

Laborera lagom – erfarenheter från Jokkmokk

I svensk primärvård har antalet utförda kliniskt kemiska analyser ökat dramatiskt. I den ökade arbetstygnden utgör beställning och tolkning av provsvar en viktig del som knappt är beskriven i rapporter och uppföljningar. Det har visat sig svårt att med utbildning och feedback påverka läkares vanor vad gäller ordinerade prover.

I Jokkmokk kunde framtagande av ändrade provtagningsblanketterna påverka antalet. Provtagning bör ske riktat där varje analys måste ha förväntad nytta. Det finns behov av att utveckla nyckeltal som stöd för rationellt och optimalt laboratorieutnyttjande.

I samband med en organisationsförändring 1991 följde jag upp alla prover som sändes från Jokkmokk vårdcentral. 1994 införde vi datorjournal (VAS). Uppföljning år 2000 visade en mycket kraftig ökning av skickade prover. Data sammanställdes första gången från verksamhetsstatistik och andra gången från VAS. Beräkningarna har därför olika och inte helt jämförbara datakällor, men jag har inte kunnat få jämförbara uppgifter på annat sätt och inte heller från andra vårdcentraler. Vår ansvarsbefolkning har de senaste tio åren minskat från 7 200 till 5 400 personer. Antal läkarbesök per invånare och år har varit konstant cirka 1,2. Kostnader för kemiska laboratorieanalyser har dock under motsvarande tid ökat från drygt 80 tkr till drygt 400 tkr. Säkra jämförbara uppgifter om basdata är paradoxalt nog mycket svårtillgängliga i dagens datoriserade sjukvård. Någon av *AllmänMedicins* läsare kanske kan bekräfta eller förkasta den beskrivna ökningen?

Jokkmokk vårdcentral har fördelen att vara välbemannade med fast läkarstab. Vi är tillsammans tveksamma att införa nya analyser utan visad nytta. Vi tar i liten skala till oss analyser som vi tycker vi har användning av (som exempelvis anti-TPO, GAD-ak, C-peptid).

Inspirerade av den analys som Nils Tryding gjort av vilka analyser som bör öka respektive minska, så ändrade vi vår pappersremiss för beställning av prover. Vi införde en liten A5-remiss för lokala

analyser och en större A4 för de prover som skickas. De prover vi menade togs för ofta, exempelvis Na, Urea, Bil, ASAT, LD, T3, T4, var inte markerade med fet stil och var inte heller placerade nära kryssrutan. Detta medförde att trenden med tilltagande ökning av antal analyser bröts, då det totala antalet analyser tvärtom minskade något mellan 2000 och 2003.

I statistiken ser vi att även andra faktorer påverkar. Antalet PSA-analyser har stigit. Även homocystein är på väg in i kliniken. En stor förändring är genomslaget för lipidanalyser, tyvärr ofta tagna på äldre kvinnor där resultaten är svåra att värdera. Sannolikt finns andra analyser som borde öka, till exempel S-Ca.

Den totala kostnaden för kemiska analyser motsvarar endast 5% av kostnader för läkemedel. Adekvat provtagning ger dock vinster även på andra plan. Varje analys ska ordinerars, provtagningen utföras, provet hanteras och packas, sändas, matas in i datorn. Provsvaret ska signeras och kommuniceras med patienter som kan ha svårt att förstå att värden utanför referensområden inte behöver vara patologiska. Det viktigaste är att undvika slentrianmässiga provtagningspaket.

I stället bör riktad och medveten analys betonas. Även om blodstatus är en billig analys kan vi nog ofta nöja oss med Hb.

Överinformation i provsvar är ett problem och det är glädjande när urologer och njurmedicinare verkar för att U-Hb som inte ordinerats ska bort från urinstickorna. Det är även en positiv utveckling att laboratorierna strävar mot att ange inte bara referensvärden utan även åtgärds- och beslutsnivåer.

Ett sätt att jämföra och diskutera vore någon form av nyckeltal, exempelvis antal analyser per 1000 invånare och år, motsvarande DDD för läkemedel. Grafiska presentationer på samma sätt som för läkemedel av topp 20 vad gäller kostnad och antal varje år skulle bli ett bra stöd för diskussion om optimal och rationell nivå.

Peter Olsson
Jokkmokk
peter.olsson@nll.se

Referenser

1. Baker R, Falconer Smith J, Lambert PC: Randomised controlled trial of the effectiveness of feedback in improving test ordering in general practice. *Scand J Prim Health Care*. 2003;21: 219-23.
2. http://www.svls.se/sektioner/sfkk/nyckel/sv_index.htm.

Figur 1.

