

# Självvärdera ST-utbildningen med STINS inför extern-SPUR

**SPUR:s checklista för ST-utbildningen är ett enkelt och uppskattat självvärderingsinstrument inför extern SPUR-inspektion. Nu finns en digitaliserad och vidareutvecklad version.**

Eftersom Läkarförbundet åter erbjuder externa SPUR-inspektioner är det högaktuellt för många utbildande enheter att genomföra en självvärdering. Vi vill därför informera om ett nytt och välfungerande självvärderingsinstrument. Självvärdering används som en förberedelse inför den externa SPUR-inspektionen och har tidigt resulterat i en nationell kartläggning [1].

Region Skånes riktlinjer för kvalitetsgranskning av utbildande enheter innebär att alla ska genomföra en självvärdering vartannat år. Som metod används en vidareutveckling av ett digitaliserat självvärderingsinstrument som nogsamt utprovats inom öron-, näs- och halsspecialiteten för SPUR-inspektioner sedan 2009 och därefter testats vid Centralsjukhuset i Kristianstad.

**Självvärderingsinstrumentet** kallas för STINS (ST-INSpektion). I likhet med en extern SPUR-inspektion bedömer STINS åtta kriterier gällande strukturen (resurserna för utbildning) och processen (hur resurserna används).

## SERGE PADOAN

överläkare, verksamhetschef, Centralsjukhuset, Kristianstad; SPUR-inspektör öron-näsa- hals serge.padoan@skane.se

## OLA BJÖRGELL

docent, lektor, regionöverläkare för AT/ST, Region Skåne; ordförande i SPUREX (SPUR-experterna)

## LOUBNA CHERKAOU

dataingenjör, student på masterprogrammet, IT Management, Göteborgs universitet; studentmedarbetare, Region Skåne

## KARIN ANDERSSON

AT/ST-handläggare, Region Skåne

Bedömningen görs utifrån hur ett antal påståendens sanningshalt graderas gällande Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd samt kvalitetsindikatorer utarbetade av SPUREX (SPUR:s arbetande organ).

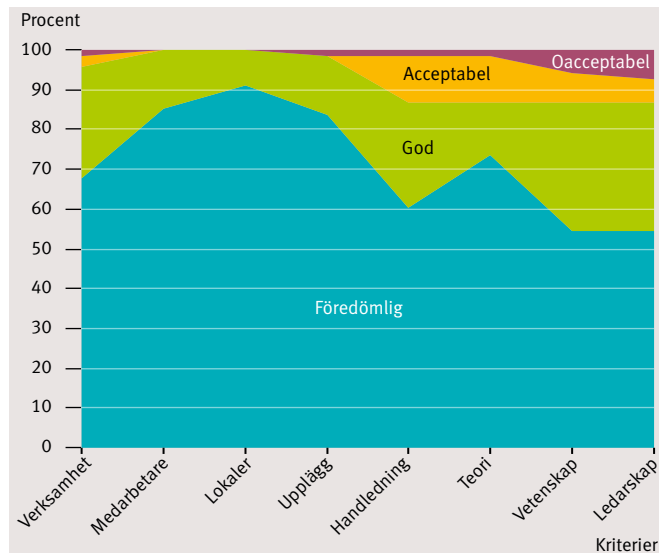
STINS ger svar på frågorna om hur väl den utbildande enheten anser sig uppfylla Socialstyrelsens krav och SPUREX kvalitetsindikatorer samt hur samstämmiga enhetens ST-läkare, handledare, studierektor och verksamhetschef är.

De påstående som den utbildande enheten får ta ställning till är desamma som i SPUR:s checklista, men de har formulerats om för att bli graderbara. Graderingarna är: »Stämmer helt«, »Stämmer ganska bra«, »Stämmer dåligt«, »Stämmer inte alls«. Vi har valt att låta ST-läkarna och handledarna gradera i varsin grupp, medan studierektorn och verksamhetschefen graderar individuellt.

**Sammanvägningen av** graderingarna resulterar i en bedömning av kvaliteten för vart och ett av de åtta delkriterierna och för utbildningskvaliteten som helhet. Därtill får man en varningssignal om det råder diskrepanser mellan olika bedömare. Bedömningen framräknas automatiskt genom en algoritm, som bygger på SPUR:s kvalitetsdefinitioner.

Exempelvis krävs för bedömningen »Föredömlig utbildningskvalitet« att Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs och att övriga kvalitetsindikatorer med enstaka undantag är uppfyllda. Detta tolkas i algoritmen som att majoriteten av graderarna ska ange att samtliga för kriteriet relevanta påståenden stämmer helt vad gäller föreskrifter, och åtminstone ganska bra vad gäller allmänna råd för kvalitetsindikatorer.

STINS ger också en hel-



**Figur 1.** Aggregerat resultat av självvärdering enligt STINS avseende åtta kvalitetskriterier. N = 68 utbildande enheter utanför universitetssjukhusen i Region Skåne, 2012.

hetsbedömning som bygger på totalantalet poäng. Om ett av kriterierna blir bedömt som »oacceptabel« blir helhetsbetyget detsamma, oavsett hur bra kvaliteten i övrigt bedömts vara. Instrumentet är således utformat för att tydligt signalera när något inte fungerar.

## Alla utbildande enheter i

Region Skåne uppmanades att genomföra STINS under 2012 sedan självvärderingsinstrumentet blivit tillgängligt på AT/ST-hemsidan [2]. Utbildande enheter som genomfört extern-SPUR eller annan självvärdering de senaste två åren har kunnat avstå. Vi kan, med denna selektion, förvänta oss svar från cirka 120 utbildande enheter vid våra olika sjukhus och förvaltningar såsom psykiatri, laboratoriemedicin samt primärvård med ST-läkare i tjänst. Från dessa enheter har till dags dato ett hundratal svar inkommit.

Figur 1 visar ett exempel på ett aggregerat resultat. Kriterierna »Vetenskap« (egentligen »Medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete«) och »Ledarskap« (egentligen

»Ledarskap och kommunikation«) är de som bedöms vara speciellt svåra att uppfylla utanför universitetssjukhusen, med nära 10 procent oacceptabel kvalitet. Kriterierna »Medarbetare«, »Lokaler« och »Upplägg« bedöms däremot vara de kvalitativt bästa. Alla utbildande enheter uppmuntras att följa upp sin egen självvärdering. I bästa fall leder den även till en kvalitetsutveckling [3].

## All form av självvärdering

har svagheter. Att ST-läkarna och handledarna bedömt i grupp kan resultera i att vissa åsikter dominerar. I andra fall kan gruppbedömningen tvärtom ha lett till fruktbara diskussioner om enhetens utbildningskvalitet.

Oavsett metod kan självvärdering inte ersätta extern inspektion. Jämförelser mellan olika enheter får tolkas med försiktighet. Resultaten kan användas för att följa den egna utvecklingen över tid. När det gäller delar av kriterierna »Medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete« och »Ledarskap och kommunikation«, sker det mesta lärandet i den kliniska vardagen. Det

behöver därför inte vara omöjligt att ta in det i ST [4].

**Självvärderingsinstrumentet STINS** är tydligt, välfungerande och överskådligt. Det går att använda såväl lokalt som nationellt och har resulterat i ett stort intresse från ett flertal landsting och sjukhus samt delföreningar inom Läkarförbundet. STINS har under 2012 presenterats för SPUREX och vid ST-kongressen »Framtidens specialistläkare«, Svensk förening för allmänmedicins nationella studierektorsmöte samt vid Läkarförbundets representantskapsmöte och fortbildningsmöte. STINS-projektet är, vad vi vet, det största i landet. Avseende extern granskning har en retrospektiv studie genomförts vid Karolinska universitetssjukhuset [5].

STINS kan utgöra ett bra hjälpmedel för att identifiera brister i utbildningskvaliteten. Metoden tillåter svar på grupp- och individnivå. I aggregerad form kan resultatet, t ex för flera sjukhus, användas för öppna jämförelser (Figur 1). För att öka användbarheten finns möjligheten att förbättra STINS med avseende på hur man svarar, tolkar och graderar samt poängberäknar alla påståenden, efter hand som lokala och nationella erfarenheter framkommer. STINS har därför möjlighet att utvecklas och vara hållbart över tid.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

**REFERENSER**

1. Björgell O, Roman M, Persson J. Ny checklista från SPUR – unik möjlighet testa nya ST. *Läkartidningen*. 2010;107:272-3.
2. Intern-SPUR (STINS). [http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Valkommen\\_till\\_Vardgivarwebben/Utbildning\\_och\\_larande/ATST/ST-lakare-inom-regionen/Intern-SPUR/](http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Valkommen_till_Vardgivarwebben/Utbildning_och_larande/ATST/ST-lakare-inom-regionen/Intern-SPUR/)
3. Sundberg K, Kihlström L. Nytt kvalitetsystem för ST-utbildning i USA – en inspirationskälla även för oss? *Läkartidningen*. 2012;109:1559.
4. Björgell O. ST-handledarens uppdrag ... om att göra det omöjliga möjligt. *Läkartidningen*. 2010;107:1937-8.
5. Nordquist J, Frydén H, Kihlström L. Spur-inspektion: Instrument för organisatoriskt lärande och kvalitetsutveckling. *Läkartidningen*. 2010;107:180-3.

# Dags för intellektuell hederlighet i missbruksdebatten

■ Clas Sjöberg skildrar i sin debattartikel [1] flera intressanta erfarenheter av att försöka hjälpa människor med missbruksproblem. Men han riktar också allvarliga anklagelser mot dagens beroendevård, som det känns angeläget att bemöta.

Sjöberg hävdar att den moderna beroendevården främst sysslar med att förse missbrukare med droger, vilket orsakar fördjupat beroende, blandmissbruk och död. Några belägg för dessa häpnadsväckande påståenden presenteras dock inte. Och lyckligtvis är Sjöbergs bild fullständigt missvisande.

**Att exempelvis behandla** alkoholberoende med bensodiazepiner är, förutom vid akuta abstinensreaktioner, kontraindicerat enligt alla nutida forskningsöversikter och gällande kliniska riktlinjer [2]. Det är alltså inte alls något som sker inom svensk beroendevård, som tvärtom torde vara den del av vårdapparaten som är allra mest restriktiv med förskrivning av bensodiazepiner.

Metylfenidat (t ex Ritalin) används inte som behandling för amfetaminberoende. Det finns överhuvudtaget ingen godkänd farmakologisk behandling med denna indikation. Att patienter med beroende numera på vissa håll kan utredas för ADHD och eventuellt behandlas med centralstimulantia för denna diagnos är en annan fråga.

Sedan flera år pågår intensiv forskning för att klargöra hur sådan behandling bör skötas för att optimera de terapeutiska effekterna och minimera missbruksrisken som finns med dessa preparat. Inom kort publicerar SBU en kunskapsöversikt i ämnet.

**Det enda av Sjöbergs exempel** som verkligen sker i någon större skala i dag är behandling av heroinberoende med metadon och buprenorfin. De



Foto: Colourbox

»Sjöberg hävdar att den moderna beroendevården främst sysslar med att förse missbrukare med droger... Några belägg för

dessa häpnadsväckande påståenden presenteras dock inte. Och lyckligtvis är Sjöbergs bild fullständigt missvisande.«

starkt gynnsamma effekterna av sådan läkemedelsassisterad rehabilitering, både på mortalitet, missbruksproblem och social funktion, är extremt väl belagda av entydig forskning ända sedan 1960-talet, inte minst från Sverige. Trots viss förbättring under 2000-talet har vi fortfarande en internationellt sett låg täckningsgrad i våra behandlingsprogram och orimligt stora regionala skillnader i vårdens tillgänglighet och kvalitet [3].

**Det vimlar av märkliga eller** direkt felaktiga påståenden i Sjöbergs inlägg, som är skrivet som om de senaste 20 årens utveckling inom beroendemedicinen överhuvudtaget inte ägt rum. Det är tongångar från en svunnen tid, då man utifrån vaga spekulationer om »missbrukspersonlighet« och »besatthet i känslöhjärnan« helt kunde avfärda vissa typer av behandlingar, hur bra stöd de än hade i seriös forskning [4]. Att Sjöberg inte anger några källor eller referenser för sina påståenden är beteck-

nande: i hans text känner man sig förflyttad till den vetenskapligt orienterade beroendevårdens förhistoria.

**En betydligt mer fruktbar** utgångspunkt för en seriös debatt om missbruksvården vore att studera den gedigna Missbruksutredningen från 2011, som klarsynt analyserat problemen i dagens system och lagt fram en lång rad konstruktiva förslag om framtidens beroendevård [3]. Vi kan bara hoppas att det hos våra politiker finns vilja och kraft att genomföra dessa förslag. Men samtidigt måste vi beroendeläkare kunna kombinera vårt engagemang för våra utsatta patienter med en större intellektuell hederlighet än den Sjöberg uppvisar med sina grova och grundlösa anklagelser.

**Joar Guterstam**

ST-läkare,

Beroendecentrum,

Stockholm,

doktorand, Karolinska Institutet

joar.guterstam@ki.se



**REFERENSER**

1. Sjöberg C. Dags för debatt om missbrukarvården. *Läkartidningen*. 2012;109:2296-7.
2. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
3. Bättre insatser vid missbruk och beroende. Slutbetänkande av Missbruksutredningen. Stockholm: Socialdepartementet; 2011. SOU 2011:35.
4. Johnson B. Metadon på liv och död: en bok om narkomanvärd och narkotikapolitik i Sverige. Lund: Studentlitteratur; 2005.

## Tillämpa dagens kunnande viktigare än mer debatt

■ I *Läkartidningen* 49–50/2012 manar Clas Sjöberg till ny debatt om missbruksvården (vilken i ordningen?).

Vad gäller begreppen föredrar jag personligen som motsvarighet till »addiction medicine« termerna »miss-

brukarvården« eller »beroendevården«, men det må vara.

Utredningar och debatter har vi genom åren haft nog av. Jag bedömer att följande är mer centralt:

1. Allmän spridning av den nya utmärkta läroboken »Be-