoritmen kunne være en fordel i visse situationer i sygehusregi. SVS foreslår, at vi implementerer anæmialgoritmen i sygehus regi også. Er der interesse herfor blandt alle laboratorier?

Steen har snakket med kirurgerne i Svendborg. Her er der ikke interesse for at have algoritmen. Der er pt ikke andre, der har planer om at tilbyde anæmialgoritmen på hospitalsniveau.

5) Private aktører uden aftale med Regionerne eller laboratorierne – eksempel: Betterlabs /Eva, Steen, Lene

Vi oplever i stigende grad kreative firmaer, der tilbyder blodprøver til privat-betalende personer, uden forudgående aftale med hverken Danske Regioner eller laboratorierne. Senest Betterlabs og HejDoktor. Cheflæge i Holbæk, Fie J Vojdeman, tog initiativ til at lukke for Betterlabs, hvilket vi derefter også gjorde i RSD (og resten af landet), og DSKB udsendte kort efter en opfordring til alle klinisk biokemiske laboratorier om at undersøge lødigheden af firmaerne, inden de oprettes i WebReq. Se **Bilag 6**.

Indstilling/overvejelse: Har vi behov for en formel "godkendelsesordning", inden et fiktivt ydernummer kan blive oprettet som rekvirent? Denne type foretagender, der ikke har ydernummer og ikke har indgået aftale med en eller flere klinisk biokemiske afdelinger, bør (slet) ikke oprettes som rekvirenter. Se **Bilag 7**.

Ang. indstilling/overvejelse:

Specialerådet mener ikke, der skal være nye tiltag i form af en "formel godkendelsesordning" ved oprettelse af nye rekvirenter.

Dog skal BCC systemadministratorerne (der forestår disse oprettelser) bemyndiges med/støttes til at henvende sig til den lokale ledelse, hvis der er mistanke om fiktive ydrenumre eller andre potentielt suspekter forhold.

Ang. det generiske problem:

Udnyttelse af det offentlige sundhedsvæsens ressourcer skal i videst mulige omfang forhindres! Dog har alle læger med autorisation til selvstændigt virke ret til bl.a. at rekvirere analyser (disse skal naturligvis afregnes

med udførende laboratorie, hvis det foregår i regi uden for det offentlige sygehusvæsen). Autorisationsmisbrug skal meldes til Sundhedsstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed.

BetterLabs blev via DSKB-bestyrelsen lukket ned med begrundelse i en mere "perifer paragraf" (bilag 6) end ovenstående. Specialerådet opfordrer DSKB til at forsøge at påvirke sundhedsmyndighederne til at gentænke bestemmelserne inden for dette område for at undgå misbrug.

6) Rekvireringsprofiler i EPJSYD/Steen, Eva

Punktet udspringer af, at psykiatrien har et ønske til en ny rækkefølge af rekvireringsprofiler, men er en principiel beslutning vedr. placering af rekvireringsprofiler i EPJSYD.

Vi lagde oprindeligt de sygehus-fælles profiler først og derefter de rekvirentsificke profiler. Psykiaterne ønsker (måske meget forståeligt) den modsatte rækkefølge (citater: "til sidst alle de generiske pakker").

Vores argument for at lægge de sygehus-fælles pakker først var, at de primært burde benyttes – og at der kun burde oprettes rekvirentsificke profiler til situationer, hvor de fælles ikke slog til (for at begrænse både analyseforbrug og antal profiler).

Men naturligvis betyder det, at rekvirenter, som næsten udelukkende benytter "deres egne" profiler, hver gang skal scrolle godt langt ned i listen for at finde de profiler, som de oftest benytter.

"Risikoen" – hvis den altså findes – er, at de fælles profiler, som er relativt smalle mht. antal kvantiteter – vil blive brugt mindre end i dag, fordi de flyttes langt ned på listen.

Denne risiko betyder måske ikke så meget i psykiatrien, som ikke har så mange rekvirent-specifikke profiler, men kan komme til at fylde noget mere på somatiske afdelinger, hvoraf en del har mange rekvirent-specifikke profiler.

Der er flere muligheder – de kan også lægges alfabetisk, med fælles og rekvirentsificke profiler blandet.

Det er allerede i dag således, at tilgangen har været lidt forskellig fra sygehus til sygehus ift. placeringen, se **Bilag 8**.

Der er en række forhold at overveje, herunder:

- Det kan (måske) få betydning for antallet af bestilte analyser, specielt hvis det udbredes til andre afdelinger – men reelt ved vi meget lidt om det
- For tiden kan vi ikke opgøre brugen af profiler, da der ikke er adgang til data i EPJSYD databasen. Så vi har vanskeligt ved at få data på spørgsmålet om, hvor meget de fælles profiler egentlig benyttes
- Det kan blive vanskeligere at vedligeholde profillisterne, hvis princippet for rækkefølge ikke er ens for alle rekvirenter
- Er det laboratorierne, der (alene) skal bestemme rækkefølgen, hvis klinikerne oplever, at det er meget sikrere og enklere for dem med en anden rækkefølge?
- Omfanget af arbejdsopgaven er af en betydelig størrelse, jf. **Bilag 8** – vil vi prioritere systemadministratorernes tid til dette nu og fremadrettet?

Specialerådet mener, at dette er en funktionalitet/opsætning i EPJSyd, hvor ændringsønsker fra kliniske afdelinger udføres enten af dem selv eller ved hjælp fra EPJSyd administrationen. BCC systemadministratorerne skal ikke udføre/vedligeholde disse ændringer.

Specialerådet anbefaler fortsat som udgangspunkt, at præsenteringsrækkefølgen af profilerne er -globale før lokale, dog med det forbehold, at de sygehusenheder, der har opstillet lokale før globale profiler, kan fastholde dette pga. det store arbejde, det vil kræve at ændre herpå -alfabetisk inden for gruppen af hhv. globale og lokale profiler

Eva giver Psykiatriens arbejdsgruppe besked om Specialerådets beslutning med begrundelse i, at et forskelligt opsæt (speciale- og eller afdelingsspecifikt) for nuværende vil kræve et stort vedligeholdelsesarbejde, der ikke kan honoreres.

7) LABSYS-initiativet/Steen (Eva)

Danske regioner har besluttet at gennemføre en foranalyse med henblik på at belyse evt. gevinster ved et tættere IT-mæssigt samarbejde mellem laboratoriespecialerne (= evt. fælles LIMS). Initiativet udspringer af projektet i Region Sjælland, der har beskrevet mulighederne for at benytte samme/fælles LIMS til alle/flere laboratoriespecialer.

Selv om det endnu "kun" er en foranalyse, er set-uppet meget omfattende og ganske tidskrævende. Der har været afholdt heldagsmøder dels i de enkelte regioner og foreløbig 2 møder på tværs af regionerne om udvalgte, potentielle fordele ved et tættere samarbejde mellem laboratoriespecialerne. Yderligere 2 møder er planlagt i 2023.

En foreløbig og personlig status på arbejdet vil blive givet på specialerådsmødet, hvor det også vil være hensigtsmæssigt med en overordnet tilkendegivelse fra Specialerådet ift. retning og mål for Labsys-initiativet **Bilag 9-11**.

Udgangspunktet er en Rambøll rapport, og der er lavet i alt 5 spor, hvor af LABSYS-delen er det ene. POCT bliver et af de andre spor. Der er ikke sat penge af til projektet. Alle laboratoriespecialer har deltaget (om end i varierende grad) og kravene er vidt forskellige. Den hidtidige vurdering er, at initiativet er godt, og det som minimum kan få betydende organisatorisk værdi.

Hidtil har Steen deltaget. Det vil han gerne fortsætte med, men opfordrer til, at én anden også deltager mht. kontinuitet og netværk til de øvrige specialer. Næste møde er den 19/1-23. Skriv med forslag til potentielle deltagere til Eva.

8) "Studiekreds i (Laboratorie)-Sundheds-IT"/Steen

Der har siden november 2020 været afviklet i alt 5 møder i Studiekredsen (der kun blev kaldt sådan, fordi aktiviteten skulle have et eller andet navn). Oversigt over møderne, de fleste præsentationer og lidt litteratur om emnet ligger på SharePoint på denne adresse: [Studiekreds om Sundheds-IT \(regionsyddanmark.dk\)](https://regionsyddanmark.dk)

Vi har bevæget os fra det meget generelle og velkendte (LIMS og EPJ) over anskaffelse og drift af IT-systemer samt elektronisk kommunikation til det lidt mere specielle om regler, algoritmer og fremtiden med brug af kunstig intelligens i forbindelse med rekvirering og afgivelse/fortolkning af analyseresultater.

Desuden har der været et enkelt temamøde om muligheden for tvær-laboratorie-LIMS system (hvilket også hænger sammen med punkt 6 på denne dagsorden). Tilslutningen til møderne har været kraftigt stigende, og til de sidste par møder har der været ca. 30 deltagere per møde ud over oplægsholderne.

DSKBs har tidligere tilkendegivet deres opbakning til evt. at etablere et kursus for læger og biokemikere om samme emnekreds. I givet fald bør det være nationalt, gerne dækkende flere laboratorie-specialer, og kurset vil i høj grad trække på erfaringerne fra studiekreds-møderne – og forhåbentlig også på mange af oplægsholderne.

Ikke nået på mødet. Udskydes til næste gang (hvor Steen også deltager)

9) Prøvetagning i underekstremiteter/Charlotte Gils

Hvordan forholder de biokemiske afdelinger sig til, hvis der skal foretages venepunktur i underekstremitet? I Odense har vi angivet, at det skal være efter rekvirerende læges accept, og at plejepersonalet kontaktes med henblik på at undersøge, om sådan en tilladelse foreligger. Dette fungerer ikke optimalt. Vores personale ved ikke nødvendigvis hvem, de skal kontakte og ofte bliver vagthavende læge på Blodprøver og Biokemi inddraget.

Overvejelser:

- Hvilke overvejelser bør rekvirenten gøre sig i forbindelse med rekvirering af laboratorieanalyser, hvori venepunktur indgår?
- Hvis ansvar er det at tillade en prøvetagning i en underekstremitet?
- Hvis det skal tillades, hvordan skal underekstremiteten da undersøges inden?

Bilag 12.

Ikke nået på mødet. Udskydes til næste gang

10) Brug af papirsvær i RSD/Mads

Ønske om at overgå fuldt ud til elektroniske svar i RSD snarest muligt. Er der behov for kortlægning af omfang af opgaven og evt. henvendelse til afdelingsledelseskredsen om at tage stilling til prioritering af opgaven?

Ikke nået på mødet. Udskydes til næste gang

11) DSKB-kongres 6.-8. juni 2023 status/Vakur

Ikke nået på mødet. Udskydes til kongresmødet, der afholdes i forlængelse af Robustgørelsesmødet.

Website er aktivt

12) Nyt fra DSKB/Mads

Ikke nået på mødet.

Se bilag B (nederst) for information fra Mads.

13) Evt.

- a) *Grundet bred adgang til vores Outlook kalendere vil fremtidige dagsordener, referater og bilag kun forefindes på SharePoint. Der vil være link hertil i mødeindkaldelsen.*
- b) *Ivan informerer om kvalitetskrav til pO2 på blodgasanalyser*
- c) *Der kommer VUK udmelding om analytiske krav til B12 analysen i de lave områder*

Næste specialrådsmøde

21. februar 2023 kl. 10-13, Sygehus Lillebælt Kolding. Husk at dagen fortsætter med Regionalt Forskningsmøde