

Jörgen Nordenström, professor, enheten för kirurgi, Centrum för kirurgisk vetenskap, Huddinge Universitetssjukhus, Stockholm (*jorgen.nordenstrom@cfss.ki.se*)

Betyg, test, kvotering eller lottning?

När det går fyra sökande på varje utbildningsplats till läkarlinjen måste något göras

■ Hur skall vi bäst välja ut våra framtida läkare? På grundval av betyg eller personliga kvalifikationer, genom lottning eller en kombination av dessa?

Antagningsprocessen för medicinska studier bygger på visionen om det enkla, överblickbara och absolut rättvisa tillträdessystem som ger de bästa läkarna. Denna vision framstår kanske mer än tidigare som en utopi, och de senaste årens utveckling gör att reglerna för antagning bör tas upp igen.

Otillräckligt vetenskapligt underlag

Diskussionen om bästa antagningsmetod har pågått under lång tid och är kanske en evighetsfråga. Det finns flera orsaker till att det har varit svårt att uppnå samsyn om vad som är ett bra antagningssystem: olikheter i pedagogiska strategier på de olika utbildningsorterna, olika syn på målsättningen med antagningen, kostnadsaspekter m m. Den viktigaste orsaken är sannolikt avsaknaden av bra vetenskapligt underlag vad gäller själva utfallet av olika urvalsmetoder. Detta har medfört att urvalsmetoderna varierar inom landet. De effektmått som har använts för att värdera resultatet av olika antagningssystem har vanligen rört själva studierna: förmågan att klara examination, genomströmningshastighet, avhoppsfrekvens m m. Dessa kan emellertid sägas vara surrogatmått. De effektmått man egentligen efterfrågar rör kvaliteten på den färdiga läkaren – »den goda läkaren» – vilket är betydligt svårare att mäta på ett tillförlitligt sätt än prestationer under läkarutbildningen.

Utvecklingen under den senaste tiden har åter förändrat förutsättningarna: Göteborg och Linköping överger det alternativa intervju-baserade antagningssystemet. Betygssystemet har i praktiken havererat, vilket innebär att studenter med högsta betyg måste lottas in. Dessutom måste fakulteterna hantera nya politiska direktiv rörande en ökad antagning på fri kvot och antagning av studenter som har bedömts vara behöriga på grund av reell kompetens.

Internationella erfarenheter

Nyligen har en systematisk översikt publicerats i BMJ vad gäller utfallet av olika typer av urvalssystem [1]. Även om översikten i huvudsak baseras på anglosaxiska studier har den klara implikationer för svenska förhållanden. Utredningen initierades efter det att misstankar framförts att det engelska antagningssystemet missgynnar vissa studentgrupper.

SAMMANFATTAT

Hur skall vi bäst välja ut våra framtida läkare? På grundval av betyg eller personlighetstest, genom lottning eller en kombination av dessa?

Den internationella erfarenheten talar för att en kombination av betyg och intervju har bäst förutsättningar för att skapa bredd och mångfald i yrket.

Antagningen på gymnasiebetyg har i praktiken havererat. Det nya betygssystemet har drabbats av inflation, med ett stigande antal studenter som uppnår betygsmaximum. Det finns studenter som ansöker med 20,0 i gymnasiebetyg och 2,0 på högskoleprovet – en fantastisk prestation – men som ändå inte kommer in. Vilka signaler ger det till de gymnasiestuderande?

En bättre nationell samordning bör diskuteras med avsikt att förbättra överskådligheten över urvalssystemen.

Målet med översikten var dels att granska publicerade studier där man undersökt det prediktiva värdet av så många aspekter som möjligt på selektionsprocessen till medicinska studier, dels att värdera utfallet av olika urvalsmetoder på studieprestationer och professionell yrkeskompetens efter avslutade studier. Man återfann drygt 1 000 artiklar. Efter granskning inkluderades ett hundratal studier som hade definierade och kvantifierbara urvalskriterier, specifika utfallskriterier och där man använt vedertagna statistiska eller kvalitativa analyser.

Värdet av betyg och personlighetstest

Det prediktiva värdet av gymnasiebetyg (eller motsvarande) befanns vara stort vad gäller tentamensresultat under såväl de prekliniska som de kliniska studieåren. Ett positivt samband fanns även mellan gymnasiebetyg och kompetens i läkaryrket, men det prediktiva värdet var lägre än för studieprestationer under grundutbildningen, och sambandet betecknades

som måttligt starkt. McManus har nyligen rapporterat att betyg har ett prediktivt värde även i specialistexamination [2]. Betyg har således ett positivt prediktivt värde under såväl grund- som vidareutbildning, men sambandet blir med tiden allt mindre starkt. Detta är kanske föga förvånande eftersom undervisningen i stora delar har likheter med gymnasiestudier.

Effekten av urval på icke-kognitiva parametrar (personlighetstest, inlärningsstil m m) var mer svårvärderad på grund av dels den stora flora av olika test som använts, dels bristen på bra och systematiska undersökningar. Personlighetsdrag som »resultatinriktad«, »medveten« och »situationsanpassad« var positivt korrelerade och »situationsbetingad nervositet« var negativt korrelerad till klinisk prestationsförmåga. Man fann att såväl strategisk inlärningsprofil (effektiv studieteknik) som djupinlärningsstil (förståelseinläring) korrelerade med slutbetyg, medan ytlinlärningsprofil (inläring av fragmentariska fakta) var negativ i vissa, men inte alla, studier. Kvinnligt kön och vit etnicitet var positiva korrelat. Dokument baserade på personlig reflektion eller rekommendationsbrev hade inte något värde för att förutse studieresultat.

Intervju som urvalsinstrument

Man identifierade tre olika typer av studier där intervju används vid antagningsprocessen. I en typ jämfördes studenter som antagits via intervju med studenter som antagits på annat sätt eller där studenter som antagits efter intervju jämfördes med studenter som avvisats efter intervju (och senare antagits vid annan medicinsk högskola). Man kunde inte påvisa några skillnader i dessa studier, och de som gjorde undersökningarna ansåg att intervju inte hade någonting att tillföra som urvalsinstrument. De systematiska granskarna ansåg emellertid att studierna hade allvarliga metodologiska brister.

I en annan typ av studie fann man en positiv korrelation mellan intervjuarnas skattning och studenternas prekliniska studieresultat, minskad avhopsfrekvens och utvärderingar under yrkesutövning gjorda av kliniska handledare.

I en tredje studietyp fann man att det förelåg en positiv, men relativt svag, korrelation mellan intervjuresultat och andra urvalskriterier. Intervjuskattning befanns kunna användas som en oberoende och egen metod för att förutse resultaten i den tidiga fasen av medicinska studier.

De systematiska granskarna ansåg att en global intervjuarskattning var positivt korrelerad till senare yrkeskompetens och att det prediktiva värdet av konventionella urvalskriterier sannolikt kan ökas genom användande av intervju. Man påpekade emellertid att det saknas tillförlitlig information vad gäller betydelsen av skillnader i bedömning mellan olika intervjuare, att det finns systematiska felkällor och att betydelsen av intervjuarträning borde beläggas ytterligare.

Svenska studier

De svenska studier som gjorts av intervjubaserad antagning överensstämmer väl med de slutsatser som den systematiska utvärderingen kom fram till. I Linköping har man tidigare funnit färre studieavbrott efter intervjuantagning [3]. På Karolinska institutet har man funnit att de studenter som antagits via intervju i jämförelse med betygsantagna har färre studieavbrott, ungefär samma tentamensresultat och en lärarskattning av klinisk lämplighet som är något bättre [4].

Några svenska utvärderingar vad gäller effekten på professionell kompetens i yrkeslivet finns emellertid inte.

Splittrad nationell bild

Frågetecknen kring dagens antagningssystem är många. Vad vill vi uppnå? Är det fråga om en selektionsprocess för att få fram dem som är bäst lämpade för läkaryrket eller endast en

De effektmått som har använts för att värdera resultatet av olika antagnings-system har vanligen rört själva studierna: förmågan att klara examination, genomströmningshastighet, avhopsfrekvens m m. Dessa kan emellertid sägas vara surrogatmått. De effektmått man egentligen efterfrågar rör kvaliteten på den färdiga läkaren – »den goda läkaren« – vilket är betydligt svårare att mäta på ett tillförlitligt sätt än prestationer under läkarutbildningen.

administrativ procedur för att begränsa antalet antagna till det antal platser som finns tillgängliga? Hur kan vi bli bättre? Hur många urvalskriterier skall användas? Skall en samordning ske nationellt?

Det enda som är alldeles klart är att en selektion måste göras eftersom det går fyra sökande på varje plats. De logistiska problemen är betydande med 2 500 studenter som via 10 000 ansökningar söker 529 utbildningsplatser.

Dagens regelsystem är komplext med fem olika centrala urvalsgrupper: gymnasiebetyg med antingen bokstavs- eller sifferbetyg, betyg från folkhögskola, högskoleprov med eller utan tilläggs- eller förarbetsbetyg för arbetslivserfarenhet. Karolinska institutet och Umeå tar cirka två tredjedelar av sina studenter via lokal antagning (intervju). Lund har aldrig haft lokal antagning utan tillämpar endast central antagning. Göteborg har nyligen slutat med intervjubaserad antagning, Linköping avser att gå samma väg. Uppsala har slutat med sin intervjubaserade antagning till en forskarinriktad utbildningslinje.

Göteborg anger kostnadsskäl för att överge sin lokala antagning. Linköping anger att de lokalt antagna studenterna i vissa fall har haft sämre studieprestationer. Den nationella bilden är således splittrad.

Betyg som urvalsinstrument

Gymnasiebetyg är en god prediktor av studieresultat. Det visar såväl den systematiska utvärderingen som erfarenheter från de svenska fakulteterna, där nästan alla studenter klarar sina studier och de få avhopp som inträffar vanligen har andra orsaker än otillfredsställande studieresultat.

Antagningen på gymnasiebetyg har emellertid i praktiken havererat. Det nya betygssystemet har drabbats av inflation, med ett stigande antal studenter som uppnår betygsmaximum och allt fler som konkurrenskompletterar, dvs kompletteringsläser för att i efterhand höja gymnasiebetyget. Vid samtliga fakulteter krävs maximala 20,0 i betyg, men det ger ingen automatisk plats. Konsekvensen har därför blivit att lottning numera är ett viktigt urvalsinstrument. Genom lottning antas ibland endast en av tre till fem sökande med högsta betyg. Det finns studenter som ansöker med 20,0 i gymnasiebetyg och 2,0 på högskoleprovet – en fantastisk prestation – men som ändå inte kommer in. Vilka signaler ger det till de gymnasiestuderande? Den ökade användningen av konkurrenskomplettering gör att många studenter tvingas kvar i gymnasiestudier under flera terminer för att jaga tiondelars och hundradelars poäng.

I Finland kommer endast 19 procent av studenterna i direkt efter gymnasiet. Där har den ansvariga myndigheten föreslagit en kvotering av de nyexaminerade gymnasiestudenterna. Detta borde diskuteras även hos oss.

Antagning efter intervju

Den intervjubaserade antagningen har åter kommit i fokus i och med att flera fakulteter överger systemet. Linköpingsstudenterna är kritiska till detta. Såväl den systematiska översikten som den samlade svenska erfarenheten visar att intervju kan användas som en oberoende och egen urvalsmetod och att intervjuarnas skattning i viss mån kan förutse såväl studieprestationer som delar av en framtida yrkeskompetens. De fakulteter som använder denna urvalsmetod (KI och Umeå) kan således hänvisa till undersökningar som stöder detta antagningsförfarande.

Å andra sidan saknas studier som entydigt visar att intervjubaserad antagning skulle innebära en övertygande fördel i jämförelse med antagning på betyg. Från den synpunkten har de fakulteter som inte använder intervju en lika användbar urvalsmetod utan det administrativa merarbete som är förknip-

pat med intervju. Man slipper också både den diskussion om subjektivitet och effekten av tillfälligheter i intervjusituationer som ibland framförs av såväl lärare som studenter.

Den mer eller mindre uttalade målsättningen med den intervjubaserade antagningen är att välja ut de studenter som upplevs kunna bli de bästa läkarna. Listan på goda egenskaper hos läkare skulle kunna göras lång: De skall vara kunniga, tekniskt skickliga, empatiska, intelligenta, flexibla, tillgängliga, goda kommunikatörer m m. Vissa av dessa attribut är mätbara, andra inte. En del frågar sig nog också om det är rimligt att intervju 18–19-åringar för att uppskatta yrkeskvalifikationer 12–13 år senare. Svenska studier om detta saknas. Den internationella erfarenheten talar emellertid för att detta i viss mån är möjligt. Frågan är dock om kostnaden (upp emot 1 miljon på de större fakulteterna) för processen i stället skulle kunna användas för att förbättra innehållet i undervisningen, vilket skulle vara ett annat sätt att nå målet.

Ny urvalsregel

I praktiken är dagens antagningssystem långt ifrån idealet, med ett regelsystem som blivit väl komplext och därmed svåröverskådligt. Eftersom fakulteterna tillämpar olika system kan strategiska överväganden av de sökande ibland vara avgörande för att de skall komma in på läkarutbildningen. Tur i lottningen hjälper också.

Nyligen beslutade utbildningspolitiska direktiv kan ytterligare förstärka olikheterna mellan utbildningsorterna vad gäller antagningssystem. Tidigare regeringar har varit negativa till lokal antagning men har nu gjort en helomvändning i och med att man infört en ny urvalsregel, som innebär att 10 procent av högskolans antagning kan ske på fri kvot. Detta innebär att samtliga läkarutbildningar från och med i höst teoretiskt sett skulle kunna ha en lokal antagning av läkarstudenter som helt frikopplas från central antagning via Verket för högskoleservice (VHS). Frågan om antagning av studenter som har bedömts behöriga på basis av reell kompetens måste också hanteras, men fakulteterna har ännu inte bestämt på vilket sätt det skall ske. Läkarutbildningen är den socialt mest snedrekryterade högskoleutbildningen; minoritetsgruppernas antagningsmöjligheter är aspekter som måste ytterligare belysas.

Kombination av system bäst

Hur skall då framtidens läkare väljas ut? Eftersom det medicinska ämnesområdet behöver utövare med skilda kompetenser är det osannolikt att ett enda urvalssystem är optimalt. Den internationella erfarenheten talar för att betyg, intervju och en kombination av dessa har bäst förutsättningar för att skapa bredd och mångfald. En bättre nationell samordning borde diskuteras med avsikt att förbättra överskådligheten över urvalssystemen, och prospektiva studier av utfallet av processen borde initieras för att öka trovärdigheten.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Ferguson E, James D, Madeley L. Factors associated with success in medical school: systematic review of the literature. *BMJ* 2002;324:952-7.
2. McManus IC. Medical school applications – a critical situation. *BMJ* 2002;325:786-7.
3. Areskog NH, Holmberg C. Färre avhopp och mindre trassel. Erfarenheter från antagning med intervju till läkarutbildning. *Läkartidningen* 1996;93:3385-90.
4. Ritzén M, Holm U, Nicolausson M, Söderberg S, Åberg H. Utvärdering av Karolinska institutets nya antagningsformer till läkarutbildningen: PIL-arna klarade sig bäst. *Läkartidningen* 1999;96:3767-72.