

Förslag om ny ST-utbildning fyller inte internationella krav

Det förslag till ny struktur för läkares specialiserings-tjänstgöring (ST) som för närvarande är ute på remissbehandling har avsevärda brister. Det finns en risk för att den nya ST-utbildningen inte kommer att leva upp till internationell standard, anser artikelförfattarna.

Hur höjer vi kvaliteten på ST? Är det genom att skriva vackra ord och önskedrömmar som samlas i en pärm, eller är det genom att ställa mätbara krav och skapa ett fungerande system för utvärdering och kontinuerlig förbättring? Det förslag till ny ST som nu ligger ute på remiss består, enligt vår uppfattning, av följande delar:

- En terminologi som inte är evidensbaserad och som är svår att mäta eller utvärdera.
- En bedömningsgrund som borde dra nytta av de nya målbeskrivningarna men i stället utgår från hur många kurser man har varit på eller handledarens tyckande.
- En bakgrundsforskning som består av Socialstyrelsens egna texter och två utländska konsensusdokument. Det framgår inte att några pedagogikforskare har deltagit i arbetet.

Forskning om hur man utbildar läkare har funnits i mer än 30 år. Forskning i pedagogik och i hur man utvecklar professionell kompetens i många fler. Det känns naturligt att bygga på evidens när man utformar en ST där evidensbaserad medicin och förbättringsarbete är viktiga mål.

För att möjliggöra kvalitetssäkring av träningen och utbildningen under ST krävs en kritisk granskning av målbe-

skrivningsmallen. Den består av tre rubriker: mål, metoder för lärande samt uppföljning.

Att koppla ihop dessa tre begrepp är i linje med det som kallas »constructive alignment» [1] där tydliga mål, t ex SMARTA mål (specifika, mätbara, adresserade, realistiska, tidsbestämda och accepterade) underlättar uppföljning och val av undervisningsmetod. Genom att beskriva metoder för lärande och uppföljning tar man ett stort kliv fram mot att säkerställa om det överhuvudtaget går att uppfylla målen.

Till skillnad från den föreslagna mallen har man både i Sverige och internationellt lämnat begreppet mål till förmån för »learning outcome», dvs utfall av lärandet [2-4]. I stället för att räkna upp vad det är som en handledare eller lärare ska lära ut till ST-läkaren, beskriver man vad det är som specialistläkaren ska kunna (*kunskap*) och kunna göra (*färdigheter*) och det *förhållningssätt* som krävs. Dessa tre tillsammans bildar begreppet *kompetens*.

Att använda outcomes betyder att man beskriver output i stället för input. Ett aktuellt exempel i Sverige är arbetet med att implementera Bolognadelarationen på läkarutbildningen, där mål nu byts ut mot utfall.

För att kunna kvalitetssäkra på basis av utfall, måste utfall uttryckas på ett sätt så att läkaren kan demonstrera den kompetens som efterfrågas. Det räcker alltså inte att ha gått en kurs – en läkare måste kunna demonstrera att denne har uppnått utfallen.

Det finns därför ett behov av en mätbar terminologi som kan nivåindelas, en s k taxonomi. Det hade varit naturligt att utnyttja en av de väletablerade begreppstaxonomier som används inom

läkarutbildningar i Sverige och internationellt, t ex Bloom, Biggs SOLO eller Miller [1, 5]. Specialistföreningarna har i stället fått en hierarkiskt ordnad taxonomi över delmålstermerna att arbeta efter, framtagen av Terminologicentrum (TNC).

Eftersom den föreslagna terminologin och dess hierarki saknar förankring i den pedagogiska litteraturen är risken stor att svensk ST inte kan jämföras med specialistkompetenser i andra länder. Kanske ännu viktigare är frågan om hur målen ska kunna utvärderas.

Till exempel: Två av de föreslagna begreppen – »behärska» eller »ha kännedom» – är svåra att uttrycka som SMARTA mål och därigenom svåra att utvärdera. Dessutom kan man undra varför just »behärska» finns högst i hierarkin, när man inom den pedagogiska forskningen använder sig av helt andra termer, t ex »utvärdera» och »skapa»?

I förslaget som är ute på remiss är bedömningsgrunden i de flesta fall ett intyg på att man deltagit i en kurs eller en verksamhet. Till och med vid övning i simulatorer gäller bedömningen att man varit där, inte hur bra resultat man har uppnått.

Man har därigenom gått miste om själva poängen med upplägget. Som illustration kan vi titta på vad som mäts i de olika kvalitetsregister som finns – det viktiga är inte att en läkare har »deltagit i en kurs» i omhändertagande av hjärtinfarkt eller att läkaren har »förmåga» att omhänderta patienten – det viktiga är att läkaren *demonstrerar* sin kompetens genom att se till att patienten får rätt vård enligt gällande riktlinjer.

Vidare finns det risk för att, om inte handledaren har tydliga och väluttryckta riktlinjer att följa, de nya målformuleringarna inte leder till någon större förändring.

Vid en kvalitetshöjning bör arbetet grundas i evidens, kunna kvalitetssäkras samt erbjuda möjlighet till förbättring. I den kliniska vardagen finns krav på att våra behandlingar ska vara evidensbaserade. Nationella riktlinjer och register ger oss möjlighet att jämföra t ex behandlingar



CARL SAVAGE
doktorand, Medical management centre, Karolinska institutet
carl.savage@ki.se



KARIN PUKK HÅRENSTAM
med dr, blivande ST-läkare, utvecklingsledare, Danderyds sjukhus

nationellt. Utnyttjande av olika verktyg såsom Plan-Do-Study-Act hjälper oss att kontinuerligt förbättra sjukvården [6].

Liknande arbete pågår på grundutbildningsnivån med det internationella BEME-projektet [7]. Samma tillvägagångssätt som vi använder oss av inom sjukvården och grundutbildningen kan tillämpas för att stärka kvaliteten i specialiseringstjänstgöringen.

Ursprunget till de aktuella ST-målbeskrivningarna kommer från Danmark. I tillägg till de danska erfarenheterna hade man nog varit hjälpt av att beakta det arbete som tidigare gjorts i andra länder, t ex av ACGME i USA eller av CanMEDS i Kanada, och som väckt stor uppmärksamhet internationellt [8-11].

I USA har man lyckats kombinera arbetet med ACGMEs sex kompetenser och den definition av god vård som Institute of Medicine har uttryckt i »Aims for improvement« [12]. Samma definition av god vård används även inom svensk hälso- och sjukvård [13].

Syftet har varit att se ST som en möjlighet att inte bara utbilda läkare utan också bidra till att skapa en lärande organisation. Där kan man – utifrån patientfall som systematiskt analyserats med hjälp av de utfall och kompetenser som finns i deras ST-målbeskrivning – identifiera förbättringsmöjligheter inom sjukvården och för den individuella patienten. Utan väluttryckta utfall kan det då vara svårt att utföra ett liknande arbete i Sverige.

Vidare har ACGMEs sex kompetenser

använts som en mall när läkarutbildningarna har granskats för att tydliggöra kopplingen mellan grundutbildningen, AT och ST samt för att identifiera förbättringsmöjligheter.

Avslutningsvis kan vi med mycket stor tillfredsställelse notera det viktiga initiativ till kvalitetshöjning av specialiseringstjänstgöringen som Socialstyrelsen presenterade i LT 5/2008 (sidorna 300-1). Goda exempel är inrättandet av en studierektorsfunktion, handledning och kontinuerlig kompetensbedömning, vilket är helt i linje med viktiga initiativ som tagits på andra håll i världen.

Dessa initiativ kan ge oss en fingervisning om möjligheter att ytterligare vidareutveckla den föreslagna modellen, och vi kan också dra paralleller till hur kvalitetsförbättring säkerställs i vården.

Som Socialstyrelsen konstaterar har vi en enastående möjlighet att förbättra förhållandena i ST. Det kan finnas en risk, när man nu ger riktlinjer för hur det pedagogiska upplägget och utvärderingen ska utformas, att man inte tar del av den rådande kunskapen inom medicinsk pedagogik.

Vi kan hitta inspiration och idéer i litteraturen och hos utländska exempel och genom att använda välkända metoder för förbättringsarbete sikta ännu högre. Låt oss se till att det arbete och den energi som läggs ned under de kommande åren leder till att Sveriges ST blir känd i världen för sin kvalitet, tydligt kan kopplas till de kompetenser som ut-

vecklas i grundutbildningen och AT, och blir till nytta för våra patienter.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Biggs JB. Teaching for quality learning at university: what the student does. 2. ed. Philadelphia, PA: Society for Research into Higher Education, Open University Press; 2003. p. 309.
2. Harden RM. Outcome-based education – the ostrich, the peacock and the beaver. Med Teach. 2007;29:666-71.
3. Harden RM, Crosby JR, Davis MH. AMEE Guide No. 14: Outcome-based education: Part 1 – An introduction to outcome-based education. Med Teach. 1999;21:7-14.
4. Anderson LW, Krathwohl DR, Airasian PW, Bloom BS. A taxonomy for learning, teaching, and assessing: a revision of Bloom's taxonomy of educational objectives. New York: Longman; 2001. p. 302.
5. Thor J. Förbättringskunskap bör tillämpas i förändringsarbetet inom vården. Läkartidningen. 2002;99:3312-4.
6. Ponzer S. Medicinsk pedagogik blir evidensbaserad. BEME-rörelsen är en startpunkt. Läkartidningen. 2008;105:514-5.
7. ACGME. ACGME Outcomes Project; 1999 [cited 2006]. <http://www.acgme.org/Outcome/>
8. Frank JR, Danoff D. The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies. Med Teach. 2007;29:642-7.
9. Quinn DC, Bingham JW, Shourbaji NA, Jarquin-Valdivia AA. Medical students learn to assess care using the healthcare matrix. Med Teach. 2007;29:660-5.
10. God vård: om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.

LÄS MER Fullständig referenslista
<http://ltarkiv.lakartidningen.se>

APROPÅ! Öppenvård med särskilda villkor

Det bidde inte ens en tumme

■ Efter 7 sorger & 8 bedrövelser ska vi få använda tvång i öppenvården av psykospatienter med bristande insikt, dålig behandlingsmedverkan och förhöjd risk för att fara illa själva och skada andra.

Psykiatrisamordnarens rapport var det som slutligen fick saken att tippa över. Men den lag som ska börja gälla 1/9 i år motsvarar inte beställningen från psykiatrin. Vi kan meddela patienterna föreskrifter att hålla kontakt med öppenvården, ta läkemedel och av-

stå från rusmedel. Struntar de i dessa föreskrifter kan vi inte göra någonting, annat än vänta på att de blir akut sjuka igen. Och om de inte vill hålla kontakt med oss finns det dåliga förutsättningar att observera att detta sker. Vi kan ingripa först när patienten är vårdintygsmässig. Och det kan vi med nuvarande lag också.

Dessutom medför den nya lagen en försämring genom att långtidspermissionerna försvinner. Dessa motsvarar just

»öppenvård med särskilda villkor« och mandat att ingripa om det inte fungerar. Problemet med långtidspermissionerna var att de var för kortvariga för patienter med kroniska psykossjukdomar. Så massmedierna kan luta sig tillbaka – också i framtiden kommer det att finnas vansinnesdåd att skriva om.

Jag trodde i min enfald att den nuvarande regeringen skulle vara mer sakorienterad och mindre antipsykiatrisk än den förra. Det hela verkar så

pass konstigt att jag får en obehaglig känsla av att ha missat något när jag läst lagen innantill – kanske har jag blivit dement. Är det så beklagar jag att jag missuppfattat det hela och ber om ursäkt. Annars finns det bara en sak för regeringen att göra. Stoppa lagförslaget i tuggen, och utred sedan varför också detta gick snett.

Sten Levander
professor emeritus i allmän psykiatri och rättspsykiatri
apt.programs@telia.com