

SVERIGE BEHÖVER FLER PATOLOGER!

Pensionsavgångar kan skapa direkt kris

Det bör inledas ett femårs-program för att rekrytera och utbilda nya patologer för att dels avveckla den underbemanning som föreligger, dels möta de pensionsavgångar som är nära förestående. Annars hotar en ren kris, särskilt inom cancervården.

Det föreligger en alarmerande brist på patologer i landet. Det har Svensk förening för patologi konstaterat i en intern utredning. 185 specialister (213 med specialistbevis) är i dagens läge verksamma inom specialiteten. Inte mindre än 25 tjänster för specialister är för närvarande vakanta. Siffran kan förefalla låg men motsvarar ändå 12 procent av de bemannade specialisttjänsterna.

En i och för sig allvarlig följd av denna situation är att vakanser »flyttar runt» mellan patologiavdelningarna i landet i takt med att rekryteringskampanjer är lyckosamma – med den ryckighet i planeringen och genomförandet av den diagnostiska verksamheten som detta medför.

En allvarligare konsekvens av bristsituationen är att klinisk patologi bedrivs suboptimalt i Sverige.

85 patologer saknas

Man kan ställa sig frågan vad som är en optimal patologi-bemanning. En jämförelse med de nordiska grannländerna (Danmark, Finland och Norge), där patologer har likartade arbetsuppgifter, ger vid handen att läkartätheten (yrkesverksamma läkare) i Sverige är 308 läkare/100 000 invånare medan antalet verksamma patologspecialister (utfär-

dade specialistbevis) är 2,41/100 000 invånare. I Danmark är motsvarande siffror 309 resp 3,90, i Finland 286 resp 3,03 och i Norge 305 resp 3,16.

Det är svårt att föreställa sig att behovet av patologdiagnostik skulle variera mellan de nordiska länderna, och därför torde det »verkliga» behovet av kliniska patologer i Sverige ligga närmare den nivå som våra nordiska grannar uppvisar. Ett annat sätt att beskriva situationen är att ange hur många läkare »det går på» varje patologspecialist. För Sveriges del blir den siffran 128, för Danmark 80, för Finland 95 och för Norge 97.

Det finns sålunda starka skäl för att antalet patologspecialister i landet borde vara ca 85 fler (25 vakanser + 60 för att uppnå »nordisk standard») än det nuvarande antalet. Detta kan förefalla vara små tal men skulle innebära, om tillskottet genomförs fullt ut, en ökning av antalet patologspecialister med 40 procent.

Hotande kris

Till detta kan fogas att åldersfördelningen bland patologer (dagens 185 verksamma patologspecialister har en medelålder om 51,6 år!) innebär att en femtedel av patologkåren kommer att pensioneras inom fem år! Då inser man snart att *den i dagsläget besvärade patologbristen hotar att övergå i en direkt kris* med allvarliga och oönskade konsekvenser.

Den nuvarande rekryteringen om cirka fem ST-läkare per år förslår inte på något sätt att bemästra situationen. Man kan nämligen inte ersätta patologer med decenniernas erfarenhet med »färska specialister» – dvs »äldste underläkaren» är sällan den mest drivne diagnostikern. För att bli detta krävs flera års ytterligare erfarenhet efter det att specialistbeviset erövrats.

Den låga patologi-bemanningen och bristande rekryteringen kommer att få svåra konsekvenser för olika områden av svensk sjukvård, framför allt för cancervården. Den morfologiska diagnostiken inom patologi är mycket läkarintensiv, och varje enskilt prov granskas av en patolog innan denne formulerar ett utlåtande och en diagnos.

DEBATT

”Den nuvarande rekryteringen om cirka fem ST-läkare per år förslår inte på något sätt att bemästra situationen. Man kan nämligen inte ersätta patologer med decenniernas erfarenhet med »färska specialister»...”

Denna verksamhet är mycket tidskrävande, och i en bristsituation måste ambitionskraven sänkas.

Risk för feldiagnoser

Detta innebär risker – risk för feldiagnoser, förväxlingar, bristande precision i lämnade diagnoser och en stagnerande utveckling inom en i och för sig dynamisk specialitet.

Det finns sålunda mycket starka skäl att ge den kliniska patologin större resurser och en bemanning jämförbar med den i t ex våra nordiska grannländer. En rutin som innebär att maligna tumörer regelmässigt granskas av två patologer är ett anständighetskrav men i dagens situation helt orealistisk.

Patologer måste ges mer tid i sin diagnostik och mer tid till förkovran – allt för att tillgodose berättigade krav på kvalitet och säkerhet i diagnostiken. Krav på kvalitetssäkring, bl a formulerade i SOSFS 1996:24, kommer att ställas mot krav på kortare svarstider från en sjukvård i allt större tidsnöd och allt tydligare krav på diagnostisk precision i olika vårdprogram.

Kvalitetsprogram inlett

Svensk förening för patologi har inlett ett ambitiöst och helt nödvändigt kvalitetsutvecklings- och kvalitetssäkringsprogram som kräver stora insatser från engagerade patologer, till största delen utanför det som är ordinarie arbetstider. Den utdragna processen att ackreditera klinisk patologi har inte bara sin förklaring i ämnets stora inslag

Författare

CHRISTER SUNDSTRÖM

docent, ordförande i Svensk förening för patologi

LARS EGEVAD

avdelningsläkare, utredningsansvarig; båda vid Akademiska sjukhuset, Uppsala.

BLANKETTER ETT GISSEL

Pappersarbetet tar för mycket tid från patienterna

En vanlig förmiddag på ett länsdelssjukhus kan en läkare använda 27 minuter till direkt patientkontakt, medan pappersarbetet som blir följden tar tre gånger så lång tid.

Detta är en följd av en mängd undersökningar, enkäter med mera som läkaren måste fylla i. Men mångfalden av begärda uppgifter motarbetar syftet att effektivisera vården.

Bland annat i syfte att effektivisera sjukvården önskar man kartlägga patientflöden, vårdkedjor etc. Av denna anledning startas en mängd undersökningar, enkäter, tidsstudier, som tar sjukhusläkarens tid i anspråk.

Kvalitetssäkringsprojekt startas och framstår i debatten som »garanti» för att vårdkvaliteten inte försämras när de ekonomiska ramarna krymper. Att de också tar mycket tid från vården att genomföra framkommer inte alltid. Stockholmsmodellen att låta sjukvårdsinrättningar »konkurrera om knappa resurser» skapar i sig själv en mängd merarbete för bl a sjukhusläkarna.

Låt oss betrakta en vanlig arbetsdag

av »subjektiv bedömning» utan är också en resursfråga.

Viktigt utvecklingsarbete inom den kliniska patologin är satt på undantag på universitetsavdelningarna av resurskäl, ekonomiskt och personellt. Det europeiska samarbetet kring utbildningsfrågor, kvalitetsutveckling och examination av nya specialister har länge legat i träda vad beträffar svensk medverkan.

Femårsprojekt för rekrytering

Dagens situation är oacceptabel – det är enkelt att konstatera – men vem bär ansvaret för att den åtgärdas? Svensk förening för patologi har i brev till samtliga landstingsstyrelser påtalat förhållandet, men skrivelsen har hittills rönt mycket litet intresse. Vi menar att

för läkare på ett länsdelssjukhus i Stockholms läns landsting.

Efter förmiddagens avdelningsrund skall, förutom epikrisskrivandet, en mängd blanketter för kvalitetssäkringsprojekt såsom RIKS-HIA, Riksstroke m m fyllas i. Dessutom behöver läkaren en lång tids letande i diagnosböcker för diagnoskodning enligt ICD 10.

Under rondan har vi haft direkt patientkontakt i 27 minuter. Allt pappersarbete inklusive epikriser tog 1 timme och 30 minuter, varav ordinarie journalföring som upplevs som både nödvändig och acceptabel tog ca 40 minuter.

Så till mottagningsarbetet: Efter varje patientbesök utanför ordinarie journalföring även ifyllning av KÖKS-uppgift för köp-säljssystemet med bl a vidare planering, ICD 10-kod och eventuell åtgärdskod. Vid dagens diabetespatient tillkommer Nationella diabetesregistret med 18 frågor och lokal diabetesuppföljning med ytterligare 35 frågor.

På akutmottagningen börjar vi med att fylla i vårdtyngdsmätning och, efter varje patientbedömning, KÖKS-blankett och förstas ICD 10-kod.

För patienter som läggs in via akuten tillkommer under denna månad (april 1997) även Socialstyrelsens »Mätningar av inskrivningar och återinskrivningar» – i bästa fall bara 15 frågor, om åter-

Landstingsförbundet och Socialstyrelsen nu måste göra gemensam sak och omgående ta tag i denna fråga.

Ett stöd för vår sak från våra kliniska kolleger skulle inte kännas fel!

En tänkbar modell för att lösa den kliniska patologins resursbehov och rekrytera nya patologer vore att ge universitetsavdelningarna – i samverkan med den egna regionens patologiavdelningar – uppdraget att under ledning av en regional studierektor på förslagsvis fem år rekrytera och utbilda den egna regionens behov av patologer.

Denna uppgift har universitetsavdelningarna tidigare fullgjort – under det skede då den kliniska patologin byggdes upp på landets länssjukhus. Till skillnad från situationen för 10–20 år sedan saknas inte intresserade yngre läkare. •

DEBATT

Författare

PETTER FÖRBERG
AT-läkare

ANDERS LÖFSTRÖM
överläkare; båda vid medicinkliniken, Norrtälje sjukhus.

inskrivning tillkommer ytterligare 25. Visserligen är denna undersökning bara aktuell en månad, men det är inte den första och lär inte bli den sista.

Denna arbetsdag, som i stort inte skiljer sig från andra, har vi räknat hur många kryssfrågor vi ålagts att besvara: 373 st per läkare! Dessutom har vi 18 gånger letat i diagnosboken efter ICD 10-diagnoser.

Syftet motarbetas

1. Varje undersökning eller statistikuppgift har ett begripligt och ofta vällovligt syfte. Vi hävdar dock att mångfalden av begärda uppgifter totalt sett motarbetar det egentliga syftet: att effektivisera vården.

Som det nu är arbetar vi halva dagen och andra halvan fyller vi i uppgifter om vad vi gjort.

Vi tror inte att undersökningsresultaten leder till en sådan effektivisering eller kvalitetshöjning av vården att de på något vis kan jämföras med den enorma vinst som skulle uppstå om man genom kritisk granskning och hård prioritering radikalt rensade bland alla nämnda begärda uppgifter.

2. Vem har ansvaret (och möjligheten?) att protestera när olika instanser, exempelvis Socialstyrelsen, ålägger kliniken en mängd extra uppgiftslämnande – givetvis utan ersättning?

Med den ökade mängden begärda uppgifter blir svarkvaliteten allt sämre – man »slarvar» – man hinner inte med.

Till slut är vi på väg hem från arbetet och vi upplever ingen glädje eller yrkesstolthet över att en så stor del av arbetstiden gått till nämnda uppgifter – snarare frustration över att vi haft alltför lite tid till våra sjuka patienter. •