

ANTAGNING EFTER INTERVJU

Nya urvalsprinciper för läkarutbildningen

I två aktuella artiklar i Läkartidningen har svenska försök med antagning efter intervju till läkarutbildningen redovisats [1, 2]. Försöken avser antagning till läkarutbildningen i Stockholm och Linköping. Vid Karolinska institutet har sedan 1986 skriftliga prov och intervjuer ingått i antagningen till de tolv platserna vid den särskilda läkarutbildningen med forskningsinriktning (LÄFU). Sedan 1992 används där den intervjubaserade antagningen för en tredjedel av det totala intaget till läkarlinjen. Vid Hälsouniversitetet i Linköping har sedan 1991 en prov- och intervjubaserad antagning tillämpats för halva studerandegruppen.

Varför prövar man intervjubaserad antagning?

Det har funnits flera motiv för att införa den särskilda antagningen. Ett syfte är att få studenter med goda förutsättningar att klara utbildningen. Från såväl Stockholm som Linköping anger man att man vill minska antalet avhopp från utbildningen. Bakgrunden till detta är det ökande antalet tidiga studieavhopp under 1980-talet. Man vill därför försäkra sig om att de studenter som antas till läkarlinjen är högt motiverade. Av Linköpings målformulering framgår att motivationen i vissa fall kan bedömas vara viktigare än toppbetyg. Från Linköping anges vidare att man genom urval och information vill anta studenter som är särskilt motiverade och lämpliga för problembaserad inläring, något som man valt att satsa på i utbildningen.

Ett annat syfte är att välja ut studenter som har förutsättningar att bli bra läkare. I Linköping anger man att man särskilt vill välja ut studenter med fallenhet för läkaryrket. I Stockholms redovisning läggs i stället tyngdpunkten på att identifiera dem som är olämpliga för läkaryrket och förhindra att de blir antagna. Det skall då avse personer med

utmärkta betyg eller hög poäng på högskoleprovet, men med personliga egenskaper som gör honom/henne olämplig för arbete med patienter.

Det finns således höga förväntningar på vad man skall kunna åstadkomma med ett intervjubaserat antagningssystem. Det är därför viktigt att noga följa erfarenheterna från de försök som genomförs. Man bör vidare ta tillvara internationella kunskaper om former för antagning till läkarlinjen.

Lovande resultat

I Linköping har man inom ramen för den redovisade försöksverksamheten antagit totalt 132 studenter med prov och intervju. Motsvarande antal vid Karolinska institutet är ca 500 studerande. De första studentkullarna som ingått i försöken (LÄFU-gruppen undantagen) bör idag befinna sig i slutet av grundutbildningen. De utvärderingar som hittills redovisats är således begränsade till resultat under studietiden.

Resultaten visar att de som antagits med prov och intervju hittills klarat sig bra i studierna. Från Linköping rapporteras att färre av dessa avbrutit sina studier än de som antagits på traditionellt sätt. Tendensen är också att de intervjuantagna mer sällan behövt göra studieuppehåll på grund av att de kommit efter i studierna. Även i Stockholm finns en tendens att de som antagits med prov och intervju mer sällan avbrutit studierna eller gjort studieuppehåll på grund av restentor. I såväl Stockholm som Linköping är dock antalet personer med studieavbrott och studieproblem få. Det är därför viktigt att fortsätta följa resultaten och att utöka utvärderingen till att gälla även kommande antagningsomgångar.

Som författarna själva påpekar är det ännu för tidigt att dra slutsatser om kvaliteten i det kliniska arbetet hos de olika studerandegrupperna.

Från Stockholm redovisas också att man med den prov- och intervjubaserade antagningen även kunnat utesluta för läkaryrket olämpliga personer från antagning.

Om så är fallet är det naturligtvis ett viktigt resultat. Det vore därför värdefullt om även dessa aspekter av antagningen utvärderades systematiskt.

Internationella erfarenheter

Internationella erfarenheter pekar allmänt på svårigheter att vid antagningen förutse vilka personer som kommer att klara sig bra både i utbildningen och som läkare [3]. Som William McGaghie påpekar i en ledande artikel i Academic Medicine är antagning av studerande till en utbildning inte liktydig med en prediktion av hur dessa kommer att klara sig i utbildning och yrkesverksamhet. Antagningen bygger på de uppgifter som finns om de sökandes kompetens och intresseinriktning vid antagningstillfället. Man kan få en god uppfattning om de studerandes förutsättningar för studier just då. Det behövs, enligt McGaghie, emellertid inte innebära att man kan predicera hur dessa studerande klarar sig på längre sikt i utbildningen.

Sambanden mellan förhållanden vid antagningen och senare utveckling har ofta visat sig vara svaga [3]. Sambanden är statistiska och gäller endast på grupp-nivå. De kan således inte bilda grund för att förutsäga resultaten för enskilda studenter [4].

Sambandet mellan traditionella urvalskriterier såsom betyg och studieresultaten under utbildningen är relativt väl undersökta [5, 6]. Man har funnit ett samband mellan betygsnivån vid antagningen och studieresultaten i prekliniska ämnen. Något motsvarande samband med resultatet i kliniska ämnen har ej gått att visa.

Allmänt gäller att sambanden mellan poäng vid antagningen och studieresultat visat sig vara starkast i början av utbildningen [3, 5, 6]. Under längre tid hinner mycket hända som kan påverka de studerandes förutsättningar. Inte minst kan utbildningen i sig ha betydelse för de studerandes utveckling, exempelvis genom att hela studentgruppen ökar sin studievana.

Ett intressant resultat har redovisats från antagningen till läkarutbildningen i Newcastle. Man fann där att studenter med studiemeriter även från humanistiska ämnen klarade sig bättre i läkarutbildningen än de som framför allt hade en naturvetenskaplig bakgrund [4]. Det skulle kunna tala för att breda intressen och erfarenheter är viktiga i läkarutbildningen, där ju de studerande möter en

Författare

RAGNAR WESTERLING

docent, tf högskolelektor, institutionen för socialmedicin, Akademiska sjukhuset, Uppsala.

bredd av frågeställningar, såväl medicinska som psykosociala och etiska.

Både WHO och World Federation for Medical Education har formulerat principer för hur antagningen till läkarutbildningen bör gå till. Man har där betonat att antagningen skall baseras på bedömning även av andra egenskaper än de rent kognitiva. Antagningen bör ej baseras enbart på gymnasiebetyg. Man pekar på behovet av att utveckla tydliga, rättvisa och valida alternativa urvalsinstrument [7].

Mot denna bakgrund är intresset stort för de försök med intervjubaserad antagning som prövats internationellt vid ett flertal universitet [8-12]. Trots att intervjubaserad antagning är en av de mest spridda alternativa antagningsformerna finns det ännu relativt få kontrollerade försök där resultaten kunnat utvärderas [8].

Ett ofta citerat utvärderat försök gäller läkarutbildningen i Newcastle [9]. Halva studerandegruppen antas där med ett intervjubaserat system. I likhet med de svenska försöken sker antagningen i ett flerstegsförfarande, där en viss nivå på betygen krävs för att gå vidare till intervju. Man fann att de som antogs med intervju klarade sig bättre i studierna under såväl det prekliniska som det kliniska stadiet. Färre studenter blev underkända eller avbröt kurserna, och fler studenter fick särskilt goda omdömen.

Vilka svagheter kan då finnas i intervjumetodiken? Flera författare framhåller att det faktum att intervjubaserad antagning ifrågasatts hänger samman med den varierande kvaliteten i genomförandet av intervjuer [8, 10]. Viktigt är att ha klart definierade kriterier för vad man avser att undersöka i intervjuerna [8, 10].

Strukturerade intervjuer anses ge en säkrare bedömning [10-12]. De ger en bättre reliabilitet och validitet.

En annan risk är att de som utför intervjuerna kan välja att förordra vissa grupper av sökande, exempelvis de med liknande bakgrund som de själva [10, 11]. Utbildning av intervjuerna är därför av central betydelse [10-12]. Flera bedömare med olika intresseinriktning och bakgrund bör engageras i intervjuerna. Det är väsentligt att utvärdera graden av samstämmighet i bedömningen mellan olika intervjuare.

De svenska försöken

Utformningen av den intervjubaserade antagningen i Stockholm och Linköping följer väl de internationella erfa-

renheterna. Vid båda högskolorna sker den särskilda antagningen i tre steg. Gymnasiebetyg och högskoleprov är avgörande för vilka som väljs ut i det första steget av antagningen. Den grupp som går vidare från steg 1 omfattar fyra till sex gånger fler studenter än de som slutgiltigt kommer att antas.

I nästa steg skall de sökande skriftligen ange motivet för sitt val av utbildning och yrke, ge en kort levnadsbeskrivning samt skriva en uppsats. Det skriftliga provet bedöms av särskilda lärarlag. De som går vidare blir intervjuade av två personer, en läkare/lärare och en expert på personlighetsbedömningar.

Intervjuerna har utbildats för sina uppgifter. I Linköping har de dessutom särskilda intervju- och bedömningsguider till sin hjälp. I Stockholm harmoniseras bedömningarna genom diskussioner inom kollegiet. Man har således vidtagit den typ av åtgärder som föreslagits för att säkra en god kvalitet i genomförandet av antagningen [10-12].

Fortsatt utvärdering

För den fortsatta utvecklingen vore det intressant med en diskussion kring vilka kriterier man skall utgå ifrån vid bedömningen av uppsatser och intervjuer. Ett öppet utbyte av bedömarprotokoll och liknande handlingar skulle kunna stimulera till en sådan diskussion. Vidare skulle analyser av interbedömarreliabiliteten kunna vara ett led i utvärderingen av de olika modellerna.

Det bör dessutom vara värdefullt att granska de antagna avseende variabler såsom ålder, kön och kulturell bakgrund. I Stockholm har man exempelvis funnit att den sociala sammansättningen av de antagna ej skiljer sig i de båda antagningssystemen [2]. Däremot visar de sig de som antagits med intervju vara yngre än de som antagits med betyg. En fråga blir då om detta är en effekt som man vill uppnå med den intervjubaserade antagningen.

En annan fråga är om de skillnader i studieavbrott man funnit kan förklaras av skillnaderna i ålderssammansättning. Stockholmsgruppen diskuterar betydelsen av att de äldre studerande har en annan social situation. Frågan är då om det finns alternativa eller kompletterande lösningar för att förbättra förutsättningarna, exempelvis studiesociala insatser under utbildningen respektive ökad information före utbildningen.

De svenska försöken är intressanta i och med att de är upplagda som kontrol-

lerade försök, något som internationellt sett är ovanligt. Det finns möjlighet att följa resultaten både för dem som antagits med de intervjubaserade systemen och för dem som antagits med traditionella betygsbaserade system. Det vore därför intressant att följa utvecklingen för de studerande även i deras kliniska utbildning. De svenska erfarenheterna bör vara av internationellt intresse.

I kommande utvärderingar vore det även intressant att belysa varför eventuella skillnader i resultat uppkommit. Vilka faktorer har varit väsentligast? Vilka av dessa faktorer kan man bedöma i intervjuerna? Vilka kan man påverka under utbildningen eller genom informationsinsatser?

Referenser

1. Areskog NH, Holmberg C. Färre avhopp och mindre trassel. Erfarenheter från antagning med intervju till läkarutbildning. Läkartidningen 1996; 93: 3385-90.
2. Åberg H, Hindbeck H, Nicolausson M. Högsta betyg ej nödvändigt. Motivation och lämplighet urvalskriterier för antagning till läkarutbildningen vid KI. Läkartidningen 1997; 94: 1075-8.
3. McGaghie WC. Perspectives on medical school admission. Acad Med 1990; 65: 136-9.
4. Neame RLB, Powis DA, Bristow T. Should medical students be selected only from recent school-leavers who have studied science? Med Educ 1992; 26: 433-40.
5. Mitchell KJ. Traditional predictors of performance in medical school. Acad Med 1990; 65: 149-58.
6. Dollins JP, White GR, Kennedy JA. Entry to medical school: an audit of traditional selection requirements. Med Educ 1995; 29: 22-8.
7. Walton H. Admissions procedures to medical schools. Med Educ 1994; 28: 263-4.
8. Glick SM. Selection of medical students: the Beer-Sheva perspective. Med Educ 1994; 28: 265-70.
9. Powis DA, Neame RLB, Bristow T, Murphy LB. The objective structured interview for medical student selection. BMJ 1988; 296: 765-8.
10. Powis DA. Selecting medical students. Med Educ 1994; 28: 443-69.
11. Edwards JC, Johnson EK, Molitor JB. The interview in the admission process. Acad Med 1990; 65: 167-77.
12. Bullimore DW. Selection interviewing for medical school admission. Med Educ 1992; 26: 347-9.

Se även artikeln på sidan 1075 i detta nummer.