

Hur få fram de bästa läkarna?

Antagningsförfarande och utbildning måste samverka

Det är en truism att påpeka att de som i Sverige antas till läkarstudierna blir morgondagens läkare, och en sanning att påstå att ungefär 85 procent av dem som antas till läkarutbildning i Sverige kommer att utöva läkaryrket (bortfallet skiljer sig något mellan de olika kursorterna). Utbildningen – grundutbildning och fortbildning – och arbetsförhållandena spelar självklart en stor roll för hur läkaren kommer att fungera i sitt valda yrke. Men också de personliga förutsättningarna är viktiga. Vem som helst kan inte bli läkare.

Fram till 1935 kunde var och en som avlagt studentexamen börja studera till läkare. Det var antalet tillgängliga platser på laborativa moment och kliniska kurser som till slut bestämde hur många som avlade grundexamen. Lärarna på de tidiga kurserna blev därigenom »grindvakter» till yrket, eftersom endast de studenter som där hade de bästa tentamensresultaten släpptes vidare.

När alla hade insett det orationella i detta förfarande infördes »numerus clausus», dvs ett begränsat antal sökande antas till studierna. Nu är det inte längre studieprestationen i början av utbildningen som avgör om man kan bli läkare eller ej, utan hur man bedöms *innan* studierna börjar. Därför har antagningsförfarandet blivit viktigt.

Många intressenter

Intressenterna i antagningsförfarandet är numera många. Överstatliga organisationer som WHO och EU har krav som skall uppfyllas. Allmänheten, via sina valda ombud, vill påverka vem som skall få bli läkare. Läkarkåren har

Författare

KNUT ASPEGREN

professor i klinisk medicinsk pedagogik, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Köpenhamns universitet.

sina synpunkter, och sist men inte minst vill de utbildande universiteten ha sitt ord med i laget. Det är inte alltid som dessa åsikter helt sammanfaller. Därför finns det i Sverige både centrala antagningsbestämmelser, som definieras av statsmakten, och numera också lokala, som definieras av de enskilda lärosätena.

Urvalsprinciperna förändras

Länge har förmågan hos den enskilde studenten att gå igenom utbildningen varit den enda urvalsprincipen. Eftersom läkarutbildningarna i historisk tid har haft fler sökande än platser, och gymnasiebetyg starkt korrelerar med förmåga att genomföra universitetsutbildning, har man antagit studenter med de högsta betygspoängen från gymnasiet. Fortfarande sker en stor del av antagningen till läkarstudierna på det sättet, inte bara i Sverige.

Systemet har i stort sett fungerat tillfredsställande [1], men det har också kritiserats. I Sverige observerade man att det ledde till social snedrekrytering, varför man på 1960-talet införde ett kvoteringsystem som breddade antagningen till andra grupper än studerande med höga avgångsbetyg från gymnasiet. Det ledde till att individer med annan yrkeserfarenhet kunde studera till läkare. Ett bekymmer blev dock att genomströmningen minskade och antalet studieavbrott ökade. Det har också visat sig att gymnasiebetygens prediktiva värde är störst under den prekliniska delen, men minskar under den kliniska delen av utbildningen [2].

Internationellt sett har »kravspecifikationerna» avseende läkarens person förändrats de senaste årtiondena. Förmågan att genomföra universitetsstudier är fortfarande viktig, men ytterligare önskemål har tillkommit från samhällets sida. Färdigheter såsom ett gott förhållningssätt till patienter, »interpersonala skills», och förmåga till livslångt lärande samt attityder som altruism, pliktmedvetenhet och förmåga till etisk re-

flexion är egenskaper man vill se hos envar av framtidens läkare [3, 4]. Man kräver nu således mera av den framtida läkarens personlighet, varför inte bara utbildningen utan även antagningsförfarandet behöver förändras.

Stegvis antagning

För närvarande tycks enighet råda om att det första steget i urvalsprocessen bör vara att söka efter kognitiva egenskaper, som t ex studieförmåga, och att andra önskvärda egenskaper adderas i ett andra steg. Bland alla de önskvärda icke-kognitiva egenskaper en blivande läkare bör ha tycks det finnas enighet också om att de viktigaste är dels ett gott förhållningssätt till medmänniskor (social kompetens) och studiemotivation, dels att individer med starkt avvikande personlighetsdrag och låg studiemotivation inte bör antas. En utförlig diskussion av detta finner man i en ASME-publikation [5].

I Sverige har tre av de sex medicinska fakulteterna infört en sådan stegvis antagning: Linköping, Stockholm och Göteborg. Alla tre tillämpar ett i stort sett likartat förfarande. Urvalet börjar genom att kognitiva egenskaper säkras genom bedömning efter betyg och/eller högskoleprov. I nästa steg granskas studiemotivation och språklig färdighet; i ett tredje steg bedöms personligheten. Alla tre kursorterna använder i det tredje steget intervju som bedömningsinstrument, i Linköping och Göteborg kompletterat med psykometriska test. Förfarandet är således inte enkelt och förutsätter ett stort personellt och ekonomiskt engagemang från fakulteterna.

Att välja eller utestänga

Antagningsprocessen har två sidor. Den ena är att bland de sökande välja ut dem med de egenskaper man önskar, den andra att utestänga individer med icke önskvärda egenskaper. Det handlar således om en screeningprocess, om än i en väl definierad grupp, men processen har många paralleller med screen-

ing för sjukdom. Problemet är således att först definiera de egenskaper man söker, och sedan att finna metoder med tillräcklig validitet, reliabilitet och genomförbarhet, så att ett utvidgat antagningsförfarande leder till önskat resultat till en inte alltför hög kostnad. Kvalitetsaspekten på verksamheten är viktig med tanke på att rättvisepincipen och det prediktiva värdet skall upprätthållas.

Idealiskt är att utfallet av processen skall kunna mätas genom en jämförelse av yrkesverksamma läkares kvalifikationer efter antagning enligt de gamla och de nya principerna. Detta förutsätter en randomiserad prövning där variabler som själva utbildningens utformning kan hållas konstant, väl definierade mätvariabler och lång uppföljning – kanske 20 år – under yrkeslivet. I praktiken har detta hittills inte visat sig vara möjligt, utan man har fått nöja sig med att följa de studerande under själva studietiden och, oftast, mäta »hårda» data såsom studietid, tentamensresultat och liknande.

I de fall där man stegvis infört ett särskilt antagningsförfarande har dock en jämförelse mellan de gamla och de nya systemen varit möjlig: i Sverige har så varit fallet i Linköping och Stockholm.

Erfarenheter i Linköping och Stockholm

Resultat från utfallet av Linköpings nya antagningssystem har tidigare redovisats i Läkartidningen [6] och sammanfattas väl av artikelns rubrik »Färrer avhopp och mindre trassel». Ett år senare beskrev Karolinska institutet sitt nya antagningssystem och redovisade preliminära data [7].

I detta nummer av Läkartidningen redovisas ytterligare resultat därifrån. Nytt och intressant är att man utöver att mäta genomströmning, studieavbrott m m också har gjort kvalitativa bedömningar (bl a av »klinisk lämplighet») av de studerande. Utfallet i Stockholm bekräftar erfarenheterna från Linköping. Den särskilda antagningsprocessen har

Ger ett utvidgat antagningsförfarande bättre läkare än antagning enbart på gymnasiebetyg, allt annat lika?

ILLUSTRATION:
GUNNAR KAJ

på båda kursorterna resulterat i en något bättre genomströmning i studierna. I Stockholm tycks det utvidgade antagningssystemet både kunna välja ut »kliniskt lämpliga» och utestänga »olämpliga», med reservationen att detta fortfarande avser studerande på kliniska kurser. (Eftersom den observerade gruppen ännu inte arbetar som läkare har någon uppföljning i läkaryrket självklart ännu inte kunnat ske.)

Ett annat intressant resultat är att man har kunnat visa att högsta betyg från gymnasiet inte är en förutsättning för att genomföra läkarstudier, vilket också stöds av internationella erfarenheter [5]. Studieförmåga är viktig, men över en viss betygsnivå predicerar gymnasiebetygen inte särskilt väl.

I både Linköping och Stockholm har intervju använts som ett av flera urvalskriterier. I både USA och England är intervju ett vanligt urvalsinstrument, men det har kritiserats för att sakna både validitet och reliabilitet. Emellertid har intervjuer visat sig dels kunna förutsäga studieframgång [8], dels korrelera med ett psykometriskt test [9] när intervjuarna utbildas och har tydliga mål för intervjun.

»Kontrakt»

En annan aspekt av intervjuförfarandet som sannolikt är viktig men sällan diskuteras är hur själva intervjun kan

fungera som ett slags »kontraktskrivning» mellan studenterna och fakultetens lärare, ett kontrakt som kanske på lång sikt kan påverka såväl lärare som studenter i positiv riktning. Eftersom det utvidgade antagningsförfarandet endast har tillämpats några år i Sverige har man här hittills inte kunnat studera dess effekt under längre period än själva studietiden. Internationellt finns inte heller någon systematisk utvärdering med långtidsuppföljning.

Själva grundfrågan kvarstår därför:

Ger ett utvidgat antagningsförfarande bättre läkare än antagning enbart på gymnasiebetyg, allt annat lika?

En uppföljning av de svenska antagningssystemen är därför viktig!

Referenser

1. Mitchell KJ. Traditional predictors of performance in medical schools. *Acad Med* 1990; 65: 149-58.
2. Collins JP, White GR, Kenney JA. Entry to medical school: an audit of traditional selection requirements. *Med Educ* 1995; 29: 22-8.
3. García-Barbero M. Medical education in the light of the World Health Organization Health for All strategy and the European Union. *Med Educ* 1995; 29: 3-12.
4. Maudsley RF. Content in context: medical education and society's needs. *Acad Med* 1999; 74: 1431-45.
5. Powis DA. ASME Medical Booklet no. 26: Selecting medical students. *Med Educ* 1994; 28: 443-69.
6. Areskog NH, Holmberg C. Färrer avhopp och mindre trassel. Erfarenheter från antagning med intervju till läkarutbildning. *Läkartidningen* 1996; 93: 3385-90.
7. Åberg H, Hindbeck H, Nicolausson M. Högsta betyg ej nödvändigt. Motivation och lämplighet urvalskriterier för antagningen till läkarutbildningen vid KI. *Läkartidningen* 1997; 94: 1075-8.
8. Edwards JC, Johnson EK, Molitor JB. The interview in the admission process. *Acad Med* 1990; 65: 167-77.
9. Tutton PJM. Medical school entrants: semi-structured interview ratings, prior scholastic achievement and personality profiles. *Med Educ* 1993; 27: 328-36.

Se även artiklarna med start på sidan 3767 i detta nummer.