Knut Aspegren, professor i medicinsk pedagogik, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet, Odense, Danmark *(knut.aspegren@post.tele.dk)*

Evidensbaserad läkarutbildning är på gång

Inte helt lätt hitta resultatmått, men bra mätinstrument finns

ILLUSTRATION: LASSE PERSSON

Medicinsk utbildning

I kölvattnet efter den framgångsrika evidensbaserade medicinen följer nu evidensbaserad läkarutbildning.

För fem år sedan publicerade Ronald Harden och medarbetare [1] en artikel som pläderade för att det var hög tid att inom läkarutbildning lämna »opinion-based« curricula (läroplaner) och undervisningsmetoder och gå över till »evidence-based«. Detta var naturligtvis en följd av den framgång som »evidence-based medicine« haft. Författarna fann dock att det av flera skäl inte var lika enkelt att finna säkra bevis för den ena eller andra metodens supremati i utbildning som i medicinsk praxis, utan att man måste nöja sig med att handla efter »best evidence«. Så uppstod BEME-rörelsen (»Best Evidence Medical Education«).

Meningen var att analogt med Cochrane-rörelsen söka upp, kvalitetsgranska och ställa samman tillgänglig litteratur inom det medicinskt pedagogiska området. Något större genomslag har aktiviteten hittills inte fått. Till dags dato har tre BEME-guider publicerats, varav två enbart handlar om hur man söker litteratur.

Ett annat initiativ till kvalitetsgranskning av curricula och metoder inom läkarutbildningar har tagits av The Campbell Collaboration [2] som understöder litteraturgenomgångar inom samhällsvetenskap och utbildning.

Dessa ansträngningar har hittills inte fått något märkbart genomslag inom medicinsk pedagogik. Kanske hänger det samman med svagheter i de metoder som hittills använts. Så resonerar en forskargrupp från läkarutbildningen i Toronto i en nyligen publicerad artikel [3]. Författarna hävdar att observationer och interventioner på små grupper av studenter och läkare bör ersättas, eller åtminstone kompletteras, av studier med epidemiologisk inriktning. Som exempel på metoder som bör kunna användas nämner de tvärsnittsstudier, longitudinella studier, kohortstudier, fall–kontrollstudier, randomiserade kontrollerade studier och randomiserade överkorsningsstudier. De pläderar för att flera läkarskolor skall gå samman för att samla stora material och jämföra effekten av sina olika curricula och pedagogiska förehavanden.

Självklart för forskningsskolade läkare – men hur gör man?

För läkare som är skolade i positivistisk forskningstradition låter detta självklart – varför har det inte gjorts tidigare? Det har gjorts tidigare, men inte särskilt ofta, sannolikt av två orsaker:

- Pedagogisk forskning bedrivs vanligtvis av icke-läkare och med metoder som hämtas från beteendevetenskaper.
- Entydiga mätvariabler (»hårda effektmått«) är svåra att definiera inom läkarutbildningen. När man undersöker effekten av nya farmaka eller strålbehandlingsmetoder är laboratorievärden och överlevnad lätta att mäta och relativt pålitliga variabler. Men hur mäter man effekten av olika interventioner inom läkarutbildningar? Hur definierar man en god läkare?

Hårda effektmått i läkarutbildning finns dock. I USA skall studenter från alla läkarskolor avlägga »United States Medical Licensing Examinations« som testar kunskaper och kliniska färdigheter. Testen är lika för alla läkarstuderande, varför jämförelser lätt kan göras (och görs) mellan olika läkarskolor. Problemet blir sedan: Hur skall man förklara uppmätta skillnader mellan olika lärosäten? Detta är inte så enkelt, eftersom slutresultatet av ett curriculum påverkas av många faktorer. Dessutom är detta enbart en tidsbild av tillståndet vid slutet av läkarutbildningen och endast relativt smala delar av alla de kompetenser en läkare bör ha blir bedömda.

Mera rationellt är att mäta på långsiktiga variabler som yrkesskicklighet i den framtida yrkesverksamheten, men hur gör man det? Vanligast är negativa kriterier som frekvensen av anmälningar till ansvarsnämnd och liknande, men hur mycket säger de om grundutbildningens kvalitet?

För att epidemiologiskt inriktad forskning skall ta fart inom medicinsk pedagogik behövs därför mätinstrument som har prediktivt värde för skicklighet i läkaryrket. De skall dessutom ha god reliabilitet och bör vara oavhängiga av kultur. Exempel på ett sådant är DREEM-instrumentet (Dundee Ready Education Environment Measure) som har skapats av en forskargrupp i Dundee [4]. Det mäter »utbildningsklimatet« inom grundutbildningen till läkare, vilket anses hänga samman med läkares framtida beteenden [5]. Instrument finns också som mäter studenters olika lärstil eller studieinriktning (»deep–surface approach«), vilket har relevans för framtida självstyrt lärande.

Det tycks sålunda finnas framkomliga vägar att finna mätvariabler som är tillräckligt breda och relevanta och som har tillräckligt goda psykometriska egenskaper för att kunna användas inom epidemiologiskt inriktad medicinskt pedagogisk forskning. Framtiden får utvisa värdet av desamma.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Harden RM, Grant J, Buckley G, Hart IR. BEME Guide No 1: Best Evidence Medical Education. Medical Teacher 1999;21:553-62.
2. http://www.campbellcollaboration.org/
3. Carney PA, Nierenberg DW, Pipas CF, Brooks WB, Stukel TA, Keller AM. Educational epidemiology. Applying population-based design and analytic approaches to study medical education. JAMA 2004;292:1044-50.
4. Roff S, McAleer S, Harden RM, Al-Qahtani M, Ahmed AU, Deza H. Development and validation of the Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM). Medical Teacher 1997;19:295-9.
5. Genn JM. AMEE Medical Education Guide No 23: Curriculum, environment, climate, quality and change in medical education – a unifying perspective. Medical Teacher 2001;23:337-44 [Part 1]; Medical Teacher 2001;23:445-54 [Part 2].