

På disse sidene i Tidsskriftet – legelivet – finner du stoff om legers liv. Her er det presentasjon av arbeidssteder, nyhetssaker, nye doktorgrader, nye spesialister og minneord. Alt samlet på ett sted – så du kan følge enda bedre med.



Kristin Viste.
Foto: Einar Nilsen

Kristin Viste er ph.d i cellulær biokjemi og konstituert overlege ved Hormonlaboratoriet, Haukeland universitetssykehus.

«En fin bieffekt av at vi nå tilbyr elektronisk rekvirering, er en lavere frekvens av behov for assistanse fra de andre legene i å tolke ulike håndskrifter»

Å tolke fra fragmenter

Vi får aldri det fulle kliniske bildet på laboratoriet. Noen ganger hadde vi kanskje gjort en bedre jobb om vi hadde fått vite litt mer.

Vakt hos oss betyr kontakt med rekvirentene. Rekvirentene våre vet imidlertid ikke alltid at de er i kontakt med oss. Stort sett går kommunikasjonen via skriftlige og elektroniske rekvireringsskjemaer og våre kommentarer på prøvesvarene. Skjemaene inneholder mer eller mindre sirlig innførte kliniske problemstillinger og opplysninger. En fin bieffekt av at vi nå tilbyr elektronisk rekvirering, er en lavere frekvens av behov for assistanse fra de andre legene i å tolke ulike håndskrifter. Ryktene om legers håndskrift har et høyst reelt grunnlag. Ved håndskrevne rekvireringer må vi innimellom ta fantasien til hjelp og ut fra prøvekonstellasjonen gjette oss til hvilke kliniske opplysninger som ligger bak det nedtegnede. At vi ved de alternative elektroniske rekvireringene noen ganger får hele journalnotater og kliniske opplysninger som «nei» eller «false», får vi heller leve godt med.

Så sant prøvene kommer til vurdering hos lege, blir skjemaet lest. Hva som er skrevet, kan ha konsekvenser for hvilke råd vi gir samt prøvens videre skjebne i laboratoriet. Selv om opplysninger om pasient og prøve er enda viktigere i andre laboratoriefag, som for eksempel mikrobiologi, kan det ha kon-

sekvenser også hos oss. En av de få undersøkelser som fremdeles er manuelle hos oss er vurdering av serum-elektroforese. Vi bedømmer visuelle proteinmønstre og forsøker å se om det kan gjemme seg en M-komponent med myelomatosemistanke bak båndene. Vi ser ofte pasienter med litt høy immunglobulin A. Dette kan ha mange årsaker, men vi vet også at en IgA-M-komponent kan gjemme seg litt i de andre båndene. Står det på skjemaet at pasienten har skjelettsmerter og høy senkning, gjør vi videre undersøkelser og leter med sterkere lupe i de aktuelle båndene. Har vi ingen opplysninger, lar vi ofte prøven gå ut som «intet unormalt». De videre undersøkelser er ressurskrevende, og vi kan ikke gjennomføre dem på alle lett avvikende prøvesvar.

I noen tilfeller gir gode opplysninger tidligere diagnose. Står det hjertebank og søvnproblemer og pasienten har lavt TSH-nivå, legger vi til en ekstra fT4 for å sjekke at pasienten ikke er for hypertyreot. Noen ganger har svaret vært så avvikende at vi har endt opp med å ringe rekvirenten for å varsle. Så stiller du oss et spørsmål og ber om våre innspill, svarer vi som best vi kan – så sant vi klarer å lese skriften din, da.