

# Kommittédirektiv 2011:96

## En förändrad läkarutbildning

Beslut vid regeringssammanträde den 20 oktober 2011

### Sammanfattning

En särskild utredare ska göra en översyn av den svenska läkarutbildningen och allmäntjänstgöringen som sammantaget leder fram till läkarlegitimation. Utredaren ska analysera de behov av förändringar som finns, bl.a. när det gäller längd och ansvarsfördelning, och lämna förslag till förbättringar. Utredaren ska också analysera det framtida kompetensbehovet för läkare och föreslå vilka krav som ska ställas för att få läkarlegitimation. Syftet med översynen är att utbildningen av läkare fram till legitimation ska få en tydlig, samlad uppläggning och bättre stämma överens med vårdens behov.

Utredaren ska bl.a.

- föreslå en läkarutbildning som är minst sex år och som inkluderar både teoretiska och praktiska kunskaper och färdigheter,
- föreslå vilken kompetens nyutexaminerade läkare ska ha och ta fram en modell för hur kompetensen ska beskrivas,
- föreslå anpassade krav för att få legitimation som läkare, och
- utarbeta de författningsförslag som behövs.

Uppdraget ska redovisas senast den 31 december 2012.

## Läkarutbildningen i Sverige

Ansvar för utbildningen av läkare fram till läkarlegitimation är i dag delat mellan staten och landstingen. Vissa universitet under statligt huvudmannaskap ansvarar för läkarutbildningen som omfattar fem och ett halvt års studier (330 högskolepoäng) och som avslutas med läkarexamen. Landstingen ansvarar för den därpå följande allmäntjänstgöringen (AT) som minst omfattar ett och ett halvt år. Allmäntjänstgöringen är ett krav för att få legitimation som läkare och därmed få rätt att självständigt utöva läkaryrket. Socialstyrelsen prövar ansökningar om och utfärdar läkarlegitimation efter avslutad allmäntjänstgöring och godkänt resultat på det kunskapsprov, det s.k. AT-provet, som följer efter allmäntjänstgöringen. De universitet som har tillstånd att utfärda läkarexamen ansvarar för att ta fram och anordna AT-proven.

Staten finansierar läkarutbildningen vid universiteten genom utbildningsanslagen per helårsstudent och helårsprestation till respektive lärosäte. Staten lämnar också ersättning till vissa landsting för medverkan i grundutbildningen av läkare som regleras genom ett avtal mellan svenska staten och vissa landsting om samarbete om grundutbildning av läkare, medicinsk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården, det s.k. ALF-avtalet. Den totala ersättning för landstingens medverkan i grundutbildningen av läkare som kan lämnas för varje år bestäms av det antal helårsstudenter som regeringen varje år i budgetpropositionen redovisar som ett underlag för riksdagens beslut om tilldelning av anslagsmedel. Berörda lärosäten och landsting träffar lokala ALF-avtal som reglerar samarbetet kring läkarutbildning och klinisk forskning.

Landstingen är ansvariga för läkares specialiserings-tjänstgöring (ST) genom att anställa läkare på s.k. ST-tjänster i en sådan omfattning att behovet av specialistkompetenta läkare i klinisk verksamhet tillgodoses. Socialstyrelsen föreskriver kraven för att få bevis om specialistkompetens.

Ansvarsfördelningen i den svenska läkarutbildningen har inte ändrats sedan 1969 då riksdagen beslutade i enlighet med Kungl. Maj:ts proposition angående vidareutbildning och fördelning av läkare m.m. och delade upp ansvaret för de teoretiska och de praktiska delarna av utbildningen (prop. 1969:35, bet. SU 1969:83, rskr. 1969:215). Före 1969 var läkarnas grundutbildning sex och ett halvt år och omfattade både teori och assistenttjänstgöring. Grundut-

bildningen avslutades med s.k. assistenttjänstgöring som var nio månader och bestod av praktisk tjänstgöring i medicin och kirurgi samt i ett valfritt ämne. Reformen 1969 innebar att grundutbildningen kortades till fem och ett halvt år, huvudsakligen genom att assistenttjänstgöringen lyftes ur grundutbildningen. I stället infördes allmäntjänstgöringen utöver läkarexamen som krav för legitimation som läkare.

### Behovet av en översyn

Läkarutbildningen i Sverige håller i ett internationellt perspektiv hög kvalitet men under senare tid har frågor väckts om bl.a. utbildningens längd och om det delade ansvaret för utbildning och allmäntjänstgöring som sammantaget leder fram till legitimation.

Europeiska kommissionen har i en informell skrivelse (U2009/736/UH) ifrågasatt om den svenska läkarutbildningen är tillräckligt lång för att uppfylla kraven i det s.k. yrkeskvalifikationsdirektivet (Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG av den 7 september 2005 om erkännande av yrkeskvalifikationer). Sverige har i svar till Europeiska kommissionen redogjort för det svenska systemet och svarat att Sverige uppfyller direktivets krav när det gäller läkarutbildningens omfattning. Direktivet ska omförhandlas 2012, och för närvarande pågår en översyn av direktivet. För att underlätta den fria rörligheten för läkare inom EU/EES-området erkänns examens-, utbildnings- och andra behörighetsbevis automatiskt och ömsesidigt i medlemsstaterna. För läkare innehåller nämnda direktiv bl.a. krav på den medicinska grundutbildningens omfattning samt krav på vilka kunskaper och färdigheter grundutbildningen för läkare ska garantera att personen i fråga har förvärvat. Enligt direktivet krävs att den medicinska grundutbildningen omfattar minst sex års studier eller 5 500 timmars teoretisk och praktisk undervisning vid universitet eller under tillsyn av ett universitet.

Riksrevisionen har i sin rapport Psykiatri och effektiviteten i det statliga stödet (RiR 2009:10) rekommenderat regeringen att ta initiativ till en översyn av hela läkarutbildningens organisation och finansiering för att skapa ökad tydlighet i ansvarsförhållanden, dimensionering, styrning och uppföljning. Enligt Riksrevisionen är ansvaret för läkarutbildningen, allmäntjänstgöringen och specialiseringstjänstgöringen som delas mellan staten och landstingen oklart

och motsägelsefullt. Staten har ett otydligt inflytande, landstingen en motsägelsefull roll och den långsiktiga dimensioneringen brister.

Den svenska läkarutbildningen anses hålla hög kvalitet. De höga kraven för att få legitimation ger god kompetens att arbeta självständigt i vården. Det finns många fördelar med den svenska allmäntjänstgöringen. Genom de krav som ställs på tjänstgöring vid olika typer av kliniker får de blivande läkarna värdefulla färdigheter och erfarenheter från verksamheter som de annars inte hade fått möjlighet att arbeta inom. En viktig fördel som ofta framhålls är att de nylegitimerade läkarna genom sin omfattande praktiska erfarenhet snabbt kan fungera självständigt i vården. Ytterligare något som framhålls som en fördel med allmäntjänstgöringen är att det underlättar landstingens rekrytering av läkare. Det finns dock ett antal frågeställningar när det gäller allmäntjänstgöringen som bör utredas inom ramen för en översyn av läkarutbildningen.

Högskoleverket har i promemorian Läkares prov vid allmäntjänstgöring (U2001/4931/UH) påtalat brister i fråga om rättssäkerheten i samband med AT-proven. Eftersom den som avlägger AT-prov inte längre är antagen som student, omfattas personen inte av de bestämmelser som finns på högskoleområdet till skydd för studenters rättigheter.

Det har även påtalats att Högskoleverkets nationella ansvar för kvalitetsgranskning av högre utbildning omfattar utbildningen fram till läkarexamen, men att allmäntjänstgöringen som är en anställning i landstinget inte omfattas av någon kontinuerlig kvalitetsutvärdering.

Systemet med allmäntjänstgöring efter avlagd läkarexamen medför att utbildningstiden fram till legitimation är minst sju år (fem och ett halvt års utbildning och minst ett och ett halvt års allmäntjänstgöring). Vidare finns det i praktiken ofta en väntetid mellan läkarexamen och påbörjandet av allmäntjänstgöringen. Jämfört med många andra länder har Sverige en totalt sett lång tid fram till legitimation.

## Uppdraget att föreslå en samlad läkarutbildning

### *Utbildningens innehåll och struktur*

Mot bakgrund av de problem som det har redogjorts för finns det skäl att göra en översyn av den svenska utbildningen av läkare fram

till läkarlegitimation, dvs. såväl av läkar-utbildningen vid universitetet som av allmäntjänstgöringen i landstingen. Det är viktigt att utbildningen fram till legitimation ses i ett samlat perspektiv.

Som tidigare har nämnts är en fördel med det nuvarande systemet med allmäntjänstgöring att de nylegitimerade läkarna genom sin omfattande praktiska erfarenhet snabbt kan fungera självständigt i vården. Den svenska läkarutbildningen fram till examen har emellertid omfattande inslag av praktiska moment och klinisk träning. Redan tidigt i utbildningen kommer studenterna ut i praktisk utbildning vid olika typer av sjukvårdsinrättningar och blir på så vis bekanta med miljön, får kännedom om sjukvårdens villkor och får inblick i sitt framtida yrke. Internationella jämförelser visar att den svenska läkarutbildningen har en mycket stark koppling mellan teori och praktik som anses viktig av samtliga inblandade, såsom lärosäten, framtida arbetsgivare och studenter. En nackdel med nuvarande ordning är att perioden innan läkaren får legitimation är relativt lång.

Från flera myndigheter, arbetsgivare, organisationer och yrkesföreningar framförs önskemål om att utbildningen för läkare borde innehålla mer av kurser inom en mängd aktuella områden, exempelvis läkemedelsförskrivning, försäkringsmedicin, psykisk ohälsa, konsekvenser av en åldrande befolkning m.m. För läkarutbildningen är det självfallet viktigt att de kunskaper och färdigheter som inhämtas under utbildningstiden är aktuella och relevanta för den kommande yrkesutövningen. Samarbetet mellan universitetet och hälso- och sjukvården är avgörande för relevansen mellan utbildning och arbetsmarknad.

Kompetensbeviset är för den enskilde inte enbart ett bevis på att han eller hon har den kompetens som krävs för att kunna verka som läkare, utan också ett bevis på förmågan att tillgodogöra sig nya forskningsrön och att under hela sitt framtida yrkesliv vara mottaglig för ändrade frågeställningar och nya vårdrelaterade problem.

Läkares anställningsbarhet är en fråga av stor betydelse och förutsätter ett nära samarbete mellan universitetet och sjukvårdshuvudmännen. Detta för att säkerställa att utbildningen uppfyller kraven i högskoleförordningen (1993:100) och samtidigt utvecklas i takt med att nya vetenskapliga rön omvandlas i praktisk vård. Det är därför viktigt att läkarutbildningen ger en god grundläggande vetenskaplig kompetens.

Styrningen av högre utbildning i Sverige har ändrats från att fokusera på utbildningars innehåll och upplägg till att bedöma förväntade studieresultat i form av kunskap och förståelse, färdighet och förmåga samt värderingsförmåga och förhållningssätt hos individen efter genomgången utbildning. Kraven för vad som ska uppnås för att få en viss examen anges i examensordningen, bilaga 2 till högskoleförordningen (1993:100).

Högskoleverket ansvarar för det nationella kvalitetssäkringssystemet av högre utbildning och har till uppgift att bl.a. utvärdera en viss utbildnings resultat mot de krav som ställs i examensordningen för den examen som utbildningen leder till.

Utredaren ska

- föreslå vilken kompetens nyutexaminerade läkare ska ha och ta fram en modell för hur olika komponenter i deras professionella kompetens ska beskrivas,
- föreslå en ordning för hur den vetenskapliga och tekniska utvecklingen ska följas så att kompetensen hos framtida nyutexaminerade läkare ska svara mot arbetsmarknadens förändrade behov, och
- utarbeta de författningsförslag som behövs.

#### *Utbildningens omfattning*

Utbildningstiden fram till läkarlegitimation är i dag sammanlagt minst sju år (fem och ett halvt års läkarutbildning och minst ett och ett halvt års allmäntjänstgöring). Europeiska kommissionen har dock enligt vad som redovisats ovan ifrågasatt om den svenska medicinska grundutbildningen är tillräckligt lång för att uppfylla kraven i det s.k. yrkeskvalifikationsdirektivet.

Det är självfallet av stor betydelse även i framtiden att värna praktisk kompetens och erfarenhet som studenterna tillägnar sig i läkarutbildningen. Med en mer genomtänkt utbildning som ses samlat fram till legitimation skulle dock en ökad genomströmning från påbörjad utbildning till legitimering kunna uppnås. Dessutom skulle läkarna kunna påbörja specialiseringstjänstgöring tidigare, vilket borde leda till att sjukvården tidigare kan få fler specialistkompetenta läkare. Den yrkesverksamma tiden för specialistutbildade läkare blir härigenom också längre.

I denna process är det av vikt att värna höga kvalitetskrav i både de teoretiska och praktiska delarna i utbildningen, så att de på bästa sätt är anpassade till de kunskaps- och färdighetskrav som kommer att ställas på den legitimerade läkaren.

Utredaren ska

- belysa olika alternativ till utformning av utbildningen, där ett alternativ ska vara att den nuvarande strukturen med allmäntjänstgöring bevaras men där åtgärder vidtas för att säkerställa hög kvalitet under allmäntjänstgöringen,
- föreslå en utbildning fram till läkarexamen som är minst sex år och som inkluderar både teoretiska och praktiska kunskaper och färdigheter,
- föreslå utbildning fram till legitimation,
- föreslå en ny examensbeskrivning för läkarexamen, och
- utarbeta de författningsförslag som behövs.

### *Praktisk utbildning*

Läkarutbildningen är en akademisk utbildning som leder till en yrkesexamen där de praktiska färdigheterna är väsentliga. Av största vikt är att en ny struktur för läkarutbildningen ska ha ett balanserat innehåll där både teoretiska och praktiska kunskaper och färdigheter ryms. Landstingen har ett stort ansvar för läkarutbildningen i Sverige genom dels medverkan i utbildningen, dels skyldigheten enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) att tillhandahålla s.k. AT-tjänster i sådan omfattning att alla som har avlagt läkarexamen och vissa läkare med utländsk utbildning ges möjlighet att fullgöra praktisk tjänstgöring för att få legitimation som läkare.

Tillgången på AT-tjänster varierar över landet. För att få en önskad AT-tjänst meriterar sig i princip samtliga nytexaminerade genom att vikariera i sjukvården. Fördröjningen i tid mellan läkarexamen och AT-tjänstgöringen (i genomsnitt över åtta månader enligt Sveriges Yngre Läkares Förening 2010) medför att de som har fullgjort läkarexamen inte får sin legitimation förrän långt senare än den tänkta sammanlagda utbildningstiden fram till legitimation. För individen medför detta en fördröjning innan legitimation kan fås och därmed tar det längre tid innan läkaren självständigt kan utöva yrket. Detta leder i sin tur till minskad arbetsin-

komst och ytterligare längre tid innan specialiseringstjänstgöring kan påbörjas. Den längre utbildningstiden medför också en fördröjning innan sjukvården kan tillägna sig fullt utbildad personal som självständigt kan utöva yrket till nytta för patienters säkerhet och för vårdens kvalitet och produktivitet.

Även med en förändring av läkarutbildningen är landstingens ansvar och engagemang för utbildningen av läkare avgörande för att nå det övergripande målet att skapa en utbildning av högsta kvalitet till nytta för patienternas vård och säkerhet samt för samhället i stort. Landstingen måste även fortsättningsvis möjliggöra för praktisk utbildning och aktivt ta ett ansvar för läkarnas kliniska färdighetsutveckling. Det är också viktigt att även den praktiska färdighetsträningen står under kontinuerlig kvalitetsgranskning.

Under den nuvarande allmäntjänstgöringen är den blivande läkaren anställd i landstinget. Läkarutbildningen har en nära koppling till det framtida yrket. Beroende av utredarens förslag om läkarutbildningens framtida organisation och längd fram till legitimation ska även den ekonomiska situationen för de som utbildar sig till läkare analyseras.

Utredaren ska

- tydliggöra landstingens fortsatta ansvar för läkarnas praktiska utbildning,
- föreslå hur den praktiska utbildningen ska organiseras inom ramen för den föreslagna läkarutbildningen,
- föreslå hur den praktiska kompetensen ska prövas i den nya föreslagna utbildningen,
- presentera alternativa förslag till hur en läkarutbildning kan finansieras för de som genomgår utbildningen, t.ex. om delar av utbildningen fram till legitimation bör ske genom en anställning i sjukvården, och
- utarbeta de författningsförslag som behövs.

#### *Forskningsanknytning*

En viktig faktor för att uppnå hög kvalitet är forskningsanknytning i läkarutbildningen. Ett betydande steg för att stärka kvaliteten och öka forskningsanknytningen i utbildningen är det självständiga examensarbete om minst 30 högskolepoäng som infördes i



examensbeskrivningen för läkarexamen 2007. I betänkandet *Klinisk forskning – Ett lyft för sjukvården* (SOU 2009:43) föreslogs att forskningsperspektivet måste genomsyra läkarutbildningen för att det ska bli en tydligare koppling mellan utbildning, forskning och kliniskt arbete.

För att framtidens läkare ska vara väl rustade att kunna informera sig om aktuell forskning och ha tillräcklig kunskap för att kunna omvandla nya forskningsrön i praktiken, krävs en gedigen forskningsanknytning i utbildningen. Det gäller både de traditionellt prekliniska och de kliniska områdena. Den föreslagna läkarutbildningen ska, som följer av högskolelagen (1992:1434), vila på vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet samt bedrivas så att det finns ett nära samband mellan forskning och utbildning. En stark forskningsanknytning i läkarutbildningen är en förutsättning för att man ska få studenter att intressera sig för forskning och därigenom kunna öka rekryteringsbasen till klinisk forskning. Av betänkandet *Världsklass! Åtgärdsplan för den kliniska forskningen* (SOU 2008:7) framgår att medelåldern för nydisputerade med läkarexamen är relativt hög, 42 år. Detta medför att de disputerade läkarna inte är tillräckligt många för att kompensera för kommande pensionsavgångar. Sjukvården riskerar därför att förlora viktig kompetens. Den vetenskapliga kompetens som forskarerfarna läkare har utgör en förutsättning för forskning, genomförande av forskningsresultat, nya metoder och evidensbaserad sjukvård.

Utredaren ska

- föreslå hur forskningsanknytningen kan stärkas i en förändrad läkarutbildning, och
- utarbeta de författningsförslag som behövs.

#### *Krav för legitimation som läkare*

Patientsäkerhetslagen (2010:659) reglerar bl.a. skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal samt frågor om legitimation och övrig behörighet. I lagen anges att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Förutom läkarexamen krävs allmäntjänstgöring för att få legitimation som läkare. Bestämmelser om allmäntjänstgöring finns dels i patientsäkerhetsförordningen (2010:1369), dels i föreskrifter från

Socialstyrelsen. Legitimationen utgör ett bevis på att innehavaren besitter en viss kompetens och utgör en förutsättning för att självständigt få utöva läkaryrket. Legitimationen visar också att innehavaren står under samhällets tillsyn och har godkänts för yrkesverksamhet.

För att underlätta rörligheten för yrkesverksamma läkare inom EU/EES-området måste utbildningar, examina och behörighetsbevis kunna erkännas i de olika länderna. Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG av den 7 september 2005 om erkännande av yrkeskvalifikationer innehåller bestämmelser om bl.a. automatiskt erkännande för läkare på grundval av samordning gällande minimikraven för utbildning. Direktivet fastställer krav för tillträde till medicinsk grundutbildning, krav på den medicinska grundutbildningens omfattning samt vilka kunskaper och färdigheter som den medicinska grundutbildningen ska garantera att personen i fråga har förvärvat. En grönbok om direktivet har remitterats. En ny utformning av läkarutbildningen får konsekvenser för de krav som ska ställas för behörighet som läkare och påverkar prövning och utfärdande av legitimation för läkaryrket. En utgångspunkt ska vara att högt ställda krav på patientsäkerhet ska uppfyllas.

Utredaren ska

- föreslå vilka krav som ska ställas för att få legitimation som läkare,
- följa den översyn som pågår av direktiv 2005/36/EG om erkännande av yrkeskvalifikationer och se till att föreslagna ändringar överensstämmer med kraven i direktivet, och
- utarbeta de författningsförslag som behövs.

### **Uppdraget att belysa ekonomiska och andra konsekvenser av lämnade förslag**

Utredarens förslag kräver en genomgripande analys av bl.a. de ekonomiska konsekvenserna. Förslagen ska inte medföra ökade kostnader för staten. Förslagen ska inte försämra personaltillgången för landsting och andra vårdgivare.

En förändrad utbildning av läkare får följder främst för universiteten, landstingen och studenterna. Enligt studiestöds-lagen

(1999:1395) har studenter i dag rätt till studiemedel under sammanlagt högst 240 veckor, dvs. för normalt sex års studier.

Utredaren ska

- belysa och redovisa de ekonomiska konsekvenserna av lämnade förslag för staten och för landstingen,
- föreslå finansieringsalternativ för lämnade förslag,
- belysa och redovisa ekonomiska och andra konsekvenser för de som utbildar sig till läkare,
- analysera möjligheterna för studiefinansiering med hänsyn till nuvarande bestämmelser om studiestöd och, om dessa bestämmelser föreslås ändras, minimera den ekonomiska belastningen för studiestödssystemet,
- analysera konsekvenserna av vad lämnade förslag kommer att innebära för kvaliteten i utbildningen och i vården, och
- utarbeta de författningsförslag som behövs.

### **Samråd och redovisning av uppdraget**

Utredaren ska i sitt arbete samråda med universitet och högskolor, landsting, Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting. Utredaren ska även samråda med övriga berörda myndigheter och organisationer, privata aktörer och andra som utredaren anser vara av betydelse för arbetet.

Uppdraget ska redovisas senast den 31 december 2012.

(Utbildningsdepartementet)

# Kommittédirektiv 2012:119

## **Tilläggsdirektiv till Utredningen om en förändrad läkarutbildning (U 2012:10)**

Beslut vid regeringssammanträde den 29 november 2012

### **Förlängd tid för uppdraget**

Regeringen beslutade den 20 oktober 2011 kommittédirektiv om en översyn av den svenska läkarutbildningen och allmäntjänstgöringen som sammantaget leder fram till läkarlegitimation (dir. 2011:96). Enligt utredningens direktiv ska uppdraget redovisas senast den 31 december 2012.

Utredningstiden förlängs. Uppdraget ska i stället redovisas senast den 15 mars 2013.

(Utbildningsdepartementet)

# Vetenskap, läkekonst och läkarutbildning – ett historiskt perspektiv

*Motzi Eklöf*

Att skriva om läkarrollen med anknytning till utvecklingen av läkarutbildningen fram till cirka 1970 är ett utmanande uppdrag på flera sätt – inte bara därför att varje beskrivning av medicinens, sjukvårdens eller läkarkårens utveckling och förändringar kan ifrågasättas.<sup>1</sup> Läkarrollen har aldrig varit en enda som förändrats över tid, utan alltid flera. Läkaryrkets gränser och innehåll har givetvis varierat genom århundradena, och avgränsningen mellan läkare och andra yrkesgrupper på läkarkonstens område har inte varit skarp. Den medicinska utbildningen har aldrig syftat enbart till att utbilda läkare, om man med läkare i enlighet med Nationalencyklopedins definition menar ”den som efter särskild utbildning och erfarenhet yrkesmässigt påvisar och behandlar sjukdom”.

Akademisk medicinsk utbildning har heller inte alltid ansetts nödvändig för att få samhällelig auktorisation att verka som läkare. Ordet behörig kan betyda berättigad, kompetent eller lämplig. I den bästa av världar torde betydelserna överlappa; i realiteten har innebörderna ibland glidit isär. Ett i Sverige länge ringa antal behöriga läkare har bidragit till en mångfald andra yrken på läkekonstens område. Vidare har läkare ansett att de formellt uppfyllda kvalifikationerna i sig inte har räckt för att utgöra en ideal läkare; härtill har även andra egenskaper och kompetenser krävts. Samhället och allmänheten har också ansett andra förmågor och förhållningssätt viktiga för en läkare, än vad läkarkollektivet har prioriterat.

En förklaring till läkaryrkets relativitet är medicinens anspråk och uppgift att representera å ena sidan vetenskap, å andra sidan

---

<sup>1</sup> Qvarsell 2003.

läkekonst. Tudelningen har även formulerats som ”medicine as science and medicine as succor”.<sup>2</sup> Kombinationen är väl bekant svårförenlig. Där vetenskapen strävar efter överordnade sanningar och ser detta som ett viktigt led i den samlade mänsklighetens utveckling i ett längre tidsperspektiv, har den praktiska läkekonsten att se till individers intressen och försöka lösa eller lindra hälso-problem här och nu. Vetenskap gagnas av specialisering, detaljstudier och generaliserbar expertis; läkekonst kan behöva helhetssyn och svårdefinierade egenskaper som diagnostisk blick och intuition samt hänsyn tagen till individers personliga upplevelser. Att lyckad läkekonst inte alltid kräver vetenskaplig expertis är ett känt faktum, liksom att kunskap i medicinsk vetenskap inte är ett givet recept för framgångsrik läkekonst. Det råder en utbredd medvetenhet om att kost, hygien, livsstil och olika omvärldsfaktorer spelar större roll för befolkningens hälsotillstånd än medicinsk vetenskap och praktisk läkekonst.

Spänningen mellan vetenskap och läkekonst i teori och praktik har inte bara präglat skilda förväntningar på läkaryrket och olika yrkesroller inom läkarkåren. Den har också lämnat mycket konkreta spår i vårdens organisering och den medicinska utbildningens utformning. Den har påverkat lagar och regler samt har bidragit till uppkomsten av många andra yrken på hälso- och sjukvårdens område, såväl behöriga som icke behöriga.

Frågor som debatterats under århundradenas gång har handlat om vad en rättmätig och äkta läkare behöver vara och kunna – å ena sidan för att åtnjuta samhällslig behörighet, å andra sidan för att i praktiken verka som läkare i och för samtida och framtida hälso- och sjukvård. Vilka krav på utbildning, erfarenhet och personliga egenskaper kan och bör krävas av en äkta läkare? Vilka roller och funktioner har en läkare haft att fylla? Och vem, eller vilken instans, bär det yppersta ansvaret för läkardanandet, dess utformning och resultat? Frågorna har besvarats på olika sätt beroende på tid och talare.

## Läkaryrket blir ett – med konkurrens

Det tog tid innan medicinare och kirurger förenades i ett gemensamt läkaryrke. Under svenskt 1600-tal bedrevs den praktiska yrkesmässigt bedrivna sjukvården av bardskärer och kirurger, badare och massörer,

---

<sup>2</sup> Collins & Pinch 2005.

leddragare och benbrottsläkare, apotekare, barnmorskor, shamaner och allehanda botare. De akademiskt utbildade läkarna, inte sällan från utlandet, spelade en obetydlig roll för praktisk vård och behandling. Bardskärarymbetet fick kungliga privilegier redan år 1571, medan en liten grupp invärtesläkare i Stockholm bildade Collegium medicum och fick sina privilegier år 1663. Enligt 1688 års medicinalordningar fick läkarna ensamrätt till invärtes behandling, medan apotekare, kirurger och barnmorskor ställdes under kollegiets övervakning. För att bli erkänd medlem av Collegium medicum skulle läkaren belägga studier och praktisk erfarenhet och underkasta sig en praktisk examen. Dessutom skulle han avlägga en trohetsed och en ämbetsed, i vilken lovades och svors vid Gud och hans heliga evangelium att tjäna Konungen, vara trogen, redelig, uppriktig och att tjäna patienterna efter bästa förmåga för en ”Christelig kärleks skuld”; vidare lovades att inte skada, iaktta tystnadsplikt, följa regler och stadgar, instruktioner och medicinalordningar.

År 1797 upplöstes den kirurgiska societeten, som bardskärarymbetet hette från år 1685. Collegium medicum fick ansvaret även för utbildningen i kirurgi samt ”odelad styrelse och tillsyn” över rikets hela medicinalverk.<sup>3</sup> Det fanns två huvudsakliga kategorier läkare: medicine licentiatier eller doktorer som ägnade sig åt invärtesmedicin och som kunde inneha tjänster som stads- och provinsialläkare, respektive kirurger alternativt fältskärer. Licentiatexamen räckte för behörighet att arbeta som privatpraktiserande läkare, medan ytterligare examen och ämbetsprov krävdes för att inneha stats-tjänst. Edsavläggningen utgjorde grunden för behörighet, men regelverken var flexibla och det gick att kringgå dem vid behov. Kollegiet kunde bevilja utrikes examinerade och promoverade läkare och kirurger tillåtelse att praktisera, liksom andra, som kunde styrka sin duglighet, även om det avgörande beslutet skulle fattas av Kungl. Maj:t.

Henrik Wilhelm Romanson (1776–1853), professor i anatomi och kirurgi vid Uppsala universitet,<sup>4</sup> beskrev år 1830 vad som krävdes av både läkaren och kirurgen för att vinna patienternas förtroende:

Vänlighet, okonstladt väsende, sedlighet, manlig alfvarsamhet, klok eftergift för oskadliga meningar, men skickligt bestridande och försvagande af skadliga fördomar, det vill säga sådana, som hindra, försvåra eller fördröja läkningen eller lindringen, eller till och med försämra

<sup>3</sup> Medicinalväsendet 1963, s. 14–16.

<sup>4</sup> Efter professurens delning 1838 endast i anatomi.

sjukdomen; full uppmärksamhet på deras berättelse, och deltagande i deras lidanden.<sup>5</sup>

Då det emellertid inte fanns så många läkare i landet, ansåg såväl statsmakterna som vissa läkare att andra yrken kunde vara behjälpliga med hälso- och sjukvård. Mellan åren 1812 och 1842 anordnades utbildning i präst- eller pastoralmedicin. Präster engagerades för att föra statistik över dödsorsaker, klockare för att verkställa den obligatoriska smittkoppsvaccineringen, prästfrun kunde ansvara för sockenapoteket etc.<sup>6</sup> Det förekom även att präster och andra statens tjänstemän på eget bevåg utövade homeopati i sina hemregioner.<sup>7</sup>

Det begynnande 1800-talets medicinska marknad präglades nämligen av en mångfald olika konkurrerande medicinska system och utövare av läkekonst. Vid seklets mitt inträdde en kris, då sedan länge använda behandlingsmetoder visade sig orsaka hög dödlighet. Inom de framväxande lasaretten och barnbördshusen spreds smittor. Metoder som åderlåtning och flitigt bruk av kräk- och avföringsmedel började mönstras ut efter att statistiska jämförelser mellan sådan respektive homeopatisk behandling av kolera och lunginflammation utfallit till den senares fördel, vilket tolkades som att ingen behandling var bättre än den gängse. Det var inte bara allmänheten som misstrodde den akademiska ”skolmedicinens” förmåga till läkekonst – det gjorde även läkare.

När mot senare hälften av 1800-talet en naturvetenskapligt baserad medicin växte fram som ökade framstegsoptimismen – även om antalet fungerande behandlingsmetoder fortfarande var ringa – medförde det nya läkarroller. Den forskande medicinaren i laboratorierock började kontrasteras mot den vardagsklädda familje- och individorienterade praktikern, som fick representera en äldre läkarroll. Förvetenskapligandet av medicinen med dess fokus på allt mindre delar av människokroppen, bidrog till ökad distans mellan medicinen och människan och medförde ett uppsving för alternativa medicinska rörelser och terapier som fortsatte att hävda vikten av helhetsperspektiv, en nära personlig patient-läkarrelation och milda terapeutiska medel som naturläkekonst, homeopati och suggestionsterapi.

Den av patienterna efterfrågade och i terapeutiskt hänseende framgångsrike praktiskt verksamme läkaren kunde ses med skepsis och

---

<sup>5</sup> Romanson 1830, s. 4–5.

<sup>6</sup> Nelson 2004.

<sup>7</sup> Eklöf 2007.



rentav betraktas som kvacksalvare. Historien förtäljer att en yngre professor, som i slutet av 1800-talet kritiserade Enköpingsdoktorn Ernst Westerlund (1839–1924) för bristande vetenskaplighet, fick svar på tal av en pensionerad veteran i läkarpraktik:

Vetenskaplighet! På min tid ansågs den läkare styfvast i sin vetenskap, som kurerade de flesta patienterna. Men nu, kantänka, måtte vetenskapen ha tagit en högre flykt!<sup>8</sup>

Det hade den. Kring 1800-talets mitt och fram till seklets sista kvartal rådde en utbredd terapeutisk nihilism bland svenska läkare. Man ansåg det förmätet att tro att det fanns något specifikt medel som kunde bidra till läkning; det enda läkaren kunde göra var att försöka understödja naturens läkande krafter med hjälp av diet, frisk luft osv. Uppsatta representanter för svensk medicin ansåg att terapeutiskt framgångsrik behandling utan vetenskaplig utbildning i sig var ett kriterium på ovetenskaplighet.<sup>9</sup> Statsmakternas stöd önskades för strävandena efter högre medicinska vetenskapliga sanningar – relativt oberoende av eventuell praktisk tillämpning och terapeutisk effektivitet.

## Enad läkarutbildning

Den akademiska medicinska utbildningen har alltid haft flera funktioner utöver att utbilda praktiskt verksamma läkare; att förena och homogenisera medicinen och läkarkåren, för att därefter bryta ner desamma i olika ämnen och specialiteter; att utbilda även forskare och lärare; överföra var tids (olika) vetenskapliga normer och traderad kunskap och betona de ämnen som var tid ansett viktigast, mm. Undervisningens organisation har också speglat olika utbildningsideal: Fackskola eller bred bildning? Enhetlig grundutbildning eller tidig specialisering? Bunden eller fri studiegång?

Efter 1700-talets mitt förlorade de traditionella universiteten inflytande som centra för medicinsk utbildning i flera länder, med undantag av Tyskland. Istället uppstod särskilda skolor för praktisk utbildning av läkare.<sup>10</sup> Statens inflytande över den medicinska utbildningen har varierat i olika länder – från till en början inget alls i Nordamerika och Storbritannien till relativt stort inflytande i

---

<sup>8</sup> Beckman 1896, s. 20–21.

<sup>9</sup> Eklöf 2007.

<sup>10</sup> Bonner 1995.

Frankrike och Sverige. Studenterna hade stor frihet att själva utforma sina studier enligt lärofrihetens princip. Privata brittiska och amerikanska medicinska skolor antog tidigt även kvinnor som studenter – det fanns också homeopatiska skolor enbart för kvinnor<sup>11</sup> – men det dröjde till in på 1900-talet innan samundervisning accepterades fullt ut i dessa länder. I Sverige fick kvinnor rätt att studera medicin år 1870 och efter examen utöva läkarkonsten, även om rätten till ämbeten var förbehållen män fram till 1925. År 1888 utexaminerades Karolina Widerström (1856–1949) som första kvinnliga läkare.

Karolinska Institutets tillkomst kan placeras in i den bredare utbildningshistorien. Inte minst ”finska kriget” mot Ryssland 1808–09 hade avslöjat bristen på medicinska resurser i Sverige. År 1810 grundades ett mediko-kirurgiskt institut som tillsammans med ett garnisonssjukhus skulle akademisera och förbättra utbildningen av kirurger i landet, inrätta en fullgod medicinsk utbildning i huvudstaden och öka antalet läkare i landet.<sup>12</sup> År 1822 fick institutet ett reglemente med utvidgade examensrättigheter som ledde till långvariga konflikter mellan institutet och de medicinska fakulteterna vid Uppsala och Lunds universitet. Universiteten hävdade vikten av den breda akademiska bildning och varandra ömsesidigt befruktande vetenskapsområden som endast ett universitet med sina olika fakulteter kunde erbjuda. I den ståndpunkten fick man stöd av konservativa politiska krafter inklusive kungahuset och en majoritet av adel och präster i riksdagen. Institutet, som understöddes av liberala krafter, lanserade å sin sida en mer praktiskt inriktad medicinsk utbildning med storstadens bättre tillgång till levande och döda undersökningsobjekt. Det var rent av på tal att lägga ner de medicinska fakulteterna på ”landsortsuniversiteten”. Under hela 1800-talet pågick striden mellan universiteten och institutet, personifierad genom professorerna J. Jacob Berzelius (1779–1848) på institutets sida och Israel Hwasser (1790–1860) på universitetens. Hwasser betraktades som en viktig ideolog för 1800-talets läkare, även om hans teoretiska medicinska synsätt med tiden ansågs förlegat. De medicinska fakulteterna överlevde, och institutet vann en allt starkare ställning.

När den särskilda kirurgiska examen avskaffades år 1861 och kurserna inlemmades i en utvidgad medicine licentiat-examen, innebar det en förening mellan det praktiska kirurgiska hantverket och den då fortfarande teoretiskt orienterade medicinen. ”Medicin” blev en

---

<sup>11</sup> Haller 2005.

<sup>12</sup> Rocca 2006.

gemensam angelägenhet. Snart fick institutet rätt att examinera medicine kandidater, dvs. utfärda teoretisk examen samt hålla disputationer för doktorsgrad. När KI år 1906 fick rätt att även promovera doktorer hade man uppnått fullständiga rättigheter på utbildningsområdet.<sup>13</sup>

Tanken bakom 1874 års examensstadga var att utbilda läkare så att de direkt efter examen skulle kunna öppna praktik; för vissa tjänsteläkare krävdes ytterligare underläkartjänstgöringar på kliniker. År 1907 kom en ny examensstadga. Den gamla förberedande mediko-filosofiska examen med krav på 8 betyg i förberedande ämnen inför filosofisk fakultet togs bort, med bara en rest kvar i krav på förkunskaper i kemi, fysik och biologi. Utbildningen var uppdelad på medicine kandidatexamen, medicine licentiatexamen samt praktisk tjänstgöring. Studieordningen och tentamenstiderna var relativt fria fram till nästa utbildningsreform år 1955. Ämnet medicinhistoria försvann som obligatoriskt ämne för att inte återkomma annat än som frivillig tillfällig kurs, vilket torde vara unikt i internationellt läkarutbildningsperspektiv.

## Behöriga och obehöriga läkare

Decennierna kring sekelskiftet 1900 genomfördes en rad ändringar i stadgandena rörande läkarens yrke. Regelverket kring de akademiskt utbildade läkarna stramades upp. Härutöver ledde en politisk medvetenhet om det ringa antalet läkare och om att även andra kunde bidra till vård och behandling, till att läkares konkurrenter gavs rätt att verka på läkarkonstens område.

Den nya ordningen inleddes i slutet av 1800-talet med att ederna avskaffades. Ett skäl var att de inte längre krävdes för behörighet; nu räckte licentiatexamen. Eden som krävde trohet till vetenskap och beprövad erfarenhet ansågs av dess motståndare också hindrande för utprovning av nya behandlingsmetoder. Ederna förknippades vidare med en religiositet som ansågs stå i motsats till en saklig vetenskaplighet som krävde ständig omprovning. Respekten för yrkesmannen skulle grundas på hans kvalifikationer och inte på den ed han svurit. När ederna var ur bruk år 1887 var läkarutbildningen formellt sekulariserad. Nya regelverk plockade dock snart upp delar av den fallna manteln.

---

<sup>13</sup> För nyare litteratur kring KIs historia se ex Rocca 2006 och Nilsson, Johannisson & Qvarsell 2010.

1890 års läkarinstruktion stadgade skyldighet att meddela råd och behandling som den sjukes tillstånd fordrade och som med vetenskap och beprövad erfarenhet överensstämde, dvs. det krav som bidrog till att ederna avskaffades. Fyra former av behörighet att utöva läkarkonsten angavs: medicine licentiat-examen, särskild tillåtelse av Kungl. Maj:t att utöva läkarkonsten, utnämning till läkartjänst av Kungl. Maj:t, eller förordnande av medicinalstyrelsen som vikarierande eller extra läkare för viss tjänst och tid. Medicinsk examen krävdes sålunda endast för en variant av läkarbehörighet. År 1900 bestämdes att läkare efter examen skulle anmäla sig hos medicinalstyrelsen för att få legitimationsbevis. Legitimationen hade ingen rättslig betydelse, och det fanns vid denna tid inte heller några regler om förlust av behörighet. Även om någon dömts enligt strafflagen, kunde läkare inte fräntas sin behörighet att bedriva privat praktik, bara bli av med statstjänsten.

När det krävdes skärpta åtgärder mot den obehöriga verksamheten på läkarkonstens område, väcktes också frågan om återkallelse av läkares legitimation. Efter mångåriga diskussioner antogs år 1915 en ny behörighetslag, som upphävde 1688 års ordning och som stadgade grunderna för läkares behörighet, förlust av behörighet samt behandlade obehörig verksamhet. Här gällde fortfarande fyra former av behörighet, där legitimation var den högsta. Den fjärde varianten var en möjlighet att ge icke läkarutbildade personer möjlighet att verka, såvida de inte ägnade sig åt farlig verksamhet. Medicinalstyrelsen kunde frånta läkare legitimationen om vederbörande visat sig ovärdig det förtroende en läkare borde äga; det kunde nu handla om sinnessjukdom, missbruk och vissa brott. Lagen kompletterades år 1934 med krav på svenskt medborgarskap för legitimation.

Läkare var givetvis upprörda över att inte ha ensamrätt på läkarkonstens område och att lekmän utan medicinsk utbildning kunde föräras formell behörighet, även om någon sådan i praktiken inte beviljades. "Kvacksalvarna" anklagades för okunnighet, för att de kunde ha haft andra yrken innan, för att de bedrev sitt "geschäft" i vinningssyfte, och de ansågs framför allt vara av sämre moralisk kvalitet än läkarna.

## Ideala och mindre ideala läkare

Läkare har sedan lång tid tillbaka hävdat att det är just etiken som är den avgörande skiljelinjen mellan en bra läkare och en dålig, mellan en äkta läkare som verkar altruistiskt utifrån människokärlek och en kvacksalvare som styrs av profitintresse.

Under 1900-talets första hälft hyllades framför allt de läkare internt, som var kollegiala och i relation till samhället autonoma, som hade ett altruistiskt sinne och/eller var vetenskapligt verksamma.<sup>14</sup> En på smala fackkunskaper fokuserad läkare kunde accepteras när det gällde forskare, medan centralgestalter inom läkarkåren och i samhällslivet behövde samhällstillvända intressen och bredare bildning. Den hyllade läkaren skulle framför allt sträva efter medicinens och vetenskapens högre syften.

Läkarens etik uppges ofta ha utvecklats ur de hippokratiska läkarnas levda ethos. Den moderna läkaretiken kan emellertid snarare kopplas till senare etiska normer som samspelat med bildandet av nationella läkarförbund och kan ses som led i professionaliseringsstrategier. Det första nationella läkarförbundet var American Medical Association, grundat 1846/47 inte minst som ett sätt att mota konkurrensen från olika andra kategorier läkare. Förbundets första kollegiala regler som gällde fram till 1903 förbjöd medlemmarna att samarbeta med kvinnliga och svarta läkare samt ”sektarister” som homeopatiska läkare.<sup>15</sup>

När den svenska läkarkåren började organisera sig fackligt mot slutet av 1800-talet diskuterades om man inte också skulle formulera läkarregler. Det dröjde emellertid fram till 1900-talets mitt innan kollektiva etiska regler antogs. Under lång tid härskade inställningen att den homogena svenska läkarkåren besatt en sådan god immanent etisk standard, att explicita förhållningsregler snarare skulle röja en misstanke om att så inte var fallet. Det fanns också ett motstånd mot läkaryrkets kollektivisering och förvandling till ett vanligt yrke. Under efterkrigstiden, med en socialt bredare rekryteringsbas till läkaryrket, allt fler kvinnliga och utländska läkare, och efter att Världsläkarförbundet år 1948 antagit etiska regler genom Genève-deklarationen, ansågs emellertid tiden vara inne. 1951 års Codex Ethicus Medicorum Svecorums tre första regler av femton, talar om att läkaren ska tjäna sina medmänniskor i enlighet med människokärlekens bud; att hans främsta mål ska vara

<sup>14</sup> Eklöf 2000 och 2010.

<sup>15</sup> Baker 1995.

patientens hälsa och att läkaren samvetsgrant ska söka tillämpa vad vetenskap och beprövad erfarenhet lära och ständigt söka vidga sin kunskap. Vid 1900-talets mitt blev läkarreglerna ett sätt att försöka vinna förtroende för en enad kår bland politiker, administratörer och allmänhet. Reglerna har reviderats sedan dess. Att det dröjde till 2002 års reviderade regler innan läkaren inte längre självklart var en han, kan ses i ljuset av kvarlevande bilder av den ideale manlige läkaren.

### Medicinare och läkare, specialister och generalister

Om 1800-talet präglades av försöken att förena invärtesläkare och kirurger till ett enda läkaryrke genom en gemensam utbildningsgång, har 1900-talet dominerats av en ständigt ökande specialisering. Det medicinska området har brutits ner respektive delats upp i allt fler akademiska undervisningsämnen och praktiska verksamhetsområden. Specialiseringen har ofta förklarats vara en ofrånkomlig följd av den medicinska vetenskapens utveckling och en kraftigt ökad kunskapsmängd som ingen kan omfatta i sin helhet. Historiker har istället påtalat vikten av andra faktorer i processen, som utbildningsideologiska förändringar, ökande konkurrens läkare emellan som bidrog till differentiering, och sjukvårdsorganisatoriska förändringar som drivits fram av vårdens huvudmän, politiker och myndigheter.

Historikern George Weisz beskriver specialiseringsprocessen inom medicinen som emblematiske för dagens medicin med avseende på såväl framgångar som misslyckanden.<sup>16</sup> Den framväxande kliniska forskningen med början i Paris på 1830-talet uppmuntrade specialisering som tillät rigorös empirisk observation av det större antal fall av liknande sjuklighet som krävdes. Utvecklingen spreds därifrån under de följande decennierna till andra västländer; sist ut var Storbritannien. Efter att kunskapen specialiserats som ett sätt att undervisa blivande allmänläkare, överfördes sättet att tänka och organisera medicinen även till praktiken. Till en början var de flesta medicinska akademiker motståndare till en klinisk specialisering. Med tiden blev emellertid specialisering ett individuellt karriärval för läkare, då en sådan praktik lönade sig bättre ekonomiskt och erbjöd större professionell status än allmänpraktik. Specialiseringen passade också en framväxande administrations rationalitetstänkande på 1800-talet. I slutet av seklet kunde specialisterna börja hävda att det var

---

<sup>16</sup> Weisz 2006.

mer effektivt att specialisera sig, då alla inte kunde lära sig allt. De började förknippas med vetenskapliga framsteg, och regeringar och försäkringssystem understödde utvecklingen.

Weisz drar således upp specialiseringens linje från akademien till praktiken, från individuella karriärval till ett generellt fenomen. Hans slutsats är att den specialiserade vetenskapen uppskattats framför allt för att den förefallit effektiv och meningsfull för administratörer, inte av produktivitetsskäl.

Specialiseringen är också det implicita genomgående temat i en lång rad utredningar och lagförslag gällande hälso- och sjukvårdens och läkarutbildningens organisering i Sverige under 1900-talet. Specialiseringen krävde med tiden allt fler läkare av fler kategorier i en ömsesidigt förstärkande utveckling mellan sjukvård, forskning och undervisning. En viktig förutsättning för den tilltagande arbetsdelningen, liksom ett resultat av den, var också nya yrkesgrupper i vården; från början framför allt sjuksköterskor, som stod för den dagliga vården och omvårdnaden, och med tiden andra grupper. Utvecklingen har drivits framåt i ett komplicerat samspel mellan läkares önskemål om förbättrade arbetsvillkor, forskningens och utbildningens behov av "kliniskt material", administrativ rationalitet samt regionala och nationella strävanden att manifesteras vetenskap och modernitet. Sjukhusvården byggdes ut i rask takt. Inte minst organisatoriska krav angavs som motiv till en uppdelning av verksamheten.<sup>17</sup>

En ackompanjerande fråga har varit hur många läkare av olika slag samt annan personal som behövts för att driva utvecklingen framåt. Trots det ringa antalet läkare i Sverige, fanns redan i slutet av 1800-talet en oro inom läkarkåren för att en ökad tillströmning till läkarbanan skulle leda till uppkomsten av ett "läkarproletariat". Farhågorna för ökad intern konkurrens med demoraliserande effekter var ett skäl till att man började organisera sig för att driva fackliga frågor; Läkarförbundet bildades formellt år 1903. Läkaröverskottet handlade framför allt om att det inte fanns tillräckligt antal fasta tjänster. Allt fler läkare sökte sig till lasaretten med dess bättre arbetsvillkor och möjligheter till avancemang – inte minst just tack vare specialiseringen. Efter en uppdelning av vården i kroppssjukvård respektive sinnessjukvård följde en differentiering inom lasarettsvården, så att särskilda avdelningar för medicin, kirurgi och röntgen inrättades, och med tiden tillkom allt fler specialavdelningar. Speciali-

---

<sup>17</sup> SOU 1958:15.

seringen inleddes inom den slutna vården för att sedan överföras till öppenvården. Utvecklingen manifesterades tydligast vid undervisningssjukhusen.

År 1915 listade Läkarförbundet 22 specialiteter plus allmän praktik, och skötte bedömningen av läkares specialistkompetens ända fram till år 1961, då medicinalstyrelsen tog över.

Förbundet ville minska antalet blivande läkare av konkurrensskäl. Redan på 1920-talet hade försök gjorts att begränsa antalet medicine studerande, och från år 1935 gällde nya enhetliga bestämmelser för intagning till de medicinska utbildningsanstalterna med en gräns på årligen 200 studenter. På 1930-talet tillsattes en utredning under ecklesiastikdepartementet rörande tillströmningen till de intellektuella yrkena, vari medicinen inkluderades.<sup>18</sup> Här försökte man förklara och försvara att det fanns så få läkare i landet. I mer tätbefolkade länder sades risken vara större för smittspridning och trafikolyckor; även en högre grad av industrialisering gav läkarna mer att göra.<sup>19</sup> Man hänvisade till att det sagts att sjukvårdsorganisationen i Sverige var så god och effektiv att en läkare kunde sköta flera sjuka än i utlandet, och att den svenska allmänheten var så bortskämd med god och billig sjukvård, att den inte ville betala de höga arvoden som var förutsättningen för att ett större antal läkare skulle kunna leva på samma standard som i andra länder. Utredningen trodde emellertid att det framför allt var olikheter i sjukförsäkringens omfattning – större utomlands – som gav läkarna fler arbetstillfällen. Man ville dock inte reglera tillträdet till den medicinska utbildningen ytterligare; istället föreslogs bland annat nya tjänster inom vårdorganisationen. Och så blev det. Den franske samhällsforskaren Bruno Palier konstaterar i en internationell jämförelse att de svenska läkarna inte i så hög grad strävat efter att stärka sitt oberoende i förhållande till det offentliga sjukvårdssystemet, utan snarare att stärka sin trygghet och sin inkomstnivå inom systemet.<sup>20</sup>

År 1940 presenterades en beräkning som visade att de odelade, icke specialiserade lasarett, hade betydligt fler nyintagna patienter per läkare och fler vårdade patienter per dag och läkare än de delade. Ju mer specialiserad vården var, desto fler läkare användes för färre utträttade vårdtillfällen.<sup>21</sup> Sålunda hade till exempel ett odelat lasarett år

<sup>18</sup> Ecklesiastikdepartementet var mellan 1840–1967 namnet på utbildningsdepartementet som utöver utbildning och forskning även behandlade kyrkliga frågor, arkiv och bibliotek mm.

<sup>19</sup> SOU 1935:52, s. 170–171.

<sup>20</sup> Palier 2006.

<sup>21</sup> SOU 1940:32, s. 17–18.



1937 ett medeltal av 715 nyintagna patienter per läkare och år, medan en avdelning för ögon hade 246. Ett odelat lasarett vårdade i medeltal 36 patienter per dag och läkare, en ögonavdelning 13 patienter. Antalet patienter som sökte sig till sjukhusen ökade – det var ju framför allt där läkarna fanns – vilket spädde på läkarbehovet. Under 1930- och 1940-talen bidrog nya behandlingsformer och behandlingsmedel, som tidig uppstigning och antibiotika, till att vårdtiderna kortades.<sup>22</sup>

År 1956 beräknades att odelade lasarett krävde 3,8 läkare per vårdplats, lasarett med fem specialavdelningar 6,2, medan undervisningssjukhus krävde 8,9 läkare per vårdplats.<sup>23</sup> Antalet patienter och vårdplats per läkare fortsatte att minska. Ännu fler undersöknings- och behandlingsmetoder tillkom, vilket i sin tur ledde till fler specialavdelningar och discipliner. En intensifierad specialistutbildning krävde ökat behov av undervisning. Samhällets investeringar i medicinsk forskning ökade också läkarbehovet. År 1945 inrättades statens medicinska forskningsråd och den medicinska forskningen fick ökade anslag från det allmänna. Undervisningssjukhusen expanderade för att tillgången på läkare efterhand skulle bli bättre, liksom specialistvården vid lasaretten.<sup>24</sup>

## Medaljens baksida

Redan under 1800-talet hade farhågor väckts angående konsekvenserna av för långt driven specialisering av den medicinska praktiken. Under mellankrigstiden vann den ”reduktionistiska medicinen” en nästan total seger.<sup>25</sup> Läkarnas sätt att definiera sjukdom skilde sig allt mer från patienternas upplevelser. Vården hade visserligen blivit mer tillgänglig, men också mer institutionaliserad. Kritiska röster talade om ensidighet och mekanisering av läkarens verksamhet. Sjukförsäkringssystemen angavs som bidragande orsak. Särskilt i Tyskland, men också i andra europeiska länder inklusive i Sverige, diskuterades bristen på helhetssyn och den stora betoningen av vetenskap på läkekostens bekostnad. Utvecklingen väckte motreaktion i form av strävanden efter en holistisk medicin. Ökat intresse för naturläkekunst, psykosomatik och försök att förena olika medicinska rikt-

---

<sup>22</sup> SOU 1958:15, s. 175.

<sup>23</sup> SOU 1956:34, s. 20.

<sup>24</sup> SOU 1958:15, s. 205.

<sup>25</sup> Weisz 2006.

ningar präglade den medicin som under 1920- och 1930-talen fortfarande inte kunde skylta med särskilt många effektiva specifika terapier; efterkrigstidens ”farmakologiska revolution” hade ännu inte påbörjats.<sup>26</sup>

Utvecklingen påverkade människors tilltro till medicinen och läkarkåren. Läkares föreställningar kring ideala läkare under 1900-talets första hälft kan kontrasteras mot folkliga synpunkter på önskvärda egenskaper hos läkare. Svenska folklustspel från 1930- och 1940-talen driver inte bara med kvacksalvande geschäftsmakare.<sup>27</sup> Läkare får representera abstrakt vetenskaplighet; de framför ett ”lärt” men obegripligt språk för att manifesteras sin överhöghet och ägnar sig åt löpandebandmottagningar på patientkontaktens bekostnad. Pjäsförfattarna belyser den vetenskaplige doktors intresse för att framför allt observera det onda och inte kommunicera med patienten eller intervensera och bota praktiskt. Även om man hoppades att framtidens läkare skulle kunna bota på ett ekonomiskt rimligt och etiskt acceptabelt sätt, hade man på 40-talet ännu inte nått dit.

1948 års öppenvårdsutredning från medicinalstyrelsen skissade på nya läkarideal.<sup>28</sup> Önskvärda personliga egenskaper hos tidens båda huvudsakliga kategorier läkare – allmänpraktiker respektive specialläkare – var god intellektuell utrustning, fantasi och medkänsla. Särskilt familjeläkaren behövde vara skicklig i allmän diagnostik och i särskilt behov av egenskaper som associationsförmåga, förmåga till överblick och intuition. Allmänläkaren skulle också bidra till att sprida sunda levnadsregler. För utövningen av många specialiteter spelade teknisk begåvning större roll. Samtliga läkare behövde uppträda vänligt och humant för att vinna patienternas förtroende. Och läkarna ansågs behöva frigöra sig från en individualism och ett kärmedvetande som såg samhället och allmänheten som ovidkommande parter.<sup>29</sup>

Läkare, myndigheter och politiker var således ingalunda omedvetna om utvecklingens avigsidor. I artiklar, utredningar och propositioner varnades för att den tilltagande specialiseringen av vården slukade allt större ekonomiska och personella resurser.<sup>30</sup> Allmänpraktikernas arbete riskerade att nedvärderas och deras anseende att minska.<sup>31</sup> Det blev allt tydligare att allt fler sjukdomar hängde

---

<sup>26</sup> Eklöf 2010, kap. 5.

<sup>27</sup> Eklöf 2010, kap. 7.

<sup>28</sup> SOU 1948:14, s. 206–7.

<sup>29</sup> SOU 1948:14, s. 219.

<sup>30</sup> Ex SOU 1958:15, s. 303.

<sup>31</sup> SOU 1948:14.

samman med livsföringen.<sup>32</sup> I utredning efter utredning framfördes önskemål om ökad betoning på hälsovård och förebyggande insatser; detta förutspåddes bli allt viktigare uppgifter för framtidens läkare. Samtidigt konstaterades att flertalet läkare nästan bara utbildades för behandling av sjukdom.<sup>33</sup> År 1953 påpekades att specialiseringen visserligen intensifierade forskningen och rationaliserade sjukvården, men att den också tenderade att leda till isolering.<sup>34</sup> Vårdtiderna hade i åtskilliga fall pressats ned under den medicinskt lämpliga gränsen, vilket ibland medförde behov av återintagning. Bristen på helhetssyn kunde leda till ett mindre gott vårdresultat. Om så var fallet eller icke, gick emellertid inte att säga med visshet. Att de kvalitativa förändringarna i arbetsresultaten var omätbara var bekymmersamt. Professor Gunnar Biörck (1916–1996) efterlyste utvärdering av sjukvårdens service för att försöka bedöma i vad mån organisationsformerna verkligen var ändamålsenliga, var för sig och i relation till varandra. På det området fanns nästan inga uppgifter.<sup>35</sup>

## Läkarutbildningens läkare

Vad ville man då ha för slags läkare utöver kategorierna allmänläkare och specialister? Här gällde det att fundera i båda ändar: från intaget till läkarutbildningen till utexaminerade läkare.

Läkarförbundet ville fortfarande begränsa antalet medicinstudenter med hänvisning till att rädde brist på tjänster och överskott på läkare. Medicinalstyrelsen däremot ansåg att det behövdes fler läkare och rekommenderade år 1948 en dryg fördubbling av intaget. Konkret handlade debatten både om hur många studenter som skulle antas till läkarutbildningen och om huruvida det var önskvärt med en ”import” av utländska läkare.

Utredningar gällande läkarutbildningens former och innehåll tillsattes åren 1938, 1948 och 1955. Även utredningar om sjukvårdens organisering, behörighetsfrågan etc. behandlade ämnet. 1938 års läkarutbildningsutredning kom med betänkanden 1941 och 1943, med en fortsättning 1945, men några förslag verkställdes inte.<sup>36</sup> En granskning gjordes av de yngre sjukhusläkarnas situation, som var

<sup>32</sup> SOU 1948:14, s. 204–5.

<sup>33</sup> SOU 1958:15, s. 84.

<sup>34</sup> SOU 1953:7.

<sup>35</sup> SOU 1958:15.

<sup>36</sup> SOU 1941:27, 1943:41, 1945:56.

svår med få tjänster och dåliga inkomst- och avancemangsmöjligheter.<sup>37</sup>

1948 års utredning, med betänkanden 1951 och 1953, diskuterade bland annat lämpliga former för urval vid antagning till medicinsk utbildning. Kvinnliga akademikers förening hade synpunkter på att kvinnor missgynnades av antagningssystemet, eftersom män kunde tillgodoräkna sig militärtjänst som en merit, och utredningen konstaterade att antalet kvinnliga medicine studerande skulle öka med flera procent om skillnaden bortföll.<sup>38</sup> Man ville att de sökande skulle bedömas med hänsyn tagen även till personliga egenskaper som begåvning, karaktär och intresseinriktning. Eftersom läkaryrket var mångskiftande till sin natur, behövdes olika slags begåvningar – inte minst personer med en humanistisk inriktning. Intervjuer föreslogs på försök vara ett sätt att finna lämpliga kandidater till yrket, även om man ansåg detta mindre behövligt i Sverige med sitt enhetliga skolsystem. Den modell som praktiserades i andra länder – att inte begränsa det första intaget utan göra gallringen därefter – diskuterades, eftersom en del av personlighetsutvecklingen ägde rum under åren närmast efter tiden för urvalet.<sup>39</sup> Begränsningen hade dock ansetts nödvändig för att upprätthålla standarden.

Även utbildningens specialisering med ständigt nya undervisningsmoment kritiserades för bristande integration mellan ämnena.<sup>40</sup> ”Additionssystemet” gav ingen helhetsbild, och det var svårt att bilda sig en totaluppfattning av ett sjukdomsfall, vilket sågs som väsentligt i läkekonstens praktiska utövande. Att utbildningen skulle befordra förmågan till helhetsuppfattning skulle vara en ledande princip för en reformerad läkarutbildning. Man föreslog mer samordnad undervisning, integration mellan prekliniskt och kliniskt lärostoff och nya undervisningsformer. Grund- och vidareutbildning skulle ses som en enhet. Studietiden skulle kortas till drygt 6½ år.

De medicinska utbildningsanstalterna ansågs ha behövt anpassa sig till specialiseringsprocessen: efterhand som nya ämnen uppstått hade särskild undervisning ansetts nödvändig.<sup>41</sup> Enligt Nils O. Sjöstrand, som beskrivit läkarutbildningens utveckling fram till 1977, har specialistutvecklingen varit den största orsaken till grundutbildningens förändring med ökande antal ämnen, fördelningsproblematik och

<sup>37</sup> SOU 1940:32, 1942:4.

<sup>38</sup> SOU 1951:4.

<sup>39</sup> SOU 1951:4, s. 10.

<sup>40</sup> SOU 1953:7, s. 35–39.

<sup>41</sup> SOU 1953:7.

karaktär av etappmål i stället för slutmål.<sup>42</sup> Utbildningen ändrade karaktär från en kontinental modell med kurser och examen till en anglosaxisk variant med kurser följda av tentamen. Denna förlängning av skolsystemet in i universitetssystemet har varit effektivt med tanke på genomströmningshastigheten, men har alltså även haft sina nackdelar.

I propositionen som år 1954 föreslog en reformering av läkarutbildningen, ansåg departementschefen att utbildningen behövde svara mot sjukvårdens krav.<sup>43</sup> Det behövdes fler läkare. Den gemensamma grundutbildningen till medicine licentiatexamen skulle moderniseras med nya ämnen i den teoretiska undervisningen och utökade assistenttjänstgöringar. Han hade inget emot att fortsätta låta läkarförbundet sköta specialiseringen. Förslag på en obligatorisk sjukhus-tjänstgöring avvisades – det skulle leda till omfattande ingrepp i sjukhusorganisationen och medföra stora kostnader för det allmänna.<sup>44</sup>

## Utbyggd läkarutbildning

Fram till 1800-talets början erbjöds akademisk medicinsk utbildning i Sverige även i Åbo och Greifswald; därefter fortsättningsvis endast vid Karolinska institutet och de medicinska fakulteterna i Uppsala och Lund. Från år 1954 utbildades läkare även i Göteborg, från 1959 även i Umeå; senare också i Linköping och nu senast i Örebro.

När ännu en läkarutbildningsutredning tillsattes 1955 var en ny examensstadga redan på gång. Frågan här gällde hur den medicinska utbildningen skulle kunna utökas och hur kliniska utbildningsplatser skulle kunna ordnas för att råda bot på vad som nu sågs som en läkarbrist.<sup>45</sup> 1955 års examensstadga innebar en sammanhållen grundutbildning med nya ämnen, och med kand. och med lic. kompletterades med assistenttjänstgöring. Medicine kandidatexamen omfattade kurser i anatomi, histologi, medicinsk kemi och fysiologi mm. Därpå det propedeutiska året med kurser i bakteriologi, farmakologi, patologi och kliniska undersökningsmetoder mm, varefter följde klinisk utbildning. Sammantaget omfattade utbildningen 35

---

<sup>42</sup> Sjöstrand 2003, s. 348.

<sup>43</sup> Prop 1954:212.

<sup>44</sup> Prop 1954:212, s. 353.

<sup>45</sup> SOU 1956:34.

kurser och flera assistenttjänstgöringar. Det krävdes alltså ingen ytterligare sjukhustjänstgöring för rätt att få utöva läkaryrket. 1964 ändrades stadgan marginellt. På 1960-talet innebar också ett nytt antagningssystem att det bara var studentbetyget som gällde; ”lumparpoängen” och den därmed förknippade fördelen för manliga sökande togs bort.

Vad gällde läkartillgången, skrev regionvårdsutredningen under inrikesdepartementet att svårigheten att få tillräckligt antal läkare bland annat berodde på det ökade inslaget av kvinnliga läkare, som hade mödraplikter och inte arbetade lika mycket som de manliga läkarna.<sup>46</sup> Den fortfarande låga läkartätheten försvarades med att det inte bara var kvantiteten som var intressant, utan även kvaliteten och den ”socioekonomiska effektiviteten”. Den långa svenska läkarutbildningen och den kliniska undervisningen hade gett Sverige en internationellt sett ”kvalitativt högt stående läkarkår” vars tjänster fördelades jämnare här än i en del andra länder – och den höga standarden kunde i sin tur öka efterfrågan.<sup>47</sup>

Så var alltså läget när utbyggnaden av slutenvården verkligen tog fart i slutet av 1950-talet. Specialiseringen ansågs oundviklig. Ord som ”ofrånkomligt”, ”erforderligt” och ”nödvändig förutsättning” återkom ständigt i sammanhanget. Det behövdes en utbyggd utbildningskapacitet för att säkra ett ökat läkarbehov, och undervisnings-sjukhusens expansion måste ”fullföljas” för att läkartillgången, liksom specialistvården vid lasaretten, skulle bli bättre.<sup>48</sup> Statsmakten såg forskningen och den kliniska specialistutbildningen som pådrivande i utvecklingen. Specialisering krävdes för en vidareutveckling inom medicinen och därmed förbättrad sjukvård. Det ansågs angeläget att även ”extrema specialiteter” fick vårdenheter med tillräckligt stort patientunderlag för forskning och undervisning.<sup>49</sup>

1961 kom Arthur Engels (1900–1996) utredning av läkarbehov och läkartillgång, där han räknade med en fördubbling av antalet läkare bara fram till år 1970, inte minst för att möta behov inom mentalsjukvård, långvård, forskning och inom vad som kallades ”hälsoproblemet”.<sup>50</sup> Gunnar Björck ifrågasatte återigen vårdexpansionen och en beräknad obruten rask stegringstakt:

---

<sup>46</sup> SOU 1958:15, s. 206.

<sup>47</sup> SOU 1958:15, s. 213–14.

<sup>48</sup> SOU 1958:15.

<sup>49</sup> Prop 1960:159.

<sup>50</sup> SOU 1961:8.

Kan det verkligen, i en tidsålder, då de underutvecklade nationerna kommer att resa så våldsamma krav på världsekonomin, vara möjligt för länder som vårt att fortsätta att reservera en oförändrad andel av sin nationalinkomst för sina egna ändamål?<sup>51</sup>

Var på mättnadskurvan befann man sig? Framför allt var han undrande inför tanken att insatserna på hälsovårdens och sjukdomsbekämpandets område inte skulle komma att leda till minskat behov av tjänster i framtiden:

Om denna tes är riktig, måste en praktiskt verksam läkare vemodigt fråga sig, om icke hans strävan är, och har varit, förgäves.

Engel var emellertid en stor framstegsoptimist och såg det medicinska forskningsstödet som den främsta profylaktiska åtgärden mot sjukdom och ohälsa.<sup>52</sup> Läkekonstens och hygienens yttersta mål var att skapa ett idealt hälsotillstånd. Hälsovården förutspåddes (igen) bli allt viktigare:

Genom att påverka människornas livsvanor och skapa en gynnsam omvärld ur såväl materiell som andlig synpunkt kommer man att söka bereda förutsättningar för medborgarnas optimala fysiska och psykiska hälsa samt sociala välbefinnande och effektivitet.<sup>53</sup>

ÖHS-kommittén skrev 1963 att det måste vara så att specialiseringen på sjukhusen i hög grad stimulerar den medicinska utvecklingen och att god klinisk utbildning leder till en högkvalitativ standard.<sup>54</sup> Trots denna till synes lagbundna utveckling, ventileras även här specialiseringens avigsidor, som att patienterna får remiss från specialist till specialist (inte vård- eller kostnadseffektivt), att det finns en risk att individen inte hinner bli uppmärksam och att det råder en brist på mänsklig kontakt mellan läkare och patient.

År 1967 presenterade Universitetskanslerämbetet och medicinalstyrelsen en utredning som föreslog enhetliga nordiska regler för specialistkompetens och tiden för läkarutbildning fram till medicine licentiatexamen.<sup>55</sup> Den fortsatta och utökade specialiseringen påverkade utbildningen, och det fanns en risk att de studerande under grundutbildningen fick se ett alltför utvalt patientmaterial. Nu skulle

---

<sup>51</sup> SOU 1961:8, s. 198f.

<sup>52</sup> Engel 1963, s. 690.

<sup>53</sup> Engel 1963, s. 690.

<sup>54</sup> SOU 1963:21.

<sup>55</sup> SOU 1967:51.

grundutbildningen ge den nödvändiga grundvalen – ett vetenskapligt fundament – för en senare, huvudsakligen praktiskt inriktad vidareutbildning för olika former av medicinsk verksamhet. 1969 års nya och bundna studieordning innebar att de gamla assistenttjänstgöringarna ersattes med 21 månaders allmän tjänstgöring. I och med nya AT och att socialstyrelsen ansvarade för examination till legitimation, skiftade ansvaret för utbildningens och kompetensens fullbordan från de medicinska fakulteterna och Universitetskanslerämbetet till landstingen och socialstyrelsen.

## Nya behörighetskrav från 1961

Från år 1961 delades 1915 års behörighetslag upp i två: en läkarlag respektive en lag om förbud mot viss verksamhet på hälso- och sjukvårdens område, allmänt kallad kvacksalverilagen. Den bakomliggande kvacksalveriutredningen tillsatt 1951 förde en intressant diskussion kring begreppen läkekonst respektive läkarkonst.<sup>56</sup> 1915 års lag hade talat om både behörig och obehörig läkarkonst, men denna konst ansågs nu kunna utövas enbart av läkare. Läkekonst däremot, det kunde även lekmän ägna sig åt. Men alla som ägnade sig åt hälso- och sjukvård var inte lekmän; vissa kunde ha utländsk examen som inte godkänts här. Begreppet ”kvacksalvare” ansågs däremot ha en entydig betydelse för allmänheten: det var en person som utövade läkekonsten utan att vara läkare. Och om en kvacksalvare var lika med en obehörig person, så gällde begreppet även utländska läkare och ofullständigt utbildade personer, vilket här inte sågs som problematiskt. Utredningen valde sålunda att som kvacksalvare beteckna alla som, utan att äga särskild behörighet, utövade läkekonsten yrkesmässigt eller eljest mot ersättning.

I den nya läkarlagen fanns tre varianter av behörighet kvar: legitimation efter examen, förordning till tjänst eller begränsad behörighet beviljad av konungen eller medicinalstyrelsen. Kravet på svenskt medborgarskap för legitimation slopades. Enligt tillämpningsföreskrifterna till lagen behövde läkare med utländsk medicinsk examen efterutbildning.<sup>57</sup> Grunderna för återkallelse av legitimation utvidgades något, bland annat med grov oskicklighet vid utövning eller uppenbar olämplighet. Nu fick läkarna också sin sedan länge krävda skyddade yrkestitel. Titelskyddet innebar dock inget skydd för

---

<sup>56</sup> SOU 1956:29, s. 22–27.

<sup>57</sup> SFS 1960:653.



yrkesverksamheten i form av monopol. Medicinalstyrelsen tog över specialistbehörigheten med krav på i regel 5 års tjänstgöring vid relevanta kliniker. Nu fanns 28 specialiteter listade.

Efter flera revideringar av behörighetslagstiftningen är det i dag patientsäkerhetslagen som gäller.<sup>58</sup> Här finns fortfarande en paragraf om att den som på annat sätt än genom stadgad utbildning eller praktisk tjänstgöring förvärvat motsvarande kompetens, efter ansökan kan ges legitimation för yrket, men utrymmet för avvikelser från normen är litet. Det är emellertid fortfarande fritt fram för i stort sett vem som helst att behandla sjuka, med få restriktioner. Och sedan ett par decennier tillbaka gäller kravet på en hälso- och sjukvårdande verksamhet som överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet inte bara läkare, utan all behörig hälso- och sjukvårdspersonal. Läkare är nu inte ensamma i vården om att vara vetenskapens fanbärare, och det är inte heller bara den medicinska vetenskapen som åsyftas med lagtexten.

Legitimationen innebär ett samhälleligt förtroende för yrkesgrupper med självständig verksamhet. Poängen är att yrket står under samhällets tillsyn och att yrkesförbud kan utfärdas för olämpliga läkare, dvs. sådana som uppfyller de formella kraven, men som inte bör få verka som läkare av olika skäl. Även i dag sägs att legitimationens främsta betydelse ligger i samhällets möjlighet att, genom indragning av legitimationen, på ett märkbart och tydligt sätt kunna reagera när en legitimerad yrkesutövare allvarligt missköter sig.

Det har inte varit självklart att andra yrkesgrupper ska få legitimation, vilket beslutas i riksdagen. Den organiserade läkarkåren har haft invändningar mot bland annat psykologers, psykoterapeuters, kiropraktorers och naprapaters legitimering. I takt med att allt fler yrkesgrupper legitimerats, har nya demarkationslinjer tillkommit, som skyddad titel och ensamrätt till yrket, högskoleutbildning med forskarutbildning eller inte, osv. Förslagen om någon form av registrering av alternativ- och komplementärmedicinska utövare, som skulle innebära en principiell kursändring bort från specifik bedömning av enskilda yrkesgrupper till kollektiv kategorisering, har hittills fallit.

---

<sup>58</sup> SFS 2010:659.

## Nya gränser och innehåll för läkaryrket?

Historien knyter an till högaktuella frågor. Den av 2011 års läkarutbildningsutredning återopade Lancetkommissionen, som presenterat förslag till riktlinjer för framtidens hälso- och sjukvårdsprofessioner, konstaterar att dagens arbetsdelning mellan olika professioner är en social konstruktion emanerande från komplexa historiska processer som inkluderar politiska intressen, kulturella värderingar osv., som mycket väl kan omprövas.<sup>59</sup> Det gäller givetvis även arbetsfördelningen inom läkaryrket.

Alla förslag till en reformerad läkarutbildning innebär att även formulera inriktningen på framtidens hälso- och sjukvård och de yrkeskategorier som kommer att behövas för önskade syften. När nutida analyser av hälso- och sjukvården talar om ojämlikhet i hälsa och vård, om fragmenterade vårdprocesser som inte utgår från patientens behov, en bristande helhetssyn och om alltför stor betoning på behandling i stället för förebyggande insatser,<sup>60</sup> så låter det som ekon från 1900-talets utredningar och diskussioner om framtidens vård.

Nationellt och internationellt talas nu om att de professionshistoriskt mödosamt monopoliserade yrkesgränserna behöver brytas upp för att istället utgå ifrån de kompetenser som patienternas och samhällets behov kräver. Förslagen är inte revolutionerande; gränserna mellan olika vårdande yrkens verksamhetsområden har förskjutits många gånger förr. Det framförs som nytt förslag att patienterna måste få möjligheter att vara delaktiga i sin egen vård, och att patienter och deras företrädare måste engageras i beslut som berör hälso- och sjukvårdens utveckling även på policynivå.<sup>61</sup> Med tanke på läkarverksamhetens patient- och samhällsorienterande natur kan också diskuteras varför läkare själva ska formulera de etiska regler som ska gälla yrkeskårens verksamhet. När det talas om att den medicinska utbildningen behöver lämna rum för mer humaniora och samhällsvetenskap, mer av kritiskt tänkande, etik och kommunikationsförmåga,<sup>62</sup> har det sagts förut. Även det globala perspektivet har berörts tidigare, även om det nu uttalas ovanligt explicit att den svenska läkarutbildningen i framtiden sannolikt kommer att utformas mer utifrån internationella krav och kvalitetsaspekter än det nationella läkarbehovet.<sup>63</sup> Det nya som tillkommit är framför allt

---

<sup>59</sup> Frenk et al 2010.

<sup>60</sup> Docteur & Coulter 2012.

<sup>61</sup> Docteur & Coulter 2012.

<sup>62</sup> Frenk et al 2010.

<sup>63</sup> Lindgren et al 2011.

tal om risk och säkerhet i vården, vilket indikerar ytterligare avig-sidor med vårdens utveckling i skuggan av dess framsteg. De ständigt underliggande frågorna om vad den expanderande vården och läkarkåren åstadkommit för befolkningens hälsa i relation till förbättrad hygien, kost och andra individuella och samhällsliga åtgärder, är inte lätta att besvara och måste även här läggas åt sidan, även om de pockar på uppmärksamhet. Förslagen att läkaren framöver måste ägna sig mer åt hälsofrämjande arbete, behöver också ställas i relation till att detta hittills varit ett område som andra yrkesgrupper nischat in sig på medan läkare huvudsakligen ägnat sig åt behandling – alltifrån olika alternativa hälsorörelser över sjuksköterskor inom barna- och mödravård till nutidens högskoleutbildade hälsopedagoger och hälsoutvecklare, och många fler.

Med tiden och utvecklingen har de eftersträvade idealen inom och för läkarkåren skiftat fokus: från läkarens personliga egenskaper och förmågor, till evidensbaserad av medicinska teknologier. Läkarens person och agerande ses inte längre självklart som ett läkemedel i sig, önskvärt och möjligt att utvärdera och maximera effekten av.

Idéhistorikern Karin Johannisson konstaterar att specialisten fortfarande är höjd i hierarkin över generalisten.<sup>64</sup> Ju mer organ- eller områdesspecialiserad kliniken är, desto högre prestige. Ju mer blicken är riktad mot hela människan – som inom allmänmedicin, psykiatri, geriatrik – desto svagare status. Hon beskriver två vetenskapsideal, som också delas in i specialist kontra generalist, kliniker kontra forskare etc. Och är syftet att behandla patienten eller att testa behandlingen? Medicinen rymmer både naturvetenskap och tolkningsvetenskap. Frågan är hur morgondagens läkare ska danas för att kunna hantera medicinens multipla personligheter.

✧

## Om författaren

Motzi Eklöf är docent i hälsa och samhälle och lektor på Institutionen för hälso- och vårdvetenskap, Linnéuniversitetet, samt frilansande forskare och skribent med breda intressen inom området för Medical Humanities. Senast publicerade böcker är *Läkare och läkekonster* (2010) och antologin *Naturen, kuren och samhället: Vård på sanatorier och kurorter cirka 1870–2010* (2011).

---

<sup>64</sup> Johannisson 2010, s. 81.

## Källor och litteratur

- Beckman, Ernst (1896) *En läkare*, skrifter utgifna af Ord och Bild 3, Stockholm.
- Bonner, Thomas Neville (1995) *Becoming a physician: Medical education in Britain, France, Germany, and the United States, 1750–1945*, Baltimore & London.
- Collins, Harry & Pinch, Trevor (2005) *Dr. Golem: How to think about medicine*, Chicago & London.
- Docteur, Elizabeth & Coulter, Angela (2012) *Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård: En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring*, Rapport 2012:5, Vårdanalys, Stockholm.
- Eklöf, Motzi (2000) *Läkarens ethos: Studier i den svenska läkarkårens identiteter, intressen och ideal 1890–1960*, Linköping Studies in Arts and Science No. 216, Linköping.
- Eklöf, Motzi (2007) The homeopathic hospital that never was: Attempts in the Swedish riksdag (1853–1863) to obtain support for establishment of a homeopathic hospital, and the issue of theory versus empiricism in medicine, *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* vol 26, s. 167–206.
- Eklöf, Motzi (2010) *Läkare och läkekonster*, Stockholm.
- Engel, Arthur (1963) Medicinalväsendets aktuella problem, i: *Medicinalväsendet i Sverige 1813–1962: Utgiven med anledning av Kungl. Medicinalstyrelsens 300-årsjubileum*, red. Wolfram Kock, Stockholm.
- Frenk, Julio et al (2010) Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world, *The Lancet* vol 376, s. 1923–1958.
- Haller, John S. Jr. (2005) *The history of American homeopathy: The academic years, 1820–1935*, New York London & Oxford.
- Johannisson, Karin; Nilsson, Ingemar & Qvarsell, Roger, red (2010) *Medicinen blir till vetenskap: Karolinska Institutet under två århundraden*, Stockholm.
- Johannisson, Karin (2010) Kliniken: medicinens praktik, i: Karin Johannisson, Ingemar Nilsson & Roger Qvarsell, red., *Medicinen blir till vetenskap: Karolinska Institutet under två århundraden*, Stockholm, s. 42–83.

- Lindgren, Stefan m fl (2011) Medical education in Sweden, *Medical Teacher*, vol 33, s. 798–803.
- Medicinalväsendet i Sverige 1813–1962* (1963) Utgiven med anledning av Kungl. Medicinalstyrelsens 300-årsjubileum, red. Wolfram Kock, Stockholm.
- Nelson, Marie C. (2004) En historia om vård förr, i: Eklöf, Motzi, red. *Perspektiv på komplementär medicin: Medicinsk pluralism i mångvetenskaplig belysning*, Lund.
- Palier, Bruno (2006) *Hälso- och sjukvårdens reformer: En internationell jämförelse*. Sveriges Kommuner och Landsting, Stockholm.
- Qvarsell, Roger (2003) Läkaren mellan vetenskap och samhälle, i: *Ett sekel med läkaren i fokus: Läkarförbundet 1903–2003*, red. Nils O. Sjöstrand, Stockholm, s. 151–167.
- Rocca, Julius (2006) *Forging a medical university: The establishment of Sweden's Karolinska institutet*, Stockholm.
- Romanson, Henrik Wilhelm (1830) *Försök till vägledning vid läkarekonstens utövande*, Upsala.
- Riksdagstrycket (1954) *Proposition 1954:212 angående reformering av läkarutbildningen*.
- Riksdagstrycket (1960) *Proposition 1960:159 med förslag till riktlinjer för regionsjukvårdens utbyggande mm*.
- SFS Lag (1915:362) *om behörighet att utöva läkarkonsten*
- SFS Lag (1960:408) *om behörighet att utöva läkaryrket*
- SFS Lag (1960:409) *om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område*
- SFS 1960:653 *Kungl. Maj:ts kungörelse med tillämpningsföreskrifter till lagen om behörighet att utöva läkaryrket*.
- SFS Patientsäkerhetslagen (2010:659)
- SOU 1935:52 *Betänkande med undersökningar och förslag i anledningen av tillströmningen till de intellektuella yrkena*, Ecklesiastikdepartementet, Stockholm.
- SOU 1940:32 *De yngre sjukhusläkarnas avlönings-, arbets- och bostadsförhållanden*: Gösta Ahlberg för 1938 års hälso- och sjukvårdssakkunniga, Stockholm.
- SOU 1941:27 *Överarbetning av förslag angående läkarutbildningen: Utbildningen till medicine licentiatexamen*, verkställd av inom Ecklesiastikdepartementet tillkallade sakkunniga, Stockholm.

- SOU 1942:4 *De yngre sjukhusläkarnas avlönings-, arbets- och bostadsförhållanden: Utredning och förslag*, 1938 års hälso- och sjukvårdssakkunniga, Stockholm.
- SOU 1943:41 *Betänkande med utredning och förslag angående läkarutbildningen: 2, Fortsättnings- och repetitionskurser för läkare*, läkarutbildningssakkunniga, Stockholm.
- SOU 1945:56 *Betänkande med utredning och förslag angående läkarutbildningen: 3, Utbildningen efter medicine licentiatexamen*, läkarutbildningssakkunniga, Stockholm.
- SOU 1948:14 *Den öppna läkarvården i riket: Utredning och förslag av Medicinalstyrelsen*, Stockholm.
- SOU 1951:4 *Antagningen av medicine studerande m.fl. Betänkande av 1948 års läkarutbildningskommitté*, Stockholm.
- SOU 1953:7 *Läkarutbildningen: Betänkande av 1948 års läkarutbildningskommitté*, Stockholm.
- SOU 1956:29 *Lag om rätt att utöva läkekonsten: Förslag avgiivet av kvacksalveriutredningen*, Stockholm.
- SOU 1956:34 *Kliniska utbildningsplatser för blivande läkare: Betänkande av 1955 års läkarutbildningsutredning*, Stockholm.
- SOU 1958:15 *Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena: Kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket*, Inrikesdepartementet, Stockholm.
- SOU 1961:8 *Om läkarbehov och läkartillgång: Betänkande av läkarprognosutredningen*, Stockholm.
- SOU 1963:21 *Sjukhus och öppen vård: Betänkande av ÖHS-kommittén*, Inrikesdepartementet, Stockholm.
- SOU 1967:51 *Läkares grundutbildning och vidareutbildning: Betänkande av sakkunniga tillkallade av Medicinalstyrelsen och Universitetskanslerämbetet*, Stockholm.
- Sjöstrand, Nils O. (2003) *Läkarnas grundutbildning, i: Ett sekel med läkaren i fokus: Läkarförbundet 1903–2003*, red. Nils O. Sjöstrand, Stockholm, s. 329–349.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2010) *Från sjukhussäng till e-hälsa: Utvecklingstendenser inom hälso- och sjukvården*, Stockholm.
- Weisz, George (2006) *Divide and conquer: A comparative history of medical specialization*, Oxford.

# Klinisk handledning under läkarutbildningen

*Mats Wahlqvist och Stig Rödjer*

Klinisk handledning i läkarutbildningen syftar till att läkarstuderande skall lära sig kliniska och professionella kompetenser. Den kliniska handledaren introducerar studenter i patientvården på arbetsplatsen och stöder studenters lärande genom att målriktat och strukturera studentens aktiviteter och bedöma utvecklingen. Handledaren involverar också studenter i samarbetet med vårdens yrkesgrupper.

I kapitlet ges exempel på hur klinisk handledning kan gå till. Därefter diskuteras handledarnas arbetsvillkor och meritering. Om akademien tillsammans med hälso- och sjukvården utbildar, stödjer och meriterar kliniska handledare gynnas studenternas lärande av kliniska och professionella kompetenser. Samtidigt utvecklas vårdens arbetsplatser till goda lärandemiljöer.

Framställningen bygger på forskning i området, våra egna studier och erfarenheter från kliniskt arbete med läkarstudenter och kursutveckling. Våra erfarenheter av utbildningar och kontakter med handledare under de senaste tjugo åren har också bidragit.

## Läkarstudenter i klinisk praktik

### *Lärande av kliniska och professionella kompetenser*

Den kliniska grundutbildningen till läkare utmärktes under århundraden av en personligt präglad mästare-lärlingsmodell. Under 1900-talet är var läkares grundutbildning relativt enhetligt utformad: en tvåårig preklinisk period följdes av en längre klinisk utbildning inom olika medicinska specialiteter. I takt med sjukvårdens utbyggnad och läkarstudenternas ökade antal upphörde mästare-lärlingsmodellen. En ökad subspecialisering bidrog till att läkarstudenternas kliniska grundutbildning blev alltmer uppdelad. Samtidigt förkortades vårdtiderna på sjukhus och mycket av vården förlades i öppen vård. Sammantaget ledde dessa förändringar i sjukvården till helt nya förutsättningar för läkarstudenternas lärande av praktiska och kliniska kunskaper. Under samma tid har större krav ställts på läkares professionella kompetens; av patienter, anhöriga, politiker, tjänstemän och det omgivande samhället.

Senare tids medicinsk-pedagogisk forskning betonar vikten av att studenterna får växla mellan lärande av de medicinska baskunskaperna och upplevelsebaserat lärande av kliniska kompetenser. Det ökar motivationen, det ger en tidig introduktion till yrket och sätter dessutom in de medicinska baskunskaperna i ett större och mer begripligt sammanhang. Då utnyttjas också tiden bättre för den professionella utvecklingen. Utbildning av professionella kompetenser i kommunikation, konsultation, ledarskap och samarbete, etik och mänskliga rättigheter och ett vetenskapligt kritiskt förhållningssätt har fått allt större vikt i läkares grundutbildning. Det finns flera exempel på styrdokument och deklARATIONER som tagits fram av läkarprofessionen som tagit upp läkares professionella kompetenser [1,2]. Under senare tid har samlingsnamnet professionell utveckling ofta använts [3].

### *Pedagogiska utgångspunkter*

Flera pedagogiska perspektiv är relevanta i klinisk handledning. En viktig utgångspunkt är pedagogisk forskning av högskolestuderandes lärande [4]. Universitetsstudier gynnas av att utbildningens mål, studenternas egna aktiviteter och examinationen av de avsedda studieresultaten tydligt hänger ihop och stöds av det klimat som lärarna skapar samt av organisationens regler. Processen



kallas constructive alignment (sv. konstruktivt länkande) och är en ofta använd pedagogisk modell i många universitetsutbildningar [5].

I den kliniska handledningen kan studenten utgå från egna konkreta upplevelser i praktiken och det är viktigt att därefter få möjlighet att reflektera över dem [6]. Reflektionens centrala betydelse framhålls särskilt av de norska pedagogerna Handal och Lauvås som med sina arbeten starkt påverkat handledning i akademisk professionsutbildning i Skandinavien.

2010 publicerades ”Educating physicians”, en stor studie av amerikansk läkarutbildning av forskarna Cook, Irby och O’Brian med ett brett perspektiv på utvecklingen under 100 år [7]. De anger tre grundläggande premisser för läkarstuderandes lärande i klinisk praktik:

1. Studentens lärande i praktiken utvecklas fortlöpande, i en progression över tid.
2. Studentens lärande i praktiken förutsätter ett deltagande.
3. Studentens lärande i praktiken är knutet till den kliniska lärandemiljön och personerna på vårdenheten.

Författarna är här influerade av ett socio-kulturellt perspektiv på lärande [8, 9]. En viktig del i detta perspektiv är den socialisationsprocess som kallas ”entering a community of practitioners”. Hos läkare sker detta i klinisk praktik och genom klinisk handledning. Cook, Irby och O’Brian ger området professionella kompetenser stort utrymme.

I Sverige lanserades under 1980- och 1990- talet tidig patient- och yrkeskontakt som en viktig del i grundutbildningen. Dessa tidiga kurser infördes efterhand på samtliga utbildningsorter och handledare utbildades ofta under 2–4 dagar [10,11]. Kurser i klinisk propedeutik började använda konceptet konsultationskunskap.

Läkarstudenters lärande av konsultationen underlättades om de fick vara aktiva i den kliniska praktiken och kunde påverka sin utbildning. Studenternas beskrivningar av medvetenhet och självförtroende motsvarades av en förstärkt relation till en handledare. Lärandet av konsultationen och patient-läkarrelationen bör ske fortlöpande i den kliniska delen av utbildningen i en handledningsrelation och ha ett processinriktat, studentcentrerat och erfarenhetsbaserat arbetssätt som inkluderar återkoppling och reflektion.

Konklusionen var att kunskaper och färdigheter om konsultationen och andra professionella kompetenser behöver tydligt identifieras och examineras under läkares kliniska grundutbildning [12].

### *Lärande på arbetsplatsen*

Om läkarstudenterna tas i anspråk och blir bemötta som blivande kollegor vid en arbetsplats över tid medför det en möjlighet till snabbare utveckling av vissa komplexa förmågor [13]. Till dem hör exempelvis förmågan att samarbeta i ett vårdteam. Klinisk handledning med kontinuitet på en arbetsplats är också väsentligt för att skapa en känsla av att verka i ett meningsfullt sammanhang och ge en trygg bas för läkarrollen. Motsatsen, en alltför långt driven fragmentering av relationerna mellan student-lärare, har flera allvarliga nackdelar som nu diskuteras [14,15]. Fragmenteringen av relationerna kan leda till att studenterna inte får möjlighet att bygga upp förmågan att gradvis ta ett eget och självständigt ansvar.

Med tillgång till ett forum för reflektion får studenterna också en möjlighet att reagera på och diskutera händelser som ingår i den dolda läroplanen (the hidden curriculum) som verkar i motsatt riktning gentemot flera av de professionella kompetensmålen. Försök att på detta vis exponera studenter för händelser som hör till den dolda läroplanen och reflektera över dem har visat lovande resultat [16,17].

## **Handledning i klinisk praktik**

### *Handledning av kliniska ämneskompetenser*

”Handledning” är en beteckning för många olika aktiviteter. Många skiljer numera mellan *instruktion och handledning över tid, inom ramen för en relation*. Den kliniska undervisningen genomförs med denna terminologi av en instruktör eller en handledare. Denna uppdelning förtydligar också vilka studieresultat som är möjliga att uppnå. I Tabell 1 exemplifieras detta, med några förslag till lärandemål som diskuteras i den pågående utredningen.

**Tabell 1 Ramverk för klinisk handledning:  
Lärandemål, exempel, metod för lärande och bedömning.**

Några av lärandemålen är förslag som diskuteras i den pågående utredningen.

Lärandemål	Exempel	Metod för lärande	Bedömning
<i>Färdigheter och förmågor</i>			
Utföra enklare kliniska procedurer	Hjärt-lungräddning, provtagning, punktioner	Instruktion	Objektiv strukturerad klinisk examination, OSCE
Kritiskt och systematiskt integrera och använda kunskap samt analysera och värdera komplexa företeelser, frågeställningar, och situationer	Kliniskt resonerande: Preliminär bedömning med arbetshypotes och plan för fortsatt handläggning	Genomgång i smågrupp: utredning och vård av en autentisk patient på en klinisk arbetsplats	Multiple Essay Questions, MEQ
		Case-metodik	Muntlig tentamen med utgångspunkt i en fallbeskrivning
Visa fördjupad förmåga till patientcenterade samtal med patienter och deras närstående med respekt för patientens integritet, behov, kunskaper och erfarenheter	Handledning av patientkonsultationer, kontakter med närstående	Handledning i par och grupp över längre tid	Formativ examination-diagnostisk bedömning
		Självvärdering av konsultationsfärdigheter med protokoll	
		Observation av medstudent	Praktiskt prov av en hel konsultation
		Medsittning eller video-feedback av handledare	
<i>Värderingsförmåga och förhållningssätt</i>			
Visa förmåga till självreflektion, empatisk förmåga och ett professionellt förhållningssätt	Handledning av patientkonsultationer, kontakter med närstående, samt kontakter i arbetslaget	Gruppdiskussioner med reflektion	Portfolio-examination:
		Skriftlig reflektion i en portfolio med muntlig genomgång	Bedömning av skriftlig reflektion över flera konsultationer/kontakter och självvärderingar
Visa förmåga till humanistiskt förhållningssätt gentemot patienter och närstående med särskilt beaktande av etiska principer och de mänskliga rättigheterna	Diskussion av autentiska fall och etisk analys samt diskussion av mänskliga rättigheter	Introducerande katedrala moment	Skriftlig reflektion över egen loggbok och fallbeskrivningar, med etisk analys och mänskliga rättighetsaspekter
		Studieuppgifter: Föra logg-bok med fältanteckningar	
		Handledning och reflektion i liten grupp	Muntlig presentation

Man behöver utgå från vilka specifika lärandemål studenten skall nå och man kan därefter välja lämplig metod. Studenter kan inledningsvis lära sig kliniska färdigheter; handgrepp och procedurer, med hjälp av atrapper och instruktörer (ex. hjärt-lung räddning). Med modern simuleringsteknik har nya och mer komplexa funktioner byggts in. Det finns numera övningar som utnyttjar datoriserade dockor och observation på distans vilket används i träning av teamarbete.

Studenterna behöver sedan få tillgång till autentiska patientmöten i praktiken. Genom överinseende av en instruktör får de utföra olika provtagningar och viktiga och vanliga undersökningsprocedurer, t.ex. kroppsundersökning, punktera en artär och ”ta en blodgas”. I alla former av färdighetsträning behöver handledaren kunskaper om återkoppling.

För att träna upp hur man genomför känsliga undersökningar och i dem bevarar patientens integritet krävs mer planering. Handledaren behöver med omsorg förbereda både patient och student. Handledaren behöver dessutom tid för att fånga upp studenternas emotionella reaktioner och föra ett reflekterande samtal.

#### *Handledning och feedback av professionella kompetenser*

I klinisk handledning på arbetsplatsen vävs lärandet av klinisk kompetens samman med lärandet av professionell kompetens. Avgörande för studentens personliga och professionella utveckling är en relation mellan handledaren och en grupp studenter på arbetsplatsen, samt att studenterna är välkomna och accepterade av arbetslaget [13]. För att denna relation skall utvecklas krävs längre sammanhängande placeringar på enheten. Handledaren behöver strukturera och definiera tydliga uppgifter för studenterna. Då behövs även pedagogiska kunskaper och färdigheter i hur man handleder en liten grupp och mobiliserar studenterna att tillsammans lösa uppgifterna. Med lite observationstid får en klinisk handledare möjlighet att identifiera studenternas individuella förmågor och behov. Exempel på en strukturerad handledning visas i Faktaruta 1.

**Faktaruta 1**

Exempel på strukturerad klinisk handledning med reflektion och feedback.

1. **Inledning.** Handledare möter studentgruppen (2–6 st), anger förutsättningarna och överenskommer i dialog vad studenterna skall lära sig; anknytning till mål i kursplan/studiehandledning.
2. **Definiera och anpassa uppgiften för den enskilde studenten.**  
Detta skall ni kunna. – Vad behöver du träna? Vad tycker du är lätt, svårt?
3. **Arrangera/anpassa kliniska situationen.** Exempelvis mottagning, förbereda patienter som samtycker att delta.
4. **Studenterna genomför momentet.** Handledare eller medstudent observerar, använder ev. ett strukturerat lärostöd som fokuserar på vad studenten skall kunna.
5. **Genomgång, feedback och reflektion.**
6. **Plan för fortsatt träning.**

Den kliniske handledaren behöver således vara förtrogen med studenternas lärandemål och kunna involvera studenterna i utvalt kliniskt arbete. Med klara mål, strukturerad handledning med specifik feedback och reflektion kan de professionella kompetenserna befastas och fördjupas. En diagnostisk-formativ bedömning halvvägs i placeringen kan identifiera studentens styrkor – som inte sällan är underskattade av studenten – och behov av fortsatt träning. Den avslutas med att handledaren och studenten lägger upp en plan för fortsatt träning.

I handledning över tid kan parallellprocesser och ett modellinlärande mellan handledare – student – patient utnyttjas. Ett studentcentrerat arbetsätt i handledningen skapar hos studenten erfarenheter och en förståelse för att arbeta patientcentrerat i sina framtida konsultationer. En handledare, som kan lyssna aktivt på studenten, visar i sitt eget handlande vad hon/han vill att studenten skall lära sig. Uppkomsten av beskrivna ”blockerande beteenden” i läkarens bemötande av patienters emotionella signaler kan därmed förhind-

ras [18]. Med en egen upplevelse av kontinuitet i utbildningen etableras dessutom en modell av vad kontinuitet kan betyda i läkarens framtida patientkontakter.

Genom att lära känna studenterna kan handledarna hjälpa till att hantera vanliga emotionella reaktioner som många studenter får av att möta svårt sjuka och döende patienter.

I dessa situationer är det viktigt att läkarstudenten kan tillhöra en handledningsgrupp och kan reflektera över sina reaktioner för att kunna hantera dem. Etiska konflikter kan också engagera studenterna mycket och vardagsetiska frågor kan med fördel belysas och diskuteras i den kliniska handledningen [19].

### *Bedömning av professionella kompetenser*

Formativa examinationer ("diagnostiska" prov, utan slutbetyg) lämpar sig väl för att åstadkomma framåtsyftande bedömningar av professionella förmågor (Tabell 1). När studenten är mer förtrogen med hur formativa bedömningar går till kan också summativa slutbedömningar göras. Exempel på det är praktiska prov med standardiserade bedömningsmallar som är transparenta för studenter och lärare.

Ann-Christin Haffling, Lunds universitet, har nyligen redovisat studenters erfarenheter av portfolioexamination [20]. Studien visade att sistaårsstudenter lyfte fram patient-centrerad kommunikation, kliniskt resonerande och professionell utveckling medan studenter tidigt i utbildningen reflekterade över betydelsen av goda förebilder. Användning av ett arbetsplatsbaserat bedömningsinstrument av konsultationsförmågor under lång tid ökade andelen specifika mål och specifik feedback till studenterna. Studenternas brister under den sista terminen låg främst i området arbetsdiagnoser och planering av fortsatt handläggning. Bedömningsinstrumentet hade liksom reflektionssportföljen en acceptabel reliabilitet, validitet och en positiv pedagogisk inverkan på studentens lärande.

## Handledarens uppdrag och arbetsvillkor – nu och i framtiden

### *Handledarens uppdrag*

Att vara handledare för studenter under klinisk utbildning har varit en självklar del av arbetet som yngre läkare, samtidigt som det primära i verksamheten är vården och omhändertagandet av patienterna. Framför allt har det varit aktuellt vid universitetssjukhus men också vid s.k. upplåtta enheter i sjukvården, vårdcentraler och andra mottagningar. Den traditionella modellen av klinisk handledning är att läkare på AT- och ST-nivå utan formell handledarutbildning tar hand om studenterna under överinseende av överläkaren eller chefen på enheten. En vanlig beskrivning av hur en läkare får uppdraget att vara handledare är att ”plötsligt en dag så var studenterna där och någon skulle ta hand om dem”. Grupper om 6–8 studenter brukar vara placerade på en enhet under en vecka. Ofta sker bytet mellan olika arbetsplatser för studenterna på en måndag då samtidigt avdelningens läkare byter.

Studentskattningar av den kliniska handledningen under kurserna i medicin-kirurgi har pekat nedåt och introduktionen är bristfällig. Endast 10 procent av studenterna uppger att de haft en handledare att vända sig till och 94 procent tycker att arbetsplatslärandet behöver förbättras [21]. Rapporten diskuterar att stora undervisningsgrupper i kombination med handledarens tidsbrist tycks hämma den kliniska utbildningen.

### *Utbildning och meritering av kliniska handledare*

I motsats till ovanstående traditionella ad-hoc modell har man satsat på utbildade handledare. Det har skett vid den tidiga introduktionen av studenterna under de första åren vid kurser av typ ”tidig patientkontakt” och inom primärvården. En enkätstudie till studenter och handledare i kursen Tidig yrkeskontakt redovisade att studenterna kände inspiration för yrket och ökat självförtroende i kontakten med patienter [11]. En intervjustudie av handledares erfarenheter bekräftade att handledarna fick stimulans av att handleda studenterna och att stödet från ledning, kollegor och personal på arbetsplatsen är avgörande för genomförandet [22]. Det förutsätter att den kliniska utbildningen och handledningen är en

erkänd del av hälso- och sjukvårdens verksamhet. Det är därför nödvändigt att de kliniska handledarnas arbete med läkarstudenterna schemaläggs.

Innehållet i utbildningen har handlat om vuxenlärande i klinisk praktik; handledningsmetodik av små grupper, att ge feedback och att leda reflekterande samtal. Professionell utveckling i läkarutbildningen ägnas särskilt utrymme. Gensvaret hos kursdeltagarna har varit positivt och man har efterlyst fler tillfällen för kollegiala pedagogiska möten. I grupparbeten och reflektioner i dessa utbildningar har handledarna framhållit sin entusiasm för mötet med studenterna men också påtalat vikten av avsatt tid, stöd och tydlig meritering.

Läkarprofessionen kan lära av utvecklingen inom övriga yrkesgruppers professionslärande (lärare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, logopedier). De har infört tydliga kompetenskrav för sina praktikhandledare (ex.vis krävs 7.5 hp för att handleda sjuksköterskeelever i den praktiska delen vid Sahlgrenska universitetssjukhuset). Den nya ST-utbildningens krav på allmänna kompetenser, bl a pedagogiska meriter med handledning och ledarskap, har accepterats och lett till en ökad medvetenhet om vikten av dessa förmågor. Att rikta sig till yngre läkare med en handledarutbildning har en stor potential.

Studenthandledning och undervisning nämns ofta i olika visions- och styrdokument men har fortfarande ett lågt meritvärde i akademien. Klinisk handledning tas heller inte upp i redovisningen av genomförda prestationer i sjukvårdens ekonomiska rapportering.

I akademien och i sjukvården har krav på kompetens och meriter en stor betydelse. Forsknings- och sjukvårdsmeriter har haft störst värde i läkarkåren. En ny läkarutbildning med professionella kompetensmål, ett ökande antal studenter samt därtill effektiviseringen i vården nödvändiggör att kvaliteten måste säkras. En ny befattning, "Klinisk handledare", med pedagogisk kompetens behöver nu etableras för att läkarstudenten skall kunna nå utbildningsmålen. I den framtida läkarutbildningen skall den kliniska handledaren vara en person som har utbildat sig och kvalificerat sig för att söka en sådan befattning.

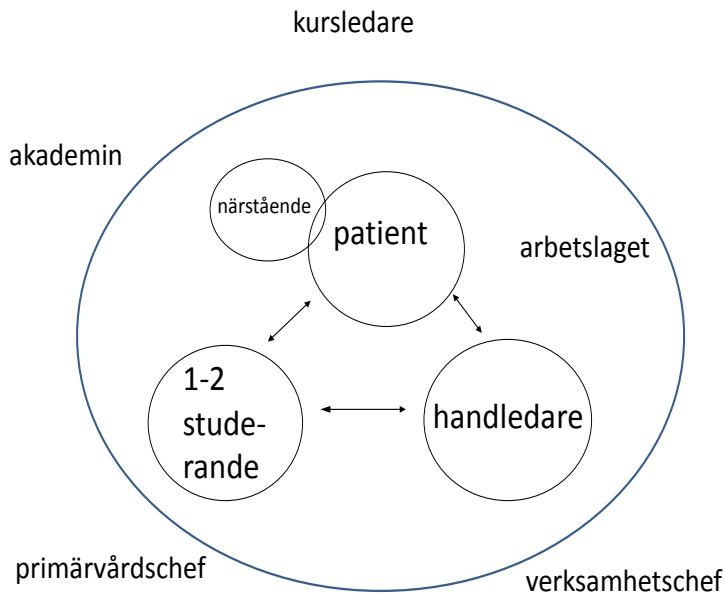
#### *Arbetsplatsen – en lärandemiljö*

Under de senaste decennierna har utbildning på arbetsplatsen, på engelska "workplace learning" fått ett större erkännande [13].



Arbetsplatsens psykosociala förhållanden är betydelsefulla för inläringen. Begreppet lärandemiljö har myntats och den från början klassiska triangeln mellan studerande, läkare/handledare och patient har utökats med omgivande arbetsplats och illustreras i Figur 1.

Figur 1 Lärandemiljö för läkarstudenter i klinisk praktik



Ringens markerar arbetsplatsen i sjukvården med triangeln läkarstuderande-handledare-patient som utökats med närstående och arbetslaget. Övriga viktiga aktörer i utbildningen markeras utanför arbetsplatsen.

I lärandemiljön är det inte enbart lokaler som är av betydelse, även om de behöver utformas med hänsyn till de studerandes behov. Avgörande för inlärandet är att studenten känner sig välkommen och betraktas som en blivande kollega, får uppgifter och att ingå i teamet.

Handledaren har en viktig uppgift att i god tid förbereda arbetsplatsen för den eller de kommande läkarstuderande. På de i dag komplexa och stressade arbetsplatserna, som skall erbjuda både sjukvård och utbildning, blir detta särskilt viktigt. Personal och kollegor behöver informeras, flertalet i arbetslaget medverkar i läkarstudenternas utbildning.

Under sin praktiska placering på olika arbetsplatser iakttar och noterar de studerande mycket av de relationer och attityder som råder på arbetsplatsen. Några citat som väl belyser detta erhöll vi i samband med studentutvärdering av kursen Tidig yrkeskontakt.

Jag tror det är bra för lärandeprocessen när man känner sig trygg i den miljö man är i och har lite riktlinjer för hur man skall genomföra saker. Jag tycker att stämningen här på vårdcentralen är väldigt trygg och go och...

En sak som man i efterhand kan förstå är hur viktigt det är med att övrig personal än handledaren tycker det är kul med studenter... om man känner sig i vägen för övrig personal – även om handledaren är bra – blir nog lärandeprocessen ändå lidande.

## Sammanfattning

Hälso – och sjukvården i dagens samhälle ställer nya krav på utbildade läkares professionella kompetenser. För att dessa skall kunna utvecklas krävs längre placeringar under den kliniska utbildningen med kontinuitet och en relation mellan handledare och studenter.

En god lärandemiljö för läkarstudenter innefattar namngivna och utbildade kliniska handledare som i sitt uppdrag aktivt stöds av arbetsplatsen. Handledaruppdraget skall vara en erkänd del av hälso- och sjukvårdens verksamhet och handledningen kräver tid.

I dag saknas definierade befattningar och karriärvägar för kliniska handledare.Handledning av läkarstudenter på arbetsplatsen behöver tydliggöras och åsättas ett tydligt meritvärde. Akademin och sjukvården bör gemensamt arbeta fram kompetenskrav och tjänstgöringsförhållanden för kliniska handledare i läkarutbildningen.

## Referenser

- [1] Medical professionalism project. Medical professionalism in the new millenium: A physician's charter. *The Lancet* 2002; 359: 520-522
- [2] General Medical Council, UK. Tomorrow's doctors. September 2009.  
[http://www.gmcuk.org/education/undergraduate/undergraduate\\_policy/tomorrows\\_doctors/tomorrows\\_doctors\\_2009.asp#1](http://www.gmcuk.org/education/undergraduate/undergraduate_policy/tomorrows_doctors/tomorrows_doctors_2009.asp#1)
- [3] Andersson S-O, Björkegren K, Foldevi M et al. Professionell utveckling inom läkaryrket. Stockholm: Liber, 2012.
- [4] Marton F, Säljö R: On qualitative differences in learning I – Outcome and process. *Br Jour Educ Psychol* 1976; 46:115-127.
- [5] Biggs J, Tang, C. Teaching for Quality Learning at University – What the Student Does, Open University Press; 2007.
- [6] Kolb DA. Experiential learning: Experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall;1977.
- [7] Cooke M, Irby DM, O'Brien BC. Educating Physicians: A Call for Reform of Medical School and Residency. Jossey-Bass: San Francisco; 2010.
- [8] Lave J, Wenger E. Situated learning: Legitimate peripheral participation. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1991.
- [9] Dornan T, Mann K, Scherpbier A, Spencer J, editors. Medical Education. Theory and practice. Churchill: Edinburgh; 2010.
- [10] Foldevi M, Sommansson G, Trelle E. Praktiker handleder medicinstuderande. *Linköpings läkarutbildning betonar primärvård. Läkartidningen* 1995;92:35-38
- [11] Hellquist G, Rödger S, von Below B, et al. Tidig yrkeskontakt stärker studenternas professionella utveckling. *Läkartidningen* 2005;102:2646-51
- [12] Wahlqvist M. Medical students- learning of the consultation and the patient-doctor relationship. [thesis] Sahlgrenska akademien: University of Gothenburg; 2007.  
<http://gupea.ub.gu.se/dspace/handle/2077/3762>

- [13] Dornan T. Experience-based learning: Learning clinical medicine in workplaces. Manchester, Universitaire Pers; Maastricht; 2006
- [14] Tiberius RG, Sinai J, Flak EA. The role of the teacher-learner relationship in medical education. In: Norman GR, Van der Vleuten CPM, Newble DI, editors. International Handbook of Research in Medical Education. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2002: pp 463-497.
- [15] Hirsh DA, Ogur B, Thibault GE, Cox M. "Continuity" as an organizing principle for clinical education reform. *New Engl J Med* 2007;356:858-866.
- [16] Bell SK, Krupat E, Fazio SB, Roberts DH, Schwartzstein RM. Longitudinal pedagogy: a successful response to the fragmentation of the third-year medical student clerkship experience. *Acad Med* 2008;83:467-75.
- [17] More is better: Students describe successful and unsuccessful experiences with teachers differently in brief and longitudinal relationships. *Acad Med* 2012;87:1389-1396.
- [18] Maguire P, Pitcealthly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 2002;325:697-700.
- [19] Ågård A, Lynöe N, Nilstun T, et al. Studenter behöver få träna etik under klinisk praktik. *Läkartidningen* 2009;106:3503-6.
- [20] Haffling A-C. Medical students in general practice. Students' learning experiences and perspectives from supervisors and patients. Lund University; 2011.
- [21] Medicine studerandes förbund. Utvärdering av den kliniska läkarutbildningen 2010.  
<http://www.slf.se/Pages/50237/Utv%C3%A4rdering%20av%20den%20kliniska%20l%C3%A4karutbildningen%202011205C.pdf>
- [22] von Below B, Rödger S, Wahlqvist M, et al. "I couldn't do this with opposition from my colleagues": A qualitative of physicians' experiences as clinical tutors. *BMC Medical Education* 2011, 11:79,  
<http://www.biomedcentral.com/1472-6920/11/79>

## Presentation av författarna

### *Mats Wahlqvist*

Medicine doktor vid Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet och specialist i psykiatri. Sedan tjugo år är jag verksam i Göteborgs läkarutbildning med pedagogiskt utvecklingsarbete och utbildning av studenter. Mitt forsknings- och utvecklingsområde är lärande av konsultationen och professionell utveckling. Jag har mångårig erfarenhet av handledarutbildning vid Sahlgrenska universitetssjukhuset och Sahlgrenska akademien och har utvecklat kursen "Klinisk handledning av medicine studerande- pedagogiska aspekter". Jag är nu processledare för ett av fem kärnområden i professionell utveckling; Kommunikativ förmåga och självreflektion.

### *Stig Rödger*

Docent vid Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet, specialist i internmedicin och hematologi vid Sahlgrenska universitetssjukhuset. Jag har mångårig utbildningserfarenhet av läkarstudenter i medicinsk och klinisk kemi, internmedicin och hematologi samt läkare på olika nivåer samt personal inom olika vårdyrken.

Sedan 2001 har jag varit knuten till enheten för allmänmedicin med uppgifter inriktade på professionell utveckling i läkarutbildningen. Jag var medlem av kursledningen för Tidig yrkeskontakt (TYK) när kursen planerades och startade 2001. Kursledningen för TYK erhöll 2002 Göteborgs universitets pedagogiska lagpris.

Vi har båda också deltagit i redaktionskommittén i en nyutkommen bok, Professionell utveckling inom läkaryrket.

# The Renewal of Undergraduate Medical Education in Sweden – Seminarium om en förnyad läkarutbildning

Tid och plats

23 maj 2012 kl. 13.00-17.30 på Norra Latin i Stockholm.

Program

13:00 Welcome!

13:15 **International and Evidence-based  
Perspectives on Undergraduate  
Medical Education**

*The Competencies Expected from Future  
Doctors*  
(Jim McKillop)

*The Spanish Doctor of the Future and  
Social Accountability of Medical  
Education*  
(Jorge L Palés)

*General Aspects of Assessment and Progress Testing*  
(Cees van der Vleuten)

*A Student Perspective on How Medical Education can meet The Needs of Future Doctors*  
(Margot Weggemans)

*The Future Role of Medical Schools*  
(David Gordon)

*Panel* (questions from audience and facilitator)

15:30

Kaffe

16:00

**A New Structure for Medical Education in Sweden**

*Brief Overview of Medical Education in Finland*  
(Kari Raivio)

*Work in Progress: Main Considerations from the Inquiry*  
(Stefan Lindgren)

*Critical Reflections*  
(Kari Raivio och Stefan Lindgren)

*Panel - Opportunities and Challenges*  
(Michael Bergström, Lars Haikola, Isabella Kongstad, Anders Tegnell, Barbro Westerholm)

*Questions and Discussion*

17:30

Slut

# Frågor till olika intressenter

## Till företrädare för patientorganisationerna<sup>1</sup>

### Frågor om framtidens läkarutbildning

Ett övergripande syfte med Läkarutbildningsutredningen är föreslå förändringar som bättre motsvarar vårdens behov. Direktiven för utredningen och relevant bakgrundsmaterial kan nås via utredningens webbplats: <http://www.sou.gov.se/lakarutbutr/>

Läkarutbildningsutredningen vänder sig till fler olika intressentgrupper för att få förslag och synpunkter. Viktiga frågor för utredningen är såväl den verksamhetsförlagda utbildningen som AT-tjänstgöringen, och vad den framtida läkaren bör kunna.

Syftet med nedanstående frågor är att få en bild av vad ni- utifrån patient – och medborgarperspektivet- uppfattar som möjligheter och utmaningar med förändringar i grundutbildningen för läkare. Vi tar gärna emot konkreta förslag på områden där förbättringar är angelägna.

Vi hoppas på ditt svar senast den 10 maj. Frågorna är ”öppna” och vi ser gärna kortfattade svar. Om du/ni bedömer att någon eller några av frågorna inte är relevanta för er, så lämna bara frågan obesvarad.

### Frågor:

1. I direktiven framhålls att det övergripande syftet med förändringar i läkarutbildningen är att den bättre ska kunna svara mot vårdens behov. Beskriv kortfattat – utifrån ett patientperspektiv – hur de framtida behoven i vården ser ut. Mot bakgrund av dessa, vilka förändringar i läkarnas grundutbildning bedömer du, och/ eller din organisation, vara mest angelägna?

---

<sup>1</sup> U2011:10/2013/10



2. I direktiven framgår vidare att utredningen ska beskriva vad framtidens läkare bör ha för kompetens. Beskriv kortfattat din och/ eller din organisations syn på den legitimerade läkarens kompetens, och hur grundutbildningen bör förbättras.
3. På vilket sätt skulle de nuvarande examensmålen för läkarutbildningen kunna förbättras? (se de nuvarande målen i Högskoleförordningen på utredningens webbplats: <http://www.sou.gov.se/lakarutbutr/>, under rubriken bakgrundsmaterial).
4. En tänkbar förändring som utredaren överväger är en samlad läkarutbildning fram till läkarexamen som är sex år, och inkluderar längre sammanhängande perioder av verksamhetsförlagd utbildning. För läkarexamen ska studenten då visa sådan kunskap och förmåga som krävs för behörighet som läkare. Detta innebär att strukturen med allmäntjänstgöring (AT) efter examen upphör, men att ansvar för kvalitetssäkring och examination tydliggörs. Har du/din organisation några synpunkter/reflektioner kring ett sådant förslag?
5. Ett annat scenario är att de förändringar som utredningsdirektiven föreskriver genomförs utan större förändringar i utbildningens struktur – dvs. att AT-tjänstgöringen huvudsakligen behålls, men att ”åtgärder vidtas för att säkerställa hög kvalitet”. Vilka förbättringar, inom nuvarande ordning för läkarutbildningen fram till legitimation, bedömer du och/ eller din organisation, i så fall vara särskilt angelägna?
6. Utöver ovanstående 2 möjligheter, finns det ytterligare alternativ när det gäller upplägg och struktur för grundutbildningen, som du och/ eller din organisation ni anser att utredaren bör överväga?
7. I direktiven framhålls också att forskningsanknytningen i grundutbildningen för läkare bör stärkas. Kommentera kortfattat hur du och/ eller din organisation ser på detta.
8. Övriga kommentarer, synpunkter?

Namn på min  
organisation: \_\_\_\_\_

Skicka svar, synpunkter och förslag senast den 10 maj till utred-  
ningens e-postadress:  
u.lakarutbildningsutredningen@education.ministry.se

Tack på förhand för ditt bidrag! /Utredningssekreteriatet

## Till företrädare för studentorganisationerna<sup>2</sup>

### En förändrad läkarutbildning – inbjudan att lämna synpunkter och förslag

Läkarutbildningsutredningen vänder sig till fler olika intressentgrupper för att få förslag och synpunkter. Viktiga frågor för utredningen är såväl den verksamhetsförlagda utbildningen som allmäntjänstgöringen (AT).

Syftet med nedanstående frågor är att få en bild av vad ni, utifrån ert perspektiv, uppfattar som möjligheter och utmaningar med en förändrad läkarutbildning. Utredningen önskar också få konkreta förslag på områden där förbättringar är angelägna.

Vi hoppas ni har möjlighet att bidra med era synpunkter och förslag senast den 20 april. Frågorna är ”öppna” och vi ser gärna kortfattade svar. Direktiven, examensbeskrivningen för läkarexamen, målen för AT och annat relevant material kan nås via utredningens webbplats: <http://www.sou.gov.se/lakarutbutr/>

### Frågor

- a) En tänkbar förändring som utredaren överväger är en samlad läkarutbildning fram till läkarexamen som är sex år och inkluderar längre sammanhängande perioder av verksamhetsförlagd utbildning. För läkarexamen ska studenten då visa sådan kunskap och förmåga som krävs för behörighet som läkare. Detta innebär att strukturen med allmäntjänstgöring (AT) efter examen upphör. Utifrån ert perspektiv, beskriv eventuella övergripande konsekvenser, utmaningar och möjligheter med en sådan förändring.
- b) I direktiven anges även att utredningen ska utreda om delar av utbildningen kan utformas som en anställning i sjukvården. Kommentera gärna en sådan modell.
- c) Ett annat scenario är att de förändringar som utredningsdirektiven föreskriver genomförs utan större förändringar i utbildningens struktur – dvs. att AT behålls men att ”åtgärder vidtas för att säkerställa hög kvalitet”. Vilka förbättringar inom

---

<sup>2</sup> U2011:10/2012/13

nuvarande ordning för läkarutbildningen fram till legitimation bedömer ni vara mest angelägna?

- d) Utöver ovanstående, finns det ytterligare alternativ när det gäller upplägg och struktur för utbildningen fram till legitimation som ni anser att utredaren bör överväga?
- e) På vilka sätt kan man säkerställa att utbildningen ligger i linje med hälso- och sjukvårdens framtida behov?
- f) På vilket sätt skulle de nuvarande examensmålen för läkarutbildningen kunna förbättras?
- g) Beskriv gärna några ”goda exempel” på hur den kliniska undervisningen planeras, struktureras, examineras och kvalitetssäkras.
- h) På vilket sätt skulle de nuvarande målen för AT kunna förbättras?
- i) Beskriv gärna några ”goda exempel” på hur utbildningsmoment och handledning under AT struktureras och kvalitetssäkras.
- j) Vilka förbättringar ni skulle vilja se inom vården när det gäller utveckling mot en mer uttalad lärandemiljö?

Vi ser gärna att ni, utöver frågorna ovan, kommenterar andra områden där utredaren enligt direktiven ska lämna förslag till förbättringar (t.ex. hur forskningsanknytningen i utbildningen kan stärkas ytterligare).

Skicka era synpunkter och förslag till utredningens e-postadress: [u.lakarutbildningsutredningen@education.ministry.se](mailto:u.lakarutbildningsutredningen@education.ministry.se)

*Tack på förhand för ert bidrag! / Utredningssekretariatet*

Sändlista:

Medicine studerandes förbund (MSF)  
Ordförandekonventet för medicine studerande i Sverige (OMSiS)  
Svenska läkaresällskapets kandidatförening  
Sveriges förenade studentkårer (SFS)  
Sveriges yngre läkares förening (SYLF)

## Frågor till AT-studierektorerna – inbjudan att lämna synpunkter och förslag<sup>3</sup>

Ett övergripande syfte med Läkarutbildningsutredningen är föreslå förändringar som bättre motsvarar vårdens behov. Direktiven för utredningen och relevant bakgrundsmaterial kan nås via utredningens webbplats: <http://www.sou.gov.se/lakarutbutr/>

Läkarutbildningsutredningen vänder sig till fler olika intressentgrupper för att få förslag och synpunkter. Viktiga frågor för utredningen är såväl den verksamhetsförlagda utbildningen som AT-tjänstgöringen. En särskilt central grupp i detta sammanhang är AT-studierektorerna.

Syftet med nedanstående frågor är att få en bild av vad ni utifrån ert perspektiv som studierektorer uppfattar som möjligheter och utmaningar med förändringar i grundutbildningen för läkare. Vi behöver också få konkreta förslag på områden där förbättringar är angelägna.

Vi hoppas på ditt svar senast den 20 april. Frågorna är ”öppna” och vi ser gärna kortfattade svar.

### Frågor:

9. En tänkbar förändring som utredaren överväger är en samlad läkarutbildning fram till läkarexamen som är sex år och inkluderar längre sammanhängande perioder av verksamhetsförlagd utbildning. För läkarexamen ska studenten då visa sådan kunskap och förmåga som krävs för behörighet som läkare. Detta innebär att strukturen med allmäntjänstgöring (AT) efter examen upphör. Utifrån ett undervisnings- handledarperspektiv – beskriv eventuella övergripande konsekvenser, utmaningar och möjligheter med en sådan förändring.
10. I direktiven anges även att utredningen ska utreda om delar av utbildningen kan utformas som en anställning i sjukvården. Kommentera gärna en sådan modell.
11. Ett annat scenario är att de förändringar som utredningsdirektiven föreskriver genomförs utan större förändringar i utbildningens struktur – dvs. att AT behålls men att ”åtgärder vidtas för att säkerställa hög kvalitet”. Vilka förbättringar inom

---

<sup>3</sup> U2011:10/2013/8

nuvarande ordning för läkarutbildningen fram till legitimation bedömer du/ni vara särskilt angelägna?

12. Utöver ovanstående, finns det ytterligare alternativ när det gäller upplägg och struktur för grundutbildningen som ni anser att utredaren bör överväga?
13. På vilka sätt kan man säkerställa att utbildningen ligger i linje med hälso- och sjukvårdens framtida behov?
14. På vilket sätt skulle de nuvarande examensmålen för läkarutbildningen kunna förbättras? (se de nuvarande målen i Högskoleförordningen på utredningens webbplats)
15. Beskriv gärna några ”goda exempel” på hur den kliniska undervisningen under AT-utbildningen planeras, struktureras och kvalitetssäkras.
16. På vilket sätt skulle de nuvarande målen för AT kunna förbättras? (de nuvarande målen och föreskrift etc. finns på webbplatsen)
17. Hur ser du på din uppgift som ansvarig för läkarstudenternas klinisknära undervisning fram till legitimation? Vilka är dina, enligt din bedömning, mest centrala uppgifter.
18. Beskriv kortfattat hur du ser din roll som studierektor/handledare i din sjukvårdsorganisation (stöd från arbetsgivare, fördelar, nackdelar, utmaningar, etc.).
19. Kommentera kortfattat hur vilka förbättringar du skulle vilja se i din verksamhet/organisation när det gäller utveckling mot en uttalad lärandemiljö.

Vi ser gärna att ni utöver frågorna ovan kommenterar andra områden där utredaren enligt direktiven ska lämna förslag till förbättringar (t.ex. hur forskningsanknytningen i utbildningen kan stärkas ytterligare).

Skicka era eventuella synpunkter och förslag senast den 20 april till utredningens e-postadress:  
*u.lakarutbildningsutredningen@education.ministry.se*

Tack på förhand för ditt bidrag! /Utredningssekreteriatet

## Till nätverk för forsknings och utvecklingsansvariga<sup>4</sup>

### Frågor till FoU-ansvariga i landstingen om framtidens läkarutbildning

Ett övergripande syfte med Läkarutbildningsutredningen är föreslå förändringar som bättre motsvarar vårdens behov. Direktiven för utredningen och relevant bakgrundsmaterial kan nås via utredningens webbplats:

<http://www.sou.gov.se/lakarutbutr/>

Läkarutbildningsutredningen vänder sig till fler olika intressentgrupper för att få förslag och synpunkter. Viktiga frågor för utredningen är såväl den verksamhetsförlagda utbildningen som AT-tjänstgöringen, liksom hur forskningsanknytningen i den framtida utbildningen kan stärkas.

Syftet med nedanstående frågor är att få en bild av vad du/ni – utifrån ett forsknings- och utvecklingsperspektiv – uppfattar som möjligheter och utmaningar med förändringar i grundutbildningen för läkare. Vi behöver också få konkreta förslag på områden där förbättringar är angelägna.

Vi hoppas på ditt svar senast den 10 maj. Frågorna är ”öppna” och vi ser gärna kortfattade svar. Om du/ni bedömer att någon eller några av frågorna inte är relevanta för er, så lämna bara frågan obesvarad.

Ditt namn och/ eller grupp/ verksamhet som besvarat frågorna:

---

#### Frågor:

1. En tänkbar förändring som utredaren överväger är en samlad läkarutbildning fram till läkarexamen som är sex år och inkluderar längre sammanhängande perioder av verksamhetsförlagd utbildning. För läkarexamen ska studenten då visa sådan kunskap och förmåga som krävs för behörighet som läkare. Detta innebär att strukturen med allmäntjänstgöring (AT) efter examen upphör. Utifrån ett forsknings- och utvecklingsperspektiv-

---

<sup>4</sup> U2011:10/2013/9

beskriv eventuella övergripande konsekvenser, utmaningar och möjligheter med en sådan förändring.

2. Ett annat scenario är att de förändringar som utredningsdirektiven föreskriver genomförs utan större förändringar i utbildningens struktur – dvs. att AT behålls men att ”åtgärder vidtas för att säkerställa hög kvalitet”. Vilka förbättringar inom nuvarande ordning för läkarutbildningen fram till legitimation bedömer du/ni vara särskilt angelägna?
3. Utöver ovanstående, finns det ytterligare alternativ när det gäller upplägg och struktur för grundutbildningen som du/ni anser att utredaren bör överväga?
4. Hur ser kopplingen mellan forskning-och utvecklingsrelaterade aspekter och läkarnas utbildning fram till legitimation (inklusive AT- tjänstgöringen) ut i dag? (t.ex. avseende handledar-kompetens, självständiga arbeten etc.) Beskriv kortfattat.
5. I direktiven ges anvisningar om att utredningen ska ge förslag kring hur forskningsanknytningen i läkarnas grundutbildning kan stärkas. Utredaren överväger att föreslå att en förändrad utbildning ska innehålla två självständiga arbeten; ett under första hälften av utbildningen (cirka 15 hp), och den andra under senare delen (cirka 30 hp ). Syftet är just att stärka de vetenskapliga aspekterna. Kommentera gärna detta. Problem, möjligheter, utmaningar?
6. För att stärka forskningsanknytningen behövs sannolikt en rad andra åtgärder. Vilka utvecklingsbehov finns i verksamheterna avseende detta? Enligt din bedömning – vilka förbättringar behöver genomföras på lokal- respektive regional nivå?
7. På vilka sätt kan man säkerställa att utbildningen ligger i linje med hälso- och sjukvårdens framtida behov?
8. Hur skulle de nuvarande examensmålen för läkarutbildningen kunna förbättras? (se de nuvarande målen i Högskole-förordningen på utredningens webbplats, under rubriken bakgrundsmaterial).
9. Beskriv gärna några ”goda exempel” på områden där det finns en väletablerad koppling/ samverkan kring forsknings-relaterade frågor och läkarnas utbildning fram till legitimation.



10. Hur ser du på din roll som ansvarig för/engagerad i FoU-relaterade frågor, och kopplingen till grundutbildningen för läkare (fram till legitimation)? Vilka är, i detta avseende, dina mest centrala uppgifter?

11. Kommentera kortfattat hur vilka förbättringar du skulle vilja se i din verksamhet när det gäller utveckling mot en mer uttalad lärandemiljö.

12. Övriga kommentarer, synpunkter?

Uppge i ditt svar till oss gärna namn, men särskilt inom vilket område du är verksam, och om ni ev. är flera personer som bidragit till svar och kommentarer. Återkom senast den *10 maj* till utredningens e-postadress:

*u.lakarutbildningsutredningen@education.ministry.se*

Tack på förhand för ditt bidrag! /Utredningssekreteriatet

## Till landstingens personaldirektörer<sup>5</sup>

### Förändringar i grundutbildningen för läkare – konsekvenser för sjukvårdshuvudmännen

Mot bakgrund av den muntliga presentationen vid nätverksträffen den 16 februari, önskar Lärarutbildningsutredningen ta del av kommentarer, synpunkter och reflektioner på några övergripande frågeställningar som rör förändringar i utbildningen för läkare.

Frågeställningarna togs kortfattat upp på mötet och återges nedan:

En tänkbar förändring som utredaren överväger är att AT-tjänstgöringen skulle utgå i sin nuvarande form, och istället uppgå i en samlad grundutbildning på sex år. Den praktiska tjänstgöringen, som tidigare låg under AT:n skulle i så fall ersättas av t.ex. tre tyngre block med utbildning förlagd på olika vårdenheter: t.ex. 20 hp relativt tidigt i utbildningen, samt 2 tyngre block (2 x 20 hp) under senare delen av utbildningen (se det utkast på skiss som presenterades på nätverksmötet). Utöver dessa koncentrerade perioder är tanken att praktisk tjänstgöring liksom tidigare finns genomgående i hela utbildningen.

1. Utifrån ett sjukvårdshuvudmannaperspektiv- beskriv tänkbara övergripande konsekvenser, utmaningar respektive möjligheter för en sådan förändring vad gäller ekonomiska faktorer, möjligheter till kliniska placeringar etc.
2. I direktiven för utredningen föreslås att utredningen ska utreda om den kliniska placeringen skulle kunna utformas som en tjänst. Kommentera gärna särskilt en sådan modell, hur det skulle vara möjligt, på vilket sätt osv.
3. Ett annat scenario är att de förändringar som utredningsdirektiven föreskriver, genomförs utan större förändringar i grundutbildningens struktur och upplägg- dvs. AT-tjänstgöringen behålls inom nuvarande ordning.
4. Vilka förbättringar inom nuvarande ordning för Läkarutbildningen bedömer ni/du -utifrån sjukvårdshuvudmansperspektivet – vara angelägna?

---

<sup>5</sup> U2011:10/2013/7

5. Förutom dessa två alternativ som utredaren för närvarande överväger, finns det ytterligare alternativ när det gäller upplägg och struktur för grundutbildningen som ni/du anser att utredaren bör överväga?

Vi tar också gärna emot övriga och synpunkter som rör uppdraget. Vi välkomnar särskilt synpunkter som rör den praktiska utformningen av utbildningen.

En sammanställning av era reflektioner och synpunkter kring uppdraget önskas till sekretariatet senaste den 25 april 2012.

E- posta dem gärna till:

Ingrid.Schmidt@education.ministry.se,

eller sänd dem med vanlig post till

Läkarutbildningsutredningen, 2010:10  
Kvarteret Garnisonen  
103 33 Stockholm

/Tack på förhand, utredningssekreteriatet.

## Till berörda lärosäten<sup>6</sup>

### En förändrad läkarutbildning – inför utredningens besök

Syftet med lärosätesbesöket är dels att presentera utgångspunkterna för läkarutbildningsutredningen och samtala kring utmaningar och möjligheter med en förändrad utbildning ur ett lärosätesperspektiv, dels att få en översiktlig bild av de olika läkarprogrammen som de ser ut i dag.

Utredaren Stefan Lindgren kommer att inleda diskussionerna med en kort presentation av sina tankar kring utredningsuppdraget.

### Frågor för diskussion

Följande frågor kan tjäna som utgångspunkt för diskussionen:

- På vilket sätt har läkarutbildningen vid ert lärosäte förändrats sedan Högskoleverkets senaste utvärdering genomfördes och hur ser den ut i dag?
- Vilka förändringar planeras men har ännu inte implementerats?
- På vilket sätt säkerställs att utvecklingen av utbildningen ligger i linje med hälso- och sjukvårdens framtida behov? Beskriv vilka strategier och samverkansformer som finns för samråd med sjukvårdshuvudmännen.
- Beskriv några ”goda exempel” på hur den kliniska undervisningen planeras, struktureras, examineras och kvalitetssäkras.
- En tänkbar förändring som utredaren överväger är en samlad läkarutbildning fram till läkarexamen som är sex år och inkluderar längre sammanhängande perioder av verksamhetsförlagd utbildning. För läkarexamen ska studenten då visa sådan kunskap och förmåga som krävs för behörighet som läkare. Detta innebär att strukturen med allmäntjänstgöring (AT) efter examen upphör. Utifrån ert perspektiv, beskriv eventuella övergripande konsekvenser, utmaningar och möjligheter med en sådan förändring vad gäller ekonomiska faktorer, tillgång till kliniska placeringar etc.

---

<sup>6</sup> U2011:10/2013/6

- I direktiven för utredningen föreslås även att utredningen ska utreda om delar av utbildningen skulle kunna utformas som en anställning i sjukvården. Kommentera gärna en sådan modell.
- Ett annat scenario är att de förändringar som utredningsdirektiven föreskriver genomförs utan större förändringar i utbildningens struktur – dvs. att AT behålls men att ”åtgärder vidtas för att säkerställa hög kvalitet”. Vilka förbättringar inom nuvarande ordning för läkarutbildningen fram till legitimation bedömer ni vara mest angelägna?
- Utöver ovanstående, finns det ytterligare alternativ när det gäller upplägg och struktur för grundutbildningen som ni anser att utredaren bör överväga?

### Skriftligt underlag till utredningen

Senast *fyra veckor efter mötet* ber vi er att lämna ett kortfattat skriftligt underlag till utredningen. Detta ska innehålla en lägesbeskrivning av ert läkarprogram.

Vi ser gärna att ni även kommenterar de övriga diskussionsfrågorna ovan och andra områden där utredaren enligt direktiven ska lämna förslag till förbättringar (t.ex. hur forskningsanknytningen kan stärkas ytterligare, examensbeskrivningen).

Er lägesbeskrivning av utbildningen ska struktureras utifrån rubrikerna för de teman som tjänade som utgångspunkt vid Högskoleverkets utvärdering 2007 (*Högskoleverket, Rapport 2007:23 R, Del 1: Den nationella bilden*). Dessa är:

1. Beslutsprocess och ekonomisk styrning
2. Vilja och förmåga till kvalitetsarbete
3. Studiemiljö
4. Utbildningens innehåll och struktur
5. Kvalitet i den kliniska utbildningen
6. Förutsättningar för pedagogisk utveckling

Teman med vidhängande kriterier finns närmare beskrivna i ovan nämnda rapport sidorna 69–71. Utredningen tar gärna emot bilagor i form av t.ex. organisationsschema, kvalitetsplan, utbildningsplan och terminsöversikt.

## Material

Inför mötet ser vi gärna att de personer som deltar har tagit del av utredningens direktiv. Direktiven samt Höskoleverkets utvärderingsrapport från 2007 och annat relevant material kan nås via utredningens nätplats: <http://www.sou.gov.se/lakarutbutr/>

Kopia: *Likalydande till samtliga lärosäten med tillstånd att utfärda läkarexamen*

## Krav för behörighet i några länder inom EU/EES

I detta avsnitt ges en beskrivning av kraven för behörighet i några EU/EES-länder. Urvalet är delvis gjort med utgångspunkt i att många studenter från Sverige bedriver läkarstudier i landet eller för att förändringar i kraven för behörighet planeras, eller nyligen genomförts.<sup>1</sup>

### Danmark

Sedan 1976 finns i Danmark krav på praktisk tjänstgöring efter avlagd läkarexamen för att självständigt få utöva läkaryrket. År 2008 ersattes den 18 månader långa ”turnusutbildningen” med en 12 månader lång ”klinisk basisutbildning”. Efter en sexårig läkarutbildning ges en begränsad rätt att utöva yrket. Först efter genomförd praktisk tjänstgöring ges rätt att självständigt utöva yrket (Autorisation som læge, tilladelse till selvstændigt virke som læge), vilket motsvarar svensk legitimation. Specialiseringstjänstgöring får påbörjas först efter erhållande av rätt att självständigt utöva läkaryrket.

Antalet platser för klinik basutbildning är dimensionerad efter antal läkarstuderande i Danmark. Personer med läkarexamen från andra länder deltar inte i fördelningen till den kliniska basutbildningen. Läkare som efter utbildning i annat EU/EES-land erhållit full behörighet i utbildningslandet erhåller efter ansökan rätt att självständigt utöva läkaryrket i Danmark. Sökande med utbildning från ett annat EU/EES-land där praktisk tjänstgöring utgör krav för full behörighet har möjlighet att söka ett obesatt basisblock och kan efter fullgjord tjänstgöring erhålla rätt att självständigt utöva yrket i Danmark.

---

<sup>1</sup> För mer information se [www.sundhedsstyrelsen.dk](http://www.sundhedsstyrelsen.dk), [www.valvira.fi](http://www.valvira.fi), [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no), [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl), [www.gmc-uk.org](http://www.gmc-uk.org), [www.kormany.hu](http://www.kormany.hu)

Läsåret 2011/12 hade 571 studenter från Sverige studiemedel för studier till läkare i Danmark.

## Finland

I Finland ställdes mellan 1985 och 1994 krav på ett års praktisk tjänstgöring (orienteringsår) efter avlagd läkarexamen, före läkarlegitimation. Denna ordning avskaffades i och med Finlands medlemskap i EG 1995 och anpassningen till föregångare till yrkeskvalifikationsdirektivet. Fram till den 1 maj 2011 fick en student efter 6 års läkarutbildning legitimation som läkare ”under någon annans ledning och tillsyn”, men kunde inte självständigt utöva läkaryrket. Efter tre års vägledad tjänstgöring (tjänstgöring under handledning), varav ett års praktik från grundutbildningen kunde tillgodoräknas, och efter erhållande av kompetensbevis som allmänpraktiserande läkare, fick läkaren rätt att självständigt utöva yrket.

Den 1 maj 2011 ändrades den finska lagstiftningen och dubbellegitimeringen av läkare slopades. Efter lagändringen får alla läkare omedelbart efter läkarexamen s.k. full legitimation, dvs. rätt att självständigt utöva yrket. Under de sista sex studiemånaderna ingår praktisk tjänstgöring som amanuens. En självständig yrkesutövare som börjar tillhandahålla tjänster ska lämna in en skriftlig anmälan till regionsförvaltningsverket innan verksamheten inleds. Anmälan ska innehålla en utredning om yrkesutövarens praktiska erfarenhet som läkare. Tilläggsutbildningen inom primärvården har bevarats till sitt innehåll, men namnet har ändrats till särskild allmänläkarutbildning. På basis av särskild allmänläkarutbildning ges inte längre någon separat legitimation, men uppgiften om avlagd särskild allmänläkarutbildning registrerats i Valviras register (Terhikkiregistret).

## Norge

Sedan 1955 fanns i Norge krav på praktisk tjänstgöring, turnus, efter avlagd läkarexamen för att självständigt få utöva läkaryrket. I december 2012 ändrades systemet och turnus som krav för legitimation avskaffades. Legitimation ges nu efter sex års läkarutbildning. Turnustjänstgöring på 18 månader bibehålls dock, men läggs efter legitimation och utgör första obligatoriska moment i specialistutbildningen. Det är inte beslutat huruvida specialistutbild-



ningen kommer att förkortas. Övergångsbestämmelser kommer att införas, bland annat för de studenter som påbörjat studier i Polen så att de ska kunna slutföra sina studier. De första turnustjänsterna enligt det nya systemet kommer att påbörjas i september 2013.

## Polen

I Polen har tidigare funnits krav på praktisk tjänstgöring efter läkarexamen för att självständigt få utöva läkaryrket. Kravet avskaffades dock genom en lagändring som trädde i kraft läsåret 2012/2013. De studenter som påbörjade läkarutbildningen före den 1 oktober 2012 ska efter en sexårig läkarutbildning fullgöra 13 månaders praktisk tjänstgöring och därefter genomgå statsexamen för att erhålla självständig rätt att utöva yrket. Den praktiska tjänstgöringen kan antingen fullgöras i Polen eller utomlands och därefter erkännas i Polen. Studenter som påbörjat läkarutbildningen efter den 1 oktober 2012 ska fullgöra en sexårig läkarutbildning och genomgå statsexamen. Utbildningens två sista terminer utgörs av praktik.

Lsåret 2011/12 hade 982 studenter från Sverige studiemedel för läkarstudier i Polen.

## Storbritannien

För att få utöva läkaryrket i Storbritannien krävs dels en registrering, dels en "license to practise". Tillfällig registrering med rätt att utöva yrket ges efter en femårig läkarutbildning eller efter en fyraårig graduate entry utbildning. För att få full behörighet, "full registration", krävs ett års praktisk tjänstgöring som utgör första delen i ett tvåårigt introduktionsprogram, "Foundation Program". Under det andra året av introduktionsprogrammet står yrkesutövare under fortsatt övervakning. Läkare utbildade i annat EU/EES-land som inte genomgått praktisk tjänstgöring i utbildningslandet måste fullgöra introduktionsprogrammets första år för att få rätt att självständigt utöva yrket i Storbritannien.

## Ungern

I Ungern finns inget krav på praktisk tjänstgöring efter examen för att självständigt få utöva läkaryrket. Läkareutbildningen är sexårig. Nyutexaminerade läkare kan direkt påbörja specialiseringstjänstgöring.

Läsåret 2011/12 hade 289 studenter från Sverige studiemedel för läkarstudier i Ungern.

# Statens offentliga utredningar 2013

---

## *Kronologisk förteckning*

1. Förändrad hantering av importmoms. Fi.
2. Patientlag. S.
3. Trängselskatt – delegation, sanktioner och utländska fordon. Fi.
4. Tillstånd och medling. Ju.
5. Djurhållning och miljön  
– hantering av risker och möjligheter med stallgödsel. L.
6. Att förebygga och hantera finansiella kriser. Fi.
7. Skärpningar i vapenlagstiftningen. Ju.
8. Den svenska veteranpolitiken  
Statligt bidrag till frivilliga organisationer som stödjer veteransoldater och anhöriga. Fö.
9. Riksbankens finansiella oberoende och balansräkning. Fi.
10. Rätta byggfelen snabbt!  
– med effektivare förelägganden och försäkringar. S.
11. Kunskapsläget på Kärnavfallsområdet 2013. Slutförvarsansökan under prövning; kompletteringskrav och framtidsalternativ. M.
12. Goda affärer – en strategi för hållbar, offentlig upphandling. Fi.
13. Ungdomar utanför gymnasieskolan  
– ett förtydligt ansvar för stat och kommun. U.
14. En översyn inom Sevesoområdet  
– förslag till en förstärkt organisation för att förebygga och begränsa följderna av allvarliga kemikalieolyckor. Fö.
15. För framtidens hälsa – en ny läkarutbildning. U.

# Statens offentliga utredningar 2013

---

*Systematisk förteckning*

## **Justitiedepartementet**

---

Tillstånd och medling. [4]  
Skärpningar i vapenlagstiftningen. [7]

## **Försvarsdepartementet**

---

Den svenska veteranpolitiken  
Statligt bidrag till frivilliga organisationer  
som stödjer veteransoldater och anhöriga.  
[8]  
En översyn inom Sevesoområdet  
– förslag till en förstärkt organisation för  
att förebygga och begränsa följderna av  
allvarliga kemikalieolyckor. [14]

## **Socialdepartementet**

---

Patientlag. [2]  
Rätta byggfelen snabbt!  
– med effektivare förelägganden och  
försäkringar. [10]

## **Finansdepartementet**

---

Förändrad hantering av importmoms. [1]  
Trängselskatt – delegation, sanktioner och  
utländska fordon. [3]  
Att förebygga och hantera finansiella kriser.  
[6]  
Riksbankens finansiella oberoende och  
balansräkning. [9]  
Goda affärer – en strategi för hållbar, offentlig  
upphandling. [12]

## **Utbildningsdepartementet**

---

Ungdomar utanför gymnasieskolan  
– ett förtydligt ansvar för stat och  
kommun. [13]  
För framtidens hälsa – en ny läkarutbildning.  
[15]

## **Landsbyggsdepartementet**

---

Djurhållning och miljö  
– hantering av risker och möjligheter med  
stallgödsel. [5]

## **Miljödepartementet**

---

Kunskapsläget på Kärnavfallsområdet 2013.  
Slutförvarsansökan under prövning;  
kompletteringskrav och framtidsalternativ.  
[11]