

Vem är bäst lämpad att bli läkare?

En kombination av antagningsmetoder kan ge bättre urval

Urvalsprocessen till läkarutbildningen är ett problem för både utbildare och studenter. År 2007 införs en ny gymnasieskola, men räcker det för att skärpa betygen som urvalsinstrument och minska lottningsproblematiken? Det borde vara tillåtet att vikta gymnasiebetygen ytterligare och att lägga detta till högskoleprovet och eventuellt antagningstest för att få en mera allsidig bild av sökandena.

men minskade den sociala snedrekryteringen något. När HU senare utgick från högskoleprov och intervju gynnades samma grupper som vid KI. Skillnaderna i studieresultat är små mellan olika antagningsgrupper. Positiva effekter och färre avbrott har rapporterats för särskild antagning [4, 5], men erfarenheterna från HU blev senare de motsatta.

Umeå tar för närvarande in två tredjedelar av studenterna genom särskild antagning. Den bygger på högskoleprovet med tillägg av poäng (0,2 p) för högsta gymnasiebetyg i tre för utbildningen viktiga ämnen samt för tre års arbetslivserfarenhet eller vårdutbildning och ett års yrkesverksamhet (0,1 p). En intervju ger sedan 0 eller 1 eller 1,01 p, där 1 är standard. Momentet synes därför främst ha psykologisk betydelse; man vill träffa »sina« studenter. Från och med hösten 2007 får 20 procent av platserna vid läkarutbildningar reserveras för alternativt urval. Detta kan stimulera till fler modeller av särskild antagning.

Bakgrunden är att söktrycket till svenska läkarutbildningar dessbättre är högt, men man kan ifrågasätta om vi med nuvarande system väljer de studenter som har bäst förutsättningar och om studenterna behandlas korrekt i denna process. Läkaryrket har många dimensioner, varför frågan inte är enkel. Från politiskt håll önskas fler studerande från hem utan studietraditioner och med icke-svensk bakgrund till högre utbildning. Flera chanser till studieplats ges genom högskoleprov och särskilda antagningar. Det aktuella problemet är att målrelaterade gymnasiebetyg i fyra steg och möjlighet att läsa upp betyg gjort detta urvalsinstrument ytterst trubbigt.

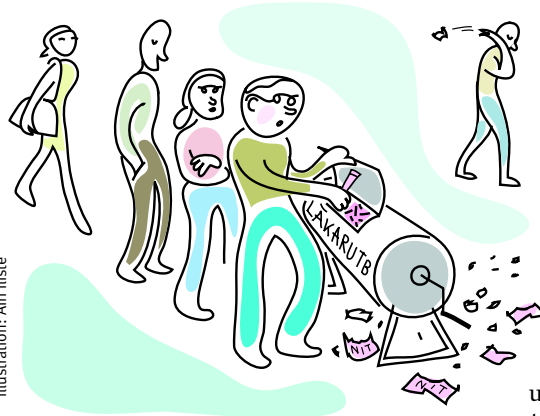


Illustration: Airi Iliste

Bortlottad trots högsta betyg ...

Urvalsproblem finns även i andra länder.

Det finns exempel på kvotering av minoritetsgrupper och inslag av lottning bland behöriga sökande. Urvalssituationen i Storbritannien har 2005 diskuterats i en artikel i BMJ av McManus och medarbetare [1]. Även där är skolbetygen otillräckliga då många studenter har höga betyg. Det finns en rad andra test, som används av vissa brittiska läkarutbildningar. Författarna går igenom olika metoders möjlighet att predicera studieresultat. Bäst lyckas skolbetygen eftersom de speglar studieframgång över en längre tid. Goda betyg korrelerar inte starkt med test som bara mäter intellektuell kapacitet, men bättre med test som mäter kunskaper och resonemang i för utbildningen relevanta ämnen.

I Sverige finns ett stort material om

skolbetygens och högskoleprovets effekter på antagning och studieresultat vid läkarutbildning [2]. Betygen gynnar kvinnor och ger också ökad andel studerande med föräldrar utan akademisk utbildning och/eller med invandrarbakgrund jämfört med högskoleprovet som gynnar män och högre samhällsklasser. Betygen är bäst på att predicera studieresultat, men skillnaderna är små. Med endast betygen godkänd och icke godkänd är detta ett grovt mått.

Särskild antagning. Försök med särskild antagning för del av studieplatserna startade vid Hälsouniversitetet (HU) i Linköping och vid Karolinska institutet (KI) i Solna 1991–1992, men avslutades vid HU 2004. Umeå startade med sådan antagning 1996. Det första steget i urvalet är avgörande [3]. KIs metod bygger på högskoleprovet samt två intervjuer. Detta gynnar män och sökande från högre samhällsklasser. Linköpings förfarande, med – i första versionen – gymnasiebetyg som urvalsgrund samt uppsats och intervju gynnade också män,

Personlig lämplighet är svår att mäta.

Det finns givetvis viktiga kvaliteter som inte mäts med kognitiva urvalsformer. Intervjuer har stor användning internationellt, men de metodologiska begränsningarna är betydande. Dessa kan minskas med ett strukturerat förfarande [6], men problemet med komplex organisation och höga kostnader kvarstår.

McManus och medarbetare tar upp möjligheten att lägga till ett test för att mäta relevanta personlighetsfaktorer, men något sådant validerat instrument finns inte. Vid Högskoleverket pågår utveckling av ett gemensamt antagningstest för alla vårdutbildningar. Provet avses mäta kunskaper i relevanta ämnen samt färdigheter i kommunikation och vara ett alternativ till befintliga antagningsvägar.

Lämplighet kan kanske mätas med ett sådant test efter en valideringsprocess, men frågan är om vårdområdet är så homogent att testet ensamt kan vara grunden för urval. Min tveksamhet till testet beror också på att man knappast kan begära mogna studenter redan vid studiernas start. Det är läkarutbildningarnas



BJÖRN BERGDAHL

professor i internmedicin, institutionen för medicin och vård, Hälsouniversitetet, Linköping
bjobe@imv.liu.se

ansvar att ge förutsättningar för att uppnå personlig mognad och ett professionellt förhållningssätt.

Mot en relevant och rättvis antagning?

Skolbetyg verkar trots svagheter vara den bästa urvalsmetoden. McManus och medarbetare konstaterar att »future behaviour is best predicted by past behaviour«. Vikten av goda förkunskaper för framgång i läkarstudierna betonas. I Storbritannien skulle urvalet underlättas av ytterligare steg i skolbetygen (A+ och A++) [1].

Med en ny gymnasieskola i Sverige från 2007 införs en gymnasieexamen med sammanfattande ämnesbetyg. Taktivval motverkas genom att högre matematikkurser och utländska språk utöver engelska ger s k meritpoäng. Beslut finns också om att öka kvoten för direktövergång på gymnasiebetyg och att sökande med kompletterade betyg skall läggas i en proportionellt mindre kvotgrupp.

Frågan är om dessa åtgärder tillräckligt skärper betygen som urvalsinstrument och minskar problematiken med lottning. Den centrala lottning som görs sedan vårterminen 2006 leder också till att studenter mindre ofta kommer in på sina förstahandsval, vilket utöver sociala problem är en nackdel då utbildningsorterna har olika profil. Allt detta leder till en betydande turbulens vid studiestarten. Studenter söker också på nytt till utbildningen efter en termin i hopp om att lottas till »rätt« studieort, med ökad frekvens av tidiga avbrott som följd. Mot den bakgrunden har särskild antagning en klar fördel. Studenten väljer universitet, och universitetet väljer studenten, vilket skapar en ömsesidighet redan från studiestarten.

Det borde vara tillåtet att vikta gymnasiebetyg i större utsträckning än som beskrivs ovan och även att addera detta till resultat på högskoleprov och ett eventuellt centralt eller lokalt antagningstest för att få en mera allsidig bild av sökande. Många faktorer påverkar sedan hur det går för studenterna i den fortsatta karriären. Denna intressanta fråga är föga studerad.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. McManus IC, Powis DA, Wakeford R, Ferguson E, James D, Richards P. Intellectual aptitude tests and a levels for selecting UK school leaver entrants for medical school. *BMJ*. 2005;331:555-9.

Fullständig referenslista:
<http://ltarkiv.lakartidningen.se>

Vilseledande om brosktransplantation

Omslaget på Läkartidningen 36/2006 har den sensationella rubriken »Brosk i stället för protes«. Rubriken illustreras med en operationsbild. I ett reportage under vinjetten »Aktuellt« (sidorna 2532-4) beskrivs hur en förhoppningsfull patient skall genomgå brosktransplantation i höftleden för en broskskada. I artikeln redogör metodens uppfinnare för ingreppet – och redovisar stora förhoppningar. Längre fram i artikeln har några företrädare för den akademiska medicinen beretts möjlighet att yttra sig. De uttrycker en avvaktande hållning och hänvisar till den mycket begränsade forskning som gjorts inom området – och att resultaten vid brosktransplantation hittills inte visats vara överlägsen annan behandling. Det bestående intrycket av artikeln är dock att brosktransplantation innebär en möjlighet att undvika (eller fördröja) höftprotesoperation. Denna bild förstärks kraftigt av omslagsbilden och dess rubrik.

Det vetenskapliga evidensläget avseende broskcellstransplantation till höftleden vid broskskada är:

1. Det finns *ingen evidens* för att denna metod minskar risken för höftartros/behovet av senare höftproteskirurgi.
2. Det finns *ingen evidens* för att brosktransplantation till höftleden är överlägsen konservativ behandling.
3. Det finns *ingen evidens* för att brosktransplantation vid broskskador i höftleden eller knäleden är överlägsen andra kirurgiska behandlingsmetoder.
4. Det finns jämförande studier som visar att utfallet av en enklare och billigare form av kirurgi, mikrofrakturering, är likvärdigt med det som uppnås vid broskcellstransplantation vid broskskador i knäleden [1-3].
5. Metoden är i hög grad experimentell, och endast enstaka fall har rapporterats. Kirurgi av detta slag skall alltid utvärderas i randomiserade, jämförande prövningar och underkastas etisk granskning [4].
6. Kunskapen om naturalförloppet (artrosrisken) vid den typ av broskskador som beskrivs i den aktuella LT-artikeln är mycket begränsad.

Läkartidningen har tidigare stått för det synsätt på medicinsk kunskap som läkargruppen skall företräda – att sjukvården skall baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet. I reportaget väljer man att göra ett avsteg från denna policy



LT 36/2006

till förmån för dåligt underbyggd journalistik. Eftersom Läkartidningen har förtroende hos allmänhet, beslutsfattare och de medicinska professionerna riskerar detta att leda till att en experimentell metod utan evidens framstår som etablerad. Genom det sätt som den aktuella artikeln lyfts fram i rubriksättning och exponering på tidningens omslag förstärks denna missvisande bild.

Olle Nilsson

professor i ortopedi,
ordförande i Svensk ortopedisk förening
olof.nilsson@akademiska.se

REFERENSER

1. Knutsen G, Engebretsen L, Ludvigsen TC, Drogset JO, Grøntvedt T, Solheim E, et al. Autologous chondrocyte implantation compared with microfracture in the knee. A randomized trial. *J Bone Joint Surg Am*. 2004;86-A:455-64.
2. Jakobsen RB, Engebretsen L, Slauterbeck JR. An analysis of the quality of cartilage repair studies. *J Bone Joint Surg Am*. 2005;87-A:2232-9.
3. Ruano-Ravina A, Jato Diaz M. Autologous chondrocyte implantation: a systematic review. *Osteoarthritis Cartilage* 2006;14:47-51
4. Lohmander S. Kirurgi på »lätsas«. *Läkartidningen* 2002;102:3926-9.

Kommentar: Kritiken berättigad

Olle Nilsson har rätt i sin kritik av att Läkartidningen gav den nya metoden för höftledsoperation alltför stor uppmärksamhet. I reportaget framgick att det är en kontroversiell metod, att det bara genomförts sju operationer i hela världen och att det inte finns några randomiserade studier kring sådana höftledsoperationer. Kritiska synpunkter framfördes också.

Men det sammanlagda intrycket kom ändå beklagligtvis att leda läsarna i fel riktning.

Läkartidningen företräder fortsatt ståndpunkten att sjukvården ska vara baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta ska dock inte hindra oss från att skriva om experimentella metoder – men för att undvika missförstånd ska vi ännu tydligare markera att det rör sig om just sådana.

Jonas Hultkvist

chefredaktör, Läkartidningen
jonas.hultkvist@lakartidningen.se