

Bild- och funktionsmedicin möter inte vårdens behov av fysiologisk diagnostik

Den nya specialitetsindelningen försämrar rekryteringsmöjligheterna och utbildningen inom klinisk fysiologi, men inte inom radiologi, enligt en enkät till verksamhetsföreträdare.

Som ST-läkare i bild- och funktionsmedicin har vi ställt oss frågan om denna nya specialitet är till gagn för svensk sjukvård och dess patienter. En enkät ställdes till verksamhetschefer inom radiologi och klinisk fysiologi. Svaren visar att den nya specialiteten bild- och funktionsmedicin försvårat rekryteringsmöjligheterna och försämrat utbildningen inom kompetensområdet klinisk fysiologi. Flera potentiella blivande specialister har avstått från utbildning inom området. En majoritet av företrädarna för både radiologi och klinisk fysiologi anser att bild- och funktionsmedicin inte är väl investerad utbildning för blivande kliniska fysiologer.

Sedan 2006 råder en ny specialitetsindelning som innebär att den tidigare specialiteten klinisk fysiologi blivit grenspecialitet till bild- och funktionsmedicin. Specialitetsbeteckningen medicinsk radiologi finns inte längre som egen specialitet, utan framtida kompetens inom radiologi utbildas inom basen bild- och funktionsmedicin, som internationellt översätts till »radiologi«.

Eftersom kompetensområdena medicinsk radiologi och klinisk fysiologi endast har lite gemensamt har man inte kunnat enas kring utformningen av utbildningen, på ett sätt som gör att framtidens behov av både radiologisk och klinisk fysiologisk kompetens kan säk-

ras. I den preliminära utbildningsplanen från Svensk förening för bild- och funktionsmedicin (tidigare Svensk förening för medicinsk radiologi) rekommenderas cirka 3 månaders utbildning inom klinisk fysiologi för en generell ST i bild- och funktionsmedicin och cirka 2,5 års utbildning inom radiologi för en blivande specialist i klinisk fysiologi.

Efter införandet av bild- och funktionsmedicin har efterfrågan på antalet kliniskt fysiologiska undersökningar ökat med cirka 4 procent årligen samtidigt som nyrekryteringen av blivande kliniska fysiologer kraftigt minskat.

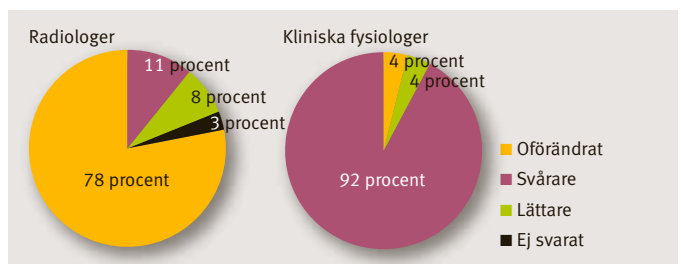
För att kartlägga hur företrädare för radiologi och klinisk fysiologi upplever att den nya specialitetsindelningen påverkat rekryterings- och utbildningsmöjligheter inom respektive kompetensområde har en enkätundersökning genomförts. Enkäten belyser de nuvarande förhållandena inom respektive kompetensområde i relation till den nya specialitetsindelningen.

Företrädare för 65 av 82 (79 procent) radiologiska enheter och 26 av 29 (90 procent) enheter för klinisk fysiologi besvarade enkäten. En majoritet av radiologerna upplevde att rekryteringsmöjligheten inom det egna kompetensområdet var oförändrad sedan bild- och funktionsme-

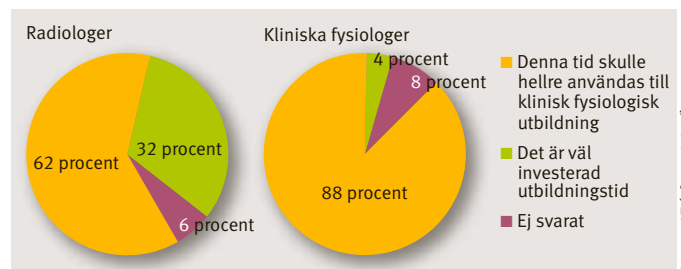
dicin infördes, medan 92 procent av företrädarna för klinisk fysiologi upplevde att rekryteringen blivit svårare (Figur 1).

Motsvarande framkom även för möjligheterna till adekvat utbildning för respektive kompetensområde inom ramen för bild- och funktionsmedicin. En majoritet av radiologerna tyckte att möjligheterna var tillräckliga eller goda, medan en majoritet av de kliniska fysiologerna tyckte att de var dåliga. En stor andel av företrädarna för klinisk fysiologi angav dessutom att en eller flera potentiella blivande kliniska fysiologer avstått från vidare specialistutbildning inom området.

Inom ramen för bild- och funktionsmedicin utbildas i dag såväl radiologer som kliniska fysiologer inom områden som inte kommer att vara en del av deras framtida arbetsuppgifter. En majoritet av de tillfrågade ansåg att de cirka 2,5 år som en blivande klinisk fysiolog måste ägna sig åt medicinsk radiologi under sin 5-åriga specialistutbildning i bild-



Figur 1. Företrädare för radiologi och klinisk fysiologi fick ta ställning till frågan »Hur bedömer Du att den nya specialiteten BFM påverkat rekryteringen av blivande Radiologer/Kliniska fysiologer?«.



Figur 2. Företrädare för radiologi och klinisk fysiologi fick ta ställning till frågan »Hur ställer Du dig till de ca 2,5 åren inom radiologisk diagnostik (inkl. diagnostik med radiologiska modaliteter omfattande samtliga organ samt radiologisk primärjournskompetens) som en blivande BFMare med inriktning Klinisk fysiologi måste ha som del i sin 5-åriga specialistutbildning?«.

Figuren: LT (efter original)



HENRIK ENGBLOM
ST-läkare
henrik.engblom@med.lu.se



MAGNUS HANSSON
ST-läkare; båda inom bild- och funktionsmedicin, inriktning klinisk fysiologi, Bild- och funktionsdiagnostiskt centrum, Skånes universitetssjukhus, Lund
magnus.hansson@med.lu.se

och funktionsmedicin hellre skulle ägnas åt klinisk fysiologisk utbildning (Figur 2).

Av kommentarerna till frågorna framgår att flera företrädare för både radiologi och klinisk fysiologi anser att viss utbildning inom andra diagnostiska kompetensområden än det egna bör vara en del av utbildningen, men denna bör anpassas till de modaliteter eller organsystem som bedöms relevanta för det framtida kompetensområdet. Exempel på kommentarer från radiologer är: »En ökad kunskap om radiologi jämfört med 'gamla' ST i fysiologi och nuklearmedicin behövs definitivt. Frågan om man måste joura på röntgen kan däremot diskuteras.« och »Vi behöver bli bättre på funktion...« och »Vi skippar det där med EKG, arbetsprov etc och kör renodlat på sådant som har radiologisk relevans...«. Exempel på kommentarer från kliniska fysiologer är: »Jag bedömer att 3 till högst 6 mån [radiologi] räcker och att den då är mer inriktad på olika modaliteter inom thorax, kärl och ultraljud« och »Skall man bli klinisk fysiolog skall man i första hand utbildas på klinfysmetoder. Om man drar det till sin spets kommer framtidens kliniska fysiologer efter 5 års ST knappt kunna självständigt utföra och besvara ett flertal metoder inom klinisk fysiologi men vara primärjurskompetenta radiologer.«

Samtidigt som patienternas behov och sjukvårdens efterfrågan på kliniskt fysiologiska undersökningar ökar, och läkarutbildningens behov av lärare med fysiologisk kompetens är stort, har den förändrade specialitetsindelningen lett till försämrade rekryterings- och utbildningsmöjligheter inom kompetensområdet. Det är av största vikt att klinisk fysiologi snarast återfår status som egen basspecialitet för att kunna möta det ökande behovet och efterfrågan. Att inom professionen bedriva utbildning som inte är till gagn för vare sig patienter eller sjukvården är inte ett försvarbart utnyttjande av resurser.

En kommentar från en radiologiföreträdare sammanfattar denna del av problemet så här: »[att] framtidens kliniska fysiologer får en bredare och ytligare utbildning samtidigt som sjukvården blir mer och mer högspecialiserad, rimmar riktigt dåligt med de krav som kommer att ställas på de diagnostiska specialiteterna«. Detta skulle den kommande översynen av specialistindelningen kunna råda bot på.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

APROPÅ! En aktuell fråga

Proppfulla register och ihåliga doktorer

Veckans personalmöte på vårdcentralen ägnades helt åt konsten att fylla i rätt rutor vid patientbokning i ett journalsystem som vi använt sedan sex år tillbaka. För att SKL ska få underlag för att kontrollera måluppfyllelse av vårdgarantin, för att *Vårdvalsledningen* ska få underlag för intäkter och utgifter och för att *landstinget* ska få underlag för att spinna »den röda tråden« i vårdprocessen måste nu alla lära sig att skilja nybesök från återbesök (vårdgarantin), definiera början och slut i ett vårdtagande (vårdprocessen) samt ställa många och tunga diagnoser (för att få utfall i vårdvalersättningen). Allt detta och mera därtill på ganska godtyckliga grunder!

Ingen av dessa klassificeringar är självklar inom primärvården, där sjukdomar och symtom kommer och går. Och återkommer. Vad är början och vad är slutet när personen/patienten står i centrum, och inte den enskilda diagnosen? Varför ska primärvården tvingas in i en kostym som är skraddarsydd för någon annan? Och problemet är inte begränsat till primärvården. Det går säkert att hitta exempel från andra verksamhetsområden. Fenomenet innebär uppenbara tidsförluster för vårdpersonal, men är det för övrigt helt oskyldigt? Tyvärr inte!

Jag vill påstå att den explosionsartade utvecklingen av tvingande administrativa rutiner urholkar yrkes-

själens och dödar arbetsglädjen. Varje människa (även doktorer) har en begränsad kapacitet för koncentrerad uppmärksamhet. När regelverk, registreringar och checklistor tar allt större mentalt utrymme, då får patienten av kött och blod maka på sig. Förr hände det att personalmöten handlade om patientarbete, men det var ett tag sedan.

Ett annat närliggande exempel: En av mina första åtgärder som ny distriktsläkare för snart 30 år sedan var att ställa diagnos på »läkarbesök« och skapa register, som möjliggjorde uppföljning och lokal kvalitetskontroll. Det hade jag stor glädje av. Formatet var litet och verksamheten ägde rum i en tid när *litet* fortfarande var *vackert*. Då anade jag inte att jag före min pensionering skulle tvingas trampa vatten i en ocean av regler, register och checklistor.

Men nu är tiden en annan, formatet större. Nationella register byggs i rasande takt. Flertalet är initierade för att ge möjligheter till professionell feedback och kvalitetsutveckling; alltså av precis samma goda skäl som mina egna lokala register. Ändå är inte allt frid och fröjd.

Omfattande register ger möjligheter till kontroll och jämförelser. Inlevererade data kan utnyttjas på sjukvårdens nationella tävlingsbana, där vårdenheter rangordnas på mer eller mindre tveksamma grunder. Debatten om detta pågår, och

allmänläkarna har av flera skäl varit motsträviga röster i kören. Vi är rädda för att översvämmas av registreringar och registerdata och för att fokus hamnar fel. Det som är rationellt när man hantarer enstaka symtom/diagnoser blir stötande irrationellt när man hanterar hundratals diagnoser. Härdsmlåtan hotar bakom hörnet. Många kloka allmänläkare har talat om detta och föreslagit alternativa sätt att kvalitetsregistrera, utan att vinna gehör på högre ort.

I en alltmer byråkratiskt regelstyrd sjukvård känner jag mig personligen som en av de ihåliga männen i T S Eliots berömda dikt:

*Vi är de ihåliga
vi är de uppstoppade
som lutar oss samman
med huvun proppade av
halm. Ack ja!*

...
*Gestalt utan form, skugga
utan färg
förlamad kraft, gest utan
impuls*

...
*på så sätt tar världen slut
ej med en skräll men ett pip*

Eller för att travestera de två slutraderna: Sjukvården kommer inte att gå under i en *skräll* orsakad av resursbrist, utan i ett förkövt byråkratiskt *pip*. Det är illa nog!



Christer Petersson
distriktsläkare,
FoU Kronoberg,
Växjö
christer.petersson@
ltkronoberg.se