

AT-provet – kvalitetssäkring till lågpris som bör behållas

Vi ser en möjlighet att stimulera till ökad praktisk handledning av AT-läkare över hela Sverige genom »medsittning«, där väl godkända protokoll (och skrivning) innebär att det muntliga AT-provet inte behöver göras för att få ut läkarlegitimationen. Det anser Nämnden för prov efter läkares allmäntjänstgöring, som i artikeln redovisar varför AT-provet finns och hur examinationen genomförs. Ett bibehållt AT-prov är ett bättre alternativ än ett tillägg av en kostsam tolfte termin under utbildningen för att svensk läkarutbildning även i fortsättning- en skall motsvara EUs läkardirektiv på minst sex års grundutbildning.

För Nämnden för prov efter läkares allmäntjänstgöring:

LARS-OLOF ALMÉR

ordförande; universitetslektor, överläkare, avdelningen för medicin, Universitetssjukhuset MAS, Malmö
Lars-Olof.Almer@medforsk.mas.lu.se

■ En fullt utbyggd allmäntjänstgöring, med medicin, kirurgi, psykiatri och allmänmedicin, startade 1973. Under ett par årtionden skedde kunskapskontrollen genom multiple choice-skrivningar i Socialstyrelsens regi på avsnitten medicin, kirurgi och psykiatri.

Examinationsutformningen ansågs emellertid inte optimal, och den 28 juni 1990 uppdrog regeringen åt Universitets- och Högskoleämbetet (UHÄ) att organisera nya kunskapsprov efter läkares allmäntjänstgöring. UHÄ uppmanade därvid de medicinska fakulteterna att vardera utse en examinator samt suppleant för denne, och dessa fick utforma en AT-examination, som skulle ersätta de tidigare multiple choice-skrivningarna.

Utformningen av examinationen skedde i en större arbetsgrupp och många olika examinationstyper dryftades, innan man till slut av praktiska skäl enades om att dels ha en s k modified essay question-skrivning (MEQ), som vid godkänd skrivning följdes av ett muntligt prov, där framför allt AT-läkarens möte med en patient kunde bedömas i anamnesupptagning, statusgenomgång och därefter diskussion om tänkbara differentialdiagnoser, utredning och behandling.

Sex examinatore

Under det senaste decenniet har sålunda dessa sex examinatore samt deras suppleanter utgjort Nämnden för prov efter läkares allmäntjänstgöring (i fortsättningen AT-nämnden). Samtliga leda-

möter har varit erfarna examinatore med många års erfarenhet från grundutbildningen av läkare vid universitetssjukhus. Till sin hjälp har nämnden haft ett sekretariat med en sekreterartjänst vid Karolinska institutet, och detta har sört för att de administrativa delarna har fungerat väl.

Skrivningarnas uppbyggnad

MEQ-skrivningarna utformas så att man följer en patients sjukhistoria under ett tidsförlopp. Totalt omfattar skrivningarna vanligen fyra fall, och sjukdomstillstånden går att hänföra till respektive tjänstgöringsavsnitt under allmäntjänstgöringen, dvs något fall är sådant som ofta ses inom allmänmedicin, ett annat mera vanligt inom opererande specialiteter, etc.

Skrivningstiden är fem timmar. Skrivningen ligger med den tryckta texten vänd mot bänkskivan. Varje skrivningssida innehåller en del basinformation om fallet, varpå följer några kortvarsfrågor. När tentanden besvarat frågorna på första sidan läggs papperet på golvet, och svaren får sedan inte korrigeras. Därefter tar tentanden nästa, översta blad och får fortsättningen på fallet med återkoppling från föregående sida, så att fallets fortsatta utveckling kan följas även om man råkat svara fel på tidigare frågor.

Fyra skrivningstillfällen per år

Vid fyra tillfällen årligen arrangeras sådana skrivningar, med nya fall vid varje skrivning. Totalt erbjuds möjlighet för AT-läkarna att skriva vid nio geografiskt spridda orter, där AT-nämndens sekretariat har ordnat lokal och skrivningsvakter. Omedelbart efter skrivningen sänds samtliga skrivningar för rättning till den av universitetssorterna som stått för grundkonstruktionen av respektive

skrivning, där dock samtliga AT-nämndsledamöter haft möjlighet att komma med konstruktiv kritik i utformningen och formuleringen av fall och frågor samt svar. Detta har varit tidskrävande men bidragit till en hög kvalitet.

Eftersom antalet deltagare vid varje skrivningstillfälle är mellan 200 och 250 kräver också rättningen mycket tid. Varje fall rättas av grundkonstruktören till fallet. Därmed har man minimerat risken för varierande bedömning av svar på de olika delfrågorna. Efter någon månad när resultaten sammanställts fastlägger nämnden vid ett betygskollegium gränsen för godkänt.

Bedömning av gränstill

De som inte nått fullt godkänt men ligger några poäng intill denna gräns (s k gränsen) erbjuds möjlighet att ändå gå upp i muntlig examination. Vid denna krävs dock en god prestation (3 poäng eller högre på en 6-gradig skala) för en godkänd AT-examination, och två examinatore skall närvara samtidigt.

De som ligger under »gränsgränsen« blir sålunda underkända och får avvakta till omskrivning cirka tre månader senare.

Efter fyra underkända examinationer i rad (vilket förekommit i sällsynta fall) har nämnden brukat föreslå examinandena en längre period (något år) av lokalt planerad utökad handledning under tjänstgöring inom de i AT ingående avsnitten. Därefter har examinandena kunnat gå upp i examination igen.

Vid enstaka tillfällen har fusk konstaterats.

Pedagogisk expertis anser att MEQ-skrivningar av den typ som används vid AT-provet är bland de bästa sätten att adekvat kontrollera praktiska kliniska kunskapsfrågeställningar.

terats vid den skriftliga examinationen. Därvid har samma regler använts som är aktuella vid universitetens behandling av fusk av student, inskriven vid universitet. Då AT-läkare inte är inskrivna vid medicinsk fakultet har rättssituationen varit oklar, och AT-nämnden har därför förra året begärt av Högskoleverket att få riktlinjer. Dessa förslag har nu meddelats, i samband med att verket föreslår provets avskaffande!

Kommentar till en kommentar

I en ledare i Läkartidningen 9/2002 skriver Bernhard Grewin för Läkarförbundet om AT-provet. Läsaren får ett intryck av att meningen med AT-provet är att äntligen, efter sju års studier, slutgiltigt stoppa olämpliga blivande läkare. Med en märklig statistisk övning bibringas läsaren uppfattningen att provet som sådant är misslyckat, eftersom endast tre stoppats trots »en både stor och dyr byråkrati«. Detta är ett befängt synsätt.

Av den anledningen är det viktigt att understryka att AT-provet begärts av regeringen som en kvalitetsgaranti på en av de längsta och dyraste akademiska utbildningarna, och som en kontroll att en nylegitimerad läkare i Sverige klarar samma krav i yrket oberoende av var utbildningen har erhållits. Kostnaderna för provet har hållits mycket låga.

Grewin skriver också att »många hävdar att prov av detta slag egentligen mäter fel saker«. Pedagogisk expertis däremot anser att MEQ-skrivningar av den typ som används vid AT-provet är bland de bästa sätten att adekvat kontrollera praktiska kliniska kunskapsfrågeställningar. Det efterföljande muntliga provet med ett möte mellan AT-läkaren och en patient ger ytterligare möjligheter till bedömning och även till att ge omedelbar återkoppling om de starka och svaga sidor som uppvisats.

»Medsittning« för bättre handledning

Landsomfattande enkäter, genomförda av AT-nämnden, visade redan i början av 1990-talet att handledningen av AT-läkarna oftast var bristfällig. Till liknande resultat har även andra utvärderingar kommit senare. Med avsikt att stimulera såväl AT-läkare som handledare till en ökad kontakt och mer praktisk klinisk handledning har därför de senaste åren AT-nämnden infört en möjlighet att ersätta det muntliga provet med väl godkända »medsittningsprotokoll« från de fyra olika allmäntjänstgöringsavsnitten.

Medsittningarna är givetvis inte avsedda att fungera som en examination, utan är mer en möjlighet för handledaren att iaktta hur AT-läkaren i sitt möte med

Det efterföljande muntliga provet med ett möte mellan AT-läkaren och en patient ger additionella möjligheter till bedömning och även till att ge omedelbar återkoppling om de starka och svaga sidor som uppvisats.

en patient bemästrar olika situationer under anamnes- och statusupptagandet, i vissa fall språkkunskap, och också hur väl AT-läkaren kan klara av att på ett korrekt sätt diskutera preliminära diagnoser, differentialdiagnoser, utredning och behandling.

En sådan medsittning ger stora möjligheter för handledaren att på ett pedagogiskt och konstruktivt sätt hjälpa AT-läkaren i hans/hennes utveckling. Om handledaren finner brister innebär ju detta att AT-läkaren får möjlighet att under sin fortsatta allmäntjänstgöring bättra sig, och sedan göra ytterligare medsittningar till dess att uppsatta mål har nåtts.

För närvarande gäller att de AT-läkare som klarat MEQ-skrivningen med mer än medelpoäng och med fyra väl godkända medsittningsprotokoll slipper den muntliga examinationen helt. AT-nämnden har funnit det rimligt att de med lägre poäng på MEQ-skrivningen fortfarande skall bedömas i ett muntligt prov av en erfaren examinator.

EUs krav på läkarutbildningen

En grundutbildning till läkare skall enligt EU vara minst sex år lång för att bli godkänd. Tidigare kunde den svenska läkarexamen, trots att den endast omfattade elva men relativt långa terminer, dvs fem och ett halvt år, med fog hävdas att det ändå totalt handlade om tillräckligt många utbildningsveckor för att motsvara sex akademiska utbildningsår på andra håll i Europa.

För några år sedan kortades emellertid de svenska medicinska fakulteternas utbildningsterminer, och den svenska läkarutbildningen är sedan dess definitivt endast fem och ett halvt år. En svensk lä-

karexamen kan sålunda inte längre godkännas av EU, om inte allmäntjänstgöringen efteråt räknas in och avslutas med en universitetsexamination.

Själva AT-tjänstgöringen görs ju i praktisk hälso- och sjukvård och står inte under överinseende av ett universitet, men kunskapsproven utformas och genomförs av de medicinska fakulteternas examinatore. På detta sätt har man sålunda även på senare år kunnat hävda att en svensk läkare efter fullgjord allmäntjänstgöring och examination fyller europeiska krav.

Märkligt av Högskoleverket

Det är därför ytterligt anmärkningsvärt att Högskoleverket, som 1990 av regeringen fått i uppdrag att få till stånd en grupp av universitetsexaminatore med ansvar för examination efter allmäntjänstgöringen, nu föreslår att AT-examinationen skall avskaffas. Man har uppenbarligen inom Högskoleverket svårt att se de rimliga krav som patienter och samhälle kan ställa på att AT-läkaren, när han får ut sin legitimation, har nått en viss acceptabel nivå i sitt professionella kunnande.

Högskoleverket anser ju att olämpliga läkare bör underkännas redan under grundutbildningen, vilket säkert alla kan hålla med om. Men det är samtidigt välbekant att det visat sig vara synnerligen svårt att avskilja studenter, även om de anses olämpliga av erfarna lärare. De flesta erfarna akademiska lärare vid medicinska fakulteter kan ge en rad exempel på studenter som tagit sig igenom utbildningen trots att de ansetts olämpliga.

Handledningsresurserna

De olika avsnitten av allmäntjänstgöringen skall godkännas av respektive chefsöverläkare/verksamhetschef. Endast i sällsynta undantagsfall avstår denne från ett godkännande, då konsekvensen annars blir att den medicinskt ansvarige under ytterligare en period måste avsätta ännu mera handledningsresurser till den undermålige läkaren. Det är ett beklagligt faktum att den äldre kollegan i ett oftast hårt trängt kliniskt vardagsarbete har svårt att hinna bilda sig en adekvat uppfattning om AT-läkarens verkliga kunskapsnivå på den korta observationstid som står till buds, varför man hellre friar än fäller.

Nio procent nådde inte godkänt

Statistiken för AT-examinationen talar också för att den kliniska handledarresursen inte alltid förslår. De senaste fem åren har i snitt 9 procent av de 968 skrivande med svensk medicinsk utbildning inte nått godkänt resultat vid den skriftliga examinationen. Motsvarande

Annons

Annons

Annons

Annons

siffror för de 529 som har läkarutbildning från icke EU-land är 44 procent.

De underkända får göra nya försök efter tre månader, och efter uppfrysning av sina medicinska kunskaper och en eller ett par omskrivningar har de flesta nått sådan kunskaps- och färdighetsnivå att de klarar »examinationsribban« och kan få ut sin läkarlegitimation av Socialstyrelsen.

Mäta integrationen av kunskaperna

Eftersom kunskapskraven inte ligger högre än under grundutbildningen, utan mer avser att belysa hur AT-läkaren lyckas integrera kunskaper från olika tidigare kurser med erfarenheter från praktiskt kliniskt arbete under allmäntjänstgöringen, är det ändå viktigt att vara medveten om att ett icke ringa antal AT-läkare inte uppfyller grundutbildningsnivån när allmäntjänstgöringen närmar sig sitt slut.

Sannolikt beror detta delvis på att en del AT-läkare inte gör de nödvändiga repetitionerna av tidigare kurser, och inte heller uppdaterar sina kunskaper, som ju avses ske under allmäntjänstgöringen, med Socialstyrelsens målbeskrivningar som riktmärke.

Låt oss slippa en för alla dyrbar termin

Allmäntjänstgöringen skall vara en viktig del i »det livslånga lärande« som läkaryrket präglas av. Låt den fortsätta vara det, och låt patienter och samhälle känna trygghet i det faktum att läkarlegitimationen inte enbart baseras på ett stort antal grundutbildningskurser, utan också på en kunskapskontroll i slutet av läkarutbildningen som garanterar att den nylegitimerade läkaren når upp till europeisk standard, utan att de medicinska fakulteterna skall behöva tvingas att lägga till en såväl för samhället som för den enskilde studenten mycket kostsam tolfte grundutbildningstermin. •

Psykoterapiobligatoriet bör gälla alla specialiteter

Bristfällig utbildning samhällsekonomiskt kostsamt

Lars Jacobssons och Marie Åsbergs inlägg i Läkartidningen [1] väcker flera frågor på olika nivåer:

1. Vad är ytterst syftet med läkarutbildningen och med medicinsk forskning?
2. Vilken kunskaps- och vetenskapssyn skall tillåtas råda i denna forskning och utbildning?
3. Hur infogas läkarnas kunskaper i det samhällsekonomiska sammanhanget?
4. Hur inordnas den svenska psykiaterutbildningen bland övriga EU-länders?

SUSANNE RINGSKOG

specialist i psykiatri, överläkare vid psykiatricentrum, Akademiska sjukhuset i Uppsala; även verksam vid Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa, Stockholm
susanne.ringskog@psyk.uas.lu.se

■ För att börja med det samhällsekonomiska perspektivet: omkring 30 procent av alla som söker primärvården gör det egentligen på grund av psykiska orsaker, inte somatiska [2]. Detta betyder att läkare som huvudsakligen är inriktade på somatiska tillstånd länge kan utreda och försöka behandla en patient men missa det egentliga sjukdomstillståndet.

Kroppslig och psykisk sjukdom

Vice versa: många somatiska tillstånd ger sekundärt psykiska störningar (exempelvis hjärtinfarkt och Mb Parkinson som ibland ger depression, puerperiet som kan åtföljas av psykiska störningar såsom depression eller psykos, menopausens östrogenbrist eller vanlig järnbristanemi som båda kan ge depressionsliknande tillstånd).

Vidare kan somatisk medicinering i sig medföra psykiska biverkningar; så pass vanliga mediciner som Losec, Zantac, kortison, betareceptorblockerare som Seloken ZOC och Tenormin, ACE-hämmare som Renitec och Triatec, anti-epilepsimedel som Tegretol, perorala antikonceptionsmedel – alla kan de ge psykiska biverkningar såsom depression, ibland också förvirringstillstånd och till och med psykotiska tillstånd.

Vilka krav ställer detta på läkaren?

Somatiska sjukdomstillstånd kan alltså egentligen vara psykiska. Somatisk me-

dicinering kan ibland ge upphov till psykiska sjukdomstillstånd. Vilka krav ställer dessa förhållanden på läkaren?

Jo, att också den somatiska läkaren måste inneha kunskap i att känna igen och förstå psykologiska förlopp. Inte bara hos sin patient, utan också hos sig själv. Det grekiska verbet *therapeuein* betyder »göra«. I vid är mening »psykoterapi« allt det som vi, medvetet eller omedvetet, gör med vår patient – mottagningens yttre utformning, om vi avbryter patienten, om vi inte tvättar händerna innan vi gör en somatisk undersökning, etc.

Insikt om psykologiska mekanismer

Läkaren behöver kunskap och medvetenhet för att kunna se vilka psykologis-

Många vägar kan leda till ökad kunskap och bättre vård, men att skära bort psykoterapiobligatoriet är att göra det onödigt svårt för den enskilde läkaren. Det vore att begära av varje ny psykiater att uppfinna hjulet på nytt.