

# Sterkere sentralisering av medisinsk laboratorievirksomhet?



Redaksjonelt

*Regionale laboratorienettverk vil gi faglige og økonomiske fordeler*

Organisering av spesialisthelsetjenester har betydning for faglig kvalitet og økonomisk utnyttelse av ressurser. Temaet har i de senere år vært en gjenganger i offentlige utredninger, stortingsmeldinger (1, 2) og i den helsepolitiske debatt i Norge. Ikke uventet er spørsmål om sentralisering-desentralisering av spesialisttjenestene særlig kontroversielle.

Sentralisering av laboratorietjenester er et aktuelt tema både fordi prøvemateriale kan transporteres hurtig over store avstander, og fordi man ved hjelp av moderne teknologi kan etablere bedre kontakt mellom brukere og laboratorium. Elektronisk rapportering av analysesvar til legens journal-database og utbygging av elektroniske informasjonsnett mellom sykehus, laboratorier og primærhelsetjenesten er eksempler på dette. Kommunikasjonsmessig ligger det godt til rette for en sterkere sentralisering av laboratorietjenestene i Norge. Konsentrasjon av virksomheten kan gi stordriftsfordeler med en mer økonomisk utnyttelse av ressursene og bedre betingelser for standardisering av metoder og analyseinstrumenter.

Hva så med det faglige? Prinsippet om at «øvelse gjør mester» blir intuitivt oppfattet som en meningsfylt forutsetning for å utvikle og opprettholde medisinsk spesialistkompetanse. For laboratorielegen betyr dette at laboratoriet må oppfylle visse minstekrav når det gjelder bredden i analysepertoaaret, antall tilsendte prøver, utrustning og størrelsen på det faglig miljøet. Dette kan oppnås ved å sentralisere analytisk virksomhet til færre laboratorier.

Kunnskapsbasert medisin er lansert som et kvalitetsforbedrende prinsipp. I laboratoriemedisinen er dette mer enn teknisk dokumentasjon av kvaliteten på analysemetodene. I kjølvannet av de revolusjonerende fremskritt som for tiden skjer innen analyse-teknologi, signalbiokjemi, genetikk og molekylærbiologi, må norsk laboratoriemedisin i et omfang som overgår det vi hittil har erfart, ta inn over seg kravet om å dokumentere den kliniske nytten av nye analyser og analysemetoder. I denne prosessen, billedlig fremstilt som en pyramide med analysetesten på bunnen og den endelige avgjørelse på toppen, er det flere mellomliggende nivåer som omhandler testens diagnostiske ytelser og kliniske betydning, organisering og kostnad-nytte-betingelser (3). En samling av analysevirksomhet og fagressurser kan gjøre det enklere å ivareta disse viktige sider ved laboratoriemedisinsk service.

Skal den nye biomedisinske kunnskapen komme befolkningen til gode, må vi unngå at «...testresultatet får selvstendig liv og griper makten over rekvirenten», slik Elling

Ulvestad spissformulerer det (4). En slik utvikling kan motarbeides ved å strukturere den analytiske virksomhet på en måte som kan bidra til å styrke en svak rekruttering av leger til laboratoriefagene (5). Man kan regne med at yngre leger som helt fra grunnsko-len er blitt vant til team- og prosjektarbeid, tiltrekkes mer av et fremtidig yrkesliv i et større fagmiljø enn av solopraksis i et lite laboratorium.

Både blant fagfolk og politikere er det sterke forkjempere for å opprettholde en desentralisert sykehusstruktur. Og det skal ikke underslås at moderne, pasientnær analyseteknologi gir gode muligheter for lokal laboratorievirksomhet som teknisk sett holder tilfredsstillende kvalitet. Nærhet mellom laboratorium, behandlende lege og pasient kan gi raskere diagnostikk og behandling hvilket er et hovedargument for desentralisert analysevirksomhet. Ingen er uenige i at lokalsykehus med akuttberedskap må ha en tilfredsstillende lokal laboratorieservice. Det viktigste er hvordan man kan sikre en forsvarlig faglig kvalitet utover den rent analysetekniske som i denne sammenheng er det minste problemet. Det sier seg selv at en desentralisert analysevirksomhet ikke kan bemannes med lokal fagkompetanse av samme kvalitet som i et større laboratorium. Løsningen må derfor bli å se hele laboratorievirksomheten innen en region i sammenheng i den hensikt å finne en optimal balanse mellom sentralisert og desentralisert virksomhet. Et laboratorienettverk av type senter-satellitt-modell vil være en velegnet organisasjonsstruktur for dette formål. Modellen innebærer at et større, velutrustet laboratoriemiljø ved et regionsykehus eller større sentralsykehus får status som regionalt kompetansesenter med faglig, organisatorisk og økonomisk ledelsesansvar for de andre sykehuslaboratoriene i regionen (6).

Den forestående statlige overtakelse av sykehusene med opprettelse av helseforetak til erstatning for dagens fylkeskommunale sykehusstruktur, er et godt utgangspunkt for en nærmere utredning av de fordeler som kan oppnås ved etablering av regionale laboratorienettverk med sentralisering av fagansvar og beslutningsmyndighet.

Rune J. Ulvik

*rulv@haukeland.no*  
Laboratorium for klinisk biokjemi  
Haukeland Sykehus, 5021 Bergen

*Rune J. Ulvik (f. 1947) er spesialist i klinisk kjemi, avdelingsoverlege og avdelingsleder ved Laboratorium for klinisk biokjemi, Haukeland Sykehus og professor i klinisk biokjemi ved Universitetet i Bergen.*

## Litteratur

1. St.meld. nr. 50 (1993–94). Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste.
2. St.meld. nr. 24 (1996–97). Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste.
3. Price CP. Evidence-based laboratory medicine: supporting decision-making. *Clin Chem* 2000; 46: 1041–50.
4. Ulvestad E. Feilbruk av diagnostiske laboratorietester – et beslutningsanalytisk perspektiv. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2294–8.
5. Laboratoriemedisin i Norge. Statens helse-tilsyns utredningsserie 8–1994. Oslo: Statens helse-tilsyn, 1994.
6. Ulvik RJ. Nytt utviklingsperspektiv for klinisk kjemi som medisinsk spesialitet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1994; 114: 1552–4.