

SVENSK LÄKAR- UTBILDNING ÄR BRA – MEN KAN BLI BÄTTRE

Visserligen håller den svenska läkarutbildningen bra standard, men kvaliteten skiljer sig stort mellan landets sex utbildningsorter. Ett ökat engagemang vid fakulteterna skulle ge grundutbildningen ett lyft.



JÖRGEN NORDENSTRÖM, professor, Karolinska institutet, Stockholm; kirurgiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Solna
jorgen.nordenstrom@ki.se

STEFAN LINDGREN, professor, Lunds universitet; institutionen för kliniska vetenskaper, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

De svenska universiteten och högskolorna har i jämförelse med många andra länder stor frihet att utforma utbildningarnas innehåll och att välja pedagogiska metoder och examinationsformer. Denna frihet ger möjligheter att pröva nya vägar, vilket kan vara nydanande, förbättra möjligheterna till anpassning till förändringar i vår omvärld och verka kvalitetsdrivande även utanför det egna programmet eller det egna universitet/högskolan.

Denna frihet innebär att lokala skillnader kan, och bör, förekomma mellan utbildningsorterna, men det innebär också ett ansvar för att aktivt driva förändringsprocesser och kontinuerligt utvärdera effekterna.

Högskoleverket har regeringens uppdrag att regelbundet genomföra utvärderingar av all högskoleutbildning. Som ett led i detta utvärderingsuppdrag har landets läkarutbildningar nyligen granskats [1]. En från Högskoleverket oberoende bedömningsgrupp med erfarna akademiska lärare har lämnat en drygt 70-sidig rapport [2], som ligger till grund för Högskoleverkets rapport. Bedömarens och Högskoleverkets rapporter utgör värdefulla dokument för en bedömning av den nationella bilden och för universitetens fortsatta kvalitetsarbete.

Vi vill med denna artikel lämna några reflektioner och kommentarer mot bakgrund av vad som framkommit i denna utvärdering.

Antagning och legitimation

Vid landets sex medicinska fakulteter tas årligen drygt 1 000 läkarstudenter in. Andelen kvinnor har under de senare åren utgjort knappt 60 procent. Redan i antagningsprocessen finns stora skillnader mellan fakulteterna. Karolinska institutet och Umeå tar in två tredjedelar av sina läkarstudenter via ett lokalt antagningsförfarande, vilket innefattar bl a intervjuer. Antag-

ning till de övriga fakulteterna sker centralt via Högskoleverkets antagningsservice.

Vårterminen 2006 införde Högskoleverket ett lottningssystem, vilket i Linköping bedömts vara negativt eftersom man tidigare fick sökande som aktivt efterfrågade den pedagogiska modellen med problembaserat lärande (PBL) som används där. Efter att lottning infördes får man en del studenter som inte är helt positiva till denna form av pedagogik. Såväl Göteborg som Linköping har tidigare haft lokal antagning, men man har övergett denna modell av kostnadsskäl och eftersom man inte sett att de lokalt antagna studenterna har uppvisat bättre studieresultat än de som antagits centralt.

Det finns argument för alternativa antagningsformer, men detta ställer stora krav på såväl reliabilitet (precision) som validitet (att välja ut de lämpligaste studenterna), förutom att det finns rena rättvisaspekter. Här förefaller det finnas olika erfarenheter på de olika studieorterna. Ett annat problem är att de olika antagningsformerna kan göra det svåröverblickbart för de sökande.

När antagningen av nya läkarstudenter diskuteras är det värt att påpeka att mindre än hälften av de läkare som erhåller svensk legitimation utbildas i Sverige (44 procent år 2006) [3]. Huvuddelen av landets legitimerade läkare är således utbildade vid utländsk medicinsk fakultet, främst inom annat EU-land.

Anmärkningsvärt är att den svenska läkarutbildningen fortfarande är 5,5 år lång, trots EU-direktiv från 2005 om en 6-årig utbildning av läkare. En redogörelse för denna problematik har nyligen publicerats i Läkartidningen [4].

Ett gemensamt nationellt system för dokumentation av uppnådda studieresultat skulle kunna lämna värdefull information om studenternas kompetens och om de olika svenska fakulteternas utbildningskvalitet. Ett gemensamt slutprov för studenter som utbildats vid svenska och utländska universitet är ett annat sätt att utvärdera utbildningskvaliteten.

Olikheter mellan utbildningarna

Bedömaregruppen har granskat de svenska läkarutbildningarna vad gäller grad av genomförande inom sex utvalda dimensioner:

- Beslutsprocess och ekonomisk styrning
- Vilja och förmåga till kvalitetsarbete
- Studiemiljö
- Utbildningens innehåll och struktur
- Kvalitet i den kliniska utbildningen
- Förutsättningar för pedagogisk utveckling.

Graden av uppfyllelse av kriterier inom dessa dimensioner be-

SAMMANFATTAT

Högskoleverket genomförde år 2006 en granskning av Sveriges vård- och medicinutbildningar.

Den svenska läkarutbildningen bedömdes generellt sett hålla en bra standard, men betydande kvalitetskillnader mellan olika utbildningsorter framkom.

Goda exempel, som kan användas som utgångspunkt för det fortsatta kvalitetsarbetet, finns på samtliga utbildningsorter.

Aktuella utmaningar för att förbättra läkarutbildningarna innefattar anpassning till Bologna-direktiven, harmonisering till gällande EU-regler, införandet av projektarbeten och ökad integration mellan de basvetenskapliga och kliniska momenten.

Angelägna utvecklingsområden är pedagogisk forskning, lärarnas pedagogiska utveckling och karriärvägar samt utbildningarnas strukturer och processer.

TABELL I. Högskoleverkets bedömning av sex kvalitetskriterier inom den svenska läkarutbildningen (4 = utmärkt, 3 = mycket god, 2 = god, 1 = mindre god).

	Beslutsprocess och ekonomisk styrning			Utbildningens innehåll och struktur		
	Kvalitetsarbete	Studiemiljö	Klinisk utbildning	Pedagogisk utveckling		
Göteborg	1	2	2	1	2	1
Karolinska institutet	1	1	2	1	2	1
Linköping	3	3	2	4	3	2
Lund	3	3	2	3	3	2
Umeå	1	2	4	1	2	1
Uppsala	3	2	2	2	2	2

dömdes enligt en 4-gradig skala: utmärkt, mycket god, god eller mindre god. Utfallet för de sex utbildningsorterna framgår av Tabell I. De kriterier som använts av bedömargruppen är i samskling med de som fastslagits av World Federation for Medical Education (WFME) (se artikel sidan 2682 i detta tema) och med SPICES-modellen [5].

Som tydligt framgår av såväl Högskoleverkets rapport [1] som bedömargruppens rapporter [2] håller samtliga läkarutbildningar i landet god kvalitet och god högskolemässighet. Man kan samtidigt konstatera att det finns skillnader mellan utbildningsorterna och att möjligheten till ytterligare kvalitetsförhöjningar finns på samtliga orter. På samtliga fakulteter finns goda exempel som kan tjäna som förebilder för de andra.

Beslutsprocess och ekonomisk styrning

I ett decentraliserat och universitetsstyrt utbildningssystem som det svenska ställs särskilda krav på ledningen, både på universitets- och högskolenivå och på programnivå. I många utbildningar är kurserna ämnes- eller institutionsstyrda, och vid dessa utgår den ekonomiska ersättningen ofta efter schabloner baserade på antalet studenter och kurslängd.

Detta system verkar pedagogiskt konserverande och ger föga incitament för att utveckla utbildningens innehåll, främja samarbete mellan olika utbildningsprogram eller premiera goda lärarinsatser.

Den tydligaste aktivitetsbaserade ersättningsmodellen finns i Lund. Där utdelas de statliga grundutbildningsmedlen till institutionerna och ALF-medlen till landstingsklinikerna, i direkt proportion till de insatser som universitetets respektive landstingets lärare har utfört. Mer utbildningsengagerade enheter tilldelas på så sätt en relativt sett större del av de ekonomiska ramarna, medan de mindre engagerade enheterna får en relativt sett mindre ersättning.

I avsaknad av tydliga ekonomiska styrmekanismer har många programledningar små möjligheter att förändra utbildningens innehåll, trots i många fall goda förutsatser. Denna brist vad gäller ansvar för beslutsprocessen och avsaknad av ekonomiska styrmedel är kanske det enskilt största problemet på vissa orter.

Utbildningens innehåll och struktur

Bedömargruppen lyfter särskilt fram Linköping och Lund när det gäller utbildningens struktur och innehåll. Hälsouniversitetet i Linköping startade 1986 och införde då en läkarutbildning som betonade bl a vanliga sjukdomar, tidig patientkontakt, integration mellan teori och praktik och multiprofessionellt lagarbete [6]. En för Sverige ny pedagogisk modell, PBL, infördes också. Detta omfattande och nydanande arbete har visat sig framgångsrikt och tycks ha medfört att utbildningsfrågor alltjämt är centrala för fakultetens lärare idag, 20 år senare.

I Lund har man arbetat med ett kontinuerligt och stegvis reformarbete (se artikel sidan 2693 i detta tema). Ett sådant ar-

betssätt förefaller lämpligt på de sedan länge etablerade (traditionella) universiteterna.

Goda exempel på utbildningsstruktur finns i Linköping med en uppdelning i tre stadier (hälsa och biologisk funktion, hälsa och sjukdom samt patient och prevention) och i Lund, där utbildningen är uppbyggd i en spiralstruktur där vissa moment återkommer med ökande komplexitet. På flera andra orter planeras för, eller införs nu, liknande utbildningsstrukturer. Generellt sett bör integrationen mellan de basvetenskapliga och kliniska momenten ökas.

På flera orter är kursplanerna traditionellt ämnesbaserade snarare än »outcome-based« (målstyrda). En ämnesbaserad uppbyggnad ökar risken för »curriculum overload«, som vanligen yttrar sig i alltför detaljerade målbeskrivningar och många examinationer och som försävar införandet av enhetliga pedagogiska undervisningsmetoder. Tillgången på valbara moment är generellt sett stor, men det är anmärkningsvärt att flera utbildningar hittills saknat längre (20 veckor) enskilda projektarbeten. Läkarutbildningen särskiljer sig i detta avseende från andra svenska högskoleutbildningar av motsvarande längd. Införandet av Bologna-deklarationens direktiv ger förutsättningar för att fördjupa moment av det livslånga lärandet i läkarutbildningen.

Den kliniska utbildningen

Såväl sjukvården på universitetssjukhusen som universitetens forskningsinsatser är aktivitetsersatta, dvs den ekonomiska ersättningen baseras på utförda prestationer. I detta system kan icke-aktivitetsersatta verksamheter, t ex klinisk utbildning av läkarstudenter, komma att nedprioriteras. Ett bättre synliggörande av ALF-medlen och en tydligare styrning från de programansvariga skulle kunna förbättra den kliniska utbildningen. Fakulteterna har ansvaret för hela utbildningen och måste därför tillse att ALF-medlen används på klinikerna på avsett sätt. I allmänhet utnyttjas inte hela det tillgängliga sjukdomspanoramat, t ex inom primärvården och länsdelssjukvården. Här finns en stor förbättringspotential på många orter.

I en internationell jämförelse får de svenska läkarstudenterna en mycket bra klinisk utbildning. En stor del av den tidigare sjukhusanknutna sjukvården har förlagts till primärvården, men studenternas kliniska utbildning är fortfarande i huvudsak sjukhusbaserad. En stor utmaning ligger i att rekrytera lärare och utveckla lärandemiljön i primärvården. Den kliniska handledningen av studenterna kan förbättras, och regelbunden återkoppling är ett återkommande önskemål från studenterna.

Lärarnas situation

Bedömargruppen konstaterar att relativt få professorer aktivt deltar i läkarnas grundutbildning. Högskolelagen förutsätter ett relativt stort engagemang inom grundutbildningarna, men detta krav uppfylls inte av många professorer. Befordringsreformen har inneburit att många lektorstjänster har blivit pro-

fessurer, där tillsättningarna har grundats mer på forskningsmeriter än på pedagogiska meriter. Resultatet har blivit att det nu finns en stor brist på lärare på lektorsnivå, vilket inte är positivt ur utbildningssynvinkel. På sikt försvårar detta rekryteringen av nya professorer med erfarenhet av såväl forskning som undervisning.

Lärosätena bör se över sina meriteringssystem för att garantera tillgången på pedagogiskt kompetenta lärare. Tydliga arbetsbeskrivningar som klargör det tidsmässiga engagemanget vad gäller undervisning, forskning och, i förekommande fall, sjukvård skulle kunna förbättra studenternas utbildning. Detta gäller såväl statligt anställda lärare som landstingsanställda läkare vid upplåttna enheter, dvs de enheter där avtal finns som reglerar den akademiska verksamheten.

Fakulteternas engagemang – det verkliga problemet

På samtliga läkarutbildningar finns många kunniga och engagerade lärare. Utbildningarnas kvalitet och resultat är ofta beroende av dessa lärare, som kan ha svårt att konkurrera om högre lärartjänster, eftersom tjänstetillsättningarna oftast huvudsakligen baseras på forskningsmeriter. För att de engagerade lärarna skall förmå lyfta utbildningens kvalitet måste många fakulteter lyfta fram grundutbildningarna och ge bättre förutsättningar för ekonomisk styrning, öka det pedagogiska utvecklingsarbetet och förbättra karriärmöjligheterna för de pedagogiskt engagerade lärarna.

Stödet för pedagogiskt utvecklingsarbete är på de flesta håll svagt och behöver därför byggas ut. Landets enda professur i medicinsk pedagogik fanns tidigare på Karolinska institutet, men den lades i malpåse efter det att innehavaren återvänt till Finland.

Antalet publikationer inom medicinsk pedagogik som fakulteterna redovisat i Högskoleverkets utvärdering var generellt sett lågt med tanke på den stora verksamhet som läkarutbildningarna har vad gäller både antalet studenter och ekonomisk omfattning. Det statliga ersättningsystemet ger fakulteterna högre ersättning för grundutbildning än för forskning, men detta motsvaras på de flesta orter inte av motsvarande engagemang av fakulteternas lärare.

Den svenska läkarutbildningen skulle kunna bli ännu bättre om kulturen vid många fakulteter förändras mot ett ökat engagemang.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Stefan Lindgren var ordförande och Jörgen Nordenström ledamot i Högskoleverkets styrgrupp för 2006 års bedömning av grundutbildningarna inom medicin och vård.*

REFERENSER

1. Högskoleverket. Utvärdering av grundutbildningar i medicin och vård vid svenska universitet och högskolor. Del 1: Den nationella bilden. Stockholm: Högskoleverket; 2007. Rapport 2007:23R.
2. Högskoleverket. Utvärdering av grundutbildningar i medicin och vård vid svenska universitet och högskolor. Del 2: Utbildningsbeskrivningar och bedömningar. Läkarexamen. Stockholm: Högskoleverket; 2007. Rapport 2007:23R. p. 197-267.
3. Borgström A. Ny utbildning för utländska läkare nästa år. Läkartidningen. 2007;104:1471.
4. Nordenström J, Lindgren S. Den svenska läkarutbildningen bör anpassas till EU-reglerna: Sex år till legitimation. Läkartidningen. 2007;104:753-4.
5. Harden RM, Sowden S, Dunn WR. Educational strategies in curriculum development: the SPICES model. Med Educ. 1984; 18:284-97.
6. Bergdahl B, Eintrei C, Fyrenius A, Hultman P, Theodorsson E. Läkarutbildningen i Linköping förnyas. Problembaserat lärande, basvetenskap och folkhälsa fördjupas. Läkartidningen. 2005;38(102):2654-8.

halv liggande annons