

Kunskap om levnadsvanor värderas olika på läkarutbildningarna

EN GENOMGÅNG AV 124 SKRIFTLIGA EXAMINATIONER

Benno Krachler, med dr, överläkare, beteendemedicin, Norrlands universitetssjukhus, Umeå; institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, enheten för yrkes- och miljömedicin, Umeå universitet; ledamot Svenska läkaresällskapets kommitté för prevention
 ● benno.krachler@umu.se

Lars Jerdén, docent, distriktsläkare, Jakobsgårdarnas vårdcentral, Borlänge; Akademin utbildning, hälsa och samhälle, Högskolan Dalarna; ordförande Svenska läkaresällskapets kommitté för prevention

Christina Lindén, professor, överläkare, ögonkliniken, Norrlands universitetssjukhus, Umeå; institutionen för klinisk vetenskap, enheten för oftalmiatrik, Umeå universitet; ledamot Svenska läkaresällskapets kommitté för prevention

Det finns goda belägg för levnadsvanors betydelse för hälsa, både ur individ- och samhällsperspektiv [1-3]. Den betydelsen återspeglas i examensordningen för den svenska läkarutbildningen, där mål 6 lyder: »För läkarexamen ska studenten visa förmåga att initiera och genomföra hälsofrämjande och förebyggande arbete inom hälso- och sjukvården för såväl enskilda som grupper av patienter« [4]. Examensordningens övergripande mål måste finnas i utbildningsplanerna, och universiteten har sedan frihet att lägga till egna kompletterande mål [5]. Vid Universitetskanslersämbetets senaste utvärdering av svenska läkarutbildningar 2013 bedömdes kursplanerna från alla sju universitet i hög grad täcka mål 6 i examensordningen [6]. Vår hypotes var därför att kunskap om levnadsvanor tillmäts lika stort värde på alla sju lärosäten.

METOD

Examinationers innehåll styr studenternas inläring i högre grad än universitetens styrdokument [7, 8]. Av praktiska skäl begränsade vi vår genomgång till skriftliga examinationer. Vi granskade examinationsfrågor som rörde vanligt förekommande sjukdomar där levnadsvanor är en viktig faktor för prevention och behandling (livsstilsrelaterade sjukdomar): hypertoni, stroke, diabetes, ischemisk hjärtsjukdom och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL). Frågor kring alkoholrelaterad leversjukdom och sömnapné förekom inte på alla lärosäten, varför dessa sjukdomsgrupper utgick. Läkemedel är ett vanligt förekommande behandlingsalternativ vid livsstilsrelaterad sjukdom. Vi bestämde oss därför för värdering av läkemedelsrelaterad kunskap som

referens. För att täcka in Universitetskanslersämbetets senaste granskningstillfälle valde vi att granska skriftliga examinationer från höstterminen 2012 till höstterminen 2015.

Vi kontaktade utbildningsansvariga - alternativt terminsansvariga - på respektive lärosäte och begärde skriftliga examinationer inklusive svarsmodell från terminer med klinisk internmedicin där huvudsaklig undervisning om ovannämnda livsstilsrelaterade sjukdomar sker. Vi täckte in varje sjukdomsgrupp med frågor från tre eller fler examinationstillfällen. Antalet examinationer som granskades skiljde sig mellan lärosäten beroende på frågornas utformning: För lärosäten som främst tillämpar essäfrågor granskade vi fler examinationstillfällen (Tabell 1), då det vid varje enskild examination endast tas upp ett begränsat an-

»Examinationers innehåll styr studenternas inläring i högre grad än universitetens styrdokument.«

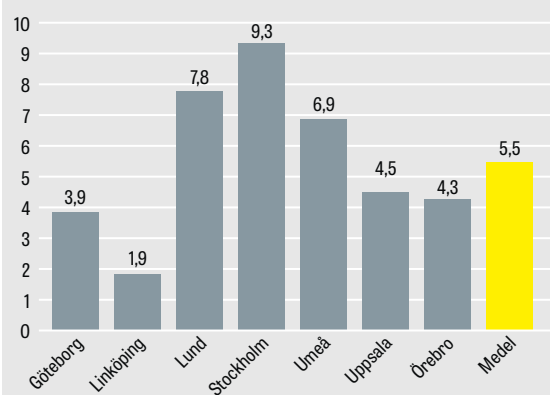
tal ämnesområden, medan examinationer med flervalsfrågor hade bredare täckning varför vi nöjde oss med färre tillfällen. I Stockholm ges tre parallella men olika skriftliga examinationer beroende på till vilket sjukhus den kliniska undervisningen är knuten. Relationer mellan vikten av levnadsvane- och läkemedelskunskap var så samstämmiga att resultaten slogs ihop.

Två av författarna (BK, CL) granskade alla skriftliga examinationer för att extrahera frågor om livsstilsrelaterade sjukdomar. Utifrån svarsmodellen tillfördes poängen för rätt svar kategorierna »livsstilsrelaterad«, »läkemedelsrelaterad« respektive »övrigt«. Kategorin »livsstilsrelaterad« omfattar alla korrekta svar som berör levnadsvanor såsom fysisk aktivitet, matvanor, sömnvanor, stresshantering, rökning och alkoholvanor i kontext av en livsstilsrelaterad sjukdom. Som »läkemedelsrelaterad« kategoriserades svar som rörde läkemedelsbehandling, men även information som inhämtad med syftet att kunna ta ställning till eventuell läkemedelsbehandling (t ex bedömning enligt NIH:s strokeskala inför eventuell trombolys). Kategorin »övrigt« omfattar frågor som

HUVUDBUDSKAP

- Levnadsvanor är en viktig faktor för prevention och behandling av hypertoni, stroke, diabetes, ischemisk hjärtsjukdom och KOL.
- I de nationella examensmålen för läkarutbildningen ingår »förmåga att initiera och genomföra hälsofrämjande och förebyggande arbete«.
- Examinationernas innehåll styr studenternas inläring.
- Frågor från 124 skriftliga examinationer från Sveriges alla lärosäten har granskats.
- Det är upp till femfaldig skillnad mellan lärosätena i hur kunskap om levnadsvanor värderas i förhållande till kunskap om läkemedelsbehandling.

FIGUR 1. Läkemedel/levnadsvanor – kvot



► Kvoten mellan poäng för läkemedels- och livsstilsrelaterad kunskap som kunde uppnås i skriftliga examinationer på Läkarprogrammet 2012–2015 rörande livsstilsrelaterade sjukdomar (hypertoni, stroke, ischemisk hjärtsjukdom, diabetes och KOL). Läkemedelsrelaterad kunskap gav mellan 1,9 och 9,3 gånger fler poäng än kunskap om levnadsvanor. Sannolikheten att livsstilsrelaterad kunskap värderas likartat på alla lärosäten är 0,031.

rör anamnes, utredning, patofysiologi, etiska ställningstaganden etc. Granskningen skedde gemensamt och skilda bedömningar löstes genom diskussion till konsensus.

Statistik

Kvoterna (Figur 1) bildades genom att för varje lärosäte dividera det totala antalet poäng för läkemedelskunskap med det totala antalet poäng för livsstilsrelaterad kunskap. För signifikanstest (Tabell 1) betraktades alla frågor som rörde samma livsstilsrelaterade sjukdom och ställdes vid samma examinationstillfälle som en observation. Fördelningen mellan observationer där läkemedelsrelaterad kunskap värderas högre och observationer där livsstilsrelaterad kunskap värderas minst lika högt modellerades med binomialfördelning. Skillnaderna mellan livsstils- och läkemedelskunskap inom samma lärosäte värderades med teckentest och skillnader mellan lärosäten med χ^2 -test. Signifikansnivån sattes till $P < 0,05$. Alla beräkningar utfördes med statistikprogrammet SAS för Windows, version 9.4.

RESULTAT

Värdering av livsstilsrelaterad kunskap i förhållande till läkemedelskunskap vid frågor som rör livsstilsrelaterad sjukdom visas i Figur 1. I Linköping kunde man uppnå 1,9 gånger fler poäng med kunskap om läkemedel. I Göteborg, Örebro och Uppsala värderades läkemedelskunskap 3,9 till 4,6 gånger högre, medan studenter i Umeå, Lund och Stockholm kunde uppnå 6,8 till 9,3 gånger fler poäng med läkemedelsrelaterad kunskap. Sannolikheten att skillnader i värdering av livsstilsrelaterad kunskap mellan lärosäten beror på slumpen är 0,031.

Tabell 1 visar antalet examinationer med frågor som rörde livsstilsrelaterad sjukdom samt skillnaden i medelpoäng mellan kunskap om levnadsvanor och

TABELL 1. Procentuell fördelning av poängen mellan livsstils- och läkemedelsrelaterad kunskap samt övrig kunskap på de 7 lärosätena.

Lärosäte	Examinationer n = 124	Procent av möjliga poäng			P ¹ Livsstil >= Läkemedel
		Livsstil	Läkemedel	Övrigt	
● Göteborg	7	6,9	27,4	66	0,0003
● Linköping	26	11,8	22,2	66	0,2101
● Lund	14	5,6	43,9	50	< 0,0001
● Stockholm	39	4,2	38,8	57	< 0,0001
● Umeå	10	6,5	44,7	49	< 0,0001
● Uppsala	15	6,9	31,4	62	0,0003
● Örebro	13	6,8	29,4	64	0,0215

¹Signifikanstest utfördes för hypotesen att livsstilsrelaterad kunskap genererar lika många eller fler poäng än läkemedelsrelaterad kunskap.

»En läkarstuderande i Linköping fick enligt denna undersökning i medeltal fem gånger högre utdelning för livsstilsrelaterad kunskap än en kollega som utbildas på Karolinska institutet.«

kunskap om läkemedel. Med undantag av Linköping värderades läkemedelsrelaterad kunskap signifikant högre på alla lärosäten.

DISKUSSION

Vår hypotes att kunskap om levnadsvanor värderades lika på alla studieorter kunde inte bekräftas. En läkarstuderande i Linköping fick enligt denna undersökning i medeltal fem gånger högre utdelning för livsstilsrelaterad kunskap än en kollega som utbildas på Karolinska institutet.

I ovan nämnda genomlysning av Universitetskanslersämbetet bedömdes utbildningsplaner från alla lärosäten ha god täckning (på en skala bristande/god/mycket god) avseende mål 6. Detta talar för att målets innehåll tolkas olika på olika lärosäten. Målet är brett formulerat och kan innefatta allt från farmakoprevention över individriktad intensiv livsstilsintervention till folkhälsosatsningar. Våra resultat stämmer dock överens med en enkätstudie från 2013 där 81 procent av studenterna från Läkarprogrammet i Linköping ansåg sig ha fått »goda förutsättningar för att initiera och genomföra hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete« medan övriga lärosäten låg mellan 51 och 65 procent [9].

Vi känner inte till om liknande jämförelser har gjorts i andra länder. Den generellt låga värderingen av kunskap om levnadsvanor är i samklang med publikationer som beskriver ämnets ställning i USA. De flesta grundutbildningar saknar livsstilsmedicin [10], och när ämnet erbjuds som valfri kurs tillmäts den uppgiften nyhetsvärde [11].

Vår studie har en rad begränsningar:

- Den omfattar endast skriftliga examinationer. Huruvida livsstilsrelaterad kunskap har större

tyngd vid andra examinationsformer är okänt, men eftersom båda ämnena kräver såväl teoretisk baskunskap som klinisk färdighet borde de examineras på liknande sätt.

- Vi har endast hämtat in frågor från terminerna med internmedicin på respektive lärosäte. Det kan tänkas att det på senare terminer avhandlas mindre akuta former och eftervård av de sjukdomar som vi klassat som livsstilsrelaterade. Detta kan ha medfört en falskt hög läkemedel/livsstilskvot, vilket i så fall borde beröra alla lärosäten i liknande utsträckning.
- Avsaknad av effektiv läkemedelsbehandling för en sjukdomsgrupp kan ha lett till en falskt låg kvot, men även det felet borde ge en likartad påverkan av resultatet för samtliga lärosäten.

Något idealvärde för relationen mellan livsstils- och läkemedelsrelaterad kunskap är inte fastställt. Syftet med att lyfta fram skillnader är att åskådliggöra spridningen, inte att peka ut något eller några lärosäten. Däremot hoppas vi att våra resultat kan leda till en diskussion om vilken ställning kunskaper som rör levnadsvanor bör ha inom läkarutbildningen. ○

- Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Benno Krachler och Christina Lindén undervisar på läkarutbildningen i Umeå. Lars Jerdén undervisar på läkarutbildningen i Örebro.

Citera som: *Läkartidningen. 2018;115:EWPD*

REFERENSER

1. Aziz Z, Absetz P, Oldroyd J, et al. A systematic review of real-world diabetes prevention programs: learnings from the last 15 years. *Implement Sci.* 2015;10:172.
2. Blomstedt Y, Norberg M, Stenlund H, et al. Impact of a combined community and primary care prevention strategy on all-cause and cardiovascular mortality: a cohort analysis based on 1 million person-years of follow-up in Västerbotten County, Sweden, during 1990-2006. *BMJ Open.* 2015;5(12):e009651.
3. Agardh E, Danielsson AK, Guban P, et al. Sjukdoms- bärda och riskfaktorer i Stockholms län 1990 och 2015. Resultat från den globala sjukdomsbördestudien (GBD). Stockholm: Karolinska institutet/Stockholms läns landsting, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin; 2017. p. 34.
4. SFS 1993:100. Högskoleförordning.
5. Lindgren S, Brännström T, Hanse E, et al. Medical education in Sweden. *Med Teach.* 2011;33(10):798-803.
6. Universitetskanslersämbetet. Resultatsök - utbildningar- nas kvalitet 2012-2015. <http://kvalitet.uka.se/resultatsok>
7. Hult H. Examinationen och lärandet - en översikt, analys och värdering av examinationens roll inom högre utbildning. CUP:s rapportserie nr 1. Linköping: Linköpings universitet, Centrum för universitetspedagogik; 1998.
8. Wiiand T. Examinationen i fokus. Högskolestudenters lärande och examination - en litteraturoversikt. Uppsala: Uppsala universitet, Enheten för utveckling och utvärdering; 1998. Rapport nr 14.
9. Engström E, Olsson AC, Jaktlund Å. Om läkarutbildningens kvalitet. Grundutbildningsenkät 2013. Stockholm: Sveriges läkarförbund; 2014.
10. Dacey ML, Kennedy MA, Polak R, et al. Physical activity counseling in medical school education: a systematic review. *Med Educ Online.* 2014;19(1):24325.
11. Zhou J, Bortz WM, Fredricson M. Moving toward a better balance: Stanford School of Medicine's lifestyle medicine course is spearheading the promotion of health and wellness in medicine. *Am J Lifestyle Med.* 2017;11:36-8.

SUMMARY

Substantial differences in valuation of lifestyle-related knowledge at Swedish medical schools

Lifestyle factors are crucial for prevention and management of many non-communicable diseases such as hypertension, stroke, diabetes, coronary heart disease and chronic obstructive pulmonary disease. Lifestyle medicine is included in national learning outcomes for undergraduate medical education in Sweden. Since assessment drives learning, we reviewed questions from 124 written examinations from all 7 medical schools in Sweden, conducted between 2012 and 2015. There is up to a 5-fold difference between different universities in the weight attached to lifestyle-related knowledge compared to knowledge related to pharmacological treatments.