

# SMiLE – ny betygsmodell för läkare



En ny betygsmodell för läkare skulle kunna heta SMiLE, och vara en svensk motsvarighet till det amerikanska tredelade examinationsprovet USMLE.

**A**terigen debatteras införandet av betyg på landets läkarprogram, och många goda synpunkter har framförts [1, 2]. Jag delar åsikterna att studenternas potential måste tillvaratas och att våra läkarutbildningar självklart måste leda till patientsäker vård.

En gång en entusiastisk läkarstudent i början av mitt äventyr [3]. Nu kanske antytt mer erfaren efter kliniska terminer, besök på Harvard Medical School och Emory School of Medicine, arbete som läkarassistent och en tids forskning och undervisning. Vad har varit mest lärorikt, vad har bidragit mest till mina möjligheter att i framtiden göra goda läkargärningar?

**En av de största** talangerna man kan besitta är att finna det man företar sig roligt och framför allt meningsfullt. Inte för inte är den vetgirige studenten universitetets största tillgång. Samtidigt är det viktigt att kvalitetssäkra våra utbildningar.

Jag har själv genomgått det första av tre amerikanska legitimationsprov, USMLE step 1 (United States Medical Licensing Examination) och tror att vi i Sverige skulle ha nytta av liknande legitimationsexamina.

Dessa skulle erbjuda möjlighet att kontrollera att erforderliga kunskaper har inhämtats och att på ett standardiserat sätt gradera stu-

denternas kunskaps- och färdighetsnivå.

*Steg 1* skulle vara ett nationellt prekliniskt prov, som måste genomföras med godkänt resultat innan studierna på de kliniska terminerna tar vid.

*Steg 2* skulle bestå av två delar som måste genomföras med godkänt resultat innan läkarexamen erhålls: Del 1 – kliniska kunskaper, testar de teoretiska kunskaper som inhämtas under de kliniska terminerna. Del 2 – kliniska färdigheter, testar genom 10–15 standardiserade patientmöten studentens förmåga att ta anamnes och genomföra relevant statusupptagning.

*Steg 3* skulle i princip motsvara dagens AT-prov och måste genomföras med godkänt resultat innan läkarlegitimation erhålls.

**Resultaten på dessa tre** examinationer skulle i likhet med de amerikanska kunna ges i två former: godkänd/underkänd och en siffra, där gränsen för godkänd är satt till exempelvis 185. Att fullt ut förstå vad siffran 185 betyder är inte trivialt, då statistiska modeller används för att göra resultaten mellan olika prov jämförbara. På USMLE:s webbplats finns mer information (<http://www.usmle.org>).

Vidare har USMLE-examinationerna nyligen förändrats så att de även innehåller ett fåtal ljud- och videosekvenser (till exempel hjärtauskultationer och filmsekvenser som visar statusfynd). Därigenom har samtidigt antalet frågor minskats från 300 till 288. En kraftigt konceptuell förenkling

är dock att 185 grovt innebär att man klarade 185 av 288 frågor.

## Så vad säger egentligen

resultaten från USMLE, och vad används de till? Genomsnittresultatet i USA är cirka 220, och de mer konkurrenskraftiga specialiteterna letar efter studenter med resultat över genomsnittet. En högre resultatsiffra indikerar en djupare förståelse av det totala medicinska ämnesområdet. Det är dock viktigt att komma ihåg att den enda skarpa gräns som finns är godkänd/underkänd och att det sedan görs en samlad och bredare bedömning av de sökande som grundar sig på resultaten på legitimationsexamina, rekommendationsbrev, personliga brev och intervjuer.

Värt att påpeka är att till exempel Harvard Medical School och Emory School of Medicine, de amerikanska lärosäten jag har erfarenhet från, inte har graderade betyg utan endast godkänd och underkänd. Jag delar delvis uppfattningen att arbetsinsatsen vid dessa lärosäten är större än vid våra svenska läkarutbildningar, åtminstone för medelstudenten. Men jag kan också konstatera att man som svensk medicinstudent, utan de rigorösa förberedelser som amerikanerna själva genomgår, kan få ett utomordentligt gott resultat på detta legitimationsprov.

**Vad har då hittills** varit mest lärorikt under tiden som läkarstudent? Det självklara svaret är människorna: patienterna, studenterna, mentorerna och kollegorna. De har gett mig möjligheten att vara både läkare, lärare, vän, beundrare och medmänniska på en och samma gång. För det bör kommas ihåg att patienten, människan, är långt mycket mer än en samling symptom, skadade organ och oroliga känslor. Människan

är mänsklig, rädd och hoppfull i sitt sökande efter bot, hjälp och försäkrans. Olika typer av examinationer kan endast utgöra en integrerad del av denna helhet.

Vi har också nytta av att då och då blicka tillbaka till de människor som utgör vår medicinhistoria, exempelvis:

*Lars Thorén*, Uppsala, har erbjudit studenter möjligheten att diskutera medicin (läs: kirurgi) och dess historia, och visat att en enda person kan göra skillnad. *Viking Olov Björk*, Uppsala och Karolinska institutet, har utvecklats den moderna toraxkirurgin och via ekonomiska bidrag hjälpt studenter att komma ut i världen. *Eugene Braunwald*, Harvard, har visat vad det verkligen innebär att vara produktiv. *Kenneth Walker*, Emory, har statuerat ett tydligt exempel genom att visa att det aldrig är för sent att inte gå i pension, och *Michael DeBakey*, Texas, har höjt ribban för kollegor och studenter i nästan ett helt sekel, inte minst för mig.

**Således föreslår jag** en svensk motsvarighet till USMLE: SMiLE (Swedish Medical Integrated Licensing Examination) och skickar en vördsam påminnelse till mina studentkollegor på landets läkarutbildningar om att vi ska komma ihåg kärnan i vårt ämne, dess tillfredsställelse och meningsfullhet, att vi ska inspireras av vår historia och våga sikta högt i vår strävan och uppgift att hjälpa våra medmänniskor.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## REFERENSER

1. Lagerlöf O, Sallin K, Friberg P. Inför betyg på läkarprogrammet. *Läkartidningen*. 2009;106:2032-3.
2. Mill V. Betyg på läkarprogrammet ingen självklarhet. *Läkartidningen*. 2009;106:2223-4.
3. Berglund D. Betyg överflödiga på läkarlinjen. *Läkartidningen*. 2006;103:3957.



**DAVID BERGLUND**  
läkarstudent, Uppsala universitet, termin 8  
david.berglund.  
1991@student.uu.se

# Svampplockning lika bra som hårda krav?

Med en kvalitetssäkrad undervisning och en rimlig ribba för godkänt bibehåller vi en god kompetens hos läkarkåren även i framtiden.

**E**n mycket intressant och seriös debatt kring betyg på läkarprogrammet har startats i LT av kollegorna Lagerlöf, Sallin och Friberg [1] och fortsatts av Victor Mill [2].

Debattinläggen är båda omfattande, välskrivna och välformulerade, och intresset för ämnet är stort, vilket inte minst kan utläsas av de många och engagerade kommentarerna på LT:s webbplats.

Det framförs dock förvånansvärt få argument för att införa betyg på läkarprogrammet. Istället ägnas mycket utrymme åt att bemöta eventuella motargument redan innan de framförts.

**De fyra debattörerna**, liksom många som gjort sin röst hörd på nätet, verkar dock vara överens om att läkarprogrammet i dag är för slapt. Kraven ska höjas och med dessa även kunskapsnivån på de utexaminerade doktorerna. På så sätt vill man höja kvaliteten på svensk sjukvård och förbättra patientsäkerheten.

»De fyra debattörerna, liksom många som gjort sin röst hörd på nätet, verkar dock vara överens om att läkarprogrammet i dag är för slapt.«



**JONATAN SALZER**  
AT-läkare, Norrlands universitetssjukhus, Umeå  
jonatan.salzer@neuro.umu.se

Jag uppfattar detta som huvudargumentet och menar att tankegångarna är rimliga, givet att tre antaganden om verkligheten är sanna:

1. Kvaliteten på svensk sjukvård och patientsäkerhet är båda låga.
2. Antagande 1 beror på att kraven på läkarstudenter i Sverige är för låga.
3. Båda parametrar i antagande 1 förbättras om vi höjer kraven i antagande 2.

Om något av antagandena inte är korrekt faller huvudargumentet för att införa betyg, alternativt höja godkännitvån, på läkarprogrammet.

Låt oss analysera dess påstående närmare. Det första, att svensk sjukvård skulle vara undermålig, är givetvis knepigt att både belägga och avfärda då vårdkvalitet är svår att definiera och jämförelser över länders gränser inte så lätt låter sig göras.

**Sveriges Kommuner** och landsting (SKL) har givit ut skriften »Svensk sjukvård i internationell jämförelse« [3], där man utifrån internationella jämförelser av parametrar som väntetider, tillgänglighet, medicinska resultat, sjukvårdssystemets generositet, förväntad livslängd, sjukvårdens kostnader med mera konstaterar att Sverige står sig väl.

Så mycket närmare sanningen kommer vi nog inte, och den som tar sig tid att läsa dokumentet håller nog med om att jämförelsen är tillräckligt rättvis, opartisk och välgjord för att dess slutsats ska kunna accepteras.

Antagande 2 faller på att antagande 1 inte stämmer.



Foto: Göteborgs botaniska trädgård

**Vad är viktigast för att få välfungerande läkare: Tid till svampplockning och andra fritidsaktiviteter eller hårdare krav vid landets universitet?**

Sedan kan man givetvis ändå ha en känsla av att kraven är för låga, eller tycka att de är för låga i förhållande till sin egen förmåga, men det är en annan sak.

Antagande 3 däremot är mer intressant. Här utgår man ifrån att hårdare krav på medicinstudenter vid landets universitet leder till skickligare läkare. Detta påstående verkar vettigt vid en första anblick men visar sig sakna belägg, vilket också påpekas av Martin Dahlberg i en kommentar till Lagerlöf et al [1] på LT:s webbplats.

**Jag skulle lika gärna kunna hävda att läkarstudenter som får tid över till att spexa, älska, sporta och plocka svamp blir lyckligare och därmed bättre, mer välfungerande läkare.** Detta verkar också rimligt men går knappast heller att leda i bevis. Så länge det är ren gissningslek vi ägnar oss åt tycker jag nog ändå

»Är det vettigt att undervisning ska vara något som doktorander tvingas ägna sig åt mot sin vilja?«

att vi ska vila på hanen ett slag och låta det ograderade systemet med en rimlig godkännitvån och stora krav på undervisningens kvalitet kvarstå.

Om något är det väl undervisningen som borde diskuteras. Vad ställs det för pedagogiska krav på föreläsare och handledare, och vad erbjuds det för fortbildning för dessa? Är det vettigt att undervisning ska vara något som doktorander tvingas ägna sig åt mot sin vilja? Kan vi höja statusen på undervisning på något sätt? Är det rätt fördelning mellan prekliniska, kliniska och mer forskningsbetonade delar av utbildningen?

**Med en kvalitetssäkrad undervisning och en rimlig ribba för godkänt bibehåller vi en god kompetens hos läkarkåren även i framtiden, och om studenterna dessutom hinner ägna sig åt självvalda och stimulerande fritidsaktiviteter, skaffa barn eller jobba extra parallellt med studierna är väl inte det hela världen.** Det kanske rent av är bra? Det kanske är därför som vi står oss så bra i internationella jämförelser?

■ **Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:** Inga uppgivna.

## REFERENSER

1. Lagerlöf O, Sallin K, Friberg P. Inför betyg på läkarprogrammet. *Läkartidningen*. 2009;106:2032-3.
2. Mill V. Betyg på läkarprogrammet ingen självklarhet. *Läkartidningen*. 2009;106:2223-4.
3. Molin R. Svensk sjukvård i internationell jämförelse. Stockholm: Sveriges Kommuner och landsting; 2008. [http://brs.skl.se/brs-bibl/kata\\_documents/doc39255\\_1.pdf](http://brs.skl.se/brs-bibl/kata_documents/doc39255_1.pdf)