

# Fortbildning rätta sättet att påverka användningen av laboratorieanalyser

Fortbildning om den kliniska nyttan är, menar vi, det enda riktigt effektiva sättet att förändra användningen av laboratorieanalyser. Det tycks idag finnas en övertro på att köp-sälj skall medföra en optimal användning, men utan klar strategi kommer priset att ha liten styrande effekt på användningen av laboratorieanalyser.

NILS TRYDING

professor emeritus, Åhus

JOHAN HULTDIN

dr, laboratoriecentrum, klinisk kemi,  
Norrlands universitetssjukhus, Umeå

ANDERS LARSSON

docent, överläkare, klinisk kemi och  
farmakologi, Akademiska sjukhuset,  
Uppsala

[anders.larsson@clm.uas.lul.se](mailto:anders.larsson@clm.uas.lul.se)

■ Vi vill initiera en diskussion om vad som ligger bakom de stora skillnaderna i pris för laboratorieanalyser och hur mycket priserna påverkar analysstrategier och införandet av nya undersökningsmetoder.

## Förr en fri nyttighet

Prissättningen av laboratorieanalyser har varierat över tid och mellan olika sjukvårdsområden. Ursprungligen var laboratorieanalyser en »fri nyttighet«. Köp-säljssystemet infördes för att tydliggöra kostnader och minska överutnyttjande inom sjukvården. Tanken är att ett högt pris skall ha en återhållande effekt. Flera landsting använder rabatter internt och fullt pris för externa kunder.

I annan verksamhet avskräcker ett högt pris, medan rabatter stimulerar till ökad konsumtion. Syftet med dessa rabatter förefaller vara att man vill stimulera den interna konsumtionen, vilket ju var precis det man ville motverka med köp-säljssystemet. Eftersom olika rabattsatser medför merkostnader måste man fråga sig varför och vem som skall ha ett lägre pris.

## Intern eller extern rabatt

En viktig fast laboratoriecost är instrumentering och personal för akutverksamhet. Dessa kostnader är nödvändiga för sjukhusets egen verksamhet (t ex för akutmottagningen). Externa analyser kan i regel analyseras inom laboratoriets reservkapacitet som finns för att täcka akuta toppar och ger intäkter till sjukhuset till skillnad från de prov som

kommer från det egna sjukhuset. Kanske är det de externa proven och inte de interna proven som skall rabatteras?

## Beräknings sättet varierar

Hur man beräknar laboratoriecostnader varierar mellan olika landsting. T ex ingår inte alltid lokalhyran i kostnaderna. Några laboratorier har abonnemangsgifter för nattbemanning och andra verksamheter som inte kan finansieras genom analyspriser. Andra skillnader är vilken service man erbjuder vad gäller provtagning och akutverksamhet.

Av aktuella prislister framgår att ett laboratorium inte gör påslag för akutanalyser medan ett annat laboratorium debiterar tio gånger mer för akutanalyser. Prisjämförelser är extra svåra att göra beroende på att man har lägre taxor för det egna sjukhuset och högre om provet kommer från ett annat landsting. Provtagningskostnader tillkommer oftast och varierar också kraftigt. Vissa laboratorier debiterar dessutom en avgift för remissen. Det finns också laboratorier som lämnar concernbidrag till sjukhuset. I enstaka fall använder man sig av priset för att styra användningen (t ex för att minska på beställningar av S-ASAT och sänkor).

Sammantaget kan man konstatera att det finns många faktorer som påverkar priset på laboratorieanalyser, vilket gör att det är svårt att jämföra priser mellan olika kliniskt kemiska laboratorier. För närvarande verkar det finnas en övertro på att köp-sälj skall medföra en optimal användning av laboratorieanalyser. Utan klar strategi för hur man skall använda priset för att styra användningen av laboratorieanalyser kommer priset att ha liten effekt. Enligt vår uppfattning är fortbildning om den kliniska nyttan det enda riktigt effektiva sättet att förändra användningen av laboratorieanalyser.

## Svårt laborera lagom

Att laborera rätt är idag lätt eftersom vi har en väl fungerande organisation för kvalitetskontroll [1]. När det gäller att

laborera lagom är det betydligt svårare. Vi försöker regelbundet argumentera för en optimal användning av klinisk kemi via Spri-rapporter [2, 3] och Analysdatabasen på Internet [4]. Vi rekommenderar en övergång från äldre ospecifika undersökningar till nya, specifika analysmetoder [5, 6]. I vissa fall har ändringen av beställningsvanorna varit enkel eftersom den nya analysen är överlägset bättre. Sura fosfataser kunde omgående läggas ner när det blev möjligt att bestämma prostata-specifikt antigen (PSA) (pris 71–187 kr).

Vid screening för tyreoidesjukdom i primärvården klarar man sig med TSH (pris 30–94 kr) som förstahandsanalys kompletterad med fT4 (pris 28–63 kr) i vissa fall och bestämning av tyreoperoxidantikroppar (anti-TPO). Analyspaketet med T3 och fT3 (pris 57–112 kr) bör undvikas i primärvården.

## Leverstatus med en knapptryckning

En vanlig orsak till missbruk av laboratorieanalyser är att det på många håll går att beställa ett »leverstatus« med ett enda kryss eller en knapptryckning. Även om analyserna är billiga enligt prislister – bilirubin (pris 9–20 kr), ASAT (pris 9–30 kr), ALAT (pris 9–20 kr) – leder de inte sällan till det kostnadskrävande tillståndet »avvikande laborativvärde«. Det finns hundratals läkemedel (bl a statiner) som ger förhöjda ALAT- eller ASAT-värden. Även individer som är lätt till måttligt överviktiga får ALAT-stegring. Med tanke på att övervikt blir allt vanligare så är detta en vanlig orsak till lättare ALAT-stegringar.

Ett av den kliniska kemins största framsteg på senare år är att de ospecifika enzymerna ASAT (pris 9–30 kr), LD (pris 11–19 kr) och CK (pris 11–26 kr) nu helt har ersatts av mycket specifika markörer för akut hjärtsjukdom. Analyskostnaderna är visserligen högre, men diagnostiken blir avsevärt bättre och de totala sjukvårdskostnaderna sjunker.

## Test specifikt för humant hemoglobin

F-Hb-analyser bör numera utföras enbart med test som är specifika för humant hemoglobin. Reagenskostnaden för ett icke specifikt test är 2–3 kr. Motsvarande pris för ett specifikt test är 15–20 kr. Det icke specifika testet ger utslag för bland annat rotfrukter, djurblood och kött i födan, och därför måste man ge ordentliga dietråd. Prisskillnaden motsva-

rar 1–2 minuters dietinformation, vilket är alltför kort tid för att patienten skall bli fullt införstådd med föreskrifterna.

I en jämförande studie var ungefär 50 procent av de positiva resultaten med ett icke-immunologiskt test falskt positiva. Kostnaden för dessa onödiga utredningar överstiger många gånger merkostnaden för den specifika undersökningen. Det är också oetiskt mot patienten att utsetta honom/henne för obehaget av den vidare utredningen för att man i det initiala skedet vill spara en tia.

### Diagnostik av B<sub>12</sub>- och folatbrist

På vissa områden har vi försökt komma fram till effektiva strategier. Det gäller exempelvis diagnostik av B<sub>12</sub>- och folatbrist. På många håll har man ersatt vitaminanalyserna med bestämning av homocystein eller metylmalonat. Argumenten för strategin är logiska och väl underbyggda, men frågan är hur mycket dyrare det blir. Priset för homocystein varierar förvånansvärt kraftigt: från 70 till 450 kronor. Även priserna för S-kobalaminer (42–75 kronor), för S-folat (pris 34–80 kr) och för B-folat (pris 69–130 kr) varierar. Metylmalonat(MMA)-bestämning kostar mellan 221 och 624 kronor. Skillnaderna i pris beror i vissa fall på att man använder sig av olika metoder, i andra fall på olika prissättning.

För att optimera användningen av laboratorieanalyser måste det finnas en kontinuerlig fortbildning och en klar prisstrategi.

### En historia

Dagens situation kan enklast illustreras så här: En dag kom en man in till en bonde och frågade:

– Vad kostar kvigan?

Han fick då svaret:

– Det beror på om du har kört över den eller om du kommer från taxeringsmyndigheten.

### Referenser

1. Equalis AB. <http://www.equalis.se/>
2. Spri. Att påverka praxis. Klinisk kemi i primärvården. Stockholm: Spri förlag; 1998. Spri rapport 461.
3. Spri. Laborera lagom i den slutna vården. Försök att optimera användningen av klinisk kemi. Stockholm: Spri förlag; 1999. Spri rapport 495.
4. Analysdatabasen. <http://www.svls.se/sectioner/sfkk/nyckel/>
5. Blom S, Larsson A, Wernroth ML, Hultén G, Tryding N. Laboratorieanalyser i primärvården: Fortbildning ökade kvaliteten och minskade kostnaderna. Läkartidningen 1999;96:358-62.
6. Larsson A, Palmér M, Hultén G, Tryding N. Stora variationer i sjukhusens användning av laboratorieanalyser. Information och utbildning för ökad kostnadseffektivitet. Läkartidningen 2000;97:4300-10.

# Barnet eller badvattnet? – Psykiatrireformen igen

Vi vill inte till varje pris försvara en misslyckad reform, utan nyansera bilden av »misslyckandet«, och samtidigt framhålla att ideologi och principer som var bärande i Psykiatrireformen har förtjänat värda att försvara. Vårdplatsreduktionen i psykiatri hänger endast delvis samman med Psykiatrireformen, och förklaras mer av landstingens sparnit.

KARL GRUNEWALD  
professor h c, Stockholm  
[karl.grunewald@swipnet.se](mailto:karl.grunewald@swipnet.se)

LARS JACOBSSON  
professor/överläkare, psykiatriska kliniken och institutionen för klinisk vetenskap, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå  
[lars.jacobsson@psychiat.umu.se](mailto:lars.jacobsson@psychiat.umu.se)

MIKAEL SANDLUND  
docent, överläkare, psykiatriska kliniken, Norrlands Universitetssjukhus, och Socialpsykiatriskt kunskapscentrum i Västerbotten  
[mikael.sandlund@vll.se](mailto:mikael.sandlund@vll.se)

URBAN MARKSTRÖM  
fil dr, lektor, institutionen för socialt arbete, Umeå universitet, och Socialpsykiatriskt Kunskapscentrum i Västerbotten  
[urban.markstrom@umea.se](mailto:urban.markstrom@umea.se)

■ Sven Jonas Dencker och Jan Wålinder oroas i Läkartidningen 5/2004 (sidan 398) av att ha trampat oss på tårna, men de kan i detta avseende lugnas! Inga tår är i kläm. Vi är inte ute efter att »till varje pris försvara ett politiskt beslut som visat sig svårt att omsätta i praktisk handling«. Vi är, i likhet med Dencker och Wålinder, plågsamt medvetna om tillkortakommanden på området vårdstöd-service till människor med psykiska funktionshinder.

### Demoralisera inte fungerande verksamhet

Vi ser dock även exempel på framgångsrik verksamhet och bättre levnadsvillkor för gruppen, och tycker det är viktigt att inte generalisera bristerna till hela verksamhetsfältet, något som tyvärr händer i den pågående massmediedebatten. Graden av framgång i implementeringen av Psykiatrireformen varierar mellan regioner i landet, och även inom regioner.

För oss är det en fråga om vetenskaplig hederlighet att inte demoralisera fungerande verksamhet genom att måla ut hela fältet som ett misslyckande. Vi är

heller inte tvärsäkra på att det är meningsfullt att skylla alla tillkortakommanden på Psykiatrireformen – barnet bör granskas för sig, och möjligen skonas, när badvattnet ska slängas.

### Hur det är och hur det borde vara

Vi redovisar här i korthet vår syn på: 1. hur det borde vara, 2. varför det är som det är, och 3. vad som bör göras för att uppnå ett bättre tillstånd. Syftet är inte polemik, utan vi finner det angeläget att diskutera detta med Dencker och Wålinder och andra, för vi tror inte att ståndpunkterna behöver vara så väsensskilda.

1. Människor med allvarliga och långvariga konsekvenser av sin psykiska sjukdom är en eftersatt grupp i vårt samhälle, som bör få bättre och mer normaliserade levnadsbetingelser. Många i gruppen har behov inom flera livsområden. De stora bristområdena är tillgången till socialt sammanhang, arbete/sysselsättning och psykiatriska insatser, särskilt i akuta situationer. Även tillgången till tandvård och primärvårdens tjänster är bristfällig. Boendesituationen har många kommuner försökt lösa, men det finns fortsatt otillfredsställda behov. Dessutom finns ett underskott på brukarinflytande – de berörda borde få mer att säga till om.

### Orsaker på flera nivåer

2. Orsakerna till 1. finns på flera nivåer: En fördomsfull omvärld som skapar stigma, vårdresurserna (inklusive mentalsjukhusen) har snarare förstärkt utanförskapet än motverkat det, funktionshindret/handikappet har inte varit i fokus för åtgärderna, utan vårdaktörerna har suttit fast i ett sjukdomscentrerat synsätt. De psykiskt funktionshinderades frågor har varit svåra att placera på den politiska dagordningen, och området lider av att det på många håll finns brist på resurser, forskning och entusiasm.

### Åtgärder

3. Åtgärderna mot 2. bör innefatta bred samhällsupplysning och stigmabekämp-