

VARFÖR IFRÅGASÄTTA SK-KURSERNA?

De s k SK-kurserna som ingår i systemet för läkares specialisering har ett stort värde, men det finns också problem förknippade med dem – bl a beläggningsgraden. Det bör därför inte vara omöjligt med vissa rationaliseringar och besparingar även på detta område.

Socialstyrelsen har fått ett sparbetting på ca 10 procent. Vidare har vi fått ett stort antal nya uppgifter till vilka ingen finansiering knutits.

Sådana områden är framför allt verksamhetstillsynen, men även uppföljning av den väntade läkemedelsreformen kommer att belasta den del av Socialstyrelsens budget som rör uppföljning, utvärdering, återföring samt utbildning inom hälso- och sjukvård.

De senaste åren har 21,5 miljoner kronor disponerats för samtliga SK-kurser. Kurserna offereras huvudsakligen via fakulteterna, och vissa ramar för

medverkan av universitetens lärare finns.

Administrationen via fakulteterna ersätts genom fakultetspåslaget, som kan bli totalt över 20 procent. Vissa kurser offereras av privata kursgivare. Dessa är ofta av mer udda karaktär men mycket eftersökta.

Tidskrävande planering

Arbetet med att välja ut vilka kurser som skall ges och hur många kurser som skall ges per specialitet är grannlaga och tidskrävande och kan göras tack vare stort engagemang från representanter från Läkaresällskapet, Läkarförbundet och Landstingsförbundet. Diskussionerna kring de enskilda kurserna har alltid förberetts i de olika specialitetsföreningarna.

Trots detta grundliga arbete har den s k RASK-gruppen inte alltid varit nöjd. Flera kurser har måst ställas in på grund av otillräckligt antal deltagare, flera kurser går inte fulla, och medelbelägg-

DEBATT

ningen är inte mer än 80 procent trots ett överintag.

Många av återbuden kommer mycket sent och skylls på att det i sista stund visar sig omöjligt att få ledigt från huvudmannen. Detta anges i särskilt hög grad gälla dem som söker och antas utan att ha ST-tjänst.

Vidare är det C-kurserna – dvs de renodlade specialistkurserna – som är mest eftersökta. De bredare B-kurserna, som vänder sig till flera specialiteter, och framför allt de allmänna A-kurserna lockar mycket färre sökande. Ändå handlar det om de kurser som priorite-

Författare

NINA REHNQVIST
överdirektör, Socialstyrelsen,
Stockholm.

ket är en innebörd av »väl motiverad» – måste bedömas om man över huvud taget ska kunna diskutera avsteg från informerats samtycke. Men visst håller vi med om att uttryckets innebörd är oklar.

Definiera principerna!

Därför efterfrågade vi vägningsprinciper och en struktur som liknar Humanistiska samhällsvetenskapliga forskningsrådets kod. Nu menar Dahlquist/Hermerén att vägningsprinciper finns. Men varför kan vi inte försöka uttala dessa?

De är givetvis svåra att formulera. Men varför inte försöka ringa in relevanta faktorer och diskutera deras innebörd och »vikt» i olika sammanhang? Vi tror det vore nyttigt för den etiska medvetenheten också utanför de etiska kommittéerna.

Vi tycker nog att Dahlquist/Hermerén bagatelliserar några av våra exempel. Vår beskrivning från barnonkologisk forskning avfärdas med att man bara »sammanställer data från patientmaterial också i Sverige». Vi åsyftade något annat.

Vid t ex vissa maligna sjukdomar hos barn fördelas patienter till olika behandlingsformer som del av nationella eller internationella projekt, där man inte har något vedertaget allmänt accepterat behandlingsprogram. Rätt eller fel, oetiskt eller etiskt, men graden av valfrihet hos dessa patienter och deras föräldrar efter informerats samtycke kan ibland diskuteras.

Det är lätt att tycka att »regeln om informerats samtycke ska följas», men i praktiken är det så även vad gäller kliniska studier inom vuxenonkologin att etikkommittén inte sällan rekommenderar att man *inte* ska använda skriftlig information. Den muntliga informationen kan emellertid inte följas upp, vad som sägs eller inte sägs, hur det sägs, och av vem informationen ges.

Samma ovisshet i Sverige

Det troliga är att Lone Scocozzas studier av danska förhållanden [2] hade kunnat ge samma resultat (dvs att många patienter i praktiken inte hade fått full information som de förstod) om studierna gjorts på någon svensk klinik.

Är det bättre att acceptera en från patientens synpunkt ofullständig information, eller ska etikkommittén tillstyrka att ingen information ges i vissa situationer? Och vilka är dessa i så fall?

Dahlquist/Hermerén nämner de riktlinjer som MFR nu förtjänstfullt har gett ut. Vår artikel är ingen kommentar till dem utan skrevs långt tidigare. Men inte heller dessa riktlinjer besvarar fullständigt våra frågor, och de ska väl inte uppfattas som en bibel som inte får ifrågasättas.

Dahlquist/Hermerén och även vi efterfrågar en etisk medvetenhet. Det etiska ställningstagandet ska ju vara forskarens eget och inte bara etikkommitténs. Därför måste forskaren tänka över vilka vägnings- och tolkningsprinciper som kan vara motiverade. Och därför måste vi få diskutera dem öppet.

Referenser

1. Petersson B. Forskning och etiska koder. Nora: Nya Doxa, 1994.
2. Scocozza L. Forskning för livet [dissertation]. Köpenhamn: Akademisk forlag, 1994.

rats när utomstående satts att bedöma SK-kursernas värde.

Uttalat obligatorium

SK-kurserna upphörde att vara obligatoriska 1992 när målbeskrivningarna infördes. Man bedömde att det var möjligt att skaffa sig sin specialistutbildning på mer än ett sätt, och det var viktigare att vissa mål kunde uppfyllas än att vägen dit var ensartad.

Trots det har det inom vissa specialiteter bedömts som i det närmaste obligatoriskt med vissa kurser för att det ska chefsöverläkarintyget skulle skrivas på. Å andra sidan har det ibland varit svårt att kontrollera kvaliteten i chefsöverläkarintyg.

Förutom det teoretiska innehållet, som ju teoretiskt också skulle kunna tillägnas genom självstudier, har naturligtvis färdighetsträning en given plats. Ett ytterligare stort värde när det gäller C-kurserna är möjligheten att få träffas på nationell nivå och få erfarenheter från andra delar av Sverige, från både kursgivare och deltagare.

Endast små förändringar övervägda

B- och A-kursernas innehåll är svårare att tillägna sig på egen hand. A-kurserna har dock bedömts kunna bli attraktivare om de gjordes mer lokala och därigenom mer direkt applicerbara för läkare i slutet av deras utbildning.

SK-kurserna har i den sk Bergmanska utredningen bedömts fylla en viktig funktion även i fortsättningen, och något förslag till annan ordning – förutom möjligen viss administrativ åtstramning – föreslogs inte.

Ändå möjligt att spara

När vi har resonerat kring dessa fakta och synpunkter synes det naturligt att fråga sig om inte vissa besparingar och rationaliseringar trots allt borde kunna göras, framför allt när det gäller att se till att kurserna verkligen är fulla. Här borde 20 procent kunna sparas, alltså 4 miljoner kronor.

Vidare har det blivit kutym med ett visst »standardpris» på en kurs, även om vi försöker granska rimligheten i kurskostnaderna. Kanske man skulle sträva efter att samma kurs gavs flera terminer eller år i rad med samma kursgivare för att spara på förberedelsekostnaderna.

För de stora specialiteterna kan rotation över landet säkert ske ändå, och för de mindre är det ofta inte aktuellt med någon annan kursgivare. Här kanske finns en besparingspotential.

Nya ställningstaganden behövs

Det kanske finns ytterligare kurser som inte borde vara mer än tre dagar,

även om kursdeltagarna anger att de från ledighetssynpunkt föredrar veckokurser.

Man har också diskuterat kursavgift, även om detta strider mot de avtal som finns. En avgift skulle säkert i alla händelser öka närvarograden.

Min bedömning är att om vi skall kunna behålla de nationella kurserna måste flera nya ställningstaganden till. Kanske är det så att kreativa lösningar oftast kommer till stånd under viss press. Kanske bör några kurser vara obligatoriska och nationella? •

Kommentar

Dags att bredda debatten

Nu måste diskussionen kring SK-kurserna breddas till att omfatta hela specialistutbildningens kvalitet. Trots att fem år gått är det nya specialistutbildningssystemet, ST, ännu i sin linda och har ännu inte etablerat sig. Ett målrelaterat tänkande tar över alltmer, men dominerar inte alltid. Varför?

En fast anställning är den enskilt viktigaste faktorn för att en målrelaterad utbildning ska kunna genomföras. Det är positivt att vår tillsynsmyndighet Socialstyrelsen uppmärksammar detta – ansvaret ligger dock på sjukvårdhuvudmannen och dennes representanter på kliniken, chefsöverläkarna.

En fast anställning är en grund att stå på när en utbildningsplan ska formuleras. Det är chefsöverläkarens ansvar att så verkligen sker, att en handledare utses och att utbildningsplanen följs.

System med studierektorer

Ett stöd i detta arbete är ett system med studierektorer. Detta innefattar lokala studierektorer tillsatta av huvudmannen och med ansvar för de lokala utbildningsinsatserna, t ex handledarutbildning, samt regionala specialitetsvisa studierektorer som vet vad en utbildning i den aktuella specialiteten kräver. Här finns mycket kvar att göra. På vissa håll i landet liksom inom vissa specialiteter, t ex barn- och ungdomspsykiatri, finns goda exempel att följa.

Den enkät som nyligen gjorts på initiativ av UFO (Läkarförbundets delegation för utbildning och forskning) visar också på stora luckor i studierektorsfunktionen. I denna del, dvs vägen igenom specialistutbildningen, har Socialstyrelsen hittills inte visat något större intresse. Men ett ökat sådant välkomnas!

Basen för utbildningen och utbild-

ningsplanen är målbeskrivningarna. Dessa är i mycket en färskvara, vilket tydliggörs av det faktum att de reviderats innan fem år ännu förflutit. Ett dynamiskt synsätt måste dominera, där justeringar löpande kan göras av såväl målbeskrivningar som utbildningsplan.

Färsk kunskaper

Kurserna då? Vilken plats har de i utbildningen? Kurserna är inte bara ett utmärkt sätt att integrera teoretisk kunskap med det praktiska kliniska arbetet som ST-läkaren gör varje dag, utan också ett utmärkt tillfälle att till blivande specialister förmedla färsk kunskaper som kommer att vara klinisk vardag imorgon!

Självklart måste en löpande utvärdering ske av kurserna likaväl som andra komponenter i specialistutbildningen. Detta borde innefattas i de krav på kvalitetssäkring av verksamheten som sjukvården har. Hittills har dock inga försök till övergripande utvärdering av ST-utbildningen gjorts.

Ett första steg i den riktningen vore att fråga dem som är inne i systemet hur det fungerar. Vad är starka och svaga inslag, vad fattas, vad är överflödigt, vilken plats har SK-kurserna och hur väl uppfyller de denna plats?

Löpande utvärderas dock de enskilda SK-kurserna av deltagarna genom enkäter. Kursgivarna får feedback på den aktuella kursens värde. Det vore värdefullt att sprida denna information vidare till kommande sökanden genom publicering av kursutvärderingarna i kurskatalogen.

Huvudlösa avbrott

Höstens kurser har ställts in på ett helt huvudlöst sätt. T ex har alla kurser för en liten specialitet som öron-, näs- och halssjukdomar blivit inställda. Vissa kurser har ställts in trots att de varit fulltecknade och därutöver haft reservlista.

Kursbehovet måste uppskattas utifrån hur många som finns under utbildning i en viss specialitet, vilka kurser som dessa har gått och därmed vilken efterfrågan på en viss kurs man kan vänta sig. Detta framgår till stor del av kursansökningarna, samt av den statistik som finns hos olika specialitetsföreningar.

Behovet är dock större än vad som hittills syns – dagens underlag för statistik blir ju svårvärderat när en stor andel av de blivande specialisterna saknar ST-anställning. Avsaknaden av målrelaterad utbildning som drabbar vikarierna är det största hotet mot specialistutbildningens kvalitet framöver!

Mette Jansson
Eva Orusild
Sylf