

Resultat från enkätstudie om resurser för hematologisk intensivvård i Sverige 2008 med jämförelser med 1991

Rapport från Kvalitetsutskottet (KU) inom Svensk Förening för Hematologi (SFH) 2009-09-16

Ledamöter i KU och författare av rapporten

Mats Björemán, Med klin, Universitetssjukhuset Örebro, ordf

Michael Hedenus, Med klin, Sundsvalls lasarett

Eva Hellström-Lindberg, Hematologiska kliniken, Karolinska Huddinge

Martin Höglund, VO Hematologi, Akademiska Uppsala

Kristina Myhr-Eriksson, Med klin, Sunderby sjukhus, Luleå

Stig Rödger, Sektionen för hematologi och koagulation, Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg

Ingemar Turesson, Med klin, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

Innehåll

Bakgrund och metod	3
Läkarbemanning: Specialister och ST inom hematologi	3
Hematologibakjour	5
Andra kompetensområden	6
Omvårdnadspersonal	8
Lokaler inom öppen och sluten vård	8
Kvalitetsarbete/klinisk studieverksamhet	9
Sammanfattning	10

Bakgrund och metod

Vid SFHs årsmöte 2007 väcktes frågan om inte föreningen skulle ta fram kriterier för vilka resurser vi bedömer krävs för att bedriva avancerad hematologisk vård. Efter diskussion i styrelsen gick uppdraget under våren 2008 till KU att föreslå sådana kriterier. KU valde att precisera uppdraget till att gälla kriterier för bedrivande av hematologisk intensivvård, definierad som induktionsbehandling av patienter med akut leukemi och högmalignt lymfom. För att skapa ett underlag för dessa förslag genomfördes under hösten 2008 en enkät till samtliga kliniker i landet som har hematologisk verksamhet. De kliniker som svarade att de bedriver någon form av hematologisk intensivvård enligt ovanstående definition ombads besvara ett antal frågor om vilken hematologisk- och omvårdnadskompetens, vilka lokaler och utrustning, diagnostiska och terapeutiska metoder, samverkan med andra specialiteter och kompetenser mm man har idag. Vid flera sjukhus bedrivs intensiv cytostatikabehandling av patienter med högmaligna lymfom vid onkologiska enheter. Vi har dock valt att rikta enkäten endast till de hematologiska enheterna.

1991 genomförde föreningen en likartad men mera omfattande enkät till samtliga medicinska kliniker i landet för att kartlägga situationen inför 1990-talet. Den enkäten besvarades av alla sjukhus, oavsett vilken hematologisk verksamhet som fanns vid respektive enhet och svaren är därför inte direkt jämförbara med 2008 års enkät. Utifrån enkätsvaren 1991 utfärdade SFH 1993 rekommendationer inom ett antal områden. Där så är möjligt har vi jämfört enkätsvaren från 1991 och 2008 och bedömt i vilken mån SFHs rekommendationer från 1993 har uppfyllts.

Totalt svarade 2008 34 sjukhus att de bedriver någon form av hematologisk intensivvård (8 regionsjukhus, 19 länssjukhus och 7 länsdelsjukhus). Motsvarande siffra 1991 var 20 sjukhus (12 regionsjukhus och 8 länssjukhus). Svar saknas från ett länssjukhus där hematologisk intensivvård bedrivs. All fortsatt redovisning utgår från svaren från de 34 sjukhus som bedriver hematologisk intensivvård och besvarat enkäten. Det är därför inte möjligt att direkt jämföra siffrorna med utfallet i enkäten 1991, eftersom ju då alla medicinska kliniker svarade på frågorna, och många av frågorna dessutom var utformade lite annorlunda än i 2008 års enkät.

Läkarebemanning: Specialister och ST inom hematologi

Enkäten innehöll frågor om antalet hematologer totalt, antalet hematologer samtidigt i tjänst och antalet ST inom hematologi.

Totalt fanns vid de 34 klinikerna 2008 172 specialister och 69 ST-läkare inom hematologi. Av specialisterna fanns 95 på regionkliniker, 64 på länskliniker och 13 på länsdelskliniker. Av ST fanns 32 på regionkliniker, 30 på läns- och 7 på länsdelskliniker.

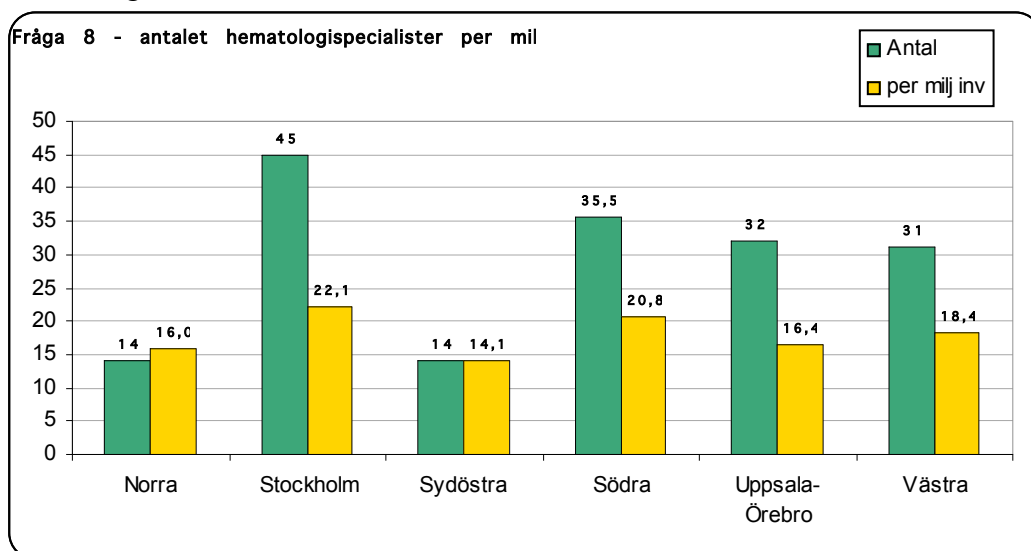
1991 års enkät redovisade totala antalet läkare med behörighet i hematologi (90 i hela landet) och de med inriktning mot hematologi (165). Av de behöriga hematologerna fanns 80 vid region- eller länssjukhus, av de med inriktning mot hematologi fanns 114 vid region- och länssjukhus. Siffrorna kan inte jämföras rakt över mellan de två åren eftersom urvalet av svarande sjukhus skiljer sig så pass mycket, och dessutom sjukhusstrukturen på vissa håll i

landet har ändrats så att sjukhus som tidigare klassificerades som regionsjukhus nu är läns- eller länsdelssjukhus och inte bedriver hematologisk intensivvård. Vidare är det svårt att jämföra de tjänster som 1991 betecknades som ”specialisttjänster med hematologisk inriktning”, varav flertalet (122 av 165) inte var formellt inrättade, mot dagens hematologtjänster.

Vad som kanske ändå kan jämföras mellan de båda mätningarna är den regionala fördelningen av hematologer, med förbehållet att 2008 års siffror ju bara redovisar de sjukhus som bedriver hematologisk intensivvård. Tabellen visar totalantalet behöriga hematologer och specialister med inriktning mot hematologi i hela landet 1991, och antalet hematologer vid de sjukhus som bedriver hematologisk intensivvård 2008. För båda åren anges dels det faktiska antalet specialister, dels antalet specialister per miljon invånare i hela regionen.

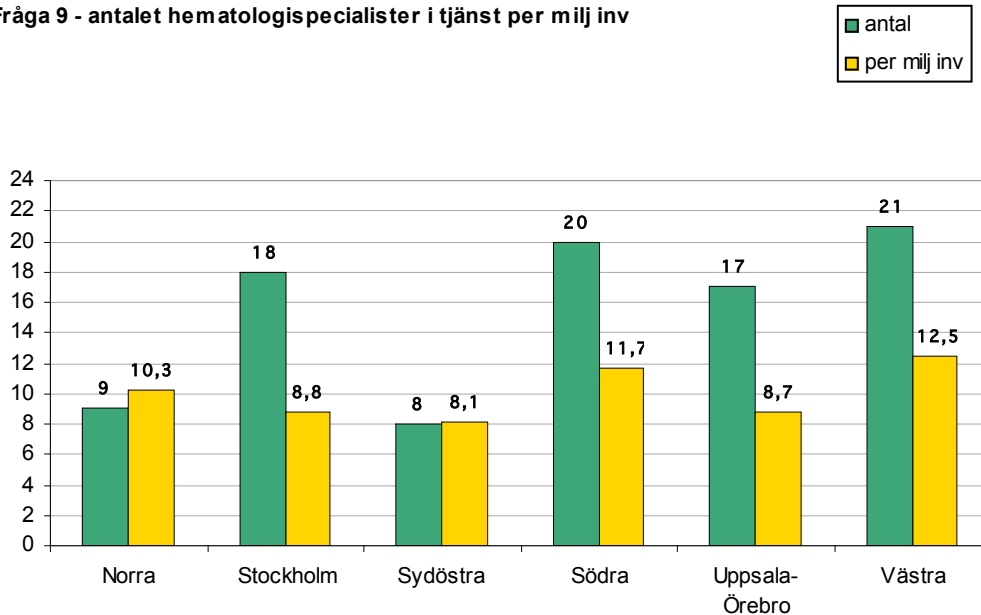
Region	1991		2008			
	Antal	per miljon	Specialister totalt	Antal	per miljon	Samtidigt i klinisk tjänst
			Antal	per miljon	Antal	per miljon
Norra	24	26,6	14	16	9	10,3
Stockholm	54	32,5	45	22,1	18	8,8
Sydöstra	22	23,4	14	14,1	8	8,1
Södra	55	37,4	35,5	20,8	20	11,7
Uppsala/Örebro	59	31,4	32	16,4	17	8,7
Västra Götaland	41	26,3	31	18,4	21	12,5

Att siffrorna är lägre 2008 beror på att endast de svarande sjukhusen redovisas i denna enkät. Spridningen mellan tätast och glesast bemannade region är ungefär lika stor som 1991. Sydöstra regionen har varit lägst bemannad vid båda mätningarna. Nedanstående diagram redovisar grafiskt siffrorna för 2008 i tabellen.



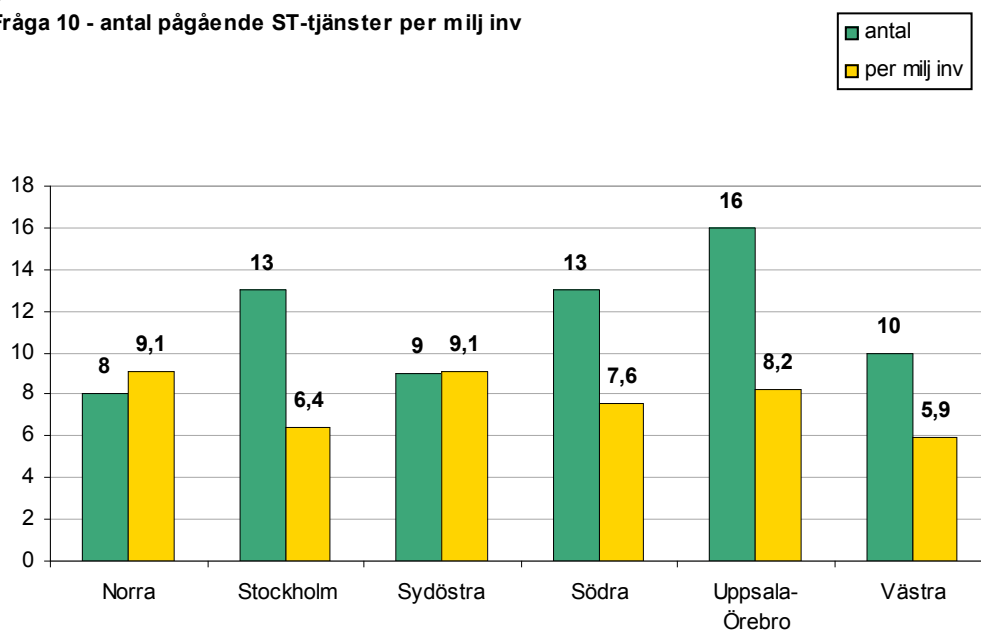
De siffror som redovisar antalet hematologspecialister samtidigt i tjänst måste också tolkas med försiktighet, eftersom man bedömt frågan lite olika från sjukhus till sjukhus. Skillnaderna mellan regionerna är dock mindre när man räknar specialister samtidigt i tjänst än när man räknar totalantalet specialister.

Fråga 9 - antalet hematologispecialister i tjänst per milj inv



När det gäller antalet ST inom hematologi har Norra och Sydöstra regionerna flest antal per miljon invånare, 9,1, därefter följer Uppsala/Örebro med 8,2, Södra med 7,6, Stockholm med 6,4 och Västra med 5,9. Denna fördelning är i rätt hög grad grad inversen mot den för färdiga hematologer och talar för att en utjämning i bemanningen kommer att ske inom ett fåtal år.

Fråga 10 - antal pågående ST-tjänster per milj inv



Hematologibakjour

Vid drygt hälften (18/34) av de sjukhus som besvarat enkäten och alltså bedriver någon form av hematologisk intensivvård finns hematologijourlinje.

Alla regionsjukhus utom ett (7/8) har en hematologijour .

Vid drygt hälften av länssjukhusen (10/19) finns också någon form av hematologisk jourverksamhet. Bakom denna ”sanning” döljer det sig dock en mängd olika lösningar: Endast 4 av länssjukhusen har en formell hematologjour (grad 2/ beredskap B). Ett par sjukhus har hematologberedskap med schablonersättning. Vid majoriteten av länssjukhusen bedrivs hematologijouren genom olika varianter på informell beredskap, oftast i form av frivillig tillgänglighet per telefon vid behov av frågor från avdelningen/kollegor. Flera kliniker beskriver sin jourverksamhet som ”scoutverksamhet” vilket kan tolkas som att man på ideell basis (utan eller med begränsad ersättning utanför jouravtalet) upprätthåller en tillgänglighet som bedöms nödvändig av kvalitetsskäl.

Vid 16 av de 34 sjukhus som besvarat enkäten saknas hematologijour. Även vid dessa sjukhus, framförallt vid länssjukhusen, förekommer det olika typer av informell hematologiberedskap. Vid 11 sjukhus, mestadels länsdelssjukhus, saknas dock hematologiberedskap helt och man hänvisar därifrån frågor till medicinbakjour eller hematologijour på läns- eller regionsjukhus.

1991 fanns organiserad hematologijour vid 7 sjukhus och vid 19 sjukhus fanns frivillig jourlinje varav man vid 11 sjukhus inte hade någon ersättning för utfört arbete under jourtid.

I SFHs rekommendationer 1993 fastställdes klart att enheter där hematologisk intensivvård bedrivs skall ha formell hematologisk jourberedskap, dvs tillgång till hematologisk specialistkompetens dygnet runt. Man påpekade också att villkoren för sådan jourberedskap bör lösas inom ramen för fackliga avtal.

Man kan konstatera att trots dessa tydliga rekommendationer har inte mycket hänt på de 15 år som gått: Endast vid ca en tredjedel (11/34) av de kliniker som bedriver hematologisk intensivvård finns en formell hematologberedskap i form av egen jourlinje med tydligt ansvarsområde och ersättning enligt gällande jouravtal. Fortfarande bedrivs hematologisk jourverksamhet till största delen genom informella lösningar med ofta helt otillfredsställande villkor, såväl från kvalitets-, ansvars- och verksamhetssynpunkt som från facklig synpunkt.

1991 fanns det 90 läkare i Sverige med formell behörighet i hematologi. Utanför universitetsklinikerna vilade ansvaret för hematologisk vård ofta på en eller ett fåtal specialister per sjukhus. Reella förutsättningar för att upprätta jourkedjor saknades då på de flesta sjukhus eftersom det skulle innebära en orimlig arbetsbelastning för den/det fåtal hematologer som fanns i tjänst.

År 2008 finns det i Sverige ca 200 hematologispecialister. Bäst bemannade är regionsjukhusen, men även länssjukhusen är idag - även om undantag finns - oftast bättre bemannade med (2-)3-5 läkare med formell behörighet i hematologi. De personella förutsättningarna för att inrätta hematologjour bör således ha förbättrats sedan 1991.

Andra kompetensområden

Enkäten innehöll ett antal frågor om tillgång till andra specialister än hematologer, andra personalkompetenser, om möjligheterna att kunna ge avancerad behandling alla veckans dagar mm. Svaren inom några av dessa områden redovisas nedan

Tillgång till andra specialister med kunskap om hematologiska patienter på sjukhuset

	1991	2008
Infektionsläkare	14/20	31/34
Lungläkare	ej redovisat	27/34
Tandläkare/tandhygienist	16/20	30/34
Möjlighet att frysa sperma	ej redovisat	10/34

Tillgång till andra yrkeskategorier

Arbetsterapeut	3/20	23/34
Dietist	3/20	21/34
Kurator	9/20	33/34
Sjukgymnast	3/20	34/34
Resurser för personalstödjande insatser	11/20	23/34

Tillgänglighet till behandling mm

Cytostatika på helger	20/20	31/34
Trombocytttransf på helger	20/20	34/34
Direkt omhändertagande vid neutropen feber	20/20	34/34
Tillgång till CVK	ej redovisat	28/34 samma dag 5/34 inom 2-3 d 1/34 > 3 d.
Tillgång till strålbehandling	ej redovisat	4/34 samma dag 17/34 inom 2-3 d 13/34 > 3 d
Tillgång till bestrålade blodprod.	ej redovisat	32/34 samma dag 2/34 inom 2-3 d

Majoriteten av klinikerna har tillgång till konsultation av till enheten knutna specialister – infektionsläkare (91 %), lungläkare (79 %), tandläkare/tandhygienist (88 %). Tillgång till fertilitetsspecialist och möjligheter att frysa in sperma finns hos 29 %. Jämfört med enkäten 1991 har andelen kliniker med tillgång till specialistkonsult ökat men den var ganska hög även tidigare.

Tillgången till hjälp från andra yrkeskategorier har klart förbättrats jämfört med 1991. Då redovisade endast en minoritet av klinikerna tillgång till arbetsterapeut, dietist, kurator och sjukgymnast. Nu är andelen med till enheten fast knutna personer högre – kurator (97%), sjukgymnast (100 %) men andelen med tillgång till arbetsterapeut (68 %), och dietist (62 %)

är fortfarande ej optimal. Tillgången till personalstödjande åtgärder har förbättrats – från 55 % till 68 %.

På samtliga enheter kan trombocyttransfusioner ges på helger men 9 % kan ej ge parenteral cytostatikabehandling på helger. Detta är en försämring jämfört med enkäten 1991 då samtliga kliniker angav att man hade sådan beredskap. Det är inte möjligt att utläsa om denna begränsning beror på att cytostatikaberedning övertagits av apoteken eller har andra orsaker. Bestrålade blodprodukter finns tillgängliga samma dag på 94 % av alla kliniker (redovisning 1991 finns ej). Möjlighet att ta emot patienter med neutropen feber ”direkt” redovisades av alla kliniker både 1991 och 2008 men enkäten ger inte svar på i vilken utsträckning detta begränsas av platstillgång.

Vid majoriteten av klinikerna (82 %) kan hjälp med inläggning av CVK erhållas samma dag men en ej obetydlig andel (18 %) får vänta 2-3 eller i ett fall även > 3 dagar på denna service. För strålbehandling redovisar 38 % av klinikerna en väntetid på mer än 3 dagar. Motsvarande redovisning saknas i enkäten 1991.

Sammanfattningsvis finns vid alla kliniker god tillgång till konsultation av andra specialister och hjälp av andra yrkeskategorier. Det finns dock fortfarande enheter som ej har fast infektionsläkarkontakt och ej helt få som inte har fast tillgång till lungläkarexpertis eller tandläkare/hygienist. När det gäller hjälp från andra personalkategorier har situationen avsevärt förbättrats jämfört med 1991 men även här finns brister på några kliniker. Tillgång till blodprodukter och möjligheter till transfusion under helger är god – liksom 1991. Däremot finns nu enstaka kliniker som inte kan ge parenteral cytostatikabehandling under helger, vilket försvårar rationell behandling.

Omvårdnadspersonal

Enkätsvaren tillåter inga djupgående slutsatser om hur personalsituationen utvecklats sedan 1991. Många uppger att en stor andel av sjuksköterskorna har vidareutbildning inom hematologi, och andra att man har sjuksköterskor med mycket lång erfarenhet av hematologisk omvårdnad. Flera kliniker har dock fortfarande få sjuksköterskor med vidareutbildning inom hematologi

Lokaler inom slutet och öppen vård

Sett över hela landet tycks antalet vårdplatser avsatta för hematologiska patienter vara relativt oförändrat från 1991 vid de sjukhus som bedriver hematologisk intensivvård. Detta skall ses i ljuset av att antalet vårdplatser för somatisk korttidsvård under denna period har minskat med ca 50 %. Samtidigt har antalet patienter som genomgår intensiv cytostatikabehandling för akut leukemi och högmaligna lymfom ökat sedan 1991, och flera vårdplatser används idag vid regionklinikerna för patienter som genomgår autolog eller allogen stamcellstransplantation. Stora variationer när det gäller tillgång till hematologiska vårdplatser finns dock mellan sjukhusen. Inom Stockholmsregionen är det vanligt att hematologiska patienter vårdas som överbeläggning eller som sk satellitpatient, medan detta är ovanligt vid de flesta andra sjukhus.

Tillgången till isoleringsrum resp enkelrum varierar också mycket mellan sjukhusen, anmärkningsvärt är det låga antalet enkelrum vid en enhet där man genomför ett stort antal allogena benmärgstransplantationer.

Dagvårdsplatserna har i stort sett fördubblats vid de kliniker som besvarat enkäten, vid regionsjukhusen från i median 3 platser 1991 till 6 2008 (spridning 4-30), vid länssjukhusen från i median 3 1991 till 5 2008 (spridning 2-8) och vid länsdelssjukhusen från 2 till 4 (spridning 2-5).

Kvalitetsarbete/klinisk studieverksamhet

Vid 1991 års inventering ställdes också frågor kring forskning, utvecklingsarbete och resursupplevelse, men frågorna vid enkäten på 90-talet var inte identiskt formulerade, varför direkta jämförelser inte går att göra.

I rekommendationerna från SFH 1993 anfördes som ett viktigt steg för den kommande 10-årsperioden i den hematologiska utvecklingen, behovet av att fortlöpande registrera nydiagnosticerade patienter med hematologiska maligniteter för att på sikt få en möjlighet att värdera vårdkvaliteten. Det första registret för akut leukemi infördes under 90-talet och under åren därefter tillkom register för lymfom och kronisk myeloisk leukemi. Under 2007 bildades Blodcancerregistret, ett webbaserat register, där samtliga maligna diagnoser finns med. Under 2008 har detta kommit igång.

I ljuset av denna utveckling är resultatet oroväckande i den aktuella enkäten, där det framgår att 27 (80 %) av de 34 svarande klinikerna upplever brist på tid och resurser för att sköta den löpande registreringen. Av de sju som upplever att de har tillräckligt med tid var 5 regionsjukhus, medan endast 2 av 26 länsdel- och länssjukhus upplever sig ha tillräckligt utrymme, dvs en absolut majoritet av dessa sjukhus saknar tid och resurser för en löpande rapportering.

En likartad snedhet, om än inte fullt lika uttalad, kunde även iakttagas för frågorna kring den kliniska studieverksamheten. Samtliga regionenheter har tillgång till studie/forskningssjuksköterska. Motsvarande siffror för länssjukhus var 7 av 19. Endast ett länsdelssjukhus av sju hade tillgång till studie/forskningssjuksköterska. Hur dessa tjänster är finansierade (inom klinikens budget eller med externa medel) framkommer inte i enkäten. Detta är en fråga som bör klargöras i framtiden.

Detta förhållande avspeglar sig sannolikt också i nästa fråga om deltagande i kliniska studier där samtliga regionsjukhus deltar; 11 av 19 länssjukhus och 4 av 7 länsdelssjukhus.

I den sista frågan, där man hade möjlighet att uttala sig om man var nöjd med tillgängliga resurser uttryckte endast 4 (12 %) sjukhus att de var nöjda. I föregående enkät var frågan om tillfredsställande resurser uppdelat på patienter och läkare. Då ansågs vårdkvaliteten tillfredsställande ur patientsynpunkt av 79 % av sjukhusen, medan 53 % bedömde situationen

tillfredsställande ur läkarsynpunkt. Så även om frågorna inte är direkt jämförbara kan man sannolikt ändå dra slutsatsen om att en klar försämring skett under de senaste 15 åren.

Sammanfattning

Enkäten till de enheter i landet som bedriver hematologisk intensivvård (definierad som remissionssyftande behandling av patienter med akut leukemi och högmaligna lymfom) 2008 visar att flera av de rekommendationer som SFH utfärdade 1993 har uppfyllts helt eller delvis, men fortfarande finns brister inom en del fält.

Ur enkätsvaren har två områden identifierats som högst prioriterade för snara åtgärder. Den ena är att finna tillfredsställande lösningar för tillgång till hematologisk specialistkompetens dygnet runt, den andra att det från de flesta sjukhus rapporteras att man har bristande resurser för rapportering till och utvärdering av resultaten i kvalitetsregister.

Med utgångspunkt i de redovisade enkätsvaren har KU diskuterat ett antal områden där vi föreslår att SFH fastslår kriterier för vilka resurser som bör finnas vid kliniker som bedriver hematologisk intensivvård. Dessa förslag redovisas i ett separat dokument.

För Kvalitetsutskottet inom SFH

Mats Björemans
ordförande