

För framtidens hälsa – en ny läkarutbildning

Betänkande av Läkarutbildningsutredningen

Stockholm 2013



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2013:15

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes Offentliga Publikationer på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Beställningsadress:
Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Orderfax: 08-598 191 91
Ordertel: 08-598 191 90
E-post: order.fritzes@nj.se
Internet: www.fritzes.se

Svara på remiss – hur och varför. Statsrådsberedningen (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02)
– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som ska svara på remiss.
Broschyren är gratis och kan laddas ner eller beställas på
<http://www.regeringen.se/remiss>

Textbearbetning och layout har utförts av Regeringskansliet, FA/kommittéservice.

Omslag: Elanders Sverige AB.

Tryckt av Elanders Sverige AB.
Stockholm 2013

ISBN 978-91-38-23900-1
ISSN 0375-250X

Till statsrådet Jan Björklund

Regeringen beslutade den 20 oktober 2011 att tillkalla en särskild utredare för att lämna förslag till förbättringar av den svenska läkarutbildningen och allmäntjänstgöringen som sammantaget leder fram till läkarlegitimation (dir. 2011:96). Stefan Lindgren, professor i medicin vid Lunds universitet, förordnades till särskild utredare.

Professor Stellan Sandler, Uppsala universitet, docent Karin Manhem, Göteborgs universitet, utredare Aija Sadurskis, Högskoleverket, utredare/sakkunnig ST-läkare Frida Nobel, Socialstyrelsen, handläggare/sakkunnig Kerstin Sjöberg, Sveriges Kommuner och Landsting, ordförande i utbildnings och forskningsdelegationen Eva Engström, Sveriges Läkarförbund, andre vice ordförande Emma Spak, Sveriges Yngre Läkares Förening, studerande Matti Eladhari, Ordförandekonventet för medicine studerande i Sverige, ämnesrådet Cecilia Halle, Socialdepartementet, departementssekreterare Anna Humble, Utbildningsdepartementet, har varit experter i utredningen. Under hösten 2012 har även Ulrika Axelsson Johnsson, Socialdepartementet, deltagit. Till sakkunniga utsågs forskarstuderande och f.d. utvärderaren Brita Bergseth, professor Nils Danielsen och professor Jörgen Nordenström.

Utredningsarbetet har bedrivits med en ambition om stor öppenhet. Under hela processen har dialog förts med företrädare för såväl hälso- och sjukvården som patienter, lärosäten, studenter och myndigheter.

Charlotte Elam, utredare, och Ingrid Schmidt, utredare, har varit sekreterare i utredningen. Helena Scarabin, jurist, har varit förordnad på deltid för att bistå utredningen i juridiska frågor och Pernilla Fexdal har på deltid bistått utredningssekretariatet med administrativt stöd.

Utredningen, som antagit namnet Läkarutbildningsutredningen, överlämnar härmed betänkandet *För framtidens hälsa – en ny läkarutbildning* (SOU 2013:15) till regeringen.

Stockholm i mars 2013

Stefan Lindgren

/Charlotte Elam
Ingrid Schmidt

Innehåll

Sammanfattning	11
Summary	23
Författningsförslag	37
1 Uppdraget och dess genomförande	53
1.1 Uppdraget.....	53
1.2 Vägledande perspektiv	55
1.3 Kort om tidigare reformer i utbildningen av läkare	59
1.4 Utredningens aktiviteter och arbetssätt	63
2 Läkaren i framtidens hälso- och sjukvård	65
2.1 Inledning.....	65
2.2 Kort om hälso- och sjukvårdsreformer under 1990-talet och framåt.....	67
2.3 Aktuell utveckling inom hälso- och sjukvården	69
2.3.1 Hälsan har förbättrats	69
2.3.2 Öppna vårdformer utvecklas	72
2.3.3 Patientens ställning i vården	73
2.4 Utmaningar för framtiden.....	75
2.4.1 Hälsoinriktningen i vården behöver stärkas	76
2.4.2 Patient- och medborgarinflytandet behöver utvecklas och bemötandet förbättras	77
2.4.3 Skillnader i hälsa och vård behöver minska.....	78

2.4.4	Patientsäkerheten – fortsatt utveckling är angelägen	78
2.4.5	Personalförsörjning i en internationaliserad värld	79
2.4.6	Teamarbete och samverkan för en effektivare vård och omsorg.....	80
2.5	Läkaren i hälso- och sjukvården och i kunskapssamhället.....	82
2.5.1	Internationellt perspektiv på utvecklingen av läkarutbildning	83
2.6	Sammanfattande reflektioner.....	90
3	Vägen till läkaryrket– en nulägesbeskrivning	93
3.1	Några fakta om läkarutbildningen, allmäntjänstgöringen och läkarnas fortsatta lärande	93
3.2	Behörighet, legitimation och lämplighet.....	95
3.2.1	Behörighet till läkarutbildningen	95
3.2.2	Avskiljande från läkarutbildningen.....	96
3.2.3	Särskilt förordnande – begränsad behörighet att utöva läkaryrket.....	96
3.2.4	Legitimation – full behörighet att utöva läkaryrket.....	97
3.2.5	Internationell rörlighet och behörighet inom EU/EES	98
3.2.6	Behörighet för läkare från tredjeländ.....	101
3.3	Styrning genom mål och resurser.....	102
3.3.1	Mål för läkarexamen.....	102
3.3.2	Mål för allmäntjänstgöringen (AT)	103
3.3.3	Finansiering av läkarutbildningen.....	103
3.3.4	Dimensioneringen av allmäntjänstgöringen (AT)	106
3.4	Kvalitetsgranskning, tillsyn och uppföljning.....	109
3.4.1	Kvalitetssäkring av läkarutbildningen.....	110
3.4.2	Uppföljning av allmäntjänstgöringen (AT)	111
3.4.3	Exempel på uppföljningar som genomförs av andra aktörer	112
3.4.4	Vad vet vi om läkarutbildningens och allmäntjänstgöringens kvalitet?	113

3.4.5	Pågående utveckling inom programmen – några iakttagelser	116
3.5	Behov av förändringar.....	118
3.6	Utredningens sammanfattande reflektioner	121
4	Förslag om en förnyad läkarutbildning	123
4.1	Några utgångspunkter	123
4.2	Förslag om utbildningens omfattning och krav för legitimation.....	124
4.2.1	Huvudsakliga skäl för förslaget	125
4.3	Nya mål för den legitimerade läkarens kompetens.....	131
4.3.1	Nytt mål om etiska principer i sjukvård och forskning	132
4.3.2	Nytt mål om socialt ansvarstagande.....	133
4.3.3	Två nya mål om förhållanden i hälso- och sjukvården	134
4.3.4	Två nya mål om medicinskt beslutfattande.....	137
4.3.5	Nytt mål om kommunikation och bemötande.....	141
4.3.6	Nytt mål om medarbetarskap och ledarskap	142
4.3.7	Modifierat och delvis nytt mål om förbättringsarbete och forskning.....	144
4.3.8	Kommentarer till förslag om modifieringar i mål om lärande, professionellt och hälsofrämjande förhållningssätt	146
4.4	Om läkarutbildningens vetenskapliga förankring.....	148
4.5	Behörighet och kvalitetssäkring.....	152
4.6	Utredningens sammanfattande reflektioner	154

5	Lärandet i vårdens verksamheter – överväganden och förslag	155
5.1	Inledning och utgångspunkter	155
5.2	Läkarstudenten i vården.....	156
5.2.1	Arenor för verksamhetsintegrerat lärande	158
5.2.2	Fokus på öppna vårdformer i stället för slutna	161
5.2.3	Långa sammanhängande perioder av verksamhetsintegrerat lärande.....	165
5.3	Klinisk erfarenhet vid legitimationstillfället	167
5.3.1	Preciserade mål för professionell kompetens.....	168
5.4	Handledning av studenter i vårdens verksamheter	170
5.5	Prövning av kompetens – examinationens roll.....	173
5.5.1	Ny struktur – nya krav på kompetens	173
5.5.2	Olika kunskapsformer kräver olika examinationsformer	174
5.6	Gemensamt ansvarstagande för utbildningen – i praktiken	178
5.6.1	Möjligheter med ett nytt ALF-avtal	178
5.6.2	Ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen	180
5.7	Sammanfattande reflektioner.....	182
6	Alternativa överväganden för utbildningens omfattning, struktur och krav för legitimation	185
6.1	Behåll nuvarande struktur men vidta åtgärder för att säkerställa hög kvalitet under allmäntjänstgöringen	186
6.2	En sexårig högskoleutbildning med sista året i vårdens verksamheter.....	189
6.3	Utredningens sammanfattande bedömning av de alternativa modellerna	190

7	Övriga överväganden.....	193
7.1	Möjligheter att arbeta inom sjukvården under studietiden.....	193
7.2	Introduktion till den svenska sjukvården.....	194
7.3	Stöd till genomförandet av utredningens förslag.....	196
8	Övriga förslag och övergångsbestämmelser.....	199
8.1	Förslag till ändrade regler för studiestödet.....	199
8.1.1	Utgångspunkter.....	199
8.1.2	Nuvarande bestämmelser.....	200
8.1.3	Ändrade regler – överväganden och förslag.....	201
8.2	Ikraftträdande och övergångsbestämmelser gällande läkarexamen.....	202
8.3	Ikraftträdande, övergångsbestämmelser och ändringar gällande allmäntjänstgöringen (AT).....	204
9	Konsekvenser av förslagen.....	207
9.1	Inledning.....	207
9.2	Konsekvenser för patienterna.....	208
9.3	Konsekvenser för de blivande läkarna.....	209
9.3.1	Studiestöd.....	209
9.3.2	Studenternas ekonomiska trygghet vid sjukdom och arbetslöshet.....	210
9.3.3	Kostnader i samband med utbildningen och övriga konsekvenser.....	211
9.3.4	Konsekvenser för vissa studenter med examen från ett annat EU/EES-land med krav på praktisk tjänstgöring.....	213
9.3.5	Särskilt förordnande att utöva yrket för personer med läkarexamen.....	214
9.4	Konsekvenser för läkare med utbildning från tredjeland ...	214
9.5	EU-rättsliga konsekvenser.....	215
9.6	Ekonomiska konsekvenser för staten.....	216

9.6.1	Konsekvenser för ersättningen till landstingen.....	216
9.6.2	Konsekvenser för lärosätenas anslag.....	217
9.6.3	Kostnader för studiestödssystemet	219
9.7	Konsekvenser för sjukvårdshuvudmännen	221
9.8	Konsekvenser för jämställdheten och för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen	224
9.9	Konsekvenser för små företag	226
9.10	Övergripande samhällsekonomiska konsekvenser	228

Litteratur och referenslista 233

Bilagor

Bilaga 1–2	Kommittédirektiv	249
Bilaga 3	Vetenskap, läkekonst och läkarutbildning – ett historiskt perspektiv.....	263
Bilaga 4	Klinisk handledning under läkarutbildningen	289
Bilaga 5	The Renewal of Undergraduate Medical Education in Sweden – Seminarium om en förnyad läkarutbildning.....	305
Bilaga 6	Frågor till olika intressenter.....	307
Bilaga 7	Krav för behörighet i några länder inom EU/EES	323

Sammanfattning

Läkarutbildningsutredningen föreslår följande förändringar i läkarutbildningen:

- Att läkarexamen utökas med en termin till att omfatta sex års studier (360 högskolepoäng) och att studenten vid examen ska visa sådan kunskap och förmåga som fordras för att få behörighet som läkare.
- Att läkarexamen, utan ytterligare krav på praktisk tjänstgöring, ska utgöra underlag för legitimation, och att ordningen med allmäntjänstgöring (AT) efter examen upphör.
- En ny examensbeskrivning införs som i högre utsträckning än tidigare betonar vetenskaplig och professionell kompetens och förmåga till medicinskt beslutsfattande.

Förslagen skapar förutsättningar för en sammanhållen utbildning med tydlig vetenskaplig förankring och genomtänkt progression, det vill säga att kunskaper och kliniska färdigheter kontinuerligt breddas och fördjupas.

För framtidens hälsa – en ny läkarutbildning

Vi har valt att ge betänkandet titeln *För framtidens hälsa – en ny läkarutbildning*.

Genom att lyfta fram begreppet hälsa vill vi fästa uppmärksamheten på det övergripande syftet med utbildningen av läkare. Läkarutbildningen ska vara en vetenskapligt förankrad yrkesutbildning som tränar studenternas professionalitet och samtidigt stimulerar deras intresse för medicinsk forskning och framtida utveckling av sjukvården. Utredningen betonar betydelsen av förståelse för förhållanden i samhället som påverkar hälsan för enskilda och olika

grupper, ur ett såväl nationellt som globalt perspektiv. Vi bedömer att den framtida läkarrollen innebär ett ökat fokus på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete i samverkan med andra aktörer. Utredningen tar samhällsansvar genom att utgå från samhällets långsiktiga behov och betonar vikten av ett systemperspektiv på utbildningen och den framtida läkarrollen. Förslagen är väl förankrade i den internationella utvecklingen av utbildningar inom vård och medicin. Morgondagens läkare ska kunna arbeta och forska såväl i Sverige som i andra länder. Förslagen har också tydlig koppling till övriga faser i läkarnas livslånga lärande.

Betänkandets titel knyter an till våra utgångspunkter i utredningsarbetet. Dessa har utgjorts av de nationella målen i lagstiftningen för hälso- och sjukvården, för folkhälsopolitiken och för högre utbildning. Detta har inneburit att vi prioriterat:

- patient- och medborgarperspektiv med fokus på hälsa och god vård,
- studentperspektiv med fokus på en utbildning av hög kvalitet.

Vidare har vi tagit intryck av den internationella utvecklingen av hälso- och sjukvårdssystem och medicinsk utbildning.

Utredningens analys av nuläget

Vi har vinnlagt oss om att belysa dagens situation vad gäller såväl utvecklingen inom hälso- och sjukvården som de olika stegen fram till läkarlegitimation. Bakgrundsmaterial har tagits fram inom flera områden, bland annat vad gäller den historiska utvecklingen av läkarrollen och läkarutbildningen, och förhållanden som rör studenternas lärande inom vårdens verksamheter. Från de myndigheter, organisationer och intressentgrupper som utredningen samrått med har värdefulla synpunkter och uppgifter inhämtats.

Utifrån analysen av dagens situation konstaterar utredningen att:

- läkarutbildningen tydligare behöver ta sin utgångspunkt i de framtida globala behoven i hälso- och sjukvården, den medicinska forskningen och det övergripande kunskapssamhället,
- med syfte att främja studenternas lärande behöver vägen fram till legitimation i högre grad präglas av progression och integration av basvetenskaper och kliniska vetenskaper,

- det är angeläget att hälso- och sjukvården prioriterar lärande och vetenskaplig förankring i verksamheterna.

Sedan läkarutbildningen senast var föremål för statens översyn har hälso- och sjukvården genomgått betydande förändringar. Dessa omfattar bland annat den demografiska utvecklingen, sjukdomspanoramat och vårdens organisation i kombination med en allt snabbare kunskapsutveckling. Också högskolan har genomgått stora förändringar och lärosätena har i dag större möjligheter än tidigare att styra på vilket sätt verksamheten utformas. Målen för läkarexamen, och därmed läkarprogrammen, behöver på ett tydligare sätt ta sin utgångspunkt i hälso- och sjukvårdens, den medicinska forskningens och det övergripande kunskapssamhällets behov. Samverkan och kommunikation mellan lärosätena och sjukvården behöver stärkas för att de ska kunna hantera de framtida gemensamma utmaningarna, till exempel när det gäller kursmål och examination.

Progression är centralt inom all utbildning. I dagens struktur för läkarutbildningen med krav på minst 18 månaders allmän-tjänstgöring (AT) efter läkarexamen, finns en risk att viktig träning i centrala färdigheter skjuts upp och inte tydligt bygger på de kunskaper och färdigheter studenten fått fram till examen. Den långa tjänstgöringsperioden efter examen har på många sätt bedömts vara värdefull, men kvaliteten över landet förefaller ojämn, och kopplingen mellan målen för läkarexamen och målen för AT är oklar. Vi menar att AT tjänat ut sin roll och redogör i betänkandet för flera skäl till detta.

Sex år till examen och legitimation

Utredningen föreslår att läkarexamen totalt ska omfatta sex års studier (360 hp) och att studenten vid examen ska visa sådan kunskap och förmåga som fordras för att få behörighet som läkare. Utredningen föreslår därför nya mål i examensbeskrivningen. Vi föreslår också att läkarexamen, utan krav på ytterligare utbildningsmoment eller praktisk tjänstgöring efter examen, ska utgöra underlag för legitimation. Följaktligen inbegriper utredningens förslag att den nuvarande strukturen med allmäntjänstgöring efter examen upphör. Detta innebär att de lärosäten som har tillstånd att utfärda läkarexamen ansvarar för att studenterna vid examen har

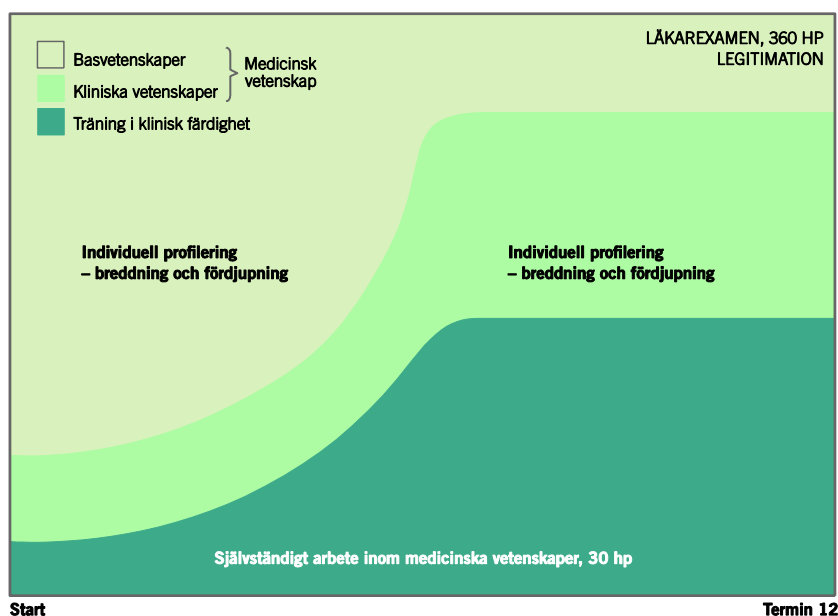
den kompetens som krävs för att självständigt utöva yrket. Utöver de specifika målen för läkarexamen ska studenten också nå de mål som finns i högskolelagen för utbildning på så kallad avancerad nivå.

Läkarutbildning ska planeras och genomföras med fokus på den kompetens en student ska ha uppnått vid examen och vid legitimationstillfället. Vi menar därför att basvetenskaper och kliniska vetenskaper i högre grad måste integreras för progressionen i studenternas lärande ska främjas, det vill säga en successivt ökande svårighetsgrad i träningen av deras kliniska kompetens.

Tidigt i utredningsarbetet identifierades följande principer som särskilt väsentliga för en modern läkarutbildning:

- progression genom hela utbildningen med ett tydligt systemperspektiv och fokus på läranderesultat,
- integrering av basvetenskaper, kliniska vetenskaper och träning i klinisk färdighet genom hela utbildningen,
- fokus på professionell utveckling, vetenskapligt förhållningssätt, interprofessionellt teamarbete och förmåga att medverka i förbättringsarbete,
- socialt ansvarstagande med inslag av globala perspektiv,
- studentaktiverande lärandemetoder,
- examination för att dokumentera uppnådd professionell kompetens och fortlöpande formativ utvärdering så att varje student uppnår sin individuella utvecklingspotential,
- långa sammanhängande perioder av verksamhetsintegrerat lärande för att möjliggöra träning av professionella färdigheter,
- möjligheter till breddning och fördjupning på individbasis.

Figur 1 Förslag till modell för läkarutbildning som stöder måluppfyllelsen



Lärosätena ansvarar för och har frihet att styra utbildningsprocessens utformning. På vilket sätt utbildningen planeras har emellertid stor betydelse för studenternas möjligheter att vid examen ha uppnått de förväntade läranderesultaten. Detta, menar vi, innebär bland annat att den kliniska träningen bör introduceras tidigt i utbildningen och på allvar integreras med de teoretiska utbildningsmomenten. De delar av utbildningen som är verksamhetsintegrerade kommer att vara avgörande för kvaliteten, i kombination med användningen av vetenskapligt förankrade bedömnings- och examinationsmetoder.

Alla moment av verksamhetsintegrerat lärande ska ingå i kurser, med tydliga mål och examination som ger studenterna återkoppling på deras professionella utveckling. Förslaget får till följd att kravet på allmäntjänstgöring (AT) efter examen upphör. Hela den blivande läkarens väg fram till behörighet inordnas i högskolans system för kvalitetsuppföljning och därmed blir ansvaret för kvaliteten tydligare. Med förslaget lägger vi särskild tonvikt på medicinskt beslutsfattande och träning av kliniska färdigheter. Utredningen framhåller betydelsen av att den kompetens och erfarenhet

som byggts upp för AT kan komma landstingen och universiteten till godo i den nya läkarutbildningen. Samverkan kring utvecklingen av goda arenor för verksamhetsintegrerat lärande är nödvändig.

Andra alternativ som övervägts

Vi har övervägt tänkbara alternativa modeller för vägen till legitimation. Två av dessa är:

- Bevara den nuvarande strukturen med krav på allmäntjänstgöring (AT) efter examen men vidta åtgärder för att säkra kvaliteten.
- En sexårig läkarutbildning som krav för legitimation enligt principerna för utredningens huvudförslag men med sista året särskilt avsatt för klinisk träning i vårdens verksamheter.

Utredningens samlade bedömning är att dessa alternativa modeller innebär förbättringar i vissa avseenden, men inte skapar de förutsättningar för förändring som är nödvändiga för en ändamålsenlig och fullt ut kvalitetssäkrad läkarutbildning.

Vi menar att av de viktigaste principerna för en läkarutbildning anpassad för behoven i framtidens hälso- och sjukvård är att den bygger på tydlig progression. Ansvar och svårighetsgraden i de blivande läkarnas träning ska öka successivt för att deras lärande ska främjas. Med lärosätena som ansvariga för utbildningens kvalitet fram till examen och legitimation omfattas hela vägen till behörighet för yrket av högskolans krav på vetenskaplig förankring. Detta ger i sin tur förbättrade förutsättningar för genomtänkt progression.

Nya mål med betoning på professionella kompetenser och vetenskaplig förankring

Utredningen föreslår flera nya, respektive modifierade, mål för läkarutbildningen. Betoningen ligger på centrala professionella kompetenser, som förmåga att kommunicera, socialt ansvarstagande, samarbetsförmåga och förmåga att delta i forsknings- och utvecklingsarbete. Globalt perspektiv och ett hälsofrämjande förhållningssätt är andra aspekter som lyfts fram.

Syftet med den nya examensbeskrivningen är dels att lyfta fram relevanta professionella kompetenser, dels att tydligare anknyta till

målen för god vård. Förslaget innehåller fler mål jämfört med tidigare, något som utredningen bedömer kunna underlätta både utformning av läkarprogrammen, examination och framtida extern kvalitetsgranskning. Innehållet på detaljnivå i läkarutbildningen måste hållas aktuellt och fortlöpande förnyas, omprövas och utvecklas. Det är därför inte ändamålsenligt att för en hållbar läkarutbildning föreslå mål i examensbeskrivningen av en sådan detaljeringsgrad att de riskerar att snabbt bli inaktuella. Vi förordar därför att lärosätena, i samverkan med varandra och tillsammans med företrädare för hälso- och sjukvården, Socialstyrelsen och de professionella organisationerna, beskriver mål i en högre detaljeringsgrad och fortlöpande omprövar dem. På motsvarande sätt vill vi stimulera till samverkan kring utveckling av examinationsmodeller och examinationsuppgifter.

Eftersom utredningens förslag innebär att läkarexamen kommer att utgöra grunden för behörighet och för Socialstyrelsens utfärdande av legitimation, har flera av de nya målen i examensbeskrivningen fokus på medicinskt beslutsfattande.

Några exempel är att studenten för läkarexamen ska:

- visa fördjupad förmåga till professionellt bemötande gentemot patienter och deras närstående med respekt för patientens integritet, behov, kunskaper och erfarenheter,
- visa förmåga att självständigt diagnostisera och inleda behandling av akuta livshotande tillstånd,
- visa fördjupad förmåga att ur ett patofysiologiskt och psykosocialt perspektiv självständigt diagnostisera de vanligaste sjukdomstillstånden och i samverkan med patienten handlägga dessa,
- visa förmåga till ledarskap och interprofessionellt samarbete, såväl inom hälso- och sjukvården som med professioner inom andra delar av samhället,
- visa förmåga att initiera, medverka i och genomföra förbättringsarbete samt visa sådan färdighet som fordras för att delta i forsknings- och utvecklingsarbete.

Förslaget till ny examensbeskrivning syftar också till att underlätta framtida nationella kvalitetsutvärderingar.

Undervisning och lärande i vårdens verksamheter

Vårdens utveckling med minskat antal vårdplatser på sjukhus, en allt äldre befolkning samt ökade krav på kvalitet och patient-säkerhet innebär utmaningar för verksamhetsförlagda delar av utbildningen. Primärvården och akutsjukvården är därför allt viktigare arenor för studenternas träning för att kunna nå flera av de mest centrala målen i examensbeskrivningen och för utvecklingen av deras kliniska kompetens. I olika delar av landet pågår också en utveckling mot att i större utsträckning använda första linjens sjukvård i samband med undervisning och lärande i vården.

Utredningen förordar längre sammanhållna perioder av verksamhetsintegrerat lärande för att tydligt prioritera klinisk träning och bedömning av den professionella kompetensen, liksom förmågan till samverkan med andra yrkeskategorier i vården.

Längre perioder av träning av kliniska färdigheter i vården möjliggör dessutom att intresset för kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete uppmuntras och kan tas till vara. Vårdverksamheter som erbjuder goda förutsättningar för studenternas lärande kan påverka valet av framtida yrkesinriktning och specialiserings-tjänstgöring.

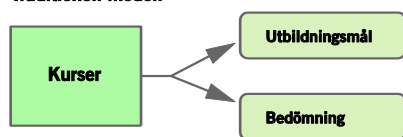
Kontinuerlig bedömning av studenternas utveckling

Våra förslag innebär att studenten vid examen ska visa sådan kunskap och förmåga som fordras för behörighet som läkare. Lärosätena kommer därmed att ansvara för att säkra att studenterna når en sådan grad av självständighet att examen kan ligga till grund för Socialstyrelsens utfärdande av legitimation. Vi betonar därför att användningen av olika examinationsformer behöver utvecklas, särskilt bedömning av studenternas förmåga till kliniskt beslutsfattande och annan professionell kompetens, exempelvis bemötande och kommunikation.

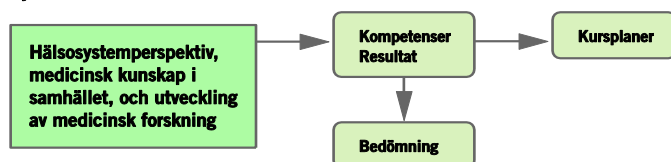
De kunskaper och färdigheter som en nylegitimerad läkare behöver ska utgöra miniminivån för vad en student förväntas ha visat vid examen. Med förslaget vill vi även stimulera en utveckling mot att utbildningen ger varje student möjlighet att nå sin individuella potential.

Figur 2 Läkarutbildningen i ett systemperspektiv

Traditionell modell



Systembaserad modell



Källa: Omarbetad efter Lancetkommissionen

Undervisning och examinationsformer ska ta sin utgångspunkt i studenternas förväntade läranderesultat, det vill säga vad en student ska kunna vid examen, snarare än i ett traditionellt ämnesbaserat upplägg. Mot bakgrund av behoven i samhället, den förväntade kompetensen hos den legitimerade läkaren och examinationen formas den lärandemiljö som ska stödja studenternas arbete med att uppnå målen. Detta systemperspektiv på läkarutbildningen sammanfattas i Figur 2 ovan och är centralt för våra förslag.

Goda examinationsformer, kontinuerlig bedömning av studenternas prestationer och fortlöpande återkoppling ger, enligt utredningen, trygghet åt de studerande i deras kommande yrkesroll. Utredningen ser att samverkan mellan universiteten och landstingen är nödvändig för att skapa förutsättningar för detta.

Om lärande i vården och introduktion i yrket

Det är nödvändigt att se läkarutbildning som ett livslångt lärande från första dagen på läkarprogrammet till slutet av den yrkesverksamma perioden. Förutsättningarna för studenternas lärande i vården behöver stärkas, och vi förslår att sjukvårdshuvudmännens medverkan i medicinsk utbildning tydliggörs i hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

De olika faserna i det livslånga lärandet bör planeras så att de bygger vidare på varandra. Detta, menar vi, är särskilt angeläget för

den första tiden efter legitimation. Den framtida läkarrollen påverkas även av ökande global rörlighet hos patienter, befolkning och hälso- och sjukvårdspersonal. Med en genomtänkt och individanpassad introduktion i sjukvården förbättras patientsäkerheten och kvaliteten i vården. Detta gäller inte minst den stora gruppen läkare med utländsk examen och svensk legitimation. Samtidigt är det viktigt att framhålla att introduktionen också behöver ses som en möjlighet för lärande i vården, genom kunskap från dem som nyligen genomgått utbildningen i Sverige och från läkare med erfarenhet från vårdverksamheter i andra länder.

Sjukvårdshuvudmännen, Socialstyrelsen, lärosätena och de professionella organisationerna bör gemensamt ta ställning till hur introduktion till arbete i hälso- och sjukvården kan utvecklas och utformas. Vi menar att det är angeläget att introduktionen är flexibel och kan anpassas utifrån den enskilda läkarens tidigare kunskaper, erfarenheter och behov.

Lärande i vården är centralt, och ytterst är det verksamhetschefens ansvar att den aktuella arbetsplatsen utvecklas till en god lärandemiljö. Delaktighet, kompetensutveckling och ett engagerat ledarskap utgör hörnstenar för att skapa en lärandemiljö på en arbetsplats. Samtidigt visar erfarenheter att lärandet inom hälso- och sjukvården inte är enkelt. I det vardagliga arbetet kan det vara svårt att prioritera tid till reflektion i syfte förändra och förbättra.

Stöd till genomförandet

Förslagen om förändrad omfattning av läkarexamen och anpassade krav för legitimation, i kombination med de nya målen, ställer krav på intensifierat utvecklingsarbete inom de universitet som i dag har tillstånd att utfärda läkarexamen. Det kan handla om bland annat förändringar av kursplaner, utvecklade examinationsmetoder samt fortlöpande omvärldsanalys i nära samverkan med företrädare för hälso- och sjukvården. Ett såväl nationellt som globalt perspektiv är i detta sammanhang angeläget. Utmaningen ligger i att enas om vad som bör prioriteras för den blivande läkaren, och att fokusera på lärande med inriktning på kompetens, förståelse och sammanhang.

Vi menar att staten bör stödja införandet av den nya läkarutbildningen, och föreslår att regeringen tillsätter en samrådsgrupp som får till uppgift att ta fram en strategi med syfte att främja samverkan mellan lärosäten, landsting och andra intressenter.

Konsekvenser av förslagen

Våra förslag är inriktade på att skapa en läkarutbildning som bättre stämmer överens med hälso- och sjukvårdens, den medicinska forskningens och kunskapssamhällets framtida behov. De nya målen för läkarexamen med ökad betoning på centrala professionella kompetenser och kunskap om kvalitets- och patientsäkerhetsarbete, bör på sikt bidra till en säkrare och mer effektiv hälso- och sjukvård. Även de ökade förutsättningarna för en snabbare väg till specialistläkare bör kunna vara kostnadsbesparande för staten och samhället.

Patienter och sjukvårdshuvudmän

Den nya utbildningen kommer att ha en rad fördelaktiga konsekvenser för såväl patienterna som för sjukvårdshuvudmännen. De nya målen lyfter fram kommunikativ förmåga, vetenskapligt förhållningsätt och kunskap om patientsäkerhet och kvalitet i hälso- och sjukvården.

Med lärosätenas ansvar för utbildningen fram till examen och legitimation ökar förutsättningarna för en vetenskapligt förankrad utbildning av hög kvalitet, hela vägen fram till behörighet för yrket. Förslagen förutsätter samtidigt att samverkansformerna mellan hälso- och sjukvård och lärosäten utvecklas och intensifieras. Vi menar också att det är angeläget att den handledarkompetens som i dag finns inom sjukvården tas till vara när nya arenor för studenternas lärande utvecklas.

Utredningens förslag innebär att landstingens skyldighet att tillhandahålla tjänster för AT upphör. Inledningsvis kan förslagen få vissa konsekvenser inom de verksamheter där AT-läkarna utgjort en viktig resurs.

De blivande läkarna

De blivande läkarnas rättssäkerhet har varit en viktig utgångspunkt för arbetet. Utan krav på allmäntjänstgöring efter examen kommer studenterna att i högre grad än i dag kunna förutsäga när de kan erhålla legitimation. Förslaget innebär att kraven för läkarexamen ökar i omfattning men att den sammanlagda tiden fram till legitimation minskar.

Utredningen bedömer att förslaget uppfyller minimikraven för läkarutbildning i det s.k. yrkeskvalifikationsdirektivet (Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG av den 7 september 2005 om erkännande av yrkeskvalifikationer). Efter sex års utbildning och legitimation kan därmed en svensk läkare påbörja specialiseringstjänstgöring i ett annat land inom EU/EES. Detta medför att läkare med svensk examen får likvärdiga förutsättningar till en internationell karriär, jämfört med studenter inom de flesta andra EU/EES-länder och på flera andra håll i världen.

För en läkarstudent som följer den normala studiegången och har fullt studiemedel kommer skuldsättningen att öka något. Vi bedömer att förslagen endast i liten utsträckning påverkar läkarstudenternas ekonomiska trygghet vid sjukdom och arbetslöshet, jämfört med i dag.

Summary

The Inquiry on Medical Education in Sweden proposes the following changes in medical education:

- That the degree of Master of Science in Medicine (MSc Medicine) be extended by one term to include six years of study (360 higher education credits) and that for the degree, the student must demonstrate the knowledge and skills required for full registration as a doctor of medicine (MD).
- That the Master of Science in Medicine should form the basis of the licence to practise without a period of further mandatory practical service and that the system with the internship after the degree is to be abolished.
- A new qualification descriptor that more extensively than previously emphasises scientific and professional skills and the capacity for medical decision-making.

The proposals create the conditions for a coherent programme with a clear scientific basis and well-considered progression; i.e., where knowledge and clinical skills are continually broadened and deepened.*

* In 2011, The Swedish Government appointed a one-man inquiry on the renewal of medical education in Sweden. According to its terms of reference, the scope for review is all medical education and training preceding the licence to practise. To qualify for a licence to practise, doctors must currently (2013) complete a mandatory internship (allmäntjänstgöring /AT) following their degree.

Promoting health in the future – new medical education

We have chosen to give the report the title *‘Promoting health - medical education for the future.’*

By highlighting the concept of health, we want to draw attention to the overarching objective of education for practising doctors of medicine. Medical education must be a scientifically-based professional education that trains students’ professionalism, while simultaneously stimulating their interest in medical research and the future development of the health and medical services. The Inquiry stresses the importance of an understanding of the conditions in society that affect the health of individuals and different groups, from both a national and a global perspective. We consider that the future role of the doctor will include a greater focus on health-promotion and illness-prevention efforts in collaboration with other actors. The Inquiry takes social responsibility by adopting society’s long-term needs as its point of departure and emphasises the importance of a systems perspective on medical education and the future role of the doctor. Its proposals are strongly based on international developments in education within health care and medicine. Tomorrow’s doctors must be able to work and undertake research both in Sweden and in other countries. The proposals are also clearly linked to other phases in the life-long learning of doctors.

The title of the report relates to our points of departure in working with the Inquiry. These have comprised the national objectives in the legislation for the health and medical services, for public health policy and for higher education. This has meant that we have given priority to:

- the patient and citizen perspective, with a focus on health, and good care,
- the student perspective, with a focus on education of a high quality.

We have also been influenced by international developments in health and medical care systems and medical education.

The Inquiry's analysis of the present situation

We have made an effort to throw light on today's situation, both with regard to developments within the health and medical services and the various stages leading to the licence to practise. Background material has been collected from several areas, including material regarding the historical development of the doctor's role and medical education, and conditions affecting students' learning within the various sectors of the health and medical services. Valuable viewpoints and information have been gained from the agencies, organisations and interest groups that the Inquiry has consulted.

Based on an analysis of the present situation, the Inquiry finds that:

- medical education needs to be more clearly based on future global needs in health and medical services, medical research and the overall knowledge society,
- in order to promote student's learning, the path towards the licence to practise medicine needs to be more extensively characterised by progression and the integration of basic sciences and clinical sciences,
- it is important that the health and medical services prioritise learning and the scientific basis of their activities.

Health and medical services have undergone considerable changes since medical education was last the object of central government review. These include demographic developments, the disease panorama and the organisation of health and medical services in combination with an increasingly rapid growth in knowledge. Universities and other higher education institutions (HEIs) have also undergone major reforms and HEIs now have more scope than previously to govern the way in which their activities are to be shaped. Learning outcomes for the Master of Science in Medicine and thus for medical programmes need to be more clearly based on the needs of the health and medical services, medical research and the knowledge society as a whole. Cooperation and communication between HEIs and the health care sector need to be strengthened to be able to deal with future common challenges, such as those relating to course learning outcomes and examinations.

Progression is of key importance in all education. In the structure of today's medical education, with the requirement of at least 18 months of internship after the Master of Science degree, there is a risk that important training in key skills is postponed and does not clearly build on the knowledge and skills that the student acquired before gaining the degree. The long period of internship after the degree has been considered to be valuable in many ways, but standards across the country appear to have been uneven and the link between the objectives of the Master of Science in Medicine and those of internship is unclear. We believe that internship has become redundant and give several reasons for this in the report.

Six years for a degree and licence to practise

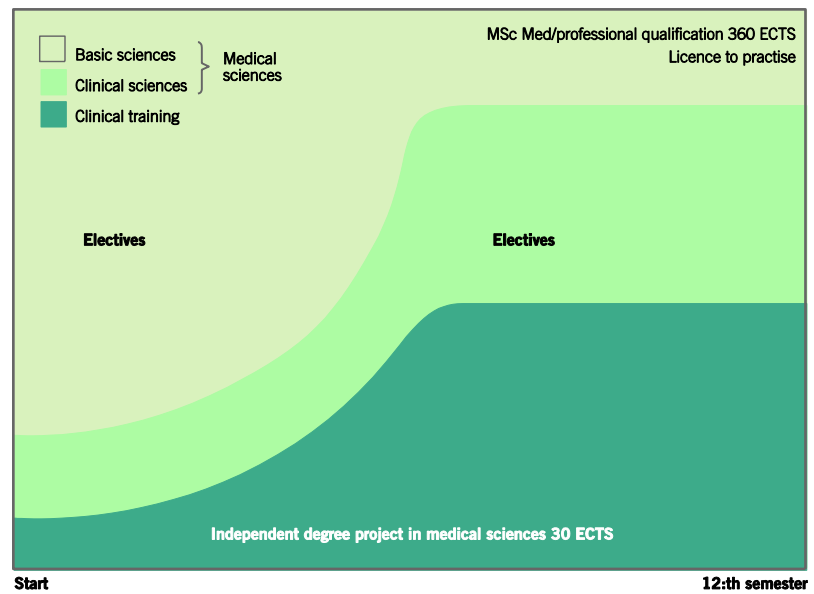
The Inquiry proposes that the Master of Science in Medicine include a total of six years of study (360 higher education credits) and that for the degree, the student must demonstrate the knowledge and skills required for full registration as a doctor of medicine. The Inquiry therefore proposes new learning outcomes in the qualification descriptor. We also propose that the Master of Science in Medicine provide the basis for the licence to practise, without requiring further training stages or practical service after the degree. As a consequence of this, the Inquiry's proposals include phasing out the current structure for internship after the degree. This means that the HEIs that are authorised to award the Master of Science in Medicine will be responsible for students having the skills required to be able to independently exercise their profession when they gain their degrees. Apart from the specific learning outcomes for the Master of Science in Medicine, the student must also achieve the learning outcomes of the Higher Education Act pertaining to education at the second level.

Medical education must be planned and implemented with a focus on the skills that a student must have achieved when awarded the degree and a licence to practise. We therefore believe that basic sciences and clinical sciences must be more extensively integrated to promote the progression of student's learning, i.e. a gradual increase in the degree of difficulty in the training of their clinical skills.

The following principles of particular importance for modern medical education were identified at an early stage of the Inquiry's work:

- progression throughout the entire programme with a clear systems perspective and focus on learning results,
- integration of basic sciences, clinical sciences and the training of clinical skills throughout the entire programme,
- a focus on professional development, a scientific approach, interprofessional teamwork and the ability to participate in improvement efforts,
- the taking of social responsibility, marked by a global perspective,
- student-activating learning methods,
- examinations in order to document the professional skills acquired and continual formative evaluation, in order to enable each student to achieve his or her individual development potential,
- long consecutive periods of integrated clinical learning to enable training of professional skills,
- opportunities for more extensive and in-depth studies on an individual basis.

Figure 1 Proposal for a model for medical education that supports achievement of learning outcomes



The higher education institutions are responsible for, and are free to govern the design of the educational process. The way in which the programme is planned is, however, of great importance for students' ability to have achieved the expected learning outcomes when they are awarded their degrees. This, we believe, means that clinical training should be introduced at an early stage in the programme and be seriously integrated into the theoretical parts of the programme. The parts of the programme that comprise integrated clinical training will be crucial for quality, in combination with the use of scientifically-based assessment and examination methods.

All parts of the integrated clinical training are to be included in courses, with clear learning outcomes and examinations that provide students with feedback on their professional development. One consequence of the proposal is that the requirement for internship after the degree will cease to apply. The entire process towards a prospective doctor's full registration will be integrated into the HEI's system for quality follow-up and responsibility for quality will thus become clearer. With this proposal, we place particular emphasis on medical decision-making and the training of

clinical skills. The Inquiry stresses the importance of enabling the skills and experience built up in connection with the internship system to be made use of to benefit county councils and universities in the new medical education. Cooperation on the development of good arenas for integrated clinical training will be necessary.

Other alternatives that were considered

We have considered some possible alternative models for the process leading to licence to practise. Two of these are:

- maintaining the present structure with the requirement for internship after the degree, but taking measures to ensure quality,
- a six-year medical education as a requirement for a licence to practise according to the principles of the Inquiry's main proposals but specifically allocating the final year for clinical training in different sectors of the health and medical services.

The Inquiry's overall assessment is that these alternative modules lead to improvements in certain respects, but do not create the conditions for change that are necessary for an appropriate and fully quality-assured medical education.

We argue that some of the most important principles for medical education that is adapted to the needs of the health and medical services in the future, are based on clear progression. Responsibility and the level of difficulty of the prospective doctor's training must increase successively in order to promote their learning. By making the HEIs responsible for the quality of medical education up until the higher education qualification and the licence to practise, the entire process leading up to the full registration as a doctor of medicine is covered by the HEI's requirements for a scientific basis. This, in turn, provides better conditions for well-considered progression.

New learning outcomes with the emphasis on professional skills and a scientific basis

The Inquiry proposes several new or modified learning outcomes for medical education. The emphasis lies on core professional skills, such as the ability to communicate, social responsibility,

capacity for cooperation and the ability to participate in research and development work. A global perspective and a health-promoting approach are other aspects that have been highlighted.

The aim of the new qualification descriptor is, on the one hand, to highlight relevant professional skills and on the other, to relate more clearly to the objectives for good care. The proposal contains more learning outcomes than previously, which the Inquiry considers may be able to facilitate both the design of medical education programmes, examinations and future external quality control. The content of medical education programmes at the detailed level must be kept up-to date and be continually renewed, reviewed and developed. It is thus not appropriate, for a sustainable medical education, to propose learning outcomes in the qualification descriptor that are at such a detailed level that they risk rapidly becoming out of date. We therefore propose that the HEIs, in cooperation with each other and together with representatives of the health and medical services, the National Board of Health and Welfare and the professional organisations describe the learning outcomes at a more detailed level and that they regularly review them. Likewise, we want to encourage cooperation on the development of examination formats and examination tasks.

Since the Inquiry's proposals mean that the Master of Science in Medicine will form the basis of the licence to practise issued by the National Board of Health and Welfare and thus of the full registration, several of the new learning outcomes in the qualification descriptor focus on medical decision-making.

Some examples of these learning outcomes for the degree of Master of Science in Medicine are that the student shall demonstrate:

- a deeper capacity for professional conduct and approach vis-à-vis patients and their close relatives, with respect for the patient's integrity, needs, knowledge and experience,
- the ability to independently diagnose and initiate treatment of acute, life-threatening conditions,
- a deeper capacity, from a pathophysiological and psychosocial perspective, to independently diagnose the most common illnesses and together with the patient, deal with these,

- the capacity for leadership and interprofessional cooperation, both within the medical and health services and with professions from other sectors of society,
- the ability to initiate, take part in and implement improvement efforts and show the skills that are required to participate in research and development work.

The proposal for a new qualification descriptor also aims at facilitating future national quality evaluations.

Teaching and learning in the various sectors of the medical and health services

Developments in health and medical services, with a reduction in the number of hospital beds, an increasingly ageing population, and greater demands for quality and patient safety entail challenges for the parts of medical education programmes that are based in the health and medical services. Primary and emergency care services are therefore increasingly important arenas for students' training to achieve many of the most core learning outcomes in the qualification descriptor and for the development of their clinical skills. There is also a trend in different parts of the country towards the increasing use of the front line of the health care system in connection with teaching and learning in these services.

The Inquiry recommends longer, continuous periods of integrated clinical training in order to clearly give priority to clinical training and assessments of the student's professional skills, and ability to cooperate with other professional groups in the health and medical services.

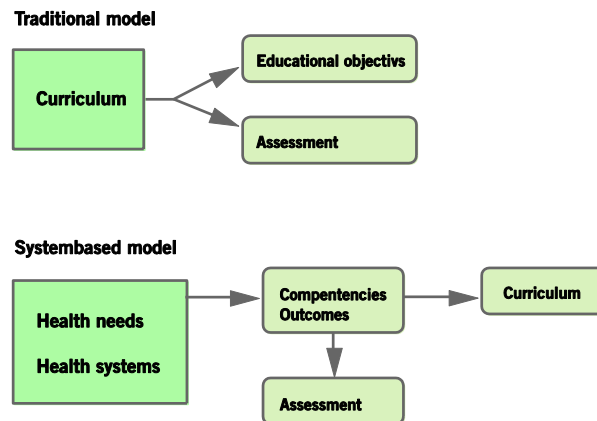
Longer periods of training in clinical skills in the health and medical services will also enable an interest in clinical research and development work to be encouraged and made use of. Health and medical services that offer good conditions for students' learning may affect the choice of their future vocational orientation and specialised service.

Continual assessments of students' development

Our proposal means that, when taking their degree, students must demonstrate the knowledge and skills required for full registration as a doctor. The HEIs will thus be responsible for ensuring that students achieve such a level of independence that the degree can form the basis of the issue by the National Board of Health and Welfare of licences to practise. We therefore stress that the use of different types of examination should be developed, particularly for the assessment of students' skills in clinical decision-making and other professional competence, such as conduct and approach towards patients, and communication.

The knowledge and skills that a newly licensed doctor needs must constitute the minimum level for what a student is expected to have demonstrated when awarded his or her degree. With this proposal, we also want to encourage a development towards ensuring that the education will give every student the chance to achieve his or her individual potential.

Figure 2 Medical education from a systems perspective



Källa: The Lancet Commission, 2010.

Teaching and types of examination must be based on the expected learning outcomes of students, i.e., what a student must know when being examined, rather than on a traditionally subject-based structure. The learning environment that is to support the stu-

dent's efforts to achieve the necessary learning outcomes should be determined by the needs of society, the expected skills of the licensed doctor and by the format of examination. This systems perspective of medical education is summarised in Figure 2 above, and is of key importance for our proposals.

According to the Inquiry, good examination methods, continual assessments of students' performance and regular feedback will provide security for students in their future professional role. The Inquiry regards cooperation between the universities and county councils as necessary in creating the conditions for this.

On learning in the health and medical services and introduction to the profession

It is important to regard medical education as life-long learning from the first day of medical studies until the end of professional life. The conditions for students' learning in the health and medical services need to be strengthened, and we propose that the participation in medical education programmes of the principals of health and medical services be clearly stipulated in the Health and Medical Services Act.

The different phases of life-long learning should be planned so that they build further on each other. This, we believe, is particularly important for the first period after the doctor has gained a licence to practise. The future role as a doctor is also affected by the increasing global mobility of patients, populations and health and medical services staff. With a well-considered and individually-adapted introduction into the health and medical services, patient safety and the quality of care are improved. This particularly applies to the large group of doctors with foreign degrees in medicine and Swedish licences to practise. At the same time it is important to make it clear that an introduction also needs to be seen as an opportunity for learning in the health and medical services, via knowledge from those who have recently undergone medical education in Sweden and doctors with experience from health services in other countries.

The principals of the health and medical services, the National Board of Health and Welfare, HEIs and the professional organisations should together take a position on the way in which such an introduction to working in the health and medical services could be

developed and designed. We believe that it is important for the introduction to be flexible and able to be adapted on the basis of an individual doctor's previous knowledge, experience and needs.

Learning within the health and medical services is of key importance and ultimately, it is the responsibility of the head of a service to ensure that the workplace for which he or she is responsible is developed into a good learning environment. Participation, continual professional development and active and involved management are of crucial importance in creating a learning environment at a workplace. At the same time, experience shows that learning within the health and medical services is not easy. In daily life, it may be difficult to give priority to the time required for reflection in order to change and improve.

Support for implementation

The proposals for extending the scope of the degree of Master of Science in Medicine, and the adjusted requirements for granting licences to practise in combination with the new learning outcomes, place demands on more intensive development efforts within the universities that are currently entitled to award the degree of Master of Science in Medicine (professional qualification). This may be a matter of changes in syllabi, developed examination methods, and continual policy intelligence in close collaboration with representatives of the health and medical services. In this connection, both a national and a global perspective are vital. The challenge lies in agreeing on what should be prioritised for the prospective doctor, and in focusing on learning directed at skills, understanding and coherence.

We believe that central government should support the introduction of the new medical education and propose that the Government appoint a consultative group tasked with drawing up a strategy for enhancing cooperation between HEIs, the health and medical sector and other stakeholders.

Impact of the proposals

Our proposals aim at creating medical education that better corresponds with the future needs of the health and medical services, medical research and the knowledge society. The new learning outcomes of the Master of Science in Medicine, with their greater stress on key professional skills and knowledge of quality assurance and patient safety should, in the longer term, contribute to safer and more efficient health and medical services. Greater opportunities for a more rapid process towards specialist doctors could also be a cost-saving factor for central government and society.

Patients and principals of health and medical services

The new education in medicine will have a range of positive consequences, both for patients and for principals of the health and medical services. The new learning outcomes highlight communicative skills, a scientific approach and knowledge of patient safety and quality in health and medical services.

With the HEIs' responsibility for medical education until the student is awarded the degree and the licence to practise, the prospects for a high-quality, scientifically-based education throughout the entire process leading to full registration improve. At the same time, the proposals are conditional on the forms of cooperation between the health and medical services and the HEIs being developed and intensified. We also consider it important for the supervisory skills that are now available in the health and medical services to be made use of when new arenas for student learning are developed.

The Inquiry's proposals mean that the obligation of county councils to provide internship placements will be abolished. Initially, these proposals may have certain consequences in the services where interns have been an important resource.

The prospective doctors

The statutory rights of prospective doctors have been a major point of departure for our work. Without the requirement for internship after the degree, students will be more able to predict when they can receive their licences to practice, compared with today. The proposal means that the degree of Master of Science in

Medicine increases in scope, but that the total period leading to the licence to practise is shortened.

The Inquiry considers that the proposal meets the minimum requirements for medical education in the Directive (2005/36/EC) of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications. After six years of training and the receipt of a licence to practise, a Swedish doctor can thus begin specialist employment in another country within the EU/EEA. This will mean that doctors with a Swedish Master of Science in Medicine will have equal opportunities for an international career, compared with students in most of the other EU/EEA countries and several other places in the world.

For a medical student following the normal course of studies and receiving full financial support for students, indebtedness will increase somewhat. We consider that the proposals will affect the financial security of medical students in the event of illness and unemployment to a small extent, compared with the situation at present.

Författningsförslag

1 Förslag till förordning om ändring i högskoleförordningen (1993:100)

Häriigenom föreskrivs att bilaga 2 till högskoleförordningen (1993:100) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse¹

4. Examensbeskrivningar

EXAMINA PÅ AVANCERAD NIVÅ

YRKESEXAMINA

Läkarexamen

Omfattning

Läkarexamen uppnås efter att studenten fullgjort kursfordringar om 330 högskolepoäng.

Mål

För läkarexamen skall studenten visa sådan kunskap och förmåga som krävs för läkaryrket och för att fullgöra den allmän-tjänstgöring (AT) som fordras för att få behörighet som läkare.

¹ Lagen omtryckt 1998:1003.

Kunskap och förståelse

För läkarexamen skall studenten

– visa kunskap om områdets vetenskapliga grund och insikt i aktuellt forsknings- och utvecklingsarbete samt kunskap om sambandet mellan vetenskap och beprövad erfarenhet och sambandets betydelse för yrkesutövningen,

– visa såväl bred som fördjupad kunskap inom det medicinska området inbegripet kunskap om och förståelse för förhållanden i samhället som påverkar hälsan för olika grupper och individer, såväl barn som kvinnor och män,

– visa kunskap om ekonomi och organisation som är av betydelse för hälso- och sjukvården, och

– visa kunskap om relevanta författningar.

Färdighet och förmåga

För läkarexamen skall studenten

– visa fördjupad förmåga att självständigt diagnostisera de vanligaste sjukdomstillstånden hos patienter och i samverkan med patienten behandla dessa,

– visa förmåga att initiera och genomföra hälsofrämjande och förebyggande arbete inom hälso- och sjukvården för såväl enskilda som grupper av patienter,

– visa förmåga att kritiskt och systematiskt integrera och använda kunskap samt analysera och bedöma komplexa företeelser, frågeställningar och situationer,

– visa fördjupad förmåga att informera och undervisa olika grupper samt att genomföra handledande uppgifter,

– visa förmåga till lagarbete och samverkan med andra yrkesgrupper såväl inom hälso- och sjukvården som inom vård och omsorg,

– visa förmåga att muntligt och skriftligt redogöra för åtgärder och behandlingsresultat med berörda parter samt i enlighet med relevanta författningar dokumentera dessa,

– visa fördjupad förmåga att på vetenskaplig grund diskutera nya fakta, företeelser och frågeställningar inom det medicinska området med olika grupper samt att kritiskt granska, bedöma och använda relevant information, och

– visa fördjupad förmåga att initiera, medverka i och genomföra förbättringsarbete samt utvärdera medicinsk behandlingsverksamhet.

Värderingsförmåga och förhållningssätt

För läkarexamen skall studenten

- visa självkänedom och empatisk förmåga,
- visa förmåga till helhetssyn på patienten utifrån ett vetenskapligt och humanistiskt synsätt med särskilt beaktande av de mänskliga rättigheterna,
- visa förmåga till ett etiskt och professionellt förhållningssätt gentemot patienter och deras närstående, och
- visa förmåga att identifiera sitt behov av ytterligare kunskap och att fortlöpande utveckla sin kompetens.

Självständigt arbete (examensarbete)

För läkarexamen skall studenten inom ramen för kursfordringarna ha fullgjort ett självständigt arbete (examensarbete) om minst 30 högskolepoäng.

Övrigt

För läkarexamen skall också de preciserade krav gälla som varje högskola själv bestämmer inom ramen för kraven i denna examensbeskrivning.

*Föreslagen lydelse***4. Examensbeskrivningar****EXAMINA PÅ AVANCERAD NIVÅ****YRKESEXAMINA*****Läkarexamen*****Omfattning**

Läkarexamen uppnås efter att studenten fullgjort kursfordringar om 360 högskolepoäng.

Mål

För läkarexamen ska studenten visa sådan kunskap och förmåga som fordras för att få behörighet som läkare.

Kunskap och förståelse

- För läkarexamen ska studenten
- visa såväl bred som djup kunskap inom det medicinska området,
 - visa kunskap om områdets vetenskapliga grund och insikt i aktuellt forsknings- och utvecklingsarbete samt kunskap om sambandet mellan vetenskap och beprövad erfarenhet i yrkesutövningen,
 - visa kunskap om grundläggande vetenskapliga metoder inom området och insikt i metodernas möjligheter och begränsningar,
 - visa kunskap om etiska principer inom hälso- och sjukvården och inom forsknings och utvecklingsarbete,
 - visa kunskap om, och förståelse för förhållanden i samhället som påverkar hälsan för individer och olika grupper ur ett nationellt och globalt perspektiv,
 - visa kunskap om hälso- och sjukvårdssystem i Sverige och andra länder, samt visa förståelse för strategier för likvärdig tillgång till hälso- och sjukvård,

- visa kunskap om patientsäkerhet, kvalitet och effektivitet i hälso- och sjukvården, samt om metoder för att utvärdera medicinsk verksamhet, och
- visa kunskap om relevanta författningar.

Färdighet och förmåga

För läkarexamen ska studenten

- visa fördjupad förmåga till professionellt bemötande av patienter och deras närstående med respekt för patientens integritet, behov, kunskaper och erfarenheter.
- visa förmåga att kritiskt och systematiskt integrera och använda kunskap samt analysera och värdera komplexa företeelser, frågeställningar, och situationer,
- visa förmåga att självständigt diagnostisera och inleda behandling av akuta livshotande tillstånd samt,
- visa fördjupad förmåga att ur ett patofysiologiskt och psykosocialt perspektiv självständigt diagnostisera de vanligaste sjukdomstillstånden och i samverkan med patienten handlägga dessa
- visa förmåga att initiera och medverka i hälsoinriktat och sjukdomsförebyggande arbete för enskilda, grupper och på samhällsnivå,
- visa förmåga att muntligt och skriftligt kommunicera åtgärder och behandlingsresultat med berörda parter och dokumentera dessa i enlighet med relevanta författningar,
- visa förmåga att bidra till lärande i olika grupper, samt genomföra handledande uppgifter,
- visa förmåga till ledarskap och interprofessionellt samarbete såväl inom hälso- och sjukvården som med professioner inom andra delar av samhället,
- visa förmåga att initiera, medverka i och genomföra förbättringsarbete samt visa sådan färdighet som fordras för att delta i forsknings- och utvecklingsarbete, och
- visa fördjupad förmåga att på vetenskaplig grund diskutera nya fakta, företeelser och frågeställningar inom det medicinska området med olika grupper samt att kritiskt granska, bedöma och använda relevant information.

Värderingsförmåga och förhållningssätt

För läkarexamen ska studenten

- visa förmåga till självreflektion, empati och till ett professionellt förhållningssätt,
- visa förmåga till ett hälsofrämjande förhållningssätt med helhetssyn på patienten och särskilt beaktande av etiska principer och de mänskliga rättigheterna, och
- visa förmåga att identifiera sitt behov av, och ta ansvar för, sin fortlöpande kompetensutveckling.

Självständigt arbete (examensarbete)

För läkarexamen ska studenten inom ramen för kursfordringarna ha fullgjort ett självständigt arbete (examensarbete) om minst 30 högskolepoäng.

Övrigt

För läkarexamen ska också de preciserade krav gälla som varje högskola själv bestämmer inom ramen för kraven i denna examensbeskrivning.

1. Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2015 och tillämpas första gången vid antagning till utbildning som börjar efter den 30 juni 2015.

2. Den som före den 1 juli 2015 har påbörjat utbildning till läkarexamen enligt de äldre bestämmelserna och den som dessförinnan har antagits till en sådan utbildning men fått anstånd till tid därefter med att påbörja utbildningen, har rätt att slutföra sin utbildning för att få en läkarexamen enligt de äldre bestämmelserna, dock längst till och med utgången av juni 2022.

2 Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)

Härigenom föreskrivs att 4 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse²

4 kap.

1 §

Den som i enlighet med vad som anges i nedanstående tabell har avlagt högskoleexamen och som, i förekommande fall, fullgjort praktiskt tjänstgöring ska efter ansökan få legitimation för yrket.

Legitimation får inte meddelas om förhållandena är sådana att legitimationen skulle ha återkallats enligt bestämmelserna i 8 kap. om sökanden hade varit legitimerad.

En legitimerad psykoterapeut ska i samband med sin yrkesutövning ange sin grundutbildning.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får i de fall som anges i tabellen meddela föreskrifter om vilken utbildning och praktisk tjänstgöring som krävs för att få legitimation.

Yrke/Yrkestitel	Utbildning	Praktisk tjänstgöring
1. apotekare	apotekarexamen	
2. arbetsterapeut	arbetsterapeutexamen	
3. audionom	audionomexamen	
4. barnmorska	barnmorskeexamen	
5. biomedicinskanalytiker	biomedicinsk analytikerexamen	
6. dietist	dietistexamen	
7. kiropraktor	enligt föreskrifter	enligt föreskrifter
8. logoped	logopedexamen	
9. läkare	läkarexamen	<i>enligt föreskrifter</i>
10. naprapat	enligt föreskrifter	enligt föreskrifter
11. optiker	optikerexamen	
12. ortopedingenjör	ortopedingenjörsexamen	

13. psykolog	psykologexamen	enligt föreskrifter
14. psykoterapeut	psykoterapeutexamen	
15. receptarie	receptarieexamen	
16. röntgensjuksköterska	röntgensjuksköterske- examen	
17. sjukgymnast	sjukgymnastexamen	
18. sjukhusfysiker	sjukhusfysikerexamen	
19. sjuksköterska	sjuksköterskeexamen	
20. tandhygienist	tandhygienistexamen	
21. tandläkare	tandläkareexamen	

Regeringen får meddela föreskrifter om att även andra utbildningar än dem som anges i tabellen ska ge rätt till legitimation.

Föreslagen lydelse

4 kap.

1 §

Den som i enlighet med vad som anges i nedanstående tabell har avlagt högskoleexamen och som, i förekommande fall, fullgjort praktiskt tjänstgöring ska efter ansökan få legitimation för yrket.

Legitimation får inte meddelas om förhållandena är sådana att legitimationen skulle ha återkallats enligt bestämmelserna i 8 kap. om sökanden hade varit legitimerad.

En legitimerad psykoterapeut ska i samband med sin yrkesutövning ange sin grundutbildning.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får i de fall som anges i tabellen meddela föreskrifter om vilken utbildning och praktisk tjänstgöring som krävs för att få legitimation.

Yrke/Yrkestitel	Utbildning	Praktisk tjänstgöring
1. apotekare	apotekareexamen	
2. arbetsterapeut	arbetsterapeutexamen	
3. audionom	audionomexamen	
4. barnmorska	barnmorskeexamen	
5. biomedicinskanalytiker	biomedicinsk analytikerexamen	
6. dietist	dietistexamen	

7. kiropraktor	enligt föreskrifter	enligt föreskrifter
8. logoped	logopedexamen	
9. läkare	läkarexamen	---
10. naprapat	enligt föreskrifter	enligt föreskrifter
11. optiker	optikerexamen	
12. ortopedingenjör	ortopedingenjörsexamen	
13. psykolog	psykologexamen	enligt föreskrifter
14. psykoterapeut	psykoterapeutexamen	
15. receptarie	receptarieexamen	
16. röntgensjuksköterska	röntgensjuksköterskeexamen	
17. sjukgymnast	sjukgymnastexamen	
18. sjukhusfysiker	sjukhusfysikerexamen	
19. sjuksköterska	sjuksköterskeexamen	
20. tandhygienist	tandhygienistexamen	
21. tandläkare	tandläkarexamen	

Regeringen får meddela föreskrifter om att även andra utbildningar än dem som anges i tabellen ska ge rätt till legitimation.

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

2. De äldre bestämmelserna om praktisk tjänstgöring för läkare ska fortsatt gälla för den som fått läkarexamen enligt bestämmelserna i högskoleförordningen (1993:100) i deras lydelse före den 1 januari 2015.

3 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)³

dels att 15 § och 26 b § ska ha följande lydelse

dels att rubriken närmast före 26 b § ska ha följande lydelse⁴

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

15 §⁵

I landstingen ska det finnas möjligheter till anställning för läkares allmäntjänstgöring enligt 4 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659) i sådan omfattning att alla läkare som avlagt läkarexamen och läkare med utländsk utbildning som föreskrivits allmäntjänstgöring ges möjlighet att fullgöra praktisk tjänstgöring för att få legitimation som läkare. Anställning för allmäntjänstgöring ska ske för viss tid.

I landstingen ska det också finnas möjligheter till anställning för läkares specialiserings-tjänstgöring enligt nämnda lag i en omfattning som motsvarar det planerade framtida behovet av läkare med specialistkompetens i klinisk verksamhet. Regeringen får meddela föreskrifter om att läkare under sådan tjänstgöring med anställning vid en enhet som har upplåtits för högskoleutbildning för läkarexamen ska anställas för viss tid.

I landstingen ska det finnas möjligheter till anställning för läkares specialiseringstjänstgöring enligt 4 kap. patientsäkerhetslagen (2010:65) i en omfattning som motsvarar det planerade framtida behovet av läkare med specialistkompetens i klinisk verksamhet. Regeringen får meddela föreskrifter om att läkare under sådan tjänstgöring med anställning vid en enhet som har upplåtits för högskoleutbildning för läkarexamen ska anställas för viss tid.

³ Lagen omtryckt 1992:567.

⁴ Lagen omtryckt 1992:567.

⁵ Senaste lydelse 2010:662. Ändringen innebär bland annat att första stycket tas bort.

Forskning

Forskning och utbildning

26 b §

Landstingen och kommunerna skall medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område samt av folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. Landstingen och kommunerna skall i dessa frågor, i den omfattning som behövs, samverka med varandra samt med berörda universitet och högskolor. Lag (1996:1289).

Landstingen och kommunerna ska medverka i högskoleutbildningar inom vård och medicin så att de kan bedrivas på ett ändamålsenligt sätt. Landstingen och kommunerna ska inom ramen för detta samverka med varandra samt med berörda universitet och högskolor.

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

2. De äldre bestämmelserna om möjligheter till anställning i landstingen för läkares allmäntjänstgöring ska fortsätta att gälla för de som har fått läkarexamen enligt bestämmelserna i högskoleförordningen (1993:100) i deras lydelse före den 1 januari 2015 och läkare med utländsk utbildning som föreskrivits allmäntjänstgöring. Landstingens skyldighet att erbjuda möjligheter till anställning för läkares allmäntjänstgöring kvarstår dock längst till och med den 31 december 2023.

4 Förslag till lag om ändring i studiestödslagen (1999:1395)

Härigenom föreskrivs att 3 kap. 8 § studiestödslagen (1991:1395) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 kap. 8 §⁶

För studier i sådan utbildning som avses i 2 § första stycket får studiemedel lämnas vid studier på heltid under sammanlagt högst 240 veckor.

För studier på en utbildning som syftar till en examen om minst 360 högskolepoäng enligt föreskrifter som har meddelats med stöd av högskolelagen (1992:1434) eller motsvarande examen inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) eller i Schweiz får studiemedel lämnas vid studier på heltid under ytterligare högst 20 veckor.

För studier i sådan utbildning som avses i 2 § andra stycket och som inte är grundskoleutbildning får studiemedel lämnas vid studier på heltid under sammanlagt högst 120 veckor. Till en studerande som redan har en treårig gymnasieutbildning eller motsvarande svensk eller utländsk utbildning får dock studiemedel lämnas under högst 80 veckor.

För studier på grundskolenivå får studiemedel lämnas vid studier på heltid under sammanlagt högst 80 veckor till studerande som helt saknar grundskoleutbildning eller motsvarande utbildning. Till studerande som behöver färdighetsträning i läsning, skrivning och räkning får studiemedel lämnas under ytterligare högst 20 veckor. Till studerande som redan har grundskoleutbildning eller motsvarande svensk eller utländsk utbildning får studiemedel lämnas för sådana studier under sammanlagt högst 40 veckor.

⁶ Senaste lydelsen 2005:613

Från och med det år då den studerande fyller 40 år får studiemedel lämnas under längre tid än som anges i *första- tredje stycket*, om det finns särskilda skäl. Studiemedel får i dessa fall lämnas i ytterligare högst 40 veckor.

Studiemedel får lämnas under längre tid än som anges i *första- fjärde stycket*, om det finns synnerliga skäl

Från och med det år då den studerande fyller 40 år får studiemedel lämnas under längre tid än som anges i *första- fjärde stycket*, om det finns särskilda skäl. Studiemedel får i dessa fall lämnas i ytterligare högst 40 veckor.

Studiemedel får lämnas under längre tid än som anges i *första- femte stycket*, om det finns synnerliga skäl

-
1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.

5 Förslag till förordning om ändring i patientsäkerhetsförordningen (2010:1369)

Härigenom föreskrivs att 3 kap. 5 § patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) ska upphöra att gälla.

-
1. Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2015.
 2. Äldre bestämmelser om allmäntjänstgöring för läkare ska fortsätta att gälla för den som avlagt läkarexamen enligt bestämmelserna i högskoleförordningen (1993:100) i deras lydelse före den 1 januari 2015.

6 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1998:1518) om behörighet till vissa anställningar inom hälso- och sjukvården m.m.

Härigenom föreskrivs att 2 och 14 §§ förordningen (1998:1518) om behörighet till vissa anställningar inom hälso- och sjukvården ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 §

Behörig till anställning som läkare för allmäntjänstgöring är den som avlagt läkarexamen. Det samma gäller för den som genomgått medicinsk utbildning utomlands och skall genomgå kompletterande utbildning.

Behörig till anställning som läkare för specialiseringstjänstgöring är den som har legitimation som läkare.

Behörig till anställning som läkare för specialiseringstjänstgöring är den som har legitimation som läkare.

14 §

Läkare för allmäntjänstgöring anställs genom förordnande för högst två år.

Läkare för specialiseringstjänstgöring vid enheter som har upplåtits för grundläggande utbildning av läkare anställs genom förordnande för högst sex månader utöver den beräknade tid som behövs för att uppnå de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som föreskrivits för specialiteten. Sådana anställningar för läkare får dock ske genom förordnande

Läkare för specialiseringstjänstgöring vid enheter som har upplåtits för grundläggande utbildning av läkare anställs genom förordnande för högst sex månader utöver den beräknade tid som behövs för att uppnå de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som föreskrivits för specialiteten. Sådana anställningar för läkare får dock ske genom förordnande

tills vidare, om det med hänsyn till den verksamhet som bedrivs vid enheten kan ske utan att utbildningens eller forskningens behov åsidosätts.

Tidsbegränsade förordnanden som har meddelats enligt första *eller andra stycket* får förlängas utöver den föreskrivna längsta tiden om särskilda skäl föreligger.

tills vidare, om det med hänsyn till den verksamhet som bedrivs vid enheten kan ske utan att utbildningens eller forskningens behov åsidosätts.

Tidsbegränsade förordnanden som har meddelats enligt första stycket får förlängas utöver den föreskrivna längsta tiden om särskilda skäl föreligger.

1. Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2015.

2. De äldre bestämmelserna om behörighet till anställning som läkare för allmäntjänstgöring och förordnande ska fortsätta att gälla för den som har fått läkarexamen enligt bestämmelserna i högskoleförordningen (1993:100) i deras lydelse före den 1 januari 2015 samt för den som genomgått medicinsk utbildning utomlands och ska genomgå kompletterande utbildning, dock längst till och med den 31 december 2023.

1 Uppdraget och dess genomförande

Sammanfattat

I detta avsnitt beskrivs:

- Utredningens uppdrag, och vägledande perspektiv.
- Tidigare förändringar i utbildningen av läkare i Sverige.
- Principer för en långsiktigt hållbar läkarutbildning.
- Utredningens arbetssätt och genomförda aktiviteter.

1.1 Uppdraget

Regeringen beslutade den 20 oktober 2011 om direktiv för en översyn av den svenska läkarutbildningen och allmäntjänstgöringen (AT) som sammantaget leder fram till läkarlegitimation. Den 29 november 2012 fattade regeringen beslut om tilläggsdirektiv till utredningen. Utredningens direktiv finns i bilaga 1 och 2.

Bakgrund

Nuvarande struktur för läkarutbildningen utformades på 1960-talet. Sedan dess har hälso- och sjukvården genomgått betydande förändringar. Det gäller både den demografiska utvecklingen, sjukdomspanoramata, vårdens organisation och en allt snabbare kunskapsutveckling. Det handlar bland annat om en ökad tonvikt på kroniska sjukdomar med allt fler multisjuka äldre, fler som söker vård för psykisk ohälsa, färre vårdplatser på sjukhus och en ökad andel patienter som i stället vårdas i öppna vårdformer. Därutöver

finns stora utmaningar när det gäller patientsäkerhet och effektivitet, samt i vilken grad vården utgår ifrån patienternas och medborgarnas delaktighet och behov. Den ökande rörligheten hos sjukvårdspersonal, patienter och befolkning mellan länder, liksom globala hälsofrågor, är andra faktorer som i hög grad påverkar förutsättningarna för svensk sjukvård, utbildningar i vård och medicin och klinisk forskning.

I direktiven till utredningen poängteras att den svenska läkarutbildningen bedömts hålla hög kvalitet i internationell jämförelse. Samtidigt framhålls ett antal områden inom vilka förbättringar är angelägna. Flera instanser pekar på svagheter i dagens struktur. Riksrevisionen har påtalat behov av en ökad tydlighet i ansvarsförhållanden, dimensionering, styrning och uppföljning. Högskoleverket har riktat kritik mot konsekvenserna av det oklara ansvaret vad gäller kvalitetssäkring av allmäntjänstgöringen (AT) liksom mot bristande rättssäkerhet i samband med det s.k. AT-provet. Därutöver framhålls i direktiven att det nuvarande systemet med AT efter läkarexamen medför att tiden fram till legitimation är minst sju år, och att det i praktiken ofta är en väntetid mellan läkarexamen och när AT påbörjas. Det tar alltså förhållandevis lång tid för läkare att inleda sin yrkeskarriär och specialiseringstjänstgöring. Detta är inte ändamålsenligt, vare sig för medborgarna, patienterna eller för de blivande läkarna.

Syfte och huvudsakliga frågeställningar

Utredningens syfte är att läkarutbildningen ska få ett tydligt, samlat upplägg som stämmer överens med vårdens, kunskapssamhällets och den medicinska forskningens behov och krav på kvalitet.

Som framgår av direktiven ska utredningen analysera de behov av förändringar som finns, bl.a. när det gäller utbildningens längd och ansvarsfördelning, och det framtida kompetensbehovet för läkare. Utredningen ska också föreslå vilka krav som ska ställas för att få läkarlegitimation.

Utredningens huvudfrågor enligt direktiven är bland annat att:

- 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.

1.2 Vägledande perspektiv

De nationella målen i lagstiftningen för hälso- och sjukvården, folkhälsopolitiken och för högre utbildning har varit vägledande i utredningsarbetet. Detta har inneburit att utredningen prioriterat följande:

- Patient- och medborgarperspektiv med fokus på hälsa och god vård.
- Studentperspektiv, med fokus på de blivande läkarnas rätts-säkerhet och en utbildning av hög kvalitet som vilar på vetenskaplig grund.

Vidare har utredningen tagit intryck av den internationella utvecklingen vad gäller hälso- och sjukvårdssystemen och medicinsk utbildning i världen.

Mål för hälsa och god vård

De förändringar utredningen föreslår syftar ytterst till att förbättra förutsättningarna för läkarutbildningen och har sin utgångspunkt i patienternas och befolkningens behov av god vård. Dessa övergripande mål finns uttalade i hälso- och sjukvårdslagen:¹

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. (2 a §).

¹ 2 kap. hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

I lagen framgår också att hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på *god vård*. Mot bakgrund av nuvarande och framtida utmaningar har sex övergripande målområden för hälso- och sjukvårdssystemen beskrivits internationellt. I Sverige har dessa kvalitetsområden eller målområden för god vård beskrivits av Socialstyrelsen som *patientfokuserad, tillgänglig, säker, kunskapsbaserad, jämlik* och *effektiv vård*.²

Det råder internationell samsyn kring dessa mål, och de används som utgångspunkter för att följa upp resultaten för hälso- och sjukvårdssystemet i Sverige såväl som i andra länder. I olika utvärderingar har framhållits att det finns betydande utmaningar för den svenska hälso- och sjukvården när det gäller flera av dessa mål. Bland annat rör det målet om en patientcentrerad vård där frågor kring bemötande, information och kommunikation är särskilt uppmärksammade, och om fortsatt stora utmaningar på patientsäkerhetsområdet. Dessa utmaningar delar Sverige med många andra länder.

Ett av elva mål för den nationella folkhälsopolitiken behandlar en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Detta mål innebär att ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektiv ska genomsyra hela hälso- och sjukvården.³ Både i Sverige och internationellt understryks regelbundet behovet av att tydligare omorientera världens hälso- och sjukvårdssystem mot en tydligare hälsoinriktning.

Mål för högre utbildning

All högre utbildning i Sverige ska vila på vetenskaplig grund samt på beprövad erfarenhet. Enligt högskolelagen (1 kap. 3 §) ska verksamheten bedrivas så att det finns ett nära samband mellan utbildning och forskning, och den ska avpassas så att en hög kvalitet nås, såväl i utbildningen som i forskningen (1 kap. 4 §). I högskolelagen finns nivåbeskrivningar (1 kap. 8–9 §§) som anger vad som karakteriserar utbildningar på respektive nivå. I examensbeskrivningar finns mål för vad studenten ska ha uppnått efter genomgången utbildning för att kunna få examen. Högskoleutbildning ska bland annat ge den studerande kunskaper och färdigheter, förmåga att

² Utredningen kommer fortsättningsvis att använda begreppet patientcentrerad i stället för patientfokuserad.

³ Prop. 2007/08:110, *En förnyad folkhälsopolitik*.

självständigt lösa problem samt förmåga att följa kunskapsutvecklingen, allt inom det område som utbildningen avser. Utbildningen ska också utveckla den studerandes förmåga till informationsutbyte på vetenskaplig grund.

Förslagen som lämnas av utredningen ska främja kvaliteten i den svenska läkarutbildningen. Högskolans utveckling mot ökad autonomi ger möjligheter för universitet och högskolor att utveckla kvaliteten genom att styra hur verksamheten utformas. Med detta följer krav på regelbunden utvärdering.⁴ Medborgarna ska kunna ställa krav på att utbildningen har hög kvalitet och att resurserna används effektivt. Studenter, arbetsgivare, myndigheter och andra intressenter ska kunna ta del av oberoende information om utbildningarnas kvalitet. Transparens och förtroende för utbildningens kvalitet utgör också en viktig grund för internationell samverkan inom utbildning och forskning.

Internationell utveckling

Utredningen har i stor utsträckning tagit intryck av den internationella utvecklingen när det gäller reformering och modernisering av läkarutbildningen i ett flertal olika länder och regioner.

År 2000 initierades t.ex. det så kallade Tuningprojektet som ett led i arbetet med att harmonisera högre utbildning inom EU och främja rörlighet och kvalitet. Syftet med projektet var att stödja utvecklingen av gemensamma lärandemål för olika utbildningar, bland annat läkarutbildningen. Liknande utvecklingsarbeten med fokus på läkarens kärnkompetenser har initierats och pågår kontinuerligt i bland annat i Skottland, Spanien och Kanada.⁵ Utredningen har även tagit del av det arbete World Federation for Medical Education genomfört vad gäller kvalitetsutveckling av medicinsk utbildning samt deras publikationer om den framtida, globala läkarrollen.⁶

Utredningen har även inspirerats av det arbete som den s.k. Lancetkommissionen genomfört. Denna kommission inledde sitt arbete i januari 2010. Syftet med detta initiativ, som leddes av ett 20-tal kommissionärer från ett flertal olika länder, var att analysera

⁴ Prop. 2009/10:139, *Fokus på kunskap – kvalitet i den högre utbildningen*.

⁵ Se t.ex. The Tuning Project (www.tuning-medicine.com), The Scottish Doctor (www.scottishdoctor.org), The Physician of the Future, (www.educmed.net) CanMEDS (www.royalcollege.ca). Tomorrow's Doctors (www.gmc-uk.org).

⁶ www.wfwmw.org

och komma med förslag kring den globala situationen vad gäller läkar-, sjuksköterske-, barnmorske- och folkhälsoutbildningarna i världen. Deras analys och rekommendationer är inriktade på att rusta en ny generation av vårdpersonal för att hantera nuvarande och framtida hälsoproblem.⁷

Principer för en hållbar läkarutbildning

Läkarutbildningen ska styras, planeras och genomföras så att studenterna ges möjlighet att nå samtliga mål i examensbeskrivningen.⁸ Statens uppgift är i detta avseende att ge universiteten bästa möjliga förutsättningar att utforma sina respektive läkarprogram utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet såväl vad gäller innehållet som undervisnings- och examinationsmetoder. Lika väl som att innehållet ska följa de principer och mål som finns för god och kunskapsbaserad vård, ska undervisningen och examinationen utgå från aktuella kunskaper om medicinsk pedagogik.

Det är utredningens bedömning att i ett ändamålsenligt läkarprogram måste basvetenskap och klinisk vetenskap integreras, med fokus på den kunskap och förståelse, färdighet och förmåga, värderingsförmåga och förhållningssätt en student ska ha uppnått vid legitimationstillfället. Vidare ska utbildningen planeras med tydlig progression, det vill säga en ökande svårighetsgrad i träningen av studentens kliniska kompetens. Morgondagens läkare ska kunna arbeta och forska såväl i Sverige som i andra länder. De svenska lärosätena strävar redan i dag efter att utveckla sina läkarprogram i denna riktning.

Utredningen har sett som sitt uppdrag att utbildningen av läkare fram till legitimation ska utgå från behoven och kvaliteten i den framtida hälso- och sjukvården, kunskapssamhället och den medicinska forskningen. Utredningen bedömer att följande principer är särskilt väsentliga för en långsiktigt hållbar utbildning:

- progression genom hela utbildningen med ett tydligt systemperspektiv och fokus på läranderesultat,
- integrering av basvetenskap, klinisk vetenskap och träning i klinisk färdighet genom hela utbildningen,

⁷ Frenk J, Chen L, Bhutta AZ, et al. *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*. Lancet. 2010;376:1923-58.

⁸ Bilaga 2 i högskoleförordningen (1993:100).

- fokus på professionell utveckling, ett vetenskapligt förhållnings-sätt, interprofessionellt teamarbete och förmåga att medverka i förbättringsarbete,
- socialt ansvarstagande med inslag av globala perspektiv,
- studentaktiverande lärandemetoder,
- examination för att dokumentera uppnådd professionell kompetens och fortlöpande formativ utvärdering med återkoppling så att varje student uppnår sin individuella utvecklingspotential,
- långa perioder av verksamhetsintegrerat lärande,
- möjlighet till breddning och fördjupning på individbasis.

Förslagen som utredningen presenterar syftar till att förbättra förutsättningarna för att dessa principer ska få ännu större genomslag, och därmed bidra till en hälso- och sjukvård med hög kvalitet för patienter och medborgare.

1.3 Kort om tidigare reformer i utbildningen av läkare

Dagens läkarutbildning fick sin principiella utformning genom ett riksdagsbeslut 1954. Vid den tidpunkten hade utbildningens struktur varit i stort sett oförändrad sedan 1907, och en viktig utgångspunkt för förändring var att läkarutbildningen inte skulle uppfattas som avslutad efter grundutbildningen. Utbildningen moderniserades och en rad nya ämnen infördes. Studietiden förkortades med ungefär ett och ett halvt år till sammantaget sex års studier. Den s.k. assistenttjänstgöringen samlades i slutet av grundutbildningen och förutsattes i så stor utsträckning som möjligt ske på sjukhus utanför universitetsklinikerna, och ha karaktären av arbete under eget ansvar.⁹

⁹ För en redogörelse av läkarutbildningens utveckling fram till slutet av 1990-talet se Läkarförbundet (2003).

Allmäntjänstgöringen införs

Det kom dock att dröja till 1969 innan läkarnas vidareutbildning inordnades i läkarutbildningssystemet. Som ett resultat av en statlig utredning förkortades grundutbildningen då till fem och ett halvt år genom att assistenttjänstgöringen inordnades i den avlönade allmäntjänstgöring (AT) som inrättades.¹⁰ Syftet var, förutom att skapa en bra handledd introduktion till arbetet som läkare, och till framtida specialisering, även arbetsmarknadspolitiskt. Man ville fördela läkare över landet och öka förutsättningarna för rekrytering till bristspecialiteterna psykiatri och allmänmedicin. Utredningen framhöll vikten av att innehållet och dimensioneringen skulle motsvara sjukvårdens behov. Genom detta system bedömdes att läkar-kompetensen kunde kanaliseras till de områden där den bäst behövdes.

Socialstyrelsen fick därefter uppdraget att i samråd med andra berörda organisationer lägga fram förslag om konstruktionen av AT-läkartjänster och behörighetsvillkor.

Socialstyrelsen redovisade sitt förslag 1971.¹¹ Efter remiss-behandling utgjorde detta grunden för en proposition med förslaget att hälso- och sjukvårdslagstiftningen skulle ändras så att det fanns särskilda tjänster för allmäntjänstgöringen med blockkonstruktion. Tanken med denna reform var att studenterna skulle påbörja AT direkt efter examen.

En fast studiegång i tre stadier infördes för hela utbildningen fram till examen: det prekliniska, propedeutiska och kliniska stadiet. År 1969 års reform angav att det skulle finnas en utbildningsplan och för varje så kallat läroämne och särskild kurs en studieplan, vilka fastställdes av dåvarande Universitetskanslersämbetet (UKÄ). Denna ordning gällde fram till 1977 då en ny högskolelag och högskoleförordning trädde i kraft.

Högskolereformen 1977

Med högskolereformen 1977 följde bland annat att ansvaret för detaljutformningen av utbildningen överfördes till nyinrättade lokala beslutsorgan, linjenämnder. Antagningssystemet förändrades och läsåret fastställdes till 40 veckor. Läkarutbildningen skulle

¹⁰ *Läkares grundutbildning och vidareutbildning* (SOU 1967:51).

¹¹ *Läkartjänstutredningen* (SOU 1971:68).

omfatta 220 poäng och avslutas med läkarexamen med mer tydlig yrkesinriktning. Universitets- och högskoleämbetet (UHÄ) fastställde utbildningens mål, inriktning och huvudsakliga innehåll. Linjenämnderna fick i och med detta stor frihet att tolka målen, dela upp utbildningen i kurser och bestämma antalet föreläsningstimmar i enskilda ämnen. Studentinflytandet ökade och ett förändringsarbete inleddes vid de olika universiteten. Från studenthåll framfördes krav på pedagogisk förnyelse.

Översyn med syfte att förnya läkarutbildningen

År 1982 presenterade UHÄ en omfattande översyn med syfte att bättre anpassa utbildningens innehåll och verksamhetsformer till målen för hälso- och sjukvårdens utveckling och till förändringar i kunskapsinnehållet.¹² Man ville med sina förslag kring mål och innehåll bland annat tydliggöra sambandet mellan utbildning och forskning, och också stärka innehållet i utbildningen inom de samhälls- och beteendevetenskapliga områdena.

Linjenämndernas styrning försvann i och med den nya högskolelagen och högskoleförordningen som trädde i kraft 1993. Krav fastslogs om minst en fakultetsnämnd vid varje lärosäte och dessa fick frihet att själva besluta på vilket sätt de nya läkarprogrammen skulle utformas. Genomgripande förändringar infördes också vad gäller resursfördelning och dimensionering. Före reformen 1993 beslutade regeringen hur många studenter som fick antas till utbildningen.

Om mål för AT och internationell anpassning av läkarexamen

I januari 1985 tillsattes en utredning för att föreslå hur vidareutbildningen för läkare efter examen skulle utformas (LSU 85). I utredningen ingick även att lägga fram förslag för AT. Utredningen höll i huvudsak fast vid den ursprungliga konstruktionen från 1969. Därutöver föreslog man ett antal övergripande mål och delmål för AT-perioden. Vidare fastslogs att det var Socialstyrelsen som borde fastställa detaljerade mål för AT och regelbundet uppdatera och revidera dessa. Utredningen ville betona behovet av handledning, och föreslog att varje AT-läkare tilldelas en personlig handledare.

¹² *En förnyad läkarutbildning* (UHÄ rapport 1982:16).

Ett kunskapsprov efter AT inrättades och ansvaret för provet flyttades senare från Socialstyrelsen till en ”högskolemyndighet”.

En ytterligare förändring som inneburit stora konsekvenser för läkarutbildningen är den så kallade Bolognaanpassningen av den svenska examensstrukturen och dess nivåbeskrivningar. Bakgrunden är ambitionen om ett sammanhållet europeiskt område för högre utbildning med syfte att främja rörlighet, anställningsbarhet och Europas konkurrens- och attraktionskraft som utbildningskontinent. Den nu gällande examensbeskrivningen för läkarexamen infördes 2007 som en följd av detta och den innehåller bland annat krav på ett självständigt arbete (examensarbete).

Utbildningens omfattning

Utbildningens omfattning har vid flera tillfällen varit föremål för särskild diskussion. I samband med reformen 1993 framförde flera lärosäten krav på att utbildningen fram till examen skulle förlängas med en termin. Bakgrunden angavs bland annat vara den snabba kunskapsutvecklingen som ledde till ”kompakta utbildningsplaner” där nytt material infördes utan att tillräckligt mycket annat lyftes bort. Regeringen ansåg att lösningen i stället borde vara bättre samordning mellan olika ämnen och bättre avvägning mellan vad som skulle ingå i läkarexamen respektive AT (prop. 1992/93:169). Som framgår ovan fastställdes normalstudietiden för heltidsstudier till 40 veckor i samband med reformen. Trots detta fortsatte läkarprogrammen att ha längre terminer, vilket innebar att studenterna inte fick studiemedel motsvarande hela studietiden. Kritik mot detta riktades såväl från studenterna som från Högskoleverket. År 1998 anpassades läkarstudiernas omfattning till normalstudietiden, dock utan några förändringar i kraven för examen. I samband med att nya mål och krav på ett självständigt arbete om minst 30 högskolepoäng infördes 2007, skedde inte heller någon förändring av utbildningens omfattning.

1.4 Utredningens aktiviteter och arbetsätt

Öppen process

Utredningen påbörjade sitt förberedande arbete i december 2011. Utredningsarbetet har sedan bedrivits med en ambition om stor öppenhet. Under de första sex månaderna fokuserade utredningen på samrådsmöten och dialog med intressenter. Tidigt presenterades ett övergripande förslag på läkarutbildningens struktur, omfattning och grundläggande principer. Förslaget har använts som utgångspunkt för dialog i utredningens grupp av experter och sakkunniga samt vid utredningens samrådsmöten, och har fortlöpande modifierats och utvecklats.

Under utredningens inledande fas skapades en webbsida. På denna har utredningens arbete kontinuerligt redovisats, liksom för utredningen relevanta frågeställningar och material om forskning kring medicinsk utbildning och hälso- och sjukvård, samt olika rapporter och utredningar. Också det som under året skrivits och debatterats kring läkarutbildningen och utredningen har publicerats på webbsidan, liksom en inbjudan att lämna synpunkter – skriftligt eller muntligt – på utredningens övergripande frågeställningar och förslag.

Möten med experter och sakkunniga

Den 15 februari 2012 hölls ett första möte med experter och sakkunniga. Sammantaget har sju möten med experter och sakkunniga ägt rum under 2012 och 2013. Vid det första mötet utsågs tre ”tankesmedjor” som fick i uppdrag att belysa några för utredningen centrala frågeställningar. Dessa grupper kompletterades i vissa fall med ytterligare expertis inom respektive område. Under våren samrådde grupperna kring sina respektive frågeställningar.

Kommunikation med hälso- och sjukvården, patientföreträdare, lärosäten och studenter

Utredningen tog i ett tidigt skede kontakt med företrädare för landstingsledningarna för att inbjuda till dialog om utredningens huvudsakliga frågeställningar. I februari 2012 medverkade sekretariatet vid ett sammanträde med nätverket för landstingens perso-

naldirektörer. Under våren samma år mötte utredaren en informell grupp av forsknings- och utvecklingsansvariga i landstingen, då diskussion om utbildningens vetenskapliga förankring var i fokus. I september presenterades utredningens utgångspunkter och övergripande förslag vid ett möte med landstingens nätverk för hälso- och sjukvårdsdirektörer.

Under våren besökte utredaren och sekretariatet samtliga lärosäten med läkarprogram. Vid dessa möten gavs även möjlighet för företrädare för hälso- och sjukvården att medverka, liksom företrädare för studenterna. Särskilda möten med endast studenter närvarande hölls i anslutning till besöken. Vid några av dessa tillfällen hölls också öppna möten, där lärosätet gått ut med en bred inbjudan till intresserade att kommunicera med utredningen. I samband med besöken har lärosätena även inbjudits att lämna nulägesbeskrivningar av sina respektive program, liksom synpunkter på utredningens övergripande förslag.

Såväl utredaren och sekretariatet som flera av utredningens experter har företrätt utredningen vid olika seminarier och paneldiskussioner. Särskilda möten har också hållits, bland annat med företrädare för patientorganisationerna, studentorganisationerna, AT-provsnämnden, Socialstyrelsen och Högskoleverket.

Enkäter till intressenter

Som komplement till utredningens samrådsmöten skickades under våren några centrala frågeställningar ut till ett antal intressenter och målgrupper (se bilaga 6). Underlag och synpunkter har inkommit från företrädare för patientorganisationerna, landstingens personaldirektörer, FOU-ansvariga i hälso- och sjukvården, landstingens AT-studierektorer, studentföreträdare med flera.

Internationellt seminarium

Den 23 maj 2012 arrangerade utredningen ett seminarium för att belysa olika aspekter på utredningens övergripande förslag och utmaningar (se bilaga 5). Internationella gäster deltog för att ur ett globalt perspektiv belysa aktuella aspekter på utbildningsfrågor. Från Sverige deltog nyckelpersoner från universitet, myndigheter, hälso- och sjukvård samt forskning, både på regional och på nationell nivå. Även studenter och de professionella organisationerna deltog.

2 Läkaren i framtidens hälso- och sjukvård

Sammanfattat

I detta kapitel beskrivs:

- Aktuell utveckling och framtida utmaningar för hälso- och sjukvård.
- Principer för en ändamålsenlig läkarutbildning.

Utredningen konstaterar att:

- Hälso- och sjukvårdens insatser har bidragit till betydande förbättringar i människors hälsa och livskvalitet de senaste decennierna.
- Under samma period har det skett betydande förändringar i vårdens organisation och struktur.
- Patienternas ställning har stärkts.
- Utmaningarna handlar om att förstärka patientsäkerheten, det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet, det interprofessionella samarbetet och helhetssynen på patienten.
- Denna utveckling innebär både utmaningar och möjligheter för framtidens läkarutbildning.

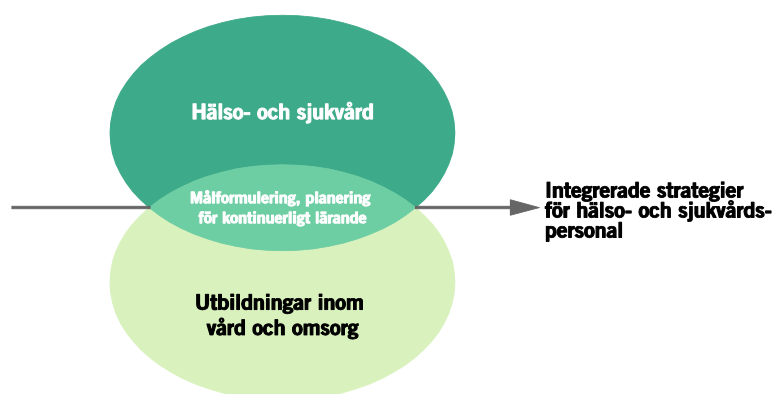
2.1 Inledning

Hälso- och sjukvårdens mål är att bidra till hälsa och handlar ytterst om människor. Kärnan i vården handlar om möten – mellan dem som behöver vård och dem som fått förtroendet att ge vård. Förtroendet bygger på professionalitet – en kombination av

kompetens och service, som guidas av bland annat etiska principer och socialt ansvarstagande.

För att utveckla professionalitet inom yrkesutövandet i vården krävs utbildning, och relativt omfattande investeringar av såväl studenten som av samhället. Genom effektivt lärande som pågår genom hela yrkeskarriären och som leder till god kvalitet i hälso- och sjukvården, bidrar medicinsk utbildning till hälsa för enskilda människor och för samhället i stort. I allt större utsträckning uppmärksammas, både i Sverige och internationellt, att hälso- och sjukvårdssystemen och medicinsk utbildning i mycket högre grad än i dag måste samverka för att möta aktuella och framtida utmaningar.

Figur 2.1 Gemensam planering av medicinsk utbildning är angelägen



Källa: Utredningens bearbetning efter skiss ursprungligen publicerad av WHO.

I följande avsnitt beskrivs inledningsvis kortfattat de senaste decenniernas reformarbete inom den svenska hälso- och sjukvården. Därefter beskrivs pågående utveckling och några av hälso- och sjukvårdens framtida utmaningar.¹ I andra delen av detta kapitel beskrivs läkarrollen, och hur medicinsk utbildning kan bidra till att möta och hantera utmaningarna.

¹ Dessa beskrivningar bygger i stor utsträckning på de nationella utvärderingar av hälso- och sjukvården som Socialstyrelsen regelbundet redovisar till regeringen i form av s.k. tematiska rapporter och lägesrapporter. Dessa behandlar hälsans utveckling och förhållanden inom hälso- och sjukvården och bygger på en syntes av epidemiologiska analyser, publicerade rapporter samt svensk och internationell forskning. En mer utförlig referenslista återfinns i litteraturlistan.

2.2 Kort om hälso- och sjukvårdsreformer under 1990-talet och framåt

I många delar av världen reformerades hälso- och sjukvårdssystemen under 1990-talet. Det visade sig då att hälso- och sjukvården i olika länder stod inför gemensamma utmaningar såsom minskad ekonomisk tillväxt, åldrande befolkning, en allt snabbare medicinteknisk utveckling och ökade förväntningar från medborgarna på sjukvårdens tjänster. I Sverige utökades kommunernas ansvar för vård och omsorg genom Ädelreformen (1992), Handikappreformen (1994) och Psykiatrireformen (1995). Även kommunerna blev på så sätt huvudmän för insatser på hälso- och sjukvårdsområdet.

Reformerna syftade bland annat till att:

- integrera sociala och medicinska insatser,
- utveckla rehabiliteringsinsatser,
- ge kommuner och landsting möjlighet att samverka bättre,
- stärka kommunernas medicinska kompetens.

Tidigare hade omfattande resurser varit bundna till vårdplatser inom såväl långtidssjukvård som somatisk och psykiatrisk akut-sjukvård. Skarpa gränser mellan huvudmännen bedömdes hindra kommuner och landsting från att bygga upp alternativa boende- och vårdformer samt insatser i öppenvården. Reformerna under 1990-talet ledde också till att arbetsfördelningen förändrades. Öppenvården utanför sjukhusen, det vill säga primärvården, fick ansvar för allt fler patienter med allt större vårdbehov. Öppenvården fick dock inte tillräckliga resursförstärkningar, vilket ledde till att stora delar av vården fick problem med tillgänglighet, kvalitet och samordning. Detta konstaterade regeringen år 1999 i sin nationella handlingsplan för hälso- och sjukvården. År 2001–2004 fick därför landstingen och kommunerna ett resurstillskott på 9 miljarder kronor, efter att riksdagen hade beslutat om handlingsplanen.² Tillskottet skulle ge positiva effekter för hälso- och sjukvården som helhet genom att:

² Prop.1999/2000:149, *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården*.

- stärka primärvården i såväl landsting som kommuner,
- stärka stödet till barn, ungdomar och äldre med psykisk ohälsa och till personer med psykiska funktionshinder,
- öka mångfalden vårdgivare inom vård och omsorg.

Den nationella handlingsplanen fick dock endast begränsade effekter på hälso- och sjukvårdens utveckling. Detta konstaterade Socialstyrelsen i sin uppföljning.³ Parallellt med reformarbetet har också olika utvecklingsstrategier inom landstingen implementerats. Många landsting införde beställar/utförar-modeller för tjänsteproduktion. Dessa modeller syftade huvudsakligen till att förbättra sjukvårdens effektivitet. I början av 2000-talet aktualiserades åter väntetidsgarantier och andra åtgärder som skulle förbättra vårdens tillgänglighet. Åtgärderna kan betraktas som strategier för att möta en ökad efterfrågan på vård.

Satsningar på tillgänglighet, patientmakt, valfrihet och säkerhet

Under senare år har patientens ställning, valfrihet och ökad mångfald av vårdgivare prioriterats i regeringens reformarbete. Den 25 februari 2009 antog riksdagen propositionen *Vårdval i primärvården*.⁴ Målen med reformen har varit att på detta sätt öka dels patienternas inflytande, dels antalet vårdgivare inom primärvården. Bestämmelserna i lagen om valfrihetssystem (LOV) ska följas när landstingen utformar sina respektive valfrihetssystem.⁵

Den nya patientsäkerhetslagen trädde i kraft den 1 januari 2011.⁶ Genom lagen har regeringen avsett att främja och stärka patientsäkerhetsarbetet i vården. För perioden 2011–2014 satsar regeringen totalt 2,5 miljarder kronor på förbättrad patientsäkerhet genom särskilda överenskommelser med SKL.

Regeringen vill ytterligare stärka patientens ställning i vården genom att skärpa lagstiftningen på området. Utredningen *Stärkt ställning för patienten genom ny patientlagstiftning* tillsattes därför av regeringen 2011. Ett förslag till en ny patientlag presenterades 31 januari 2013.⁷

³ Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården – Slutrapport. Socialstyrelsen (2005).

⁴ Prop. 2008/09:74, *Vårdval i primärvården*. bet. 2008/09:SoU 9, rskr. 2008/09:172.

⁵ Lagen om valfrihetssystem (2008:962).

⁶ Patientsäkerhetslagen (2010:659).

⁷ Patientlag. Delbetänkande från Patientmaktutredningen (SOU 2013:2).

Utöver detta har de senaste åren präglats av satsningar på förbättrad kunskapsstyrning av vården i form av nationella riktlinjer, samt på så kallade ”öppna jämförelser” av hälso- och sjukvårdens processer och resultat. ”Öppna jämförelser” har flera syften där ett är att stimulera utvecklingen av verksamheterna. Ett annat, mer långsiktigt syfte, är att ge underlag för patienter och medborgare att kunna välja vårdgivare.

Förutom en rad förändringar av lagstiftningen har flera olika överenskommelser träffats mellan staten och hälso- och sjukvårdshuvudmännen när det gäller att utveckla olika delar av vård och omsorg. De har bland annat handlat om att förbättra vård och omsorg för de mest sjuka äldre och för personer med psykisk ohälsa. I december 2012 lanserades en nationell strategi för förbättrad jämlikhet i vården.⁸ Totalt för 2013 har staten avsatt omkring 6,3 miljarder kronor för att stödja utvecklingen inom olika delar av vård- och omsorgssektorn.⁹

2.3 Aktuell utveckling inom hälso- och sjukvården

2.3.1 Hälsan har förbättrats

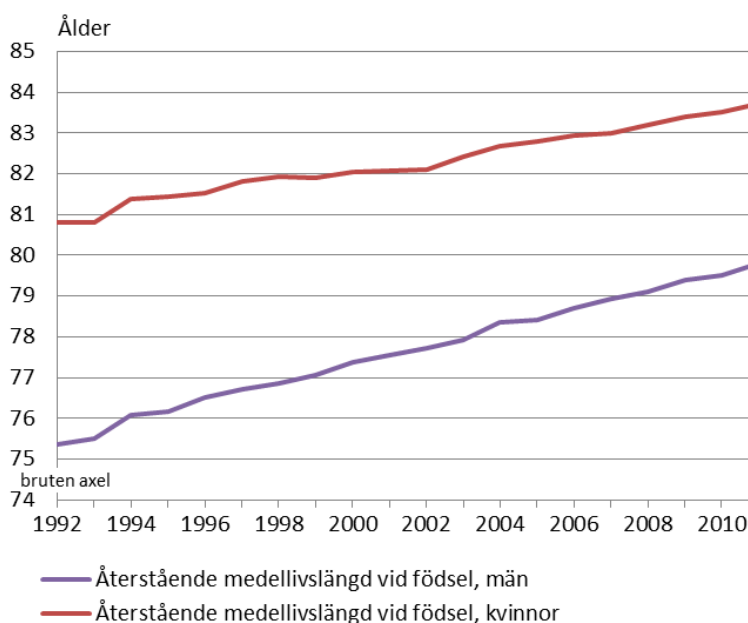
Svenskarnas medellivslängd fortsätter att öka och överlevnaden i de stora folkhälsosjukdomarna såsom cancer och hjärt- och kärlsjukdom fortsätter att öka. Däremot löper vissa grupper fortfarande betydligt större risk än andra att dö i förtid. Det gäller bland annat personer med exempelvis låg inkomst eller kort utbildning. Den ökande medellivslängden gör att personer som är 65 år kan förvänta sig flera år med god hälsa. Perioderna av hjälpberoende och nedsatt funktionsförmåga försvinner dock inte utan skjuts uppåt i åldrarna. Detta visar Socialstyrelsens analyser av hälsans utveckling.¹⁰

⁸ *Strategi för jämlik vård* Socialdepartementet (2012).

⁹ www.skl.se

¹⁰ *Tillstånden och utvecklingen av hälso-och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2013.* Socialstyrelsen (2013).

Diagram 2.1 Medellivslängd för kvinnor och män 1992–2011



Källa: Statistiska centralbyrån (SCB).

Risken att drabbas av hjärtinfarkt minskade med omkring 26 procent för män och 15 procent för kvinnor under perioden 1987–2011. Även andelen personer som fått hjärtsvikt och stroke har reducerats under senare år. Att hjärt- och kärlsjukdomar har blivit ovanligare bedöms vara den främsta förklaringen till att medellivslängden har ökat i Sverige under senare decennier. Vidare har barns och ungdomars hälsa förbättrats, liksom den reproduktiva hälsan.

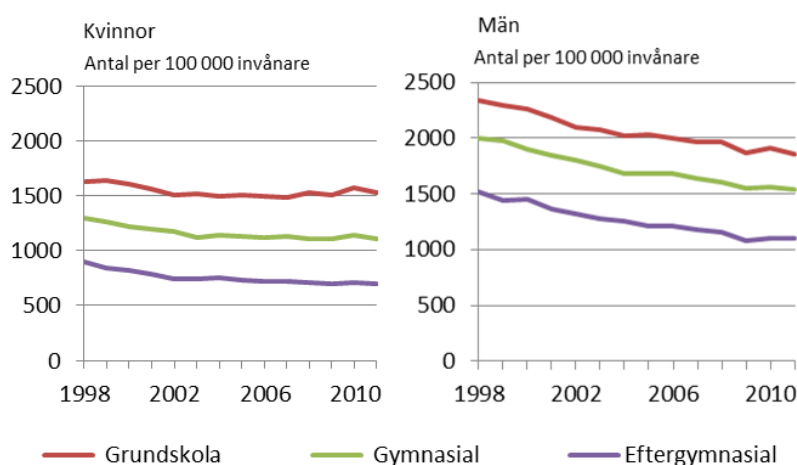
I kontrast till dessa positiva tendenser har dock flera cancersjukdomar blivit vanligare, främst prostatacancer, bröstcancer och malignt melanom. Dessutom har dödligheten i kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) ökat markant under det senaste decenniet, särskilt bland kvinnor. Också den lindriga psykiska ohälsan har ökat i vissa grupper, även om antalet genomförda självmord har minskat. Olika typer av psykisk ohälsa utgör några av de vanligaste orsakerna till besök i primärvården.

Risken att dö i förtid (före 65 års ålder) är mer än dubbelt så hög bland personer med enbart grundskoleutbildning jämfört med

dem med eftergymnasial utbildning, vilket gäller både kvinnor och män. Även om dödligheten i behandlingsbara sjukdomar minskar i alla utbildningsgrupper, sker förbättringen snabbare för högutbildade. Det har medfört att skillnaderna mellan grupperna har ökat på senare år.

Också när det gäller så kallad undvikbar slutenvård, det vill säga sjukdomar och tillstånd, ofta akuta komplikationer till kroniska sjukdomar, som kan behandlas framgångsrikt inom öppna vårdformer,¹¹ är de sociala skillnaderna betydande. Undvikbar slutenvård är mer än dubbelt så vanlig bland lågutbildade som bland högutbildade. Män vårdas också oftare i dessa tillstånd jämfört med kvinnor (diagram 2.2).

Diagram 2.2 Undvikbar sluten vård för män och kvinnor efter utbildningsnivå (1998–2011)



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och Statistiska centralbyrån

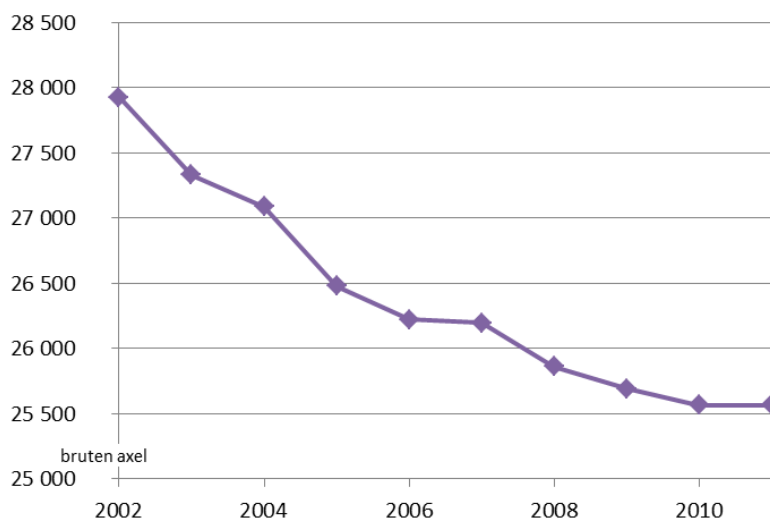
Dessa uppgifter indikerar att det finns en potential för betydande förbättringar när det gäller omhändertagande inom öppna vårdformer – särskilt när det gäller grupper som har sämre hälsa. Förbättrad tillgänglighet, fokus på hälsofrämjande arbete och teamarbete kring kroniska sjukdomar är i detta sammanhang avgörande.

¹¹ Exempelvis komplikationer kopplade till diabetes, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) etc.

2.3.2 Öppna vårdformer utvecklas

En strävan har länge varit att minska antalet sjukhusplatser och i stället utveckla de öppna vårdformerna. Antalet vårdplatser på sjukhus har successivt minskat under flera decennier. I diagram 2.3 visas utvecklingen under den senaste tioårsperioden.

Diagram 2.3 Antalet vårdplatser på sjukhus i Sverige 2002–2011



Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling, SKL.

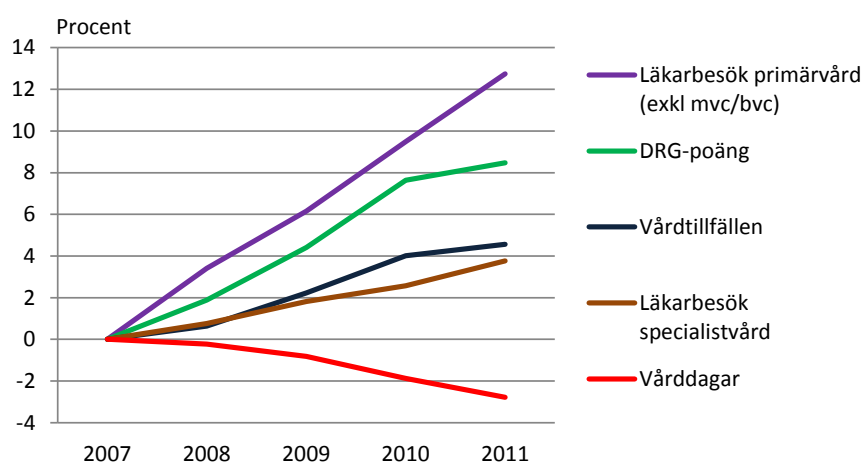
Ambitionen att ha en stark första linjens sjukvård har varit dominerande i den svenska hälso- och sjukvårdspolitikerna sedan 1940-talet. Tvärtemot denna strävan fortsatte i stället den slutna vården länge att expandera. Under det senaste decenniet har flera statliga initiativ tagits som syftat till att stärka första linjens sjukvård, och utvecklandet av "närsvård" eller "närsjukvård" har varit dominerande inslag i landstingens utvecklingsarbete. Detta innebär en organisationsform där primärvårdsläkare och sjukhusbaserade generalistläkare arbetar integrerat, eller där olika specialister arbetar integrerat i team i stället för den mer traditionella indelningen i primärvård och specialistvård.¹² I samband med genomförandet av

¹² Se t.ex. *Närsjukvård i förändring*, Sveriges Kommuner och Landsting (2006) och *Lägesrapport för hälso- och sjukvården – fokus på primärvård*, Socialstyrelsen (2007).

vårdvalsreformen förefaller dock denna utveckling ha avstannat något.¹³

Antalet vårdtillfällen i slutenvården och antalet läkarbesök i primärvården har ökat, medan antalet vård dagar i slutenvården och antalet läkarbesök i den specialiserade öppenvården har minskat (se diagram 2.4). Under 2011 uppgick det totala antalet vård dagar till 6,9 miljoner och det totala antalet vårdtillfällen till 1,5 miljoner. Antalet läkarbesök i den öppna specialiserade vården och i primärvården uppgick till nästan 13 miljoner besök vardera. DRG-poängens utveckling sedan 2007 tyder på att patienterna i slutenvården har större vårdbehov och behöver fler och dyrare behandlingsinsatser jämfört med tidigare.¹⁴

Diagram 2.4 Utvecklingen av läkarbesök och vård dagar mellan 2007 och 2011



Källa: Socialstyrelsens lägesrapport om tillståndet och utvecklingen i vård och socialtjänst 2013. Baserad på Statistik om hälso- och sjukvårdsjukvård samt regional utveckling, Sveriges kommuner och landsting.

2.3.3 Patientens ställning i vården förbättras

Sjukvården har ofta beskrivits som ett strikt hierarkiskt system, med läkarkåren överst och patienterna längst ned i en maktpyramid. De senaste decennierna har den dock utmanats av en inter-

¹³ Personlig kommunikation med Maj Rom, Sveriges Kommuner och Landsting, samt Roger Molin, regeringens vårdvalssamordnare vid Socialdepartementet.

¹⁴ DRG är en metod att beräkna vårdtyngd och ett mått på hur svårt sjuka patienterna är.

nationell utveckling som innebär ökade möjligheter för patienterna att spela en mer aktiv roll inom vården. Den enskildes inflytande har stärkts i sjukvårdslagstiftningen både i Sverige och i många andra länder. Även samhällsutvecklingen i övrigt har inneburit att auktoriteter ifrågasätts i högre grad, och kunskaper sprids i allt snabbare takt.

Under ett antal år har staten genom lagstiftning och genom olika överenskommelser med landstingen lanserat reformer som bidragit till att flytta fram positionerna vad gäller att stärka patientens ställning. Ambitionerna har varit att åstadkomma en maktförskjutning, från hälso- och sjukvårdens huvudmän och professioner till patienten. På flera områden har det dock visat sig att själva genomförandet av reformerna har varit problematiskt, vilket inneburit att patienterna inte fullt ut har kunnat tillgodogöra sig de effekter som varit syftet med förändringarna.¹⁵

Medborgare och patienter har rätt till insyn och inflytande inom områden som tidigare har varit förbehållna experter. Hälso- och sjukvården genomgår en omfattande förändring, som gör det möjligt för patienter och närstående att delta aktivt i vården. Det har också blivit lättare att sprida information. En allt större del av befolkningen använder modern informations- och kommunikationsteknologi som gör det smidigt att kommunicera. När patienter och närstående blir mer medvetna och informerade så måste vården förbättra möjligheterna till kommunikation. Nya informations- och kommunikationstekniker kan komplettera och förbättra dagens kontaktmöjligheter mellan patienterna och vården. I dag kan medborgarna också på ett enkelt sätt skaffa sig information om sjukdomar och om vård- och behandlingsalternativ.

Efter hand kommer sannolikt sjukvårdens insatser och resultat att redovisas öppet och transparent. Öppna jämförelser för patienter och medborgare är under utveckling inom ett flertal områden.

Detta är ytterligare ett område där läkarutbildningen i högre grad än i dag kan förbereda studenterna, och bidra till att påskynda utvecklingen i vårdorganisationerna.

¹⁵ Patientlag. Delbetänkande av patientmaktutredningen (SOU 2013:3).

2.4 Utmaningar för framtiden

Framstegen på det medicintekniska området de senaste decennierna har lett till att Sverige, liksom många andra länder, fått en specialiserad sjukvård av hög kvalitet. Internationella jämförelser fortsätter att visa att svensk sjukvård står sig väl i jämförelse med andra länder, särskilt utifrån de mått och indikatorer som mäter resultat i den specialiserade vården.¹⁶ Men samtidigt uppvisar det svenska hälso- och sjukvårdssystemet fortsatta problem på flera centrala områden – problem som man till stora delar har gemensamt med andra länder (Tabell 2.1). Det handlar bland annat om bristande helhetssyn, fragmenterade vårdprocesser som inte alltid utgår från patientens behov, ojämlikhet i hälsa och vård och en fortsatt stark fokusering på behandlande i stället för på förebyggande insatser.

Tabell 2.1 Fem vanliga brister i världens hälso- och sjukvårdssystem enligt WHO

Ojämlikt fördelad vård – hälso- och sjukvårdens insatser kommer oftare resursstarka medborgare till del. Detta gäller både i hög- och låginkomstländer.

Barriärer i form av t.ex. höga avgifter för hälso- och sjukvård kan i fattiga länder liksom i utsatta områden i höginkomstländer leda till ekonomiska och sociala konsekvenser för utsatta grupper.

Fragmenterad vård – alltför hög grad av specialisering av vårdinsatser kan bidra till bristande helhetssyn i vårdens verksamheter.

Brister i patientsäkerheten – verksamheter inom vården med låg grad av säkerhetstänkande kan leda till olika typer av vårdskador, bland annat läkemedelsrelaterade problem och spridning av vårdrelaterade infektioner som i sin tur kan leda till försämrad hälsa och dödsfall.

För starkt fokus på behandlande insatser – resursfördelningskluster kring behandlande insatser i stället för fokus på hälsofrämjande förebyggande insatser. Olika typer av förebyggande insatser har bedömts kunna förhindra upp till 70 procent av den samlade sjukdomsburden i världen.

Källa: Omarbetad från World health report, Now more than ever. Geneva: WHO; 2008.

Förutom olika utmaningar relaterade till hälso- och sjukvårdssystemet utgör den demografiska utvecklingen en betydande utmaning; andelen invånare över 85 år kommer enligt Statistiska centralbyråns

¹⁶ *Health at a glance: Europe 2012*. OECD (2012).

prognos (SCB) att nästan fördubblas fram till år 2050. Sammantaget har befolkningens åldrande bedömts vara en av de största utmaningarna för vård och omsorgssektorn under perioden 2020¹⁷.

Framtidsfrågorna handlar om hur hälso- och sjukvården ska kunna möta och prioritera bland de ökande vårdbehoven. Att stärka de hälsofrämjande insatserna och i större utsträckning förebygga sjuklighet, är i detta sammanhang viktiga strävanden. För att tillgodose behoven av en patientcentrerad, säker och kunskapsbaserad vård för alla medborgare, och samtidigt undanröja de nuvarande tillgänglighetsproblemen, krävs utvecklade informations- och kommunikationsteknologier, tydliga prioriteringar, socialt ansvarstagande och förbättrad utbildning.

Nedan beskrivs några av de framtida utmaningarna för hälso- och sjukvården så som de på senare år framhållits av bland annat Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting.

2.4.1 Hälsoinriktningen i vården behöver stärkas

En hälsoinriktad hälso- och sjukvård har fokus på hur verksamhetens samlade insatser bidrar till bättre hälsa, både som minskad dödlighet, sjuklighet och nyinsjuknande, och som förbättrad funktionsförmåga, välbefinnande och hälsorelaterad livskvalitet hos individer med kroniska sjukdomar. Under lång tid har ambitionen i Sverige och i många andra länder varit att stärka hälsoinriktningen i vården genom att omfördela resurser till öppna vårdformer. En väl fungerande primärvård och närsjukvård kan bidra till bättre folkhälsa, och på sikt minska de totala sjukvårdskostnaderna. Också sjukhusvården bör präglas av ett hälsoorienterat perspektiv. För att uppnå detta behöver vården utveckla beteendevetenskaplig kompetens och tvärprofessionella arbetsformer.

På individnivå är hälsofrämjande insatser särskilt angelägna för patienter med kroniska sjukdomar, som exempelvis diabetes, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) och olika inflammatoriska tillstånd. Insatserna blir successivt fler, men de kan förbättras ytterligare – de klara sambanden mellan levnadsvanor och sjukdomsrisker har ännu inte fått fullt genomslag i vårdens insatser. Beräkningar visar att minst en tredjedel av hjärt-kärlsjukdomarna skulle kunna förhindras med förändrade levnadsvanor liksom vart

¹⁷ *Den ljusnande framtid är vård. Delresultat från LEV-projektet (2010)*. Socialdepartementet.

tredje fall av de tolv största cancersjukdomarna.¹⁸ Många vårdenheter uppger i olika utvärderingar att de har rutiner för stöd i sjukdomsförebyggande arbete, och omfattningen förefaller ha ökat något på senare år, men det finns samtidigt utrymme för betydande förbättringar. För närvarande pågår arbetet med att implementera Socialstyrelsens riktlinjer kring sjukdomsförebyggande arbete, i nära samarbete med de professionella organisationerna.¹⁹

2.4.2 Patient- och medborgarinflytandet behöver utvecklas och bemötandet förbättras

Ett patientcentrerat förhållningssätt bör prägla sjukvårdssystemet som helhet i större utsträckning än i dag. Detta konstateras bland annat i Socialstyrelsens senaste övergripande utvärdering av hälso- och sjukvården i Sverige. Även myndigheten för Vårdanalys har kommit till liknande slutsatser i en aktuell rapport.²⁰ Att skapa förutsättningar för att patienter och närstående kan bli mer delaktiga och medskapande finns också på dagordningen för framtidens vård och omsorg, och flera politiska initiativ har också tagits i denna riktning det senaste decenniet.

Mötet mellan vårdare och patient är kärnan i hälso- och sjukvårdens verksamhet. Varje år görs över 25 miljoner läkarbesök samtidigt som besöken hos andra personalkategorier uppgår till omkring 34 miljoner. Förutom dessa mer eller mindre planerade besök sker många möten mellan vårdpersonal och patienter, respektive anhöriga. Det är i dessa möten som vårdens centrala uppdrag utförs- och det handlar inte alltid främst om att bota. Minst lika ofta innebär mötet i vården att främja hälsa, att förebygga sjukdom och att lindra lidande. Det är i samspelet mellan patient och vårdpersonal som vårdbehov identifieras och beslut om diagnostik, behandling och rehabilitering fattas. I allt större utsträckning visar också forskningen på betydelsen av bemötandet när det gäller i vilken utsträckning behandlingen ger ett lyckat resultat. Förutsättningarna för samspelet mellan vårdgivare och patient påverkas förstas i stor utsträckning av vårdens tillgänglighet och finansierings- och ersättningsformer.

¹⁸ *Hälso- och sjukvårdsrapport*, Socialstyrelsen (2009).

¹⁹ *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011*, Socialstyrelsen (2012).

²⁰ Docteur, E. & Coulter, A (2012). *Patientcentrerad i svensk hälso- och sjukvård: En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring. rapport 2012:5*. Myndigheten för vårdanalys.

Medborgarnas rätt till inflytande har stärkts i sjukvårdslagstiftningen, och det finns flera goda exempel där patientperspektivet legat till grund för verksamhetsutveckling av olika slag. Men det finns stort utrymme för rejäla förbättringar. Patienten behöver vara mer delaktig i planering och genomförande av sin egen vård och behandling. En patientcentrerad vård ställer vidare ökade krav på samverkan i vårdprocessen utifrån patientens behov, och på hälso- och sjukvårdspersonalens förmåga att kommunicera på ett professionellt sätt.

2.4.3 Skillnader i hälsa och vård behöver minska

Sociala skillnader i hälsa är sedan länge väldokumenterade, bland annat i Socialstyrelsens rapportering om folkhälsans utveckling. Som beskrevs ovan tenderar socialt betingade skillnader dessutom att öka. I allt högre utsträckning har hälso- och sjukvårdens roll diskuterats och uppmärksammas när det gäller att bidra till att minska dessa skillnader. Det handlar bland annat om förbättrad tillgänglighet för grupper med stort vårdbehov och ett större fokus på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.

Det finns också socialt betingade skillnader i tillgång till olika vårdinsatser, t.ex. behandling med läkemedel, eller remittering till specialist, där bland annat Socialstyrelsens analyser, liksom aktuell forskning under senare år, pekat på att lågutbildade och utlandsfödda missgynnas. Också könsrelaterade skillnader återfinns inom vården. Internationellt har sociala skillnader i hälsa och vård uppmärksammas alltmer av bland annat WHO, inom OECD och inom EU. Uppgifterna ovan visar att detta utgör problem även i Sverige, men i många andra länder är de sociala skillnaderna i hälsa och vård betydligt större. Den internationella utvecklingen pekar på att sjukvårdens roll i detta sammanhang kommer att få allt större betydelse.

2.4.4 Patientsäkerheten – fortsatt utveckling är angelägen

Enligt både svenska och internationella studier skadas många patienter i vården, eller av behandlingar som vården initierat. De stora utmaningarna på patientsäkerhetsområdet handlar bland annat om vårdrelaterade infektioner, riskfylld läkemedelsförskrivning (fram-

för allt till äldre med flera olika diagnoser samtidigt) överförskrivning av antibiotika etc. Intresset för och kunskapen om patientsäkerhetsfrågor har ökat de senaste åren och stora framsteg har gjorts när det gäller systematisk egenkontroll.

Många skador och riskhändelser i vården visar sig ofta vara kopplade till bristande kommunikation mellan vårdpersonal och patienter, och mellan olika grupper av vårdpersonal. Det är ännu en bit kvar till att en säkerhetskultur genomsyrar vårdarbetet, även om en utveckling pågår inom ramen för olika satsningar. Sveriges kommuner och landsting påbörjade en nationell satsning 2008, och inriktar sig på att minska antalet vårdskador som beror på läkemedelrelaterade problem, fall och fallskador samt olika vårdrelaterade infektioner. I den nya patientsäkerhetslagen som gäller från och med den 1 januari 2011, har kopplingen mellan patientfokuserad vård och patientsäkerhet blivit tydligare.²¹ Detta beror framför allt på att lagen nu tydliggör kraven på individuellt anpassad information, information om olika behandlingsmetoder och möjlighet till förnyad medicinsk bedömning. Nytt i lagen är också att vårdgivaren ska ge patienterna och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet och därför mer aktivt ta vara på deras kunskaper och erfarenheter.

2.4.5 Personalförsörjning i en internationaliserad värld

Det finns stort behov av långsiktiga personalförsörjningsplaner för vården, utifrån prognoserna för sjuklighet i befolkningen, personaltillgång, och migration. Detta förutsätter att sjukvårdshuvudmännen tar fram utvecklingsplaner för sjukvårdens verksamhet och kontinuerliga analyser av vilka kompetenser som kommer att behövas i framtidens sjukvård. Det långsiktiga behovet av sjukvårdspersonal måste inte bara sättas i relation till framtida förändringar i sjukdomspanoramata och vårdens innehåll, utan också till vilken arbetsfördelning som kommer att råda i framtidens sjukvård. Enligt erfarenheter och iakttagelser från bland annat Socialstyrelsen finns många föreställningar bland vårdpersonalen om att olika yrkesgruppers arbetsuppgifter är strikt reglerade, men i själva verket finns stora möjligheter för verksamhetschefer att fördela arbetsuppgifter mer fritt efter personalens reella kompetens.

²¹ Patientsäkerhetslagen (2010:659).

En ytterligare aspekt när det gäller utmaningar kring en modern personalförsörjning handlar om den ökade rörligheten av sjukvårdspersonal mellan länder. Framför allt läkare, men också andra grupper av hälso- och sjukvårdspersonal, rör sig mellan Sverige och olika delar av världen. Detta hänger samman med en alltmer internationaliserad värld där arbetskraftsrörlighet beror på olika ekonomiska, kulturella, geografiska, politiska och juridiska förhållanden som samverkar. Arbetsmarknaden är fördelaktig om efterfrågan på arbetskraft är hög, relativlönerna är högre och det sker aktiv utlandsrekrytering. Migration av personal är ett sätt att jämna ut tillfälliga obalanser mellan tillgång och efterfrågan på arbetsmarknaden. På längre sikt är dock migration en osäker strategi för att kompensera för en tillgång som är mindre än efterfrågan då en rörlig personalstyrka och en öppen arbetsmarknad, som inom EU/EES-området, innebär att länder konkurrerar med varandra om tillgänglig kompetens. Det innebär exempelvis att läkarnas arbetsmarknad i övriga Norden, Tyskland och Polen är av central betydelse för Sveriges tillgång på läkare.²²

I den svenska hälso- och sjukvården handlar utmaningarna om hur den sjukvårdspersonal som utbildats i andra länder kan introduceras i den svenska hälso- och sjukvården. Över hälften av de läkare som legitimeras i dag har genomgått sin utbildning i ett annat land. Utbildningarnas innehåll skiljer sig åt, och språkbarriärer utgör i olika avseenden problem.

2.4.6 Teamarbete och samverkan för en effektivare vård och omsorg

När vården utvecklar sina arbetsmetoder blir det tydligt att ökat fokus på teamarbete är avgörande. Ingen kan ensam ha den kompetens och kapacitet som behövs för att hantera den komplexa verksamhet som vården i dag utgör. Det handlar om palliativa team, vårdplaneringsteam, rehabiliteringsteam, etc. Specialistmottagningar för diabetes och hjärtsvikt är andra exempel på verksamheter som använder teammodeller för en effektivare vård. Forskning bekräftar att teambaserad vård är effektivare än ”traditionell” vård. Kontinuiteten och sammanhanget för patienten förbättras också i en teambaserad vård vilket är avgörande för lyckade behandlingsresultat för kroniska sjukdomar. I stället för att insatserna bygger

²² Nationella Planeringsstödet, Socialstyrelsen (2012).

på besök hos en enskild vårdgivare, är patienten kopplad till ett team som har en gemensam vårdplan som utvecklats tillsammans med patienten.

Ökad integration och samverkan mellan vården och andra delar inom välfärdsområdet är en annan tydlig trend. Sammantaget är det tydligt att behovet av samverkan, kontinuitet och helhetsperspektiv blir större i framtiden. Behovet av fungerande och effektiv samverkan kommer att öka, inte minst på grund av att antalet äldre med vård- och omsorgsbehov blir allt större. Medborgare, brukare och patienter väntar sig i allt högre utsträckning att insatser inom vård, omsorg och socialtjänst fungerar, håller hög kvalitet, ger goda resultat, är effektiva och placerar människan i centrum.

Sammanfattningsvis framhålls några områden med särskilt stort förändringstryck för vård och omsorg under de kommande 10–15 åren:

- resursutmaningen med ökade krav på prioriteringar,
- den demografiska utvecklingen med en ökande andel äldre,
- internationaliseringen,
- kunskaps- och IT-utvecklingen,
- patienter och brukare vill vara mer delaktiga och ha mer makt över sin vård och omsorg,
- ökat fokus på jämlikhet i hälsa och vård,
- ökad mångfald i produktion och finansiering.

Inom samtliga dessa förändringsområden är behovet av samverkan och samordning på olika nivåer återkommande. Det kan handla om fler nationella strategier, riktlinjer och nationella samordnare, men även om att få lokala och regionala utförare att förbättra samverkan genom till exempel regional samordning, lagändringar, styrda statsbidrag, skärpt tillsyn, uppföljningar och fler öppna jämförelser.

Om utmaningarna ska kunna hanteras på ett effektivt sätt behövs förbättrad samverkan och samsyn mellan hälso- och sjukvård och utbildningarna inom vård och medicin. Läkare och andra grupper av hälso- och sjukvårdspersonal som genom utbildning med hög kvalitet är väl förberedda på sina arbetsuppgifter, har stora möjligheter att leda och påverka utvecklingen i önskvärd riktning.

2.5 Läkaren i hälso- och sjukvården och i kunskapssamhället

Tidigare i detta kapitel beskrivs kortfattat de utmaningar hälso- och sjukvården, och därmed framtidens läkare, står inför. Läkaryrket är en profession, vilket innebär läkaren att finns för medborgarnas och samhällets behov. Professionens status är garanterad av samhället och baseras på expertkunnande, etiskt förhållningssätt och den verksamhet som professionen utövar. Professionens ställning är beroende av tillit och insikten om att patienternas och samhällets behov alltid är prioriterade i förhållande till enskilda läkares egna behov och intressen. De som utbildar de blivande läkarna ska säkra att kompetensen hos legitimerade läkare motsvarar patienternas och samhällets behov, nu och i framtiden.

Socialt ansvarstagande och globalt perspektiv

Läkarna är en central resurs för utvecklingen mot ett globalt hållbart samhälle. Det gäller såväl deras insatser i utvecklingen av hälso- och sjukvården och inom medicinsk forskning som samverkan med andra samhällsaktörer. Utbildningen behöver därför beakta det sociala ansvarstagandet, det globala perspektivet och den ständiga strävan efter bästa möjliga resultat, både beträffande den egna professionella förmågan och de verksamheter läkaren medverkar i. Viktiga utbildningsmål rör bl. a. vetenskapligt förhållningssätt, att följa den vetenskapliga utvecklingen inom området, förmåga att genomföra förbättringsarbete och att medverka i forsknings- och utvecklingsarbete.

Ökad internationell rörlighet hos patienter, studenter och läkare innebär att läkarprofessionens sociala ansvarstagande inte längre kan begränsas till den egna befolkningen och det egna samhället. Det är inte längre tillräckligt att blivande läkare enbart utbildas för att vara verksamma i det egna landet. I stället behöver de tillägna sig kompetenser för att kunna verka globalt. Det medför dessutom en insikt om betydelsen av, och möjligheterna till, att långsiktigt verka för bättre hälsa för medborgarna i alla delar av världen. Detta gäller även för det stora flertalet nyutbildade läkare som huvudsakligen kommer att verka i det egna landet. Perspektivet *share global, stay local* måste återspeglas i alla utbildningar inom vård och medicin. Utbildningen ska utgå från samhällets medicinska och

mänskliga behov av hälso- och sjukvård. Utbildningsanordnarna ska samarbeta med alla intressenter inom hälso- och sjukvården så att studenterna förbereds för de framtida rollerna för läkare och övriga professionella yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. Det sociala ansvaret innebär också en medverkan till kontinuerlig utveckling av verksamheten.

Utbildningen ska även belysa hur angeläget det är att diversifiera, mot bakgrund av olika behov och kulturer. Detta innebär att den blivande läkaren ska ha beredskap att möta sjukdomar och sjukdomsbilder som inte normalt förekommer i den egna befolkningen. Läkaren ska dessutom kunna medverka i internationellt hälso- och sjukvårdsarbete. Sådan kunskap bibringas inte enbart genom internationellt utbyte utan också genom att globala perspektiv integreras i utbildningen.

Hälsofrämjande förhållningssätt.

En av de nya roller som utredningen särskilt lyfter fram är läkaren som företrädare för ett hälsoperspektiv i samhället. Det innebär att läkaren inom ramen för sin yrkesroll har ett hälsofrämjande förhållningssätt och samarbetar med andra aktörer som påverkar och ansvarar för befolkningens hälsa. Genom att förbereda för en sådan roll, tar universitetet på sig det ansvar som enligt UNESCO är deras främsta uppgift; att utbilda studenter som kan medverka till en hållbar global utveckling med bästa möjliga hälsa för alla.

2.5.1 Internationellt perspektiv på utvecklingen av läkarutbildning

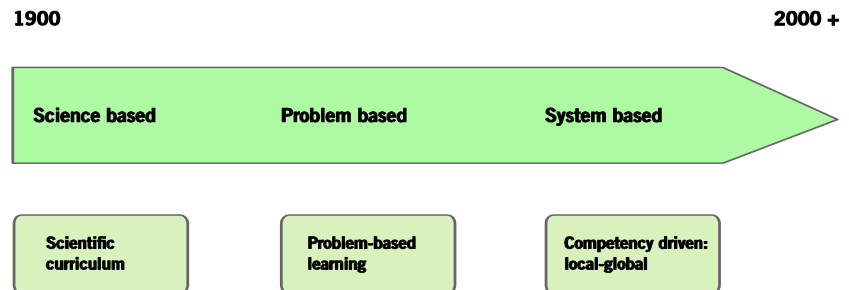
Läkarutbildning runt om i världen kan sägas vara en produkt av olika nationella utbildningssystem och olika hälso- och sjukvårdssystem. Läkare runt om i världen arbetar med vitt skilda förutsättningar vad gäller befolkningsstruktur, sjukdomspanorama och resurser.

När det gäller utvecklingsfaser för läkarutbildningen brukar man prata om tre generationer, eller perioder, av utbildningsreformer (se figur 2.2).²³ Den första perioden som beskrevs och lanserades i början av 1920-talet, betonade vikten av en vetenskapligt baserad

²³ Se Lancetkommissionen (2010).

läroplan. Runt mitten av samma sekel introducerades den andra generationen reformer. Dessa utgick ifrån pedagogik grundad i problembaserade och studentaktiverande metoder och undervisningsformer.

Figur 2.2 Övergripande faser – reformering av medicinsk utbildning



Källa: Lancetkommissionen, 2010.

Den tredje perioden som nu på många håll är i sitt initiala skede tar sin utgångspunkt i att förbättra hälsosystemen. Det handlar om att anpassa professionella kompetenser till ett lokalt sammanhang, med utgångspunkt i kunskap om den globala hälsoutvecklingen. De flesta länder och professionella institutioner har, enligt den s.k. Lancetkommissionens bedömning, ett blandat inslag av mönster från flera av dessa olika reformansatser. Många länder arbetar för närvarande med att införliva andra generationens reformer, med fokus på problembaserat lärande, och några är på väg in i den tredje periodens reformer. Enligt Lancetkommissionens bedömning finns inget land där samtliga läkarprogram fullt ut befinner sig i den tredje perioden.

Högskoleutbildning ska utveckla den kompetens som behövs för att möjliggöra en fortsatt utveckling mot ett globalt hållbart kunskapsamhälle. Det innebär kunskapsöverföring för att få tillgång till den kunskap som tidigare generationer tagit fram, men framför allt att ge studenterna de verktyg de behöver för att generera ny kunskap och för att hantera nya problem, utmaningar och komplexa situationer. Informations- och kommunikationsteknologi, vetenskaplighet, forskningsmetodik, internationell kulturförståelse och samverkansförmåga är några exempel på kompeten-

ser som förutom kunskap är nödvändiga för yrkesroller som ska kunna hantera kvalificerade arbetsuppgifter och bidra till den framtida utvecklingen av kunskapssamhället.

Aktuella trender – struktur och kvalitetssäkring

Trots de stora skillnaderna i förutsättningar finns stora likheter i det sätt på vilket läkarutbildningen är strukturerad i olika länder. Fram till det att en person får full behörighet att utöva yrket finns en handfull modeller för hur utbildningen kan utformas och vilka krav som ställs efter examen (se figur 2.3). Detta faktum och andra internationella utvecklingstendenser diskuterades i samband med det seminarium som utredningen anordnade i maj 2012.²⁴

Bland annat framkom vid seminariet att vikten av extern kvalitetssäkring ökar, liksom att de nationella granskningsmyndigheterna svarar mot internationella krav och regler. Även betydelsen av internationell ackreditering ökar, och i allt högre grad strävar utbildningsanordnare runt om i världen mot att uppfylla de mål och kriterier som förs fram av t.ex. World Federation for Medical Education eller Liaison Committee on Medical Education²⁵ Detta leder till ökad transparens men bidrar också till en harmonisering av såväl struktur som innehåll, både inom länder, regioner och i ett globalt perspektiv.

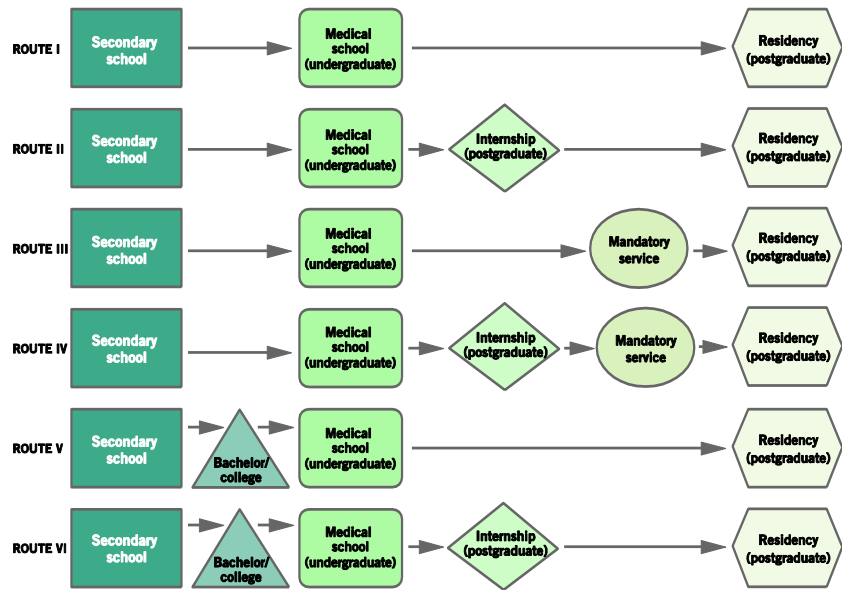
Inom EU/EES anpassas utbildningar inom vård och medicin till kraven i yrkeskvalifikationsdirektivet. Det finns däremot inget som pekar på att utvecklingen inom EU/EES kommer att gå emot en ökad förekomst av läkarutbildning enligt ”Bolognamodellen”, det vill säga två examina.²⁶ En tendens är däremot att kravet på praktisk tjänstgöring efter examen upphör, vilket relativt nyligen skett i bland annat Finland och Polen.

²⁴ Se bilaga 5.

²⁵ www.wfme.org, www.lcme.org

²⁶ I Sverige kan studenten ha möjlighet att, utöver kraven för läkarexamen (yrkesexamen), uppfylla fordringarna för en kandidatexamen och en masterexamen (generella examina).

Figur 2.3 Huvudsakliga modeller för läkarutbildningens struktur fram till specialisering



En sammanställning av uppgifter om läkarutbildningens struktur i cirka 40 länder visar att dessa kan grupperas i sex huvudsakliga modeller. Sverige klassificeras som "Route II".

Källa: Omarbetad efter Wijnen-Meijer, M. et al. (2013)

Ökat fokus på professionella kompetenser i utbildningen

Modern läkarutbildning är en kontinuerlig process, från den första dagen av utbildningen, genom specialiseringsutbildningen och vidare genom fortbildningen under hela den yrkesverksamma perioden. Varje steg i denna utbildningsprocess har sin speciella roll, förutsättningar, möjligheter och ansvar. Läkarutbildningen bör planeras samlat för att på bästa sätt bidra till den kompetens som den professionella yrkesrollen kräver genom hela det verksamma yrkeslivet. Utbildningen ska inte bara ge kunskap utan också bibringa förståelse för hur människan fungerar biologiskt och psy-

kosocialt samt reagerar på sjukliga processer och omgivande stressfaktorer.

Samtidigt ska det mera långsiktiga perspektivet tillgodoses så att studenterna tillägnar sig nödvändiga generella kompetenser, inklusive ett professionellt förhållningssätt, vilket bl. a. möjliggör kontinuerlig egen utveckling och fortlöpande förbättring av sjukvården. Utbildningen ska också träna studenterna att utifrån ett vetenskapligt förhållningssätt kommunicera och samverka, och förbereda dem för roller som ledare, chefer och teammedarbetare. Det är angeläget att studenterna har en aktiv roll och engageras i att utforma sin egen lärandeprocess, i utvecklingen av kursplaner, som lärare för andra studenter och som utvärderare, både av sig själva och av utbildningen som sådan.

Den förväntade kompetensen definieras som läranderesultat, det vill säga de problem och uppgifter som den nylegitimerade läkaren ska kunna handlägga, lösa, utföra, förklara etc. Examinationen spelar en särskilt viktig roll för att aktivt stimulera till uppnåendet av läranderesultaten, och för att ge återkoppling som bidrar till optimal utveckling av varje student och samtidigt garanterar patientsäkerheten genom att bara kompetenta studenter tillåts att fortsätta genom programmet fram till examen. I en tydlig varudeklaration av denna kompetens bör särskild uppmärksamhet ägnas förmågan att självständigt ta ansvar för patienter i vanliga och livshotande akuta situationer. Detta är särskilt viktigt inför kommande tjänstgöring i samband med specialiseringstjänstgöringen.

Som bland annat framgår av kapitel 1 finns flera tongivande internationella exempel på samverkan kring gemensamma lärandemål och läkares kärnkompetenser, inom såväl länder som regioner. I den internationella utvecklingen betonas framför allt läkares professionella åtaganden, bland annat ärlighet, förtroende, vårdens kvalitet, och det professionella ansvaret.²⁷

²⁷ *A Physicians Charter* (2002).

För att en god lärandemiljö ska skapas bör utbildningen orienteras mot den högra spalten i tabell 2.2 nedan.

Tabell 2.2 SPICES-modell för förbättring av läkarutbildningen

• Lärarcentrerad	• Lärandecentrerad
• Informationsbaserad	• Problembaserad
• Disciplinbaserad	• Integrerad
• Sjukhusbaserad	• Samhällsbaserad
• Standardprogram	• Valbara moment
• Opportunistisk	• Systematisk

Källa: Harden, 1984.

För att skapa välfungerande utbildningssystem som utmärks av tydlig progression, återkoppling på uppnådda läranderesultat och fokus på den kompetens som den legitimerade läkaren ska uppnå måste lärandemiljöerna utmärkas av:

- en positiv utbildningskultur,
- tydlig ledning med ansvar och befogenheter i ett programperspektiv.
- samverkan med alla aktörer inom hälso- och sjukvården,
- långsiktig och professionellt styrd utveckling med fokus på de övergripande målen och studenternas djupinriktade lärande, dvs. strävan mot förklaringsmodeller och att förstå sammanhang,
- tydlig pedagogisk vision,
- inriktning mot principer, exempel och mekanismer snarare än att försöka täcka in allt.

Andra framgångsfaktorer är:

- tydligt och pedagogiskt kompetent ledarskap,
- fortlöpande omprövning av utbildningens innehåll,
- examination på programnivå av alla komponenter av professionell kompetens, med tydliga kriterier,
- inriktning på integrerat djuplärande med tydligt studentansvar,

- fortlöpande lärarutbildning,
- ömsesidigt förtroendefull samverkan med studenterna,
- beslutsprocess och ekonomisk styrning som utgår från lärande-resultaten.

Tabellerna 2.3 och 2.4 sammanfattar den internationella synen på den kompetens som läkare behöver för att verka i framtidens hälso- och sjukvård.

Tabell 2.3 Områden som i särskild grad bestämmer inriktningen av den framtida läkarrollen

- Professionalism; innehåll och betydelse samt relevans för den professionella utvecklingen
- Läkaren som kommunikatör, utbildare och forskare
- Demografiska förändringar, migration och den framtida utvecklingen av medicinen
- Läkaren som ledare för hälsoutvecklingen i samhället
- Läkarens sociala ansvarstagande
- Ledarskap och medlemskap i hälso- och sjukvårdsteam

Källa: Gordon, Lindgren 2011.

Tabell 2.4 Internationell samsyn kring principer för hur inriktningen av utbildningen av framtidens läkare bör planeras

- Obalans mellan dagens specialiserade läkarkompetens och de behov som finns hos patienter och samhälle
- Lagarbete
- Ökad inriktning på första linjens sjukvård
- Ledarskap
- Ledning av hälso- och sjukvårdens utveckling
- Socialt ansvarstagande
- Svåra beslut i komplexa och oklara situationer
- Kommunikation
- Professionalism
- Generalistkompetens
- Förmåga till förändring
- Etiska värderingar
- Livslångt lärande
- Vetenskapligt förhållningssätt och förmåga till förbättringsarbete
- Strävan efter excellens

Källa: Gordon, Lindgren, 2011.

Utbildningen av dagens studenter måste planeras mot bakgrund av dessa förväntade framtida kompetensbehov och arbetsuppgifter. Om vi inte beaktar denna utveckling riskerar vi att fortsätta utbilda läkare som motsvarar gårdagens specifikationer, och därför blir i behov av omfattande fortbildningsinsatser för att kunna åta sig de arbetsuppgifter som behövs i morgondagens hälso- och sjukvård och samhälle. Det går dock inte att enbart addera nya moment i utbildningen utan att samtidigt se över de befintliga och kritiskt diskutera vilka av dem som i oförändrad utsträckning eller oförändrad utformning behöver vara kvar i en modern läkarutbildning, alternativt hur de kan modifieras. Som tidigare framhållits måste denna diskussion föras fortlöpande och i samverkan mellan alla intressenter.

2.6 Sammanfattande reflektioner

Hälso- och sjukvårdssektorn utgör en av de största välfärdssektorerna – de sammanlagda kostnaderna uppgår till över 300 miljarder kronor varje år. Hälso- och sjukvården är i ständig utveckling och det finns ett stort intresse inom svensk hälso- och sjukvård för hur vården ska organiseras – inte minst när det gäller vårdvalsmo- deller och hur olika ersättningsprinciper och -system påverkar de ekonomiska drivkrafterna att producera hälso- och sjukvård.

På senare år har ett antal betydande förändringar i lagstiftningen skett när det gäller patientens ställning i vården och medborgarnas valfrihet. Samtidigt ökar möjligheterna till att behandla olika sjukdomar, vilket medför att prioriteringarna på olika nivåer blir allt svårare, inte minst för läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal. Av allt större betydelse blir en ökad hälsoorientering i vården, för att dels förbättra hälso- och sjukvårdens effektivitet, dels minska skillnaderna i hälsa mellan olika grupper av medborgare.

De senaste årens analyser av svensk hälso- och sjukvård visar att det finns många positiva trender när det gäller behandlingsresultat för flera stora folkhälsosjukdomar, till exempel hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes. Samtidigt visar de att det finns aspekter av vården som ibland fungerar mindre bra, till exempel hur delaktig patienten är i vården samt vårdens tillgänglighet och likvärdighet. Krav på ökad patientsäkerhet och förbättrad effektivitet utgör fortsatta utmaningar – som Sverige delar med många av världens hälso- och sjukvårdssystem.

Personalen inom hälso- och sjukvården är den viktigaste resursen; medicinsk utbildning och forskning har bidragit till stora landvinningar inom hälsa och medicin under 1900-talet. Av dessa skäl har utbildningen ett ansvar för att de blivande läkarna ges förutsättningar att i samverkan med andra samhällsaktörer medverka till kunskapssamhällets utveckling. Utbildningen ska också främja den framtida utvecklingen av konkurrenskraftig medicinsk forskning. Utvecklingen går snabbt, och både i Sverige och internationellt förs en diskussion om hur utbildningarna i större utsträckning kan anpassas till både dagens och morgondagens utveckling.

Ett tydligt avstamp i hälsosystemens behov är nödvändigt. Läkarutbildningen ska styras utifrån tydliga mål och ge universiteten förutsättningar att forma sina respektive läkarprogram utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet såväl när det gäller innehåll som undervisnings- och examinationsmetoder. Innehållet ska följa principer och mål som finns för förbättrad hälsa och god vård samt kunskapsutveckling och forskning. Studenternas lärande och examination ska utgå från aktuella kunskaper om medicinsk pedagogik. Ett modernt läkarprogram måste vara forskningsbaserat, bygga på progression, samt fokusera på att utveckla professionella kompetenser. Framtidens läkare ska kunna verka såväl i Sverige som i andra länder.

3 Vägen till läkaryrket– en nulägesbeskrivning

Sammanfattat

I detta kapitel beskrivs

Vägen fram till läkarlegitimation; struktur, omfattning och innehåll samt kraven för behörighet. Vidare belyses ansvarsförhållanden mellan de olika huvudmännen och läkarutbildningens och allmäntjänstgöringens kvalitet och utveckling.

Utredningen konstaterar att:

- Läkarutbildningen i flera avseenden fungerar väl.
- Progressionen i läkarnas kunskaper och färdigheter fram till legitimation behöver förbättras och kvalitetssäkras.
- Ansvarsfördelningen mellan de olika huvudmännen behöver tydliggöras.
- Samverkan mellan universiteteten och landstingen kring mål och examination behöver utvecklas.

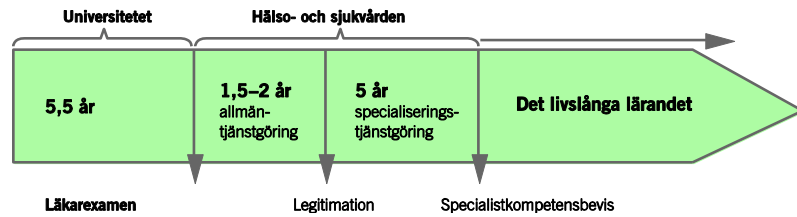
3.1 Några fakta om läkarutbildningen, allmäntjänstgöringen och läkarnas fortsatta lärande

Vägen till legitimation

Vägen till att självständigt få utöva läkaryrket – legitimation – består av flera delar. Den första består av fem och ett halvt års studier som leder fram till läkarexamen, vilken omfattar 330 högskole-

poäng. Utbildningen anordnas av lärosäten med tillstånd att utfärda läkarexamen. En schematisk skiss över de olika delarna av läkarens lärande genom yrkeslivet illustreras i figur 3.1.

Figur 3.1 Vägen till legitimation och läkarnas livslånga lärande



Höstterminen 2011 sökte 5 660 personer till läkarprogram och av dessa antogs 811, vilket innebär att det gick sju sökande på varje student som antogs. För samma termin var mer än hälften av programnybörjarna under 24 år och 53 procent var kvinnor. Av dem som erhöll läkarexamen 2011 var cirka 90 procent under 34 år. Läsåret 2010/11 var sammanlagt 7 192 studenter registrerade för läkarstudier i Sverige.

För att få behörighet att självständigt utöva läkaryrket krävs, förutom läkarexamen, minst 18 månaders tjänstgöring, den så kallade allmäntjänstgöringen (AT). AT är en tidsbegränsad anställning och ska utföras under handledning i hälso- och sjukvården.¹ Tjänstgöringen ska omfatta nio månader inom dels invärtesmedicinska specialiteter, dels kirurgiska specialiteter, med en minimitid inom var och en av de båda grupperna om tre månader. Vidare ingår tre månaders tjänstgöring inom psykiatri och sex månader inom allmänmedicin.² Det är landstingen som ansvarar för AT. Av hälso- och sjukvårdslagen, HSL, framgår att alla läkare som avlagt läkarexamen i Sverige ska ges möjlighet att fullgöra AT. Lagen föreskriver också att det är landstingens ansvar och uppgift att tillhandahålla tjänster. Efter avslutad AT genomförs det så kallade AT-provet som ska anordnas av de lärosäten som har tillstånd att utfärda läkarexamen.³ Ansvarig för att proven genomförs är Nämnden för prov efter läkares allmäntjänstgöring (AT-nämnden) som

¹ Enligt 14 § förordningen (1998:1518) om behörighet till vissa anställningar inom hälso- och sjukvården får läkare för allmäntjänstgöring anställas genom förordnande i högst två år. Vanligast är att AT omfattar 21 månader. Om arbetsgivaren anser det nödvändigt för att en AT-läkare ska nå samtliga mål för allmäntjänstgöringen kan tjänstgöringstiden förlängas.

² 3 kap. 5§ patientsäkerhetsförordningen (2010:1369).

³ Örebro universitet utser i nuläget inte någon ledamot till nämnden.

består av personer från dessa lärosäten. Karolinska institutet (KI) administrerar provet och nämndens ledamöter ansvarar för provets utformning och innehåll. Efter avslutad AT och godkänt prov kan Socialstyrelsen utfärda legitimation. Medianåldern vid legitimationstillfället för dem som fick svensk läkarexamen var 32 år 2010 (kvinnor 31 år och män 33 år).

Läkarnas fortsatta lärande

För att efter legitimation uppnå specialistkompetens krävs specialiseringstjänstgöring (ST) under minst fem år. ST ska fullgöras genom tjänstgöring och genom deltagande i kompletterande utbildning. Landstingen ansvarar för ST. Efter fullgjord ST kan Socialstyrelsen utfärda specialistkompetensbevis. Under året 2010 var medianåldern för nyspecialiserade läkare – både kvinnor och män – 39 år.

Läkarna ska efter ST ha sådan kompetens att de kan arbeta självständigt inom sin specialitet samt ha förutsättningar för fortsatt livslångt lärande och förmåga att tillgodose framtida behov inom sitt område. Ansvar för den fortlöpande verksamhetsutvecklingen, och därmed för läkarnas fortbildning, finns hos både läkaren och vårdgivarna.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska det där hälso- och sjukvård bedrivs finnas den personal som behövs för att god säker vård ska kunna ges. Den som bedriver verksamheten har ansvar för att säkerställa att personalen har den kompetens som krävs för att utföra arbetet samt att planera för kompetensutveckling inom verksamheten.⁴

3.2 Behörighet, legitimation och lämplighet

3.2.1 Behörighet till läkarutbildningen

För antagning till ett läkarprogram krävs att den sökande har grundläggande behörighet och den särskilda behörighet som krävs, t.ex. kompetenser som är av betydelse för det yrkesområde som utbildningen förbereder för. Som framgår av 7 kap. högskoleför-

⁴ *Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*. Socialstyrelsen (2012). Se även 2 e § hälso- och sjukvårdslagen.

ordningen, HF, ska de krav på särskild behörighet som ställs vara helt nödvändiga för att studenten ska kunna tillgodogöra sig utbildningen. Lärosätet har dessutom möjlighet att göra ett urval när platserna fördelas. Minst en tredjedel vardera av platserna ska fördelas på grundval av betyg respektive resultat från högskoleprovet. För högst en tredjedel av platserna kan särskilt urval tillämpas, t.ex. intervjuer, vilket används av några läkarprogram.

Behörighet att antas till utbildningen är inte kopplad till frågan om lämplighet att utöva yrket. Ett lärosäte kan inte neka att anta en sökande som uppfyller kraven enbart på grund av att personen inte bedöms kunna slutföra utbildningen eller utöva det yrke som utbildningen förbereder för.⁵

3.2.2 Avskiljande från läkarutbildningen

Det är i dag inte möjligt att avskilja en student enbart på grund av att han eller hon inte bedöms kunna utöva yrket. Av högskolelagen framgår att studenter som begått ett allvarligt brott, missbrukar alkohol eller narkotika eller lider av psykisk störning och till följd av detta riskerar att skada en annan person, kan komma att avskiljas från utbildningen.⁶ Högskoleverket har föreslagit att universitet och högskolor ska kunna dra in en students rätt att genomgå verksamhetsförlagda moment om de som är ansvariga för verksamheten, t.ex. ett landsting, nekar till att ta emot studenten av hänsyn till patienterna. Detta skulle innebära att studenten inte kan uppfylla kraven för att erhålla examen. Kontrollen av vilka studenter som gjort sig skyldiga till brott föreslås av Högskoleverket göras av de verksamhetsansvariga, inte av lärosätet. Regeringen har inte tagit ställning i denna fråga.⁷

3.2.3 Särskilt förordnande – begränsad behörighet att utöva läkaryrket

Den som har legitimation eller som särskilt förordnats är behörig att utöva läkaryrket. Socialstyrelsen kan utfärda särskilt förordnade och får enligt patientsäkerhetsförordningen meddela föreskrifter

⁵ *Allvarlig brottslighet som hinder mot att genomgå högskoleutbildning*, Högskoleverket (2009:20R).

⁶ 4 kap. 6 § högskolelagen.

⁷ Högskoleverket (2009:20R).

om att landsting i vissa fall får förordna icke legitimerad personal att utöva yrke inom hälso- och sjukvården.⁸ I Socialstyrelsens föreskrifter om särskilt förordnande att utöva läkaryrket för icke legitimerade läkare anges att den som avlagt läkarexamen i Sverige får anställas som AT-läkare eller med ett vikariatsförordnande. Det samma gäller för den med läkarexamen från annat nordiskt land, och för personer som av Socialstyrelsen föreskrivits AT som villkor för legitimation⁹,

Personer som genomgått utländsk utbildning och enligt beslut från Socialstyrelsen fullgör provtjänstgöring, samt läkarstudenter som har fullbordat studier till och med nionde terminen, får anställas med ett vikariatsförordnande under handledning. Studenter får inte anställas som läkare i primärvården.

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) kan, efter anmälan från Socialstyrelsen, återkalla ett särskilt förordnande. Socialstyrelsen kan också begränsa landstingens möjlighet att ge en viss läkare särskilt förordnande.

3.2.4 Legitimation – full behörighet att utöva läkaryrket

Legitimationen ska vara en garanti för en viss kunskapsnivå hos yrkesutövaren och ska också garantera sådana personliga egenskaper hos yrkesutövaren som gör honom eller henne förtjänt av allmänhetens och myndigheternas förtroende.¹⁰

Den som avlagt läkarexamen och fullgjort praktisk tjänstgöring efter ansökan hos Socialstyrelsen ska som huvudregel få läkarlegitimation. Socialstyrelsen får utfärda legitimation för den som på annat sätt än genom sådan utbildning och praktisk tjänstgöring som avses har förvärvat motsvarande kompetens.¹¹ Socialstyrelsen får inte utfärda legitimation om förhållandena är sådana att legitimationen skulle ha återkallats om sökande hade varit legitimerad.¹²

⁸ 3 kap. 12 §, patientsäkerhetsförordningen.

⁹ SOSFS 2000:6.

¹⁰ Prop. 1983/84:179 s. 12 f.

¹¹ 4 kap. 1 § och 2 § patientsäkerhetslagen.

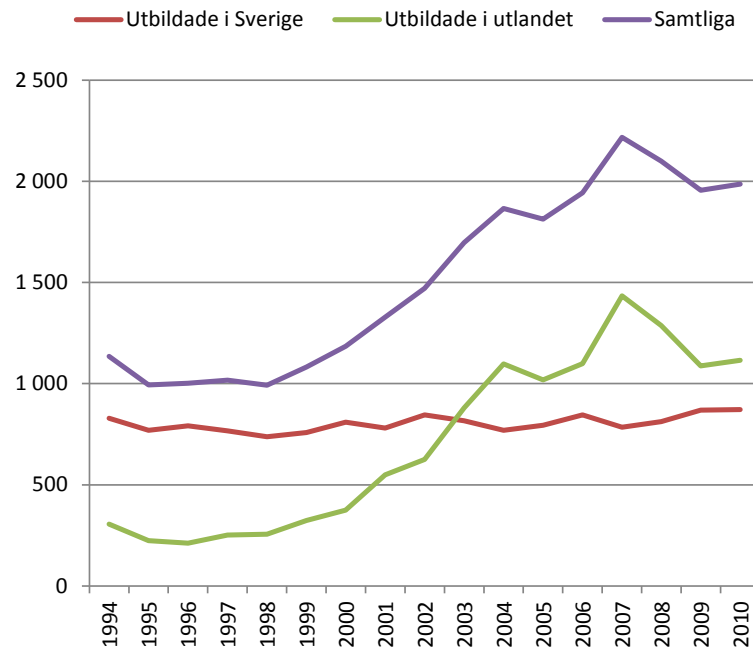
¹² Legitimationen återkallas om den legitimerade varit grovt oskicklig vid utövningen av sitt yrke, i eller utanför yrkesutövningen har gjort sig skyldig till ett allvarligt brott som är ägnat att påverka förtroendet för honom eller henne, eller på annat sätt har visat sig uppenbart olämplig att utöva yrket. Legitimationen ska vidare återkallas om den legitimerade på grund av sjukdom eller liknande omständighet inte kan utöva yrket tillfredsställande.

Sedan den 1 januari 2011 har Socialstyrelsen möjlighet att hämta in utdrag ur belastningsregister vid ansökan om legitimation.¹³ Detta görs vid varje ansökan om legitimation.

3.2.5 Internationell rörlighet och behörighet inom EU/EES

Den internationella rörligheten hos hälso- och sjukvårdspersonal har ökat. Förväntningar och krav på kunskaper och färdigheter hos läkare har harmoniserats mellan olika länder. För Sveriges del har den ökade rörligheten inneburit en stor ökning av antalet läkare med läkarexamen från ett annat land som erhåller svensk legitimation (se diagram 3.1). År 2011 var totalt 6 306 läkare med läkarexamen från ett annat land inom EU/EES sysselsatta i Sverige. Även läkare med svensk läkarexamen söker sig till utlandet. År 2011 beviljades t.ex. 224 personer med legitimation från Sverige så kallad obegränsad auktorisation i Norge.

Diagram 3.1 Antal utfärdade legitimationer per år - läkare med svensk eller utländsk läkarexamen



¹³ 16 c § belastningsregisterförordningen (1999:1134).

Kraven i yrkeskvalifikationsdirektivet

För att skapa ömsesidigt förtroende för läkarnas behörighet inom EU, och därmed underlätta rörligheten, antogs redan 1975 direktiv om vilka kompetensbevis i respektive land som ska godkännas, och vilka minimikrav som ställs på utbildningen i fråga. En person har rätt att utöva det yrke hon eller han är behörig för i ursprungsmedlemsstaten på samma villkor som medborgarna i det mottagande landet.

Sedan den 1 januari 1994 har Sverige angett läkarexamen och intyg om fullgjord AT som kvalifikationsbevis. Det är inte möjligt att arbeta i ett annat EU/EES-land endast med svensk legitimation. Varje medlemsstat måste efter ansökan utfärda legitimation till en läkare från en annan medlemsstat om hon eller han uppfyller kraven för behörighet i hemlandet. Mottagarlandet kan inte ställa några särskilda villkor för erkännandet.

Sedan 2005 regleras kraven i Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG, det så kallade yrkeskvalifikationsdirektivet. Samordningen av minimikraven gäller tillträde till utbildningen, dess omfattning och innehåll. Där ställs bland annat krav att utbildningen ska omfatta minst sex års studier eller 5 500 timmar teoretisk och praktisk undervisning vid universitet eller under tillsyn av universitet, och krav på klinisk erfarenhet. Utöver läkarexamen finns i vissa länder, liksom i Sverige, krav på praktisk tjänstgöring för att få behörighet (se exempel i tabell 3.1 på nästa sida).

Det pågår för närvarande en översyn av yrkeskvalifikationsdirektivet.¹⁴ Syftet är att modernisera direktivet och underlätta erkännandeprocessen och därmed rörligheten. Ett förslag gäller införandet av ett varningssystem för sjukvårdspersonal som förlorat sin rätt att utöva yrket. För läkarutbildningen föreslås att minimikravet på omfattning ändras till minst fem års studier och minst 5 500 studietimmar och ökad tydlighet kring beaktandet av vetenskapliga och tekniska framsteg i utbildningens innehåll. Vidare föreslås att direktivet även ska omfatta erkännande av avlönad praktik som bedrivits i en annan medlemsstat. Förslagen innebär inte förändringar av grundprinciperna kring erkännande.

¹⁴ KOM(2011)367.

Nordisk reglering

Sedan 1981 finns en nordisk överenskommelse om gemensam arbetsmarknad för viss hälso- och sjukvårdspersonal. Överenskommelsen bygger på att de olika staternas offentligt reglerade utbildningar av dessa yrkesgrupper i de flesta fall är likvärdiga och i överenskommelsen uttrycks att en så enhetlig utbildning och lagstiftning som möjligt för dessa grupper bör eftersträvas. På vissa punkter har den ett vidare tillämpningsområde och förenklade rutiner när det gäller nordiska medborgare än vad som gäller för yrkeskvalifikationsdirektivet. Enligt nordisk praxis kan en person med läkarexamen från annat nordiskt land med krav på praktisk tjänstgöring för full behörighet fullgöra AT i Sverige utan särskilt beslut från Socialstyrelsen.

Tabell 3.1 Omfattning av utbildning fram till full behörighet

Land	Omfattning till full behörighet	Varav praktisk tjänstgöring efter examen
Sverige	>7 år	18 månader
Norge fr.o.m. december 2012	6 år	
Danmark	7 år	12 månader
Finland	6 år	
Island	7 år	12 månader
Storbritannien	5-6 år	12 månader
Irland	6 år	12 månader
Ungern	6 år	
Polen fr.o.m. oktober 2012	6 år	
Belgien	7 år	
Tjeckien	6 år	
Tyskland	6 år	
Nederländerna	6 år	

I bilaga 7 ges en bild av läkarutbildningen och kraven för behörighet i några länder inom EU/EES samt en kortfattad beskrivning av genomförda eller planerade förändringar.

Källa: Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG samt behöriga myndigheter i respektive land.

3.2.6 Behörighet för läkare från tredjeland

Läkare som genomgått läkarutbildning i ett land utanför EU/EES eller Schweiz, s.k. tredjeland, kan för att erhålla svensk läkarlegitimation antingen genomgå Socialstyrelsens kompletteringsprogram eller högskolans kompletterande utbildning. Socialstyrelsens kompletteringsprogram regleras i 6 kap. 1 § patientsäkerhetsförordningen där det stadgas att den sökande för att erhålla svensk legitimation ska genomgå den kompletterande utbildning och fullgöra den praktiska tjänstgöring som behövs för att kunskaperna och färdigheterna ska motsvara de svenska kraven, samt ha nödvändiga kunskaper i svenska författningar och nödvändiga kunskaper i svenska, danska eller norska språket. En sökande som har vidareutbildning motsvarande specialistkompetens ska fullgöra sex månaders provtjänstgöring och en sökande utan sådan vidareutbildning ska genomgå kunskapsprov ”Tule” och därefter fullgöra AT och genomgå AT-provet. Högskolans kompletterande utbildning regleras i förordningen (2008:1101) om högskoleutbildning som kompletterar utländsk utbildning. Efter fullgjord kompletterande utbildning ska den sökande fullgöra AT och genomgå AT-prov för att erhålla svensk legitimation.

Riksrevisionen har riktat kritik mot hur Sverige hanterar personer med högskoleutbildning från tredjeland, och regeringen tillsatte med anledning av detta en utredning om hur vårdpersonal från tredjeland snabbare ska kunna etablera sig på den svenska arbetsmarknaden. Vinsterna med att förkorta processen och de sökandes arbetslöshetstider är stora, såväl för individen som för staten.¹⁵

¹⁵ Riksrevisionen (RiR2011:16) och Socialdepartementet (2013).

3.3 Styrning genom mål och resurser

För läkarutbildningen, liksom för andra högskoleutbildningar, anges ett antal mål i högskoleförordningen. Dessa styr utbildningens innehåll. Socialstyrelsen har i föreskriften om allmän-tjänstgöringen (AT) fastställt mål för den tjänstgöring som krävs för att få legitimation. De lärosäten som har tillstånd att utfärda läkarexamen beslutar om hur många studenter som ska antas till utbildningen. Landstingen styr tillgången på tjänster för AT.

3.3.1 Mål för läkarexamen

De nationella målen för läkarexamen anges i en bilaga till högskoleförordningen, den så kallade examensordningen. I den anges kraven för såväl generella examina som yrkesexamina, och detta är statens verktyg för att styra högskoleutbildning. Läkarexamen är en yrkesexamen på avancerad nivå. Allmänna mål för utbildning på avancerad nivå anges i högskolelagen, medan de specifika målen för vad de studerande ska ha uppnått för att erhålla läkarexamen anges i examensbeskrivningen för läkarexamen.¹⁶ Kraven för att erhålla läkarexamen anges i form av omfattning, mål och krav på självständigt arbete (examensarbete). Dessa kommer att behandlas i kapitel 4. Målen i examensbeskrivningen är grupperade under tre s.k. kunskapsformer som är gemensamma för alla utbildningar: *Kunskap och förståelse*, *Färdighet och förmåga* samt *Värderingsförmåga och förhållningssätt*. Lärosäten som har rätt att utfärda läkarexamen har även möjlighet att besluta om lokala mål, som ett sätt att profilera utbildningen.

Målen i examensbeskrivningen, och de lokala målen, ska vara grunden för hur de olika programmen planeras, och ska i sin tur ligga till grund för kursmål som konkretiseras i kursplanerna. I högskoleförordningen finns dessutom bestämmelser om formalia kring vad kursplanerna ska innehålla. Lärosätena ska inom ramen för de krav som ställs i lag och förordning välja hur utbildningens upplägg och innehåll ska utformas. Såväl utbildningsplaner som kursplaner blir ett sätt att visa såväl studenten, som lärare, programledning och andra intressenter vad varje student ska ha upp-

¹⁶ 1 kap 9 § högskolelagen.

nått vid kursens slut, och på vilken nivå. En yrkesexamen på avancerad nivå kan sägas inbegripa den progression som ska finnas mellan en generell examen på grundnivå och avancerad nivå.¹⁷ Vilka undervisningsformer och vilka examinationsformer som används beslutas av lärosätet.

3.3.2 Mål för allmäntjänstgöringen (AT)

I patientsäkerhetsförordningen finns övergripande bestämmelser om tjänstgöringens utformning och inom vilka specialiteter AT-läkaren ska tjänstgöra, liksom omfattningen och ordning av de olika blocken. I Socialstyrelsens föreskrifter om allmäntjänstgöring för läkare beskrivs målen och hur AT ska planeras.¹⁸ Här finns bland annat krav på handlingsplan och handledning. Av föreskriften framgår vidare att AT-läkaren ska utveckla en god förmåga att självständigt och med hög säkerhet kunna utföra de medicinska basrutinerna i hälso- och sjukvården. AT-läkaren ska också förvärva ett terapeutiskt förhållningssätt – utifrån ett vetenskapligt och humanistiskt synsätt – som inkluderar såväl förmåga till helhetssyn som förmåga att upprätthålla en god patient-läkarrelation i diagnostik och terapi. Detta innebär att AT-läkaren ska förvärva kunskaper och färdigheter inom respektive tjänstgöringsavsnitt samt attityder och förhållningssätt i överensstämmelse med etiska värderingar i samhället. Läkaren ska efter AT kunna arbeta med insikt om och respekt för sin egen kompetens, dess möjligheter och begränsningar.

3.3.3 Finansiering av läkarutbildningen

Läkarutbildning finansieras på två olika vägar via statsbudgeten. Dels via anslaget för utbildning till varje lärosäte, dels via ersättningen för klinisk utbildning och forskning till landstingen, vars storlek grundar sig på det så kallade ALF-avtalet.¹⁹ Detta är ett avtal mellan staten och sex landsting och avser ersättning för

¹⁷ Nationell referensram för examina, Högskoleverket (reg. nr.12-5202-10).

¹⁸ SOSFS 1999:5.

¹⁹ Prop. 2012/13:1 Utg.omr.16, 10.272 2:72 Ersättningar för klinisk utbildning och forskning.

landstingens medverkan i läkarutbildning och kliniskt inriktad medicinsk forskning.²⁰

Statliga universitet och högskolor får ersättning för sina studenter genom anslaget för utbildning. Ersättningen ges i form av ersättning per helårsstudent (registrerade studenter) och per helårsprestation (avklarade högskolepoäng) upp till det så kallade takbeloppet. Takbeloppet är det maximala ersättningsbeloppet för respektive lärosäte.

Ett lärosäte redovisar antal helårsstudenter och helårsprestationer efter årets slut, per utbildningsområde. För läkarutbildningen gäller huvudsakligen det medicinska utbildningsområdet. För detta område är ersättningen per helårsstudent 59 849 kronor och per helårsprestation 72 799 kronor för år 2013.²¹

Utbildningsanslaget är inte öronmärkt för någon specifik utbildning. Lärosätena beslutar om hur anslaget ska fördelas internt. Hur stor andel av anslaget som direkt kommer läkarprogrammen till godo bestäms således dels på lärosätetsnivå, genom fördelning av medel till fakulteterna, dels via fakulteternas fördelning av medel till programmen eller de institutioner eller motsvarande enheter som deltar i utbildningen.

I regleringsbrev till lärosätena finns utöver ekonomiska ramar och verksamhetsmål anvisningar för hur de ska återrapportera. I princip står det lärosätena fritt att besluta om hur många studenter som ska utbildas, men beträffande läkarutbildningen anges det i regleringsbrevet för respektive universitet hur många helårsstudenter maximalt som berört landsting kan kompenseras för genom avtalet om ersättning till landstingen, vilket har stor betydelse för lärosätens dimensionering av läkarutbildningen.

För landstingens medverkan i grundutbildningen av läkare ges för 2013 70 400 kronor per helårsstudent och den totala ersättningen, samt ersättningen till respektive landsting, framgår av budgetpropositionen. Ersättningen till landstingen påverkas inte om det faktiska antalet studenter som utbildas avviker från regeringens beräkning.²²

Den sammantagna per capita-tilldelningen av medel för utbildning av läkare, inklusive så kallad ALF-ersättning till landstingen,

²⁰ *Avtal om samverkan och ersättning för läkarutbildning, medicinsk forskning och utveckling (2003-06-13)*. Regeringsbeslut 2003-12-11, beslutsnummer 15. (U2003/2662/UH)

²¹ Motsvarande 63 500 kronor i 2007 års prisläge.

²² Universitet och landsting kan till exempel komma överens om att utbilda fler läkare än vad landstinget får ersättning för.

är mot bakgrund av ovanstående uppskattningsvis 200 000 kronor per student och år.

Reglering av samverkan mellan staten och landstingen

Som framgår ovan regleras samverkan och ersättning för läkarutbildning, medicinsk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården i det så kallade ALF-avtalet. När avtalet tecknades fanns sex lärosäten som hade tillstånd att utfärda läkarexamen. Örebro universitet fick tillstånd att utfärda läkarexamen från och med 1 januari 2011 och därför omfattas inte Örebro läns landsting av nu gällande avtal. I dag uppgår ersättningarna till mer än 2 miljarder kronor om året, varav cirka 500 miljoner används till läkarutbildning. Forskningsmedel får användas för att finansiera utbildning, men inte tvärtom.

I Sverige har staten och landstingen under lång tid på olika sätt samarbetat kring läkarutbildning och medicinsk forskning. Utgångspunkten är att dessa parter ska ta gemensamt ansvar för dessa verksamheter. Formerna och principerna för kostnadsfördelning har varierat, men sedan mitten av 1960-talet har mer enhetliga riktlinjer utvecklats för samverkan kring klinisk utbildning och kliniskt inriktad forskning och undervisningssjukhusens utbyggnad. Förändringar i såväl hälso- och sjukvårdens organisation som inom högskolan bidrog till att det nuvarande avtalet förhandlades fram 2003. Till skillnad gentemot tidigare finns i dag en tydligare avsikt att även fördjupa och vidga samarbetet i syfte att förbättra hälso- och sjukvården med kunskaps- och kompetensutveckling. Fokus ska vara på samverkan och ömsesidigt utbyte. Koppling till volymförändringar i läkarutbildningen har tydliggjorts och ersättningen till sjukvården för medverkan i utbildningen ökat. Parterna har kommit överens om att klinisk utbildning och forskning får bedrivas inom sjukvården och sjukvårdshuvudmannen tillhandahåller lokaler och personal (vissa enheter). Universitetet placerar personal vid dessa enheter för att utföra utbildning, vård, forskning och utveckling. För detta åtagande lämnar staten ersättning till vissa landsting.

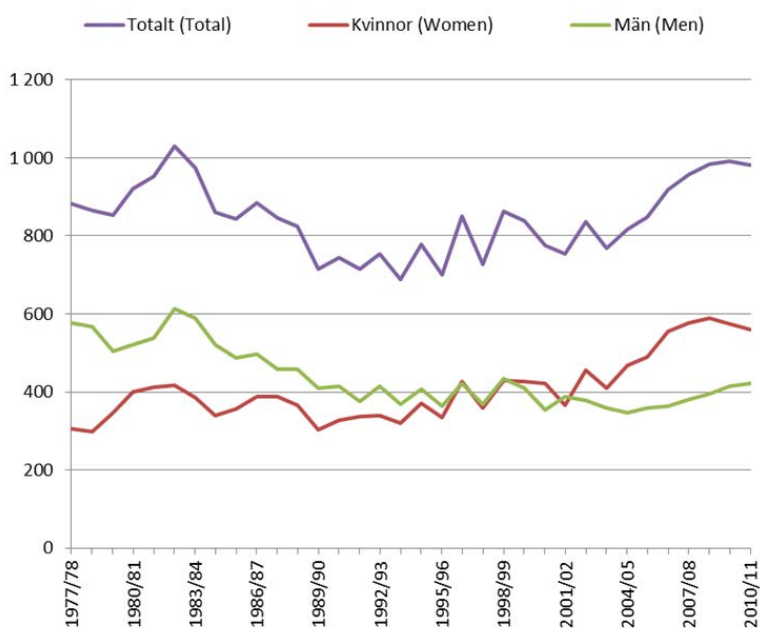
Organisatoriska lösningar för det fördjupade samarbetet bestäms i regionala avtal mellan berörda lärosäten och landsting, för att på bästa sätt ge utrymme för modeller som passar lokala förutsättningar.

Det nuvarande centrala ALF-avtalet sades upp i december 2009 och ska följas upp och omförhandlas. Regeringen vill bland annat lyfta fram kvalitetsaspekten och stärka klinisk forskning och utbildning samt säkerställa att de statliga ALF-medlen på ett tydligare sätt bidrar till kvalitetsutveckling av hälso- och sjukvården. Bland statens utgångspunkter inför förhandlingarna finns bland annat att årlig uppföljning av ALF-ersättningens användning ska genomföras, liksom att verksamhetsförlagda delar av utbildningen utgör en viktig del av de nationella kvalitetsgranskningarna av högre utbildning.

3.3.4 Dimensioneringen av allmäntjänstgöringen (AT)

De AT-tjänster som utlyses ska räcka för de cirka 1 000 studenter per år som tar examen (diagram 3.2.), samt för det beräknade antalet läkare med utbildning i länder utanför EU/EES (tredjelandsläkare) som av Socialstyrelsen föreskrivits AT som villkor för legitimation. De senare uppgick år 2009 till cirka 125 personer. Landstingen ska anordna möjlighet till AT i den utsträckning som behövs och finansiera alla kostnader som anställningen av AT-läkare kan medföra.

Diagram 3.2 Antal läkarexamina efter kön, läsåren 1977/78–2010/11



Källa: SCB.

Personer som har läkarexamen från ett annat EU/EES-land med krav på klinisk tjänstgöring motsvarande AT kan ansöka om att få fullgöra den i Sverige, på samma sätt som läkare som erhållit läkarexamen från ett svenskt lärosäte. Det finns ett stort antal studenter från Sverige som studerar i andra länder med krav på klinisk tjänstgöring motsvarande AT, med sikte på att fullgöra AT i Sverige, men antalet tjänster som utlyses påverkas inte av detta.²³ Av förarbeten till hälso- och sjukvårdslagen framgår att landstingens skyldighet ifråga om AT inte omfattar personer med läkarexamen från annan medlemsstat.²⁴ För 2012 har Socialstyrelsen beslutat att 102 personer fått tillstånd att fullgöra AT. Sökande från de övriga nordiska länderna behöver inte få beslut från Socialstyrelsen för att få fullgöra AT i Sverige, och det finns inga samlade uppgifter om hur många dessa personer är.

²³ Läsaåret 2010/11 fick totalt 2 896 studenter studiemedel från Sverige för att genomföra läkarutbildning utomlands (CSN).

²⁴ Prop. 1997/98:5 s.12. *Läkarnas vidareutbildning*.

Som beskrivs i kapitel 1 inrättades AT bland annat med ett tydligt sjukvårds- och arbetsmarknadspolitiskt syfte att förse länssjukhus och bristspecialiteter med läkare. Icke-legitimerade läkare med särskilt förordnande utgör en viktig resurs i sjukvårdsproduktionen och är rekryteringsbas för landstingens ST-tjänster. Det finns i dag ingen entydig bild av hur antalet AT-tjänster överensstämmer med det faktiska behovet. Antalet anställda AT-läkare per landsting redovisas i tabell 3.2.

Tabell 3.2 AT-läkare 2008–2011

Antal anställda AT-läkare per landsting (inkl Gotland)				
landsting	2008	2009	2010	2011
Stockholms läns landsting	397	323	429	400
Landstinget Uppsala	52	51	50	61
Landstinget Sörmland	79	80	88	88
Landstinget Östergötland	84	101	95	108
Landstinget Jönköping	92	94	95	95
Landstinget Kronoberg	38	37	36	42
Landstinget Kalmar	48	55	58	61
Region Gotland	23	21	23	22
Landstinget Blekinge	40	38	37	40
Region Skåne	194	189	207	219
Region Halland	66	76	66	70
Västra Götalandsregionen	271	305	351	368
Landstinget Värmland	64	64	55	60
Örebro läns landsting	77	76	81	77
Landstinget Västmanland	57	61	57	60
Landstinget Dalarna	109	104	104	95
Landstinget Gävleborg	81	77	76	81
Landstinget Västernorrland	75	74	78	91
Jämtlands läns landsting	38	42	35	39
Västerbottens läns landsting	92	91	85	97
Norrbottnens läns landsting	66	85	83	77
Summa	2043	2044	2189	2251

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Landstingen strävar efter att samarbeta kring fördelningen och dimensioneringen av tjänster, men det finns inga skriftliga avtal eller överenskommelser för detta.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att årligen göra bedömningar av tillgång och efterfrågan på läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal. Rapporteringen är tänkt att utgöra ett stöd till landstingens planering av personalförsörjning. En återkommande enkätundersökning inom ramen för Socialstyrelsens nationella planeringsstöd (NPS) visar att tretton landsting i Sverige anser att tillgången på sökande är större än efterfrågan och fem landsting anser att efterfrågan och tillgång är i balans. Inget landsting angav för år 2010 att det fanns fler tjänster än sökande. De regionala skillnaderna är stora eftersom nyexaminerade läkare i högre grad väljer att söka sig till vissa landsting.

3.4 Kvalitetsgranskning, tillsyn och uppföljning

Universitetskanslersämbetet har i uppdrag från regeringen att återkommande granska kvaliteten i all högre utbildning. När det gäller allmäntjänstgöringen (AT) utfärdar Socialstyrelsen föreskrifter och har därmed indirekt ansvaret för att följa upp tillämpningen. Utöver staten, genomför flera andra aktörer uppföljningar av olika aspekter av läkarutbildningens och allmäntjänstgöringens kvalitet.

I ett målstyrt system med stor frihet för såväl utbildningsanordnarna som för landstingen att utforma verksamhetens form och innehåll, fyller statens tillsyn och granskning en central funktion för att ge medborgarna oberoende information om kvalitet och resursanvändning.

Utöver universitetens och landstingens egna system för kvalitetssäkring krävs systematisk, extern granskning. På vilket sätt vet medborgarna och omvärlden att de nylegitimerade läkarna i Sverige har de kunskaper och färdigheter som krävs för att utöva yrket?

3.4.1 Kvalitetssäkring av läkarutbildningen

Enligt högskolelagen ska verksamheten vid universitet och högskolor anpassas så att en hög kvalitet nås i utbildningen, och tillgängliga resurser ska användas effektivt för detta ändamål.²⁵ En central inriktning för utbildningspolitiken är ökad autonomi för universitet och högskolor och att lärosätena själva tar ansvar för verksamhetens kvalitet och utveckling. Lärosätena beslutar själva hur det systematiska kvalitetsarbetet och de interna styrsystemen ska vara utformade. I lagen finns också uttryckt att studenterna har rätt att utöva inflytande över utbildningarna, och deras medverkan i att vidareutveckla utbildningen ska främjas.

Högskoleverket, som ansvarar för tillsyn över högskolan och beslutar om examenstillstånd, har sedan år 2001 i uppdrag att utvärdera alla utbildningar som leder till en examen, inklusive utbildning som leder till läkarexamen. Ett nytt nationellt kvalitetssäkringssystem trädde i kraft 2011, med utvärdering av utbildningar i en fyraårscykel. Inom ramen för detta system utvärderas läkarutbildningen nästa gång 2013. Utvärderingen genomförs då av Universitetskanslersämbetet, en ny myndighet som från den 1 januari 2013 tog över en del av Högskoleverkets uppgifter i samband med att Högskoleverket lades ner.

Det nya kvalitetssäkringssystemet är i högre grad än före 2011 baserat på utbildningens resultat, närmare bestämt i vilken grad studenterna når de förväntade målen för utbildningen. Jämfört med tidigare nationella utvärderingssystem betonas också utbildningarnas relevans för yrkeslivet starkare. Det sätt lärosätet väljer att planera och utföra utbildningen – förutsättningar och processer – är inte i fokus för bedömningen utan ett sätt att styrka att målen nås. Genom att identifiera bristande måluppfyllelse kan en bild av utbildningens svagheter ges. Utvärderingarna ska präglas av likvärdighet, transparens och förutsägbarhet.²⁶ Regeringen har signalerat att Universitetskanslersämbetet kommer att få frihet att utveckla och komplettera systemet för kvalitetsutvärdering för att tydligare stötta universitet och högskolor i deras utvecklingsarbete.²⁷

²⁵ 4 § högskolelagen.

²⁶ Uppdrag om kvalitetsutvärdering av utbildning på grundnivå och avancerad nivå (U2010/4164, 3546, 3552/UH).

²⁷ Svar på interpellation 2012/13:5, Anf. 17 om Sveriges kvalitetsutvärderingssystem för den högre utbildningen.

Universitetskanslersämbetet utser en bedömargrupp med såväl ämnesexperter som studenter och företrädare för arbetslivet. Deras uppdrag är att välja vilka mål som ska granskas och utforma bedömningskriterier. Baserat på de bedömningsunderlag som ställs till deras förfogande, föreslår de till Universitetskanslersämbetet vilket samlat omdöme utbildningen bör få.²⁸ Omdömet ges på en tregradig skala: mycket hög kvalitet, hög kvalitet eller bristande kvalitet.

I det fall en utbildning ges det samlade omdömet ”bristande kvalitet” bedöms den ha bristande måluppfyllelse och rätten att utfärda examen ifrågasätts. Lärosätet ska då senast ett år efter granskningsbeslutet redogöra för vilka åtgärder som vidtagits, och efter att en ny bedömargrupp granskat ärendet avgör Universitetskanslersämbetet om examenstillståndet ska återkallas eller inte. Utfallet i den nationella granskningen kan dessutom ligga till grund för viss fördelning av resurser till lärosätet baserat på vilket samlat omdöme som ges åt en utbildning.

3.4.2 Uppföljning av allmäntjänstgöringen (AT)

Syftet med allmäntjänstgöringen (AT) är att komplettera grundutbildningen med de kliniska erfarenheter som krävs för alla läkare oavsett yrkesinriktning. AT ska bestå av utbildning samt läkararbete under professionellt ansvar. AT ska ge klinisk träning och introduktion i arbetslivet samt tillfälle till både yrkesmässig och personlig utveckling. AT-läkarna ska delta i vardagssjukvård med tonvikt på akutsjukvård och tjänstgöringen ska ske under personlig handledning av specialistkompetenta läkare. Innehållet i utbildningen ska svara mot de mål som Socialstyrelsen fastställt i AT-föreskriften vad gäller kunskaper, färdigheter och förhållningssätt. Måluppfyllelsen ska också säkras genom det så kallade AT-provet, som lärosätena genomför. Föreskriften används återkommande i den generella verksamhetstillsyn som genomförs, men då utifrån patientsäkerhetsaspekter. Någon övergripande uppföljning eller tillsyn, utifrån måluppfyllelsen för AT-läkarna, har inte genomförts. Det är därför svårt att få någon rättvisande bild av allmäntjänstgöringens kvalitet på de olika orterna.

²⁸ Bedömningsunderlagen är bland annat studenternas självständiga arbete (examensarbete) och lärosätets självvärdering. Se även kapitel 4.

För varje individ som ansöker om legitimation ska en verksamhetschef intyga att AT-läkaren efter avslutat tjänstgöringsavsnitt uppfyller de fastställda kraven i målbeskrivningen. Samråd bör inför detta ske med den personliga handledaren. I AT-föreskriften finns inte lika tydliga krav på dokumenterade rutiner för genomförande, fortlöpande bedömning och regelbunden utvärdering för att säkerställa en hög och jämn kvalitet, som de som finns för specialiseringstjänstgöring (ST). Målbeskrivningen för AT ska dock ligga till grund för en generell handlingsplan som ska garantera måluppfyllelsen.

3.4.3 Exempel på uppföljningar som genomförs av andra aktörer

Utöver de granskningar som görs av Universitetskanslersämbetet och Socialstyrelsen förekommer uppföljningar av andra aktörer. De kan i en del fall vara återkommande.

De fackliga organisationerna genomför flera olika nationella undersökningar av utbildningen, inklusive AT. Medicine Studerandes Förbund (MSF) är Sveriges läkarförbunds studerandeorganisation. De har vid två tillfällen genomfört enkätstudier av de så kallade prekliniska studierna vid de svenska läkarprogrammen, och vid tre tillfällen genomfört en handledningsenkät där syftet har varit att bevaka och utvärdera kvaliteten på de kliniska, verksamhetsintegrerade delarna av utbildningen. Vidare har Sveriges yngre läkares förening (SYLF) sedan år 2000 genomfört en rankning av de olika AT-orterna i Sverige. Rankningen har genom åren fått stor uppmärksamhet både i media och ute i landstingen och regionerna. Tanken är att rankningen ska vara en informationskälla för blivande AT-läkare och motivera sjukvårdshuvudmännen till att förbättra allmäntjänstgöringens kvalitet.²⁹

Institutet för Professionell Utveckling av Läkare i Sverige AB (IPULS) ägs gemensamt av Svenska Läkaresällskapet, Sveriges läkarförbund och Sveriges Kommuner och Landsting. Parallellt med uppdraget att administrera inspektioner av utbildningsförutsättningar för ST-läkare, finns möjlighet att låta genomföra frivilliga inspektioner av AT. Sedan september 2004 har dock endast 6–7 sådana inspektioner genomförts varje år. Ansvaret för verksam-

²⁹ SYLF (2012).

heten med specialistkompetenskurser (SK-kurser) ska inordnas i Socialstyrelsen.³⁰

3.4.4 Vad vet vi om läkarutbildningens och allmäntjänstgöringens kvalitet?

Läkarutbildningen har utvärderats i flera omgångar. Dåvarande Kanslersämbetet gjorde en förstudie 1994, vilken följdes av en nationell utvärdering 1997 av Högskoleverket. Denna inbegrep även allmäntjänstgöringen. År 2006 utvärderades läkarutbildningen på nytt av Högskoleverket. Metodik, syften och utgångspunkter har varierat, men slutsatserna pekar till stor del åt samma håll. Nedan diskuteras de frågor som kommit fram och som är relevanta för denna utredning.

Läkarprogrammen har under våren 2012 fått möjlighet att muntligt och skriftligt lämna kortfattade nulägesbeskrivningar till utredningen och visa exempel på några förbättringsområden. Resultatet redovisas sist i detta avsnitt. Det redovisas relativt utförligt, eftersom det inte finns publicerat på annat håll.

Vikten av en positiv utbildningskultur

Vid utvärderingen 2006 konstaterade Högskoleverket att stora utvecklingsinsatser hade satts in men samtidigt hade kraven vad gäller kvalitetssäkring och resultatuppföljning ökat. Sammantaget ansågs samtliga lärosäten erbjuda högskolemässig läkarexamen som stod sig väl i ett internationellt perspektiv. Däremot pekade man på skillnader i kvalitet mellan de olika lärosätena, där de välfungerande utmärktes av

en positiv utbildningskultur, en långsiktig professionellt styrd utveckling med fokus på de allmänna målen och studenternas lärande, en tydlig pedagogisk vision samt inriktning mot principer, exempel och mekanismer i motsats till att försöka täcka in allt.

Bristerna rörde framför allt institutions- och ämnesbaserade utbildningar utan övergripande styrning och progression.

³⁰ Uppdrag att förbereda och inordna verksamhet med specialistkompetenskurser i Socialstyrelsen (Regeringsbeslut S2012/6492/FS).

Progression och koppling mellan mål och examination

Sammanhanget i utbildningen, dvs. hur olika moment är kopplade till varandra, och hur kunskapen fördjupas (progression) har behandlats i varje utvärdering av läkarutbildningen. Att de nya målen och förändringarna i kursernas innehåll och upplägg också krävde förändrade examinationsformer och samverkan mellan lärarna konstaterades 1994. Tre år senare, 1997, påtalade bedömarna behovet av ökad ämnesintegration, förnyade examinationsformer och att lärosätena i högre grad borde införa studentaktiverande arbetsformer. Att det fanns brister i sambandet mellan mål, undervisning och examination och med detta svag progression, påpekades på nytt 2006.³¹

På initiativ av de dåvarande läkarprogrammets ledningar genomfördes en gemensam alumniutvärdering 2008. Syftet var att undersöka hur AT-läkare med två års perspektiv uppfattat sin kompetens direkt efter läkarexamen. Av de svarandes kommentarer framgick bland annat att basvetenskap borde integreras mer med den kliniska undervisningen och i högre grad anpassas till yrkeskraven. I studien lyfts fram att avsaknad av systematik ger ojämn kvalitet i undervisning och examination.³²

Teman som komplement till ämnen

På lärosätena har det under lång tid funnits en strävan att bryta upp de traditionella ämnesgränserna och att i högre grad föra ihop kortare kurser till integrerade block. Redan 1994 påtalades dock att studenterna borde ges bättre möjlighet att på ett systematiskt sätt förbereda sig för läkarrollen genom att olika teman som ledarskap, klinisk besluts kunskap, medicinsk etik, samhällsmedicin och konsultationskunskap utvecklades och samordnades i undervisning och handledning. Även om omfattningen skilde sig åt mellan de olika fakulteterna var det gemensamt att dessa inlag borde återkomma genom hela utbildningen, med tydlig progression.

I utvärderingen 1997 påpekade Högskoleverket också att nationella mål borde uppdateras för att stärka studenternas kunskaper i t.ex. ledarskap, administration, hälsoekonomi, informationshantering och förebyggande insatser.

³¹ Kanslersämbetet (1994), Högskoleverket (1997:29R), Högskoleverket (2007:23R)

³² Hoppe, A & Kiessling, A (2012).

I den ovan nämnda alumniutvärdering som genomfördes år 2008 angav de svarande att de ansåg sig förberedda för det patientkonsultativa arbetet och för flertalet vanliga kliniska situationer. Däremot ansåg de att utbildningen betydligt bättre kunde ha förberett dem för att handlägga mer komplexa situationer och att leda ett sjukvårdsteam.

Kvalitetssäkring och studenternas kliniska träning

Generellt har utvärderingarna påtalat att det är en styrka att de svenska utbildningarna i vård och medicin bedrivs i nära samverkan med sjukvården. Samtidigt har ett bristande samband mellan mål, undervisning och examination, och med detta svag progression, påtalats. Högskoleverket har särskilt betonat att det bör ställas samma krav på högskolemässighet i de verksamhetsförlagda kurserna som i övriga kurser inom högskolan. De kliniska inslagen före examen kunde också förbättras genom längre sammanhållna placeringar och mer undervisning i öppen- och primärvård. I utvärderingen 1997 framhöll bedömargruppen att man ville se ett ökat inflytande för fakulteterna i fördelningen av ALF-medel. Bland de rekommendationer som lämnades i den utvärdering som genomfördes 2006 fanns att det bör finnas ett system genom vilket undervisning kvantifieras så att arbetsinsatsen kan jämföras med sjukvårdsproduktion och forskning.

Högskoleverket konstaterade redan 1997 att det fanns såväl glapp mellan målen för examen och för AT, som överlappningar. AT:s koppling till utbildningen före examen borde ses över, uppföljningen av allmäntjänstgöringen borde stärkas och en extern kvalitetssäkring införas. AT ansågs utveckla läkarnas kliniska färdigheter men handledare saknades ofta och de handledare som fanns var inte utbildade för uppgiften.

Handledningen av AT-läkare

Inom ramen för sitt tillsynsuppdrag inspekterade Socialstyrelsen 2011 bland annat kompetens och egenkontroll på cirka 40 procent av landets akutmottagningar. Av målbeskrivningen för AT framgår att den examinerade läkaren först efter genomförd AT ska arbeta helt självständigt. På ungefär hälften av mottagningarna upptäcktes

emellertid brister som rörde personalens kompetens. I huvudsak handlade det om att icke legitimerad personal utan nödvändig erfarenhet bedömde patienter och prioriterade bland dem. Socialstyrelsens slutsats var att AT-läkarna lämnades för mycket ensamma, ibland med möjlighet endast till telefonkontakt med en bakjour. Det finns också ett antal lex Maria-ärenden kopplade till detta. Uppgifterna från Socialstyrelsen bekräftas också av SYLF:s AT-rankande undersökning – många AT-läkare gör jourtjänstgöring ensamma, hela 56 procent av de svarande i den senaste enkäten anger att de under sin AT-jour tjänstgjort utan legitimerad kollega på sjukhuset.

Utredningen har tagit del av olika typer av kartläggningar och undersökningar, samt fört samtal med AT-läkare och handledare i vården. Den sammanlagda bilden är splittrad. På många håll förefaller tjänstgöringen fungera tillfredsställande, medan den på andra håll verkar ha brister. Enligt SYLF:s enkät år 2012 med rankning av AT-orter är det 86 procent som rekommenderar sin AT-ort. I den senaste enkäten har de AT-läkare som genomgått AT-provet fått frågan om AT-provet i relevant utsträckning speglade vad lärt sig under allmäntjänstgöringen. Endast 57 procent instämmer helt eller i stor utsträckning med påståendet.

3.4.5 Pågående utveckling inom programmen – några iakttagelser

Sedan den senaste nationella granskningen av läkarexamen genomfördes har flera förändringar skett som ändrat förutsättningarna för läkarprogrammen vid lärosätena. Dessutom har ytterligare ett program tillkommit då Örebro universitet beviljats tillstånd att utfärda läkarexamen. Utredningen kan konstatera att de olika lärosätena genomfört flera viktiga utvecklingsinsatser, bland annat med utgångspunkt i de rekommendationer som Högskoleverket lämnade 2006.

I de nulägesbeskrivningar som läkarprogrammen redovisat till utredningen finns exempel på förbättringsområden. Det utvecklingsarbete som bedrivits på de olika programmen under de senaste åren har även beskrivits i ett antal artiklar, vilka utredningen tagit del av. Det tycks som om viktiga förändringar har genomförts. Dessa har tagit sin utgångspunkt i de rekommendationer som lämnades vid den senaste nationella granskningen 2006. Lärosätena

har också gjort förändringar för att anpassa programmen till den nya examensordningen och examensbeskrivningen som infördes året efter. Detta har inneburit genomgripande förändringar i utbildningsplanerna och följaktligen omsatts i förändrade kursplaner.

Tydligare programansvar

Några av de exempel på förbättringar som lyfts fram är en skillnad i dag jämfört med tidigare vad gäller beslutsprocess och ekonomisk styrning. Det finns ett mycket tydligare programansvar jämfört med tidigare, och tydligare styrning av utbildningsmedel, inklusive ALF-medel. Exempel ges på olika strategier för att ytterligare öka transparensen i hur medel fördelas direkt till de enheter som deltar i undervisningen.

Ett systematiskt kvalitetsutvecklingsarbete verkar i dag finnas på alla nivåer och egeninitierade utvärderingar görs av såväl enstaka moment som hela terminer. Flera lärosäten har vidgat sitt internationella utbyte och samverkar med andra universitet. Återkoppling ges till såväl studenterna som till de organ som har möjlighet att förändra utbildningen, och kursvärderingar av verksamhetsförlagda kurser och moment sägs förekomma i högre grad än tidigare. Det framstår som om det finns en ökad medvetenhet om vikten av att studiemiljön är anpassad för att underlätta studenternas lärande. Bland annat nämns att undervisningsmetoder, där studenten tar mer ansvar för sitt lärande, kräver fler grupprum och andra undervisningslokaler även i anslutning till det verksamhetsintegrerade lärandet. Vad gäller kursernas innehåll och graden av integration mellan basvetenskaper och kliniska vetenskaper finns stora variationer mellan olika studieorter. Lärosätena genomför även detta på olika sätt t.ex. genom temabaserad progression. Även inom ett läkarprogram kan finnas stora skillnader i hur kurser planeras.

Strävan mot tidig patientkontakt

Programmen ger intryck av att sträva mot att studenterna ska kunna få tidig patientkontakt, men hur tidigt detta sker varierar. Olika sätt att träna studenternas professionella utveckling nämns, liksom lokala mål som rör kliniska situationer. Förbättringsarbete

som syftar till att införa lärandeportföljer genomförs och det finns en medvetenhet om nödvändigheten av att använda olika undervisnings- och examinationsformer.

Det självständiga arbete (examensarbete), som funnits med i examensbeskrivningen sedan 2007, har börjat ta form och de som omfattas av den förändringen börjar nå slutet av sin utbildning. Några läkarprogram har infört eller planerar att även införa ett självständigt arbete på motsvarande kandidatnivå.

Exempel ges på verksamhetsintegrerat lärande i primärvården, och studentmottagningar med ökade inslag av interprofessionell träning. Olika sätt att förlägga delar av undervisningen till sjukhus utanför universitetsorten kan bidra till en tydligare koppling mellan vilka verksamheter som berörs och de mål som ska tränas och examineras enligt kursplanerna. Till de stora utmaningarna hör att säkra handledarkompetens i sjukvårdens olika verksamheter. Flera lärosäten anger att de gjort betydande satsningar på pedagogiska enheter eller motsvarande. Krav på handledarutbildning och annan pedagogisk kompetensutveckling för de landstingsanställda som deltar i undervisningen nämns. Det förekommer också särskilda satsningar på pedagogiska docenter.

3.5 Behov av förändringar

Som framgår av utredningens direktiv finns det vissa frågor kring läkarutbildningens och allmäntjänstgöringens nuvarande struktur, innehåll och omfattning som kan innebära begränsningar och har bidragit till behovet av en översyn. Flera av dessa områden är direkt eller indirekt kopplade till det delade huvudmannskapet mellan staten och sjukvårdshuvudmännen.

Utbildningens och allmäntjänstgöringens innehåll

Innehållet i läkarutbildningen styrs av bestämmelserna i högskolelagen och högskoleförordningen. Tjänstgöringen fram till legitimation, AT, styrs av bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen, patientsäkerhetsförordningen och av Socialstyrelsens föreskrift om AT. Vilka kunskaper, färdigheter och förmågor en läkare ska ha uppnått vid legitimationstillfället kan därför sägas vara summan av de krav som ställs för läkarexamen, och för AT.

Riksrevisionen har rekommenderat att regeringen tar initiativ till en översyn av läkarutbildningens organisation och finansiering för att skapa ökad tydlighet i ansvarsförhållanden, dimensionering, styrning och uppföljning. Med utgångspunkt i undervisning i psykiatri framhålls att det saknas tydliga statliga normer för omfattningen av enskilda ämnen i utbildningen eftersom det är lärosätena som avgör vilka kurser som ska ingå i en utbildning för att studenterna ska kunna nå målen.³³

Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet har också rekommenderat att olika delar i utbildningens mål och innehåll ses över. Det har handlat om frågor kring åldrandets sjukdomar och behandling av äldre med läkemedel. Men även frågor kring jämställdhet och jämlikhet i vård och behandling har uppmärksammats, liksom frågor relaterade till socialt ansvarstagande.

Även Sveriges läkarförbund har framfört synpunkter på utbildningens och allmäntjänstgöringens innehåll. Dels anser man att profileringen mellan läkarprogrammen vid olika lärosäten gör det svårt att överblicka måluppfyllelsen för olika kunskapsområden, dels finns det en otydlighet i uppdelningen av mål mellan läkarexamen och AT. Förbundet föreslår att ett samlat grepp bör tas för att definiera vilka kompetenser en blivande läkare måste uppnå för examen respektive legitimation. Att det finns otydlighet mellan målen för examen respektive målen för AT har även framförts av Högskoleverket.

Lång tid till legitimation och specialistkompetens

En student som i dag antas till ett läkarprogram vet när hon eller han kan räkna med att erhålla examen, under förutsättning att normalstudietiden följs. Det är däremot näst intill omöjligt att säga när personen kommer att få den behörighet som utbildningen och tjänstgöringstiden syftar till. Av dem som erhöll svensk läkarexamen 2007 hade endast 55 procent legitimation efter två år.³⁴ I ett internationellt perspektiv är den svenska utbildningen fram till legitimation lång. Personer med en sexårig legitimationsgrundande utbildning från ett annat EU/EES-land kan söka direkt till ST i Sverige. För läkare utbildade i Sverige krävs i dag minst 7 års utbildning och tjänstgöring före ST.

³³ Riksrevisionen (RiR 2009:10).

³⁴ Källa Socialstyrelsen. Tre år efter examen hade 86 procent erhållit legitimation.

Minst sex års utbildning under tillsyn av ett universitet

Europeiska kommissionen har ifrågasatt om den svenska läkarutbildningen fram till legitimation uppfyller kraven i det så kallade yrkeskvalifikationsdirektivet. Den svenska regeringens hållning är att den svenska utbildningen såväl uppfyller direktivets krav på sex års studier som kravet på 5 500 timmars undervisning. Utbildningen avslutas också med ett kunskapsprov som anordnas av ett universitet och normalstudietiden fram till examen omfattar 330 högskolepoäng motsvarande 8 800 studietimmar.³⁵

Vad gäller ansvaret för extern kvalitetssäkring finns detta tydligt uttalat för läkarexamen. Kvalitetssäkringen är en konsekvens av bestämmelserna i högskolelagen och av regeringens uppdrag om nationella granskningar av utbildningens resultat, med möjligheten att återkalla lärosätets tillstånd att utfärda examen. Målen för AT regleras i föreskrift från Socialstyrelsen men åtföljs inte av några krav på kontinuerlig nationell granskning, eller krav på fortlöpande bedömning utifrån målbeskrivningen. Verksamhetschef ska dock skriftligen intyga att AT-läkaren uppfyller de krav som anges i målbeskrivningen för varje tjänstgöringsavsnitt.

Av patientsäkerhetsförordningen framgår att tjänstgöringen ska avslutas med ett kunskapsprov som anordnas av de universitet som har tillstånd att utfärda läkarexamen.³⁶ Vidare anges att provet ska avse måluppfyllelsen för AT i dess helhet, och att Socialstyrelsen får meddela ytterligare föreskrifter om AT, dock inte om kunskapsprov. KI har i regleringsbrev givits ett särskilt åtagande att administrera AT-provet tillsammans med övriga lärosäten som har tillstånd att utfärda läkarexamen.

De blivande läkarnas rättssäkerhet

AT genomförs genom en anställning i sjukvården. Den som gör AT har med läkarexamen avslutat sina universitetsstudier och är inte antagen som student i högskolan. Därmed finns det ingen försäkran om att den generella kompetens som krävs för läkarexamen fördjupas och breddas under AT. AT-läkaren omfattas inte heller av de bestämmelser som finns för studerandes rättssäkerhet

³⁵ Skrivelse om längden på läkarutbildningen i Sverige U2008/306/UH och U2009/736/UH.

³⁶ 3 kap. 5 § patientsäkerhetsförordningen (2010:1369).

Högskoleverket har föreslagit att den s.k. AT-nämndens verksamhet regleras, eftersom dess rättsliga status är oklar. Med den nuvarande ordningen faller provet inte in under högskoleförfattningarna. Men myndigheten har dessutom ifrågasatt vilken funktion provet fyller, och menar att det inte är rimligt att en person först efter examen och fullgjord AT bedöms som olämplig. Bedömningen av måluppfyllelsen, som provet syftar till, bör inte ske samlat i slutet av läkarutbildningen anser Högskoleverket, eftersom det innebär ett slöseri med samhällets resurser och kan få stora konsekvenser för de blivande läkarna.³⁷

3.6 Utredningens sammanfattande reflektioner

Trots att den svenska läkarutbildningen bedömts hålla hög kvalitet i en internationell jämförelse, visar genomgången i detta kapitel att det finns behov av förbättringar på flera centrala områden. Som också framhålls i utredningens direktiv skapar bland annat det delade huvudmannskapet otydlighet när det gäller ansvar för utbildningens kvalitet och lärandeprocessen fram till legitimation.

Högskoleverkets senaste utvärdering av kvaliteten i läkarexamen visar på relativt betydande skillnader mellan utbildningen vid de olika universiteten. Det framstår dock som om viktiga åtgärder vidtagits sedan utvärderingen genomfördes år 2006. Vid utredningens olika möten med de lärosäten som har tillstånd att utfärda läkarexamen framkommer att man i hög grad delar utredningens bedömning kring de viktiga principer och prioriteringar för läkarutbildningen som beskrivs i kapitel 1.

Allmäntjänstgöringen förefaller uppskattad av hälso- och sjukvårdshuvudmän när det gäller rekrytering av läkare. Samtidigt uppmärksammas ett antal problem. Det tar i dagens system minst 7 år att erhålla legitimation och minst 12 år till specialistkompetensbevis. Till det ska läggas att de blivande läkarna i många fall måste vikariera före AT och även före ST och det är svårt att förutsäga när den som påbörjar läkarutbildning kommer att kunna erhålla legitimation. Den sammantaget långa tiden är inte ändamålsenlig. Patienterna, hälso- och sjukvårdshuvudmännen och de blivande läkarna skulle gynnas av en utbildning med en snabbare väg till legitimation och specialistkompetens. Svenska läkare har i dag en konkurrensnackdel jämfört med läkare med examen från

³⁷ Högskoleverket (Reg.nr. 30-427-01).

vissa länder med kortare utbildning, eftersom dessa snabbare kan påbörja ST. Dimensioneringen av AT är inte heller anpassad efter den efterfrågan som i dag finns bland annat från det allt större antalet personer med utländsk examen som vill genomföra AT i Sverige, och det framkommer behov av att kunna erbjuda läkare med behörighet från ett annat land introduktion.

Ansvaret för nationell kvalitetsgranskning av läkarexamen vilar på Universitetskanslersämbetet. Socialstyrelsen utfärdar föreskrifter om mål för AT och vissa universitet har via AT-nämnden ett ansvar för att utforma AT-provet och därmed bedöma om AT-läkarna uppfyller målen. AT omfattas däremot inte av någon systematisk, nationell kvalitetsgranskning. Frågan om de blivande läkarnas rättssäkerhet ser utredningen som mycket angelägen. Iakttagelser från Socialstyrelsens tillsyn visar på brister i handledningen av AT-läkare.

Sammantaget finns flera starka skäl att förändra förutsättningarna för den framtida utbildningen av läkare i Sverige. I de följande två kapitlen presenteras ett antal förslag på förändringar i de blivande läkarnas väg fram till legitimation. Ändringsförslagen är på några punkter relativt omfattande. Förslagen syftar till att förbättra förutsättningarna för en hållbar läkarutbildning, anpassad efter utvecklingen inom såväl hälso- och sjukvården som inom högskolan och i samhället i stort.

4 Förslag om en förnyad läkarutbildning

Sammanfattat

I detta kapitel presenteras:

- Förslag till omfattning och struktur för läkarutbildningen.
- Förslag till anpassade mål för läkarexamen och krav för legitimation.
- Hur den vetenskapliga anknytningen i utbildningen kan stärkas.
- De skäl och överväganden som ligger till grund för förslagen.

Utredningen föreslår:

- Att läkarexamen utökas med en termin till att totalt omfatta sex års studier (360 hp) och att studenten vid examen ska visa sådan kunskap och förmåga som fordras för behörighet som läkare.
- Att kraven anpassas så att läkarexamen, utan ytterligare krav på praktisk tjänstgöring, utgör underlag för legitimation.
- En ny examensbeskrivning med större tyngd på professionella kompetenser och medicinskt beslutsfattande.

4.1 Några utgångspunkter

Utredningens mest centrala utgångspunkt är att utbildningen av läkare bör utgå från de problem och uppgifter som den blivande läkaren ska kunna hantera i morgondagens hälso- och sjukvård. En kritisk och fortlöpande diskussion om den kompetens som läkaren ska ha uppnått vid legitimationstillfället är nödvändig. Den bör ske i ett nationellt och internationellt sammanhang, där lärosätena och

hälso- och sjukvårdens företrädare deltar, tillsammans med såväl studenter som de professionella organisationerna.

Vidare är det angeläget att se läkarutbildningen som en del i en längre process, som följs av specialistutbildning och ett livslångt lärande. Vägen fram till legitimation ska präglas av den kompetens som de blivande läkarna måste uppnå. Med den snabba kunskapsutvecklingen kan utbildningen inte täcka in "allt". Därför måste professionella kompetenser som utgår från den framtida läkarens arbetsuppgifter tydligt prioriteras. Utmaningen ligger i att enas om det som är viktigast för den blivande läkaren och att fokusera på lärande med inriktning på kompetens, förståelse och sammanhang. Allt som utbildningen i dag innehåller kan inte finnas kvar samtidigt som nya utbildningsmoment behöver införas.

En egen profil på utbildningen och vägen dit är varje lärosäte fritt att välja, men det är viktigt att understryka att valet av utbildningsprocess har stor betydelse för studenternas möjligheter att nå målen.

I kapitel 1 fastställer utredningen några väsentliga principer för att ge studenterna förutsättningar att uppnå bästa möjliga läranderesultat. De mål studenterna ska uppnå ska på ett tydligt sätt förbereda dem för mötet med framtidens sjukdomspanorama och medborgarnas behov av hälso- och sjukvård.

4.2 Förslag om utbildningens omfattning och krav för legitimation

Utredningen föreslår att

- läkarexamen totalt ska omfatta sex år (360 hp) och att studenten vid examen ska visa sådan kunskap och förmåga som fordras för behörighet som läkare.
- kraven anpassas så att läkarexamen, utan något ytterligare krav på praktisk tjänstgöring, utgör underlag för legitimation.
- den nuvarande strukturen med allmäntjänstgöring efter examen upphör.

Utredningens förslag innebär att läkarutbildningens omfattning ökar till sex år (360 hp) och att läkarexamen, utan krav på efterföljande allmäntjänstgöring, ska ligga till grund för Socialstyrelsens

prövning av behörighet för läkaryrket (legitimation). Med förslaget följer därmed att ansvaret för utbildningens kvalitet, och för att studenterna vid examen har den kompetens som krävs för legitimation, kommer att vila på de lärosäten som har tillstånd att utfärda läkarexamen.

Utbildningen ska ha sin tydliga utgångspunkt i hälsosystemens, kunskapssamhällets och den medicinska forskningens framtida behov. Den ska ge den legitimerade läkaren trygghet och förutsättningar för att kunna motsvara förväntningarna på läkarrollen i samhället och kunna vidareutbildas i morgondagens hälso- och sjukvård, nationellt och internationellt. Lärosätet får ett samlat ansvar för att studenterna har den kompetens som krävs för att Socialstyrelsen ska kunna utfärda legitimation. Lärosätets samlade ansvar bidrar till att utbildningsprocessen fram till behörighet blir mer ändamålsenlig och omfattas av krav på systematisk kvalitets-säkring.

Utredningens bedömning är att förslaget skapar goda förutsättningar för lärosätena att planera utbildningen med studentaktiverande och interaktiva arbetsformer, såväl i det teoretiska som i det verksamhetsintegrerade lärandet. En viss möjlighet till individuell breddning och fördjupning ökar studenternas motivation och tränar dem i att profilera sig utifrån den egna intresseprofilen. Detta är en förutsättning för förmågan till självstyrt livslångt lärande samt för att vid behov naturligt fördjupa kunskapen kring ett kliniskt problem i den kommande yrkesverksamheten.

4.2.1 Huvudsakliga skäl för förslaget

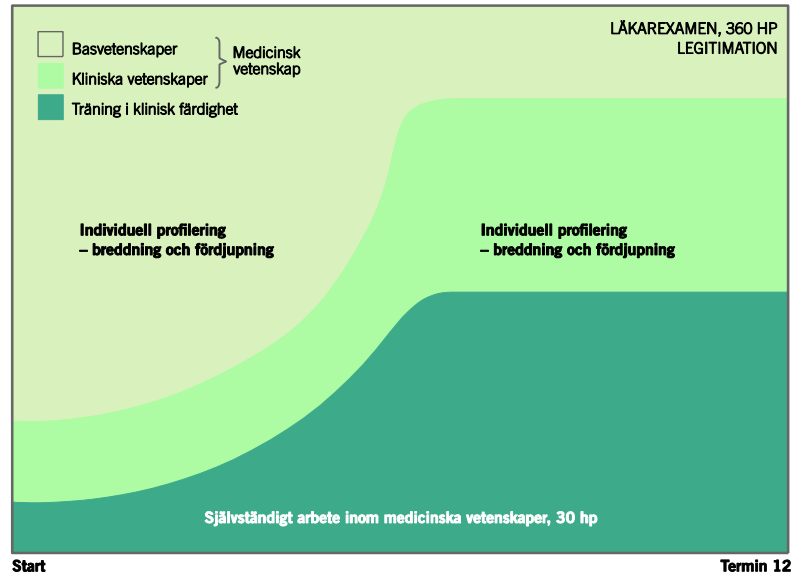
Förbättrade förutsättningar för progression och integration fram till legitimation

Några av de bärande principer som förslaget skapar förutsättningar för är genomtänkt progression hela vägen fram till legitimation, integration av medicinska vetenskaper och klinisk träning och tydlig vetenskaplig anknytning genom hela läkarutbildningen. I figur 4.1 illustreras i en enkel modell hur fördelningen av olika delar i ett läkarprogram kan tänkas se ut.

Progression är en central princip inom all utbildning och innebär enkelt uttryckt att kunskaper bygger vidare på andra kunskaper på ett logiskt sätt. Progression i läkarutbildningen innebär att stu-

denterna ges möjlighet att kontinuerligt bygga vidare på kunskaper och färdigheter under utbildningens gång, och att basvetenskaper, kliniska vetenskaper och klinisk kompetens hänger samman.

Figur 4.1 Förslag till modell för utbildning som understödjer målpuffyllelsen



I en yrkesutbildning på avancerad nivå är det vidare centralt att undervisningen bedrivs integrerat över ämnes-, institutions- och nivågränser. På så sätt kan progressionen säkerställas på programmet som helhet. Kunskap bygger på kunskap. Förståelse på en nivå är grunden för att utvecklas till nästa nivå. Dagens struktur, med olika huvudmän och olika regelverk och målbeskrivningar, försvårar progressionen i träningen av de blivande läkarnas kliniska färdigheter.

Det är utredningens uppfattning att den föreslagna läkarutbildningen ger förutsättningar för ett balanserat innehåll där både teoretiska och kliniska kunskaper och färdigheter ryms. En målbeskrivning fram till legitimation ska säkra den tydlighet som krävs av en samlad och vetenskapligt förankrad läkarutbildning. Detta kommer att öka förutsättningarna för den utveckling av progression och integration som är angelägen.

En snabbare och internationellt anpassad väg till legitimation

Den sammanlagda tiden fram till läkarlegitimation är i dag minst sju år: fem och ett halvt års läkarutbildning och minst ett och ett halvt års AT. I verkligheten är ofta tiden till legitimation ännu längre, eftersom många vikarierar som underläkare i väntan på AT. Med utredningens förslag om en sexårig utbildning som krav för legitimation kommer tiden från påbörjad utbildning till legitimation att minska och dessutom bli mer förutsägbar än i dag. Med förslaget ökar möjligheterna för läkarna att påbörja specialiserings-tjänstgöring tidigare, vilket i sin tur ökar förutsättningarna för att sjukvården snabbare får tillgång till specialistkompetenta läkare. Den yrkesverksamma tiden för de färdiga specialisterna bör följaktligen också kunna bli längre.

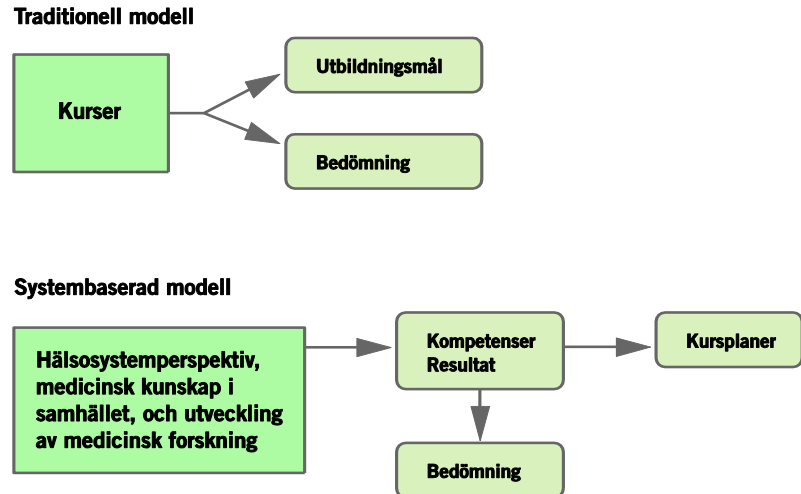
Ett av flera skäl till att AT infördes 1969 var att den svenska utbildningens struktur i högre grad skulle överensstämma med dåtidens upplägg av läkarutbildningen i de nordiska länderna ("turnus" eller motsvarande). I bland annat Finland och Norge har läkarutbildningarna moderniserats på senare år och olika reformer har antingen påbörjats eller genomförts. I ett flertal länder i Europa omfattar läkarutbildningen i dag sex år fram till behörighet, utan krav på ytterligare tjänstgöring efter examen.

Under utredningens dialog- och samrådsmöten har ibland framförts farhågor om att en sexårig utbildning fram till legitimation, utan krav på tjänstgöring efter examen, innebär en förkortning och därmed försämring. Utredningen anser att den nya strukturen och en samlad målbeskrivning ökar förutsättningarna för en mer effektiv process fram till legitimation, och därmed bidrar till läkare som är bättre rustade inför sin fortsatta yrkeskarriär än med dagens utbildning.

Tillräckligt utrymme för långa sammanhängande perioder av lärande i vårdens verksamheter skapas i och med utbildningens förändrade omfattning.

Målen och utformningen av läkarutbildningen behöver ta sin tydliga utgångspunkt i patienternas och befolkningens behov av hälso- och sjukvård och medicinsk forskning, och präglas av ett tydligt hälsosystemperspektiv (se figur 4.2).

Figur 4.2 Innehållet i utbildningen ska utgå ifrån behov i samhället



Källa: Lancetkommissionen 2010.

Vad detta innebär och hur olika komponenter ska balanseras bör kontinuerligt diskuteras eftersom förhållandena och utmaningarna i vården och det globala samhället ständigt förändras. Utbildningen ska både ge de kunskaper och färdigheter som yrket kräver, och behörighet till forskarutbildning inom området. Detta är såväl en styrka som en utmaning.

Den vetenskapliga förankringen stärks

Det är angeläget att genomgående under utbildningen öka den vetenskapliga förankringen och skapa intresse för forskning och utveckling. Utredningens strategi i detta avseende innebär tydligare formuleringar i målen i examensbeskrivningen, vilket behandlas senare i detta kapitel.

Utredningens förslag innebär att universiteten ansvarar för att säkra att studenterna vid examen har den kompetens som krävs för att självständigt kunna utöva yrket. Genom att hela vägen fram tills dess att Socialstyrelsen utfärdar legitimation faller inom högskolans regelverk ökar förutsättningarna för att vetenskapligt tänkande och forskning ingår som en kunskapsbildande process i läkares samlade utbildning och yrke. Läkarutbildningen är dels en yrkesutbildning

där studenterna ska lära sig generella professionella kompetenser, dels en akademisk, forskningsförberedande utbildning, där studenten ska tillägna sig ett vetenskapligt förhållningssätt och ett intresse för medicinsk forskning och utveckling.

Utbildning på forskarnivå fördjupar studentens ämnes- och yrkeskompetens på ett sätt som inte kan uppnås på annat sätt. Forskningen ökar organisationens totala kompetens och därmed vårdens kvalitet. Dess effekter är dock i allmänhet långsiktiga och riskerar därför att underskattas.

Forsknings- och handledarkompetenta läkare behöver vara med och utveckla morgondagens sjukvård för att säkra kvalitet och vetenskaplig förankring. Genom att skapa fler tydliga karriärvägar för forskande läkare kan sannolikt en del av de utmaningar som finns för den kliniska forskningen hanteras under den närmaste tioårsperioden.¹

Sverige behöver läkare som disputerar i experimentell, klinisk och epidemiologisk forskning, liksom läkare som forskar inom gränsöverskridande områden som t.ex. medicinsk pedagogik, vårdvetenskap och hälsoekonomi. Intresset för forskning är stort bland läkarstuderande och yngre läkare, men begränsade ekonomiska förutsättningar, brister i den akademiska miljön och oklara vägar in i forskningen anges ofta som hinder för att påbörja forskarutbildningen.

På lärosätena vilar ett stort ansvar att tydliggöra läkarutbildningens dubbla natur. Ett ytterligare ansvar är att skapa goda villkor för en framtida forskarkarriär. Grundläggande behörighet för att antas till utbildning på forskarnivå har den som har en examen på avancerad nivå. För studenter som av olika skäl inte fullföljer läkarexamen kan lärosätet utfärda en kandidatexamen. Det finns också möjlighet att, om studenten även uppfyller kraven för en generell examen på avancerad nivå, påbörja forskarutbildning.

¹ SOU 2009:43

Ökad tydlighet med en huvudman

Förslaget innebär att ordningen med olika huvudmän som ansvarar för de blivande läkarnas väg fram till legitimation upphör. Läkarexamen föreslås utgöra grunden för Socialstyrelsens prövning och utfärdande av legitimation. Detta innebär att den nuvarande strukturen, med krav på allmäntjänstgöring (AT) efter examen, upphör. Ansvaret för kvaliteten för utbildningen fram till legitimation kommer i överensstämmelse med kraven i det s.k. yrkeskvalifikationsdirektivet att vila på respektive lärosäte. Utredningen bedömer också att detta på ett tydligt sätt skapar förutsättningar för lärosätena att bedriva läkarutbildning i enlighet med de centrala principer som utredningen fastställt i kapitel 1.

Hälso- och sjukvårdens ansvar och engagemang för utbildningen av läkare är även i framtiden avgörande för att det övergripande målet att skapa en utbildning av hög kvalitet till nytta för patienternas vård och säkerhet samt för samhället i stort ska nås. Även med den nya strukturen, utan AT efter examen, behöver landstingen aktivt ta ett ansvar för att möjliggöra de blivande läkarnas kliniska färdighetsutveckling.

Kraven på att tillhandahålla goda lärandemiljöer för läkarstudenterna utifrån ett genomtänkt utbildningsprogram kommer att öka. I detta sammanhang är ett utvecklat samarbete mellan de olika lärosätena och mellan lärosäten och hälso- och sjukvården avgörande. I kapitel 5 fördjupas diskussionen om det verksamhetsförlagda lärandet.

4.3 Nya mål för den legitimerade läkarens kompetens

Utredningen föreslår flera nya respektive modifierade mål för läkarutbildningen. Syftet med den nya examensbeskrivningen är dels att lyfta fram relevanta professionella kompetenser, dels att tydligare anknyta till målen för god vård och säkra att studenten vid examen har den färdighet och förmåga som krävs för att självständigt kunna utöva yrket. Förslaget innehåller fler mål jämfört med tidigare, något som utredningen bedömer kunna underlätta såväl utformningen av läkarprogrammen vid lärosätena, som framtida kvalitetsgranskningar.

De nationella målen för läkarexamen anges i examensordningen, som utgör en bilaga till högskoleförordningen. I den anges kraven för olika examina, såväl generella examina som yrkesexamina, och den är statens främsta verktyg för att styra innehållet i utbildningen. Läkarexamen är en yrkesexamen på avancerad nivå. Allmänna mål för utbildning på avancerad nivå anges i 1 kap. högskolelagen:

9 § Utbildning på avancerad nivå skall väsentligen bygga på de kunskaper som studenterna får inom utbildning på grundnivå eller motsvarande kunskaper.

Utbildning på avancerad nivå skall innebära fördjupning av kunskaper, färdigheter och förmågor i förhållande till utbildning på grundnivå och skall, utöver vad som gäller för utbildning på grundnivå,

- ytterligare utveckla studenternas förmåga att självständigt integrera och använda kunskaper,
- utveckla studenternas förmåga att hantera komplexa företeelser, frågeställningar och situationer, och
- utveckla studenternas förutsättningar för yrkesverksamhet som ställer stora krav på självständighet eller för forsknings- och utvecklingsarbete. (SFS 2006:173).

De nuvarande målen för läkarexamen betonar bland annat vetenskaplig förankring, helhetssyn på patienten och samarbete med andra personalgrupper. Ett flertal av de kunskaper och färdigheter som finns i dagens examensbeskrivning är fortsatt relevanta. Utredningens förslag föranleder dock modifieringar i flera avseenden, liksom förslag till helt nya mål. Syftet med de nya målen är att i högre grad betona vetenskaplig förankring, professionella kompetenser och träning i medicinskt beslutsfattande.

I det följande redovisas ett urval av de nya, respektive reviderade mål som utredningen föreslår, och skälen för dessa förändringar. Förslaget till ny examensbeskrivning finns i sin helhet på sidan 40.

4.3.1 Nytt mål om etiska principer i sjukvård och forskning

Utredningens bedömning: I den nuvarande examensbeskrivningen saknas direkta referenser till kunskaper om etiska principer och ställningstaganden. Däremot nämns i ett av målen vikten av ett "etiskt förhållningssätt" gentemot patienten. Verksamheten i hälso- och sjukvården innebär dagliga etiska dilemman. Frågor och avvägningar om bland annat prioriteringar blir allt viktigare inom hälso- och sjukvården, och utredningen bedömer att ett nytt kunskapsmål är angeläget.

Utredningens förslag: Utredningen föreslår ett nytt mål i examensbeskrivningen under *Kunskap och förståelse* med lydelsen: "För läkarexamen ska studenten visa kunskap om etiska principer inom hälso- och sjukvården och inom forsknings- och utvecklingsarbete."

Läkarstudenten ska vid examenstillfället ha utvecklat ett etiskt förhållningssätt vilket förutsätter att man kan identifiera och analysera kliniskt etiska problem samt föra dialog med berörda om hur dessa löses tillsammans med patienten och/eller hennes företrädare. Studenten bör vara medveten om såväl egna som andras normer och värderingar. Dessa normer och värderingar kan ibland leda till konflikter som måste synliggöras och hanteras. Kunskap om etik omfattar bland annat att kunna förstå och förklara centrala etiska begrepp såsom normer och principer, vara förtrogen med olika etiska utgångspunkter, känna till yrkesetiska regler som till exempel internationella deklARATIONER samt förstå vilka värdemässiga ställningstaganden som ligger bakom dessa, liksom behovet av återkommande omprövning².

De senaste decennierna har prioriteringar inom vården diskuterats flitigt. I de blivande läkarnas utbildning är det centralt angeläget med belysning av aktuella frågor kopplade till prioriteringar och de dilemman som detta ger upphov till. Här handlar det till exem-

² *Etik en introduktion*, omarbetad upplaga. Statens Medicinsk-Etiska Råd; Etiska vägmärken 1; 2008.

pel om kunskap om den s.k. etiska plattformen som utgör kärnan i det riksdagsbeslut om riktlinjer för vårdens prioriteringar som fattades 1997.³ De etiska principerna i forskningen är också centrala. Målet bidrar till att utveckla utbildningsmoment som tränar etiska överväganden i patientsituationer, samt även moment som rör etiska ansökningar.

4.3.2 Nytt mål om socialt ansvarstagande

Utredningens bedömning: Hälsa- och sjukvårdens betydelse för utvecklingen av hälsa uppmärksammas alltmer i många länder. Ökat internationellt samarbete och ökad migration ställer nya krav på hälso- och sjukvården. Det är angeläget att läkarstudenterna får grundläggande kunskaper om dessa förhållanden.

Utredningens förslag: Utredningen föreslår att ett nytt mål införs i examensbeskrivningen för läkare under området *Kunskap och förståelse* med lydelsen: ”För läkarexamen ska studenten visa kunskap om, och förståelse för, förhållanden i samhället som påverkar hälsan för enskilda och olika grupper ur ett nationellt och globalt perspektiv.”

Utbildningen för läkare bör ge grundläggande kunskaper om skillnader i hälsa och sjukdom mellan och inom länder och regioner i världen. Av högskolelagen (HL 5 §) framgår att högskolornas verksamhet ska främja förståelsen för andra länder och internationella förhållanden.

Det föreligger stora skillnader i sjukdomspanorama mellan låg- och höginkomstländer beroende på politiska, ekonomiska och sociala förhållanden. Det är också relativt betydande skillnader i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper inom samma land och i många fall mellan män och kvinnor samt mellan majoritetsbefolkningen och utlandsfödda. I Sverige har dessa förhållanden nyligen aktualiserats i en rapport från Socialstyrelsen, som tagits fram på uppdrag av regeringen⁴.

Under senare år har jämlikhet i hälsa, vård och omsorg uppmärksammas. Jämlikhet har sin grund i de mänskliga rättigheterna, i grundlagen och i flera av de lagar som styr kommunernas,

³ *Vårdens svåra val* (SOU 1995:5).

⁴ *Ojämna villkor för hälsa och vård - Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården*. Socialstyrelsen (2011).

landstingens och regionernas verksamheter, inklusive hälso- och sjukvårdslagen. Principen om allas lika värde och rättigheter ligger också till grund för diskrimineringslagen (2008:567) som ger ett skydd mot diskriminering utifrån diskrimineringsgrunderna: kön, könsöverskridande identitet och uttryck, sexuell läggning, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionshinder samt ålder. Fem nationella minoriteter i Sverige har också ett förstärkt skydd genom lagen (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk. Hälso- och sjukvårdssystemens betydelse för hälsan uppmärksammas alltmer i många länder.⁵

4.3.3 Två nya mål om förhållanden i hälso- och sjukvården

Läkarutbildningen är en yrkesutbildning och studenterna ska uppnå professionell kompetens på ett sådant sätt att de kan verka inom hälso- och sjukvården. Utredningen föreslår två nya mål som fokuserar på förhållanden relevanta för och inom hälso- och sjukvården.

I dagens examensbeskrivning finns ett mål att studenten för läkarexamen ska ”*visa kunskap om ekonomi och organisation som är av betydelse för hälso- och sjukvården*”. Utredningen föreslår att detta mål ersätts med två nya mål, som speglar delvis andra aspekter.

⁵ Se bland annat WHO. *Closing the gap*. Geneva (2008) och *The social determinants of health-what doctors can do*. BMA (2011).

Systemperspektiv på hälso- och sjukvården

Utredningens bedömning: Utredningen bedömer att läkarutbildningen i större utsträckning behöver systemperspektiv på hälso- och sjukvården, ur ett nationellt såväl som globalt perspektiv.

Utredningens förslag: Utredningen föreslår ett nytt mål med följande lydelse för området *Kunskap och förståelse* med följande lydelse: ”Visa kunskap om hälso- och sjukvårdssystem i Sverige och andra länder, samt visa förståelse för strategier för likvärdig tillgång till hälso- och sjukvård.”

Hälso- och sjukvården utgör en stor del av välfärdssektorn, och kan liknas vid ett system i ständig förändring. Systemet består av många olika förbindelser och förgreningar. Kartan över sjukvården ritas om då nya organisationer, aktörer och behandlingsmetoder kontinuerligt introduceras. I Sverige finns tre nivåer som på olika sätt har ansvar för hälso- och sjukvårdens funktion och organisation. På riksnivå är det riksdag och regering, på regional nivå landsting/regioner och på den lokala nivån är det kommunen. Beslut om resursfördelning och finansiering sker på dessa olika nivåer. Det är angeläget att studenterna får övergripande kunskaper om dessa förhållanden, och om de olika system för hälso- och sjukvård som finns i världen. Viktiga frågor att belysa är bland annat: Vilka åtaganden finns? Hur är vården organiserad? Vad skiljer de olika systemen åt och inte minst: Vilka fördelar respektive nackdelar finns med de olika systemen och vilken roll har professionerna när det gäller att utveckla hälso- och sjukvården?

Patientsäkerhet, kvalitet och effektivitet

Utredningens bedömning: Utredningen bedömer att centrala aspekter av förhållanden inom hälso- och sjukvården behöver förstärkas i examensbeskrivningen.

Utredningens förslag: Utredningen föreslår att ett nytt mål för området *Kunskap och förståelse* med följande lydelse införs: ”Visa kunskap om patientsäkerhet, kvalitet och effektivitet i hälso- och sjukvården, samt om metoder för att utvärdera medicinsk verksamhet.”

En säker vård minskar risken för vårdskador. Med vårdskador avses lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakas av hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd. Grunden för säker vård är att diagnostik, vård och behandling utförs på rätt sätt. En förutsättning för att förebygga vårdskador är att vårdgivaren har ett utvecklat ledningssystem för kvalitet och säkerhet. Ett proaktivt säkerhetsarbete bygger på ett kontinuerligt arbete med målformulering, uppföljning, analys samt återföring av resultat. Detta ska ske på alla nivåer i organisationen. Det är angeläget att kunskap om grundläggande patientsäkerhetsaspekter ingår i läkarutbildningen.

Med kvalitet avser Socialstyrelsen enligt SOSF 2011:09 att en *”verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och andra föreskrifter för verksamheten”*.⁶ För hälso- och sjukvården innebär det framför allt målen i hälso- och sjukvårdslagen.

Effektiv vård innebär att de tillgängliga resurserna i form av till exempel personalens kompetens, medicinsk utrustning och läkemedel används på bästa sätt för att uppnå de uppsatta målen. Det kommer att bli allt viktigare att använda de tillgängliga resurserna inom vården och omsorgen på bästa sätt eftersom den åldrande befolkningen och den medicinteknologiska utvecklingen sannolikt kommer att fortsätta pressa kostnaderna uppåt.

I utvärdering av medicinsk verksamhet krävs grundläggande kännedom om såväl kvalitativ som kvantitativ metodik. Det gör att synen på t.ex. examensarbetet måste breddas; det bör kunna inriktas på förbättringsarbete och användas för att utvärdera verksamhet som återförs till sjukvården. Det skapar möjlighet för läkarstudenter att medverka i vårdens utveckling. Målet tydliggör att studenten har grundläggande kunskaper om vilka metoder som kan användas för utvärdering av medicinsk verksamhet.

⁶ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

4.3.4 Två nya mål om medicinskt beslutfattande

Träning i medicinskt beslutfattande ska vara i fokus för det verksamhetsintegrerade lärandet. Under denna träning behöver särskild vikt läggas vid att studenten utvecklar sin förmåga att självständigt lösa problem och att söka kunskap såväl på egen hand som i nära samarbete med andra professioner.

Mål om kliniskt beslutfattande finns i dag på relativt detaljerad nivå i AT-föreskriften. Under träningen i medicinskt beslutfattande ska läkarstudenten uppnå en god förmåga att självständigt och med hög säkerhet kunna utföra de medicinska basrutinerna i hälso- och sjukvården. Studenten ska förvärva ett terapeutiskt förhållningssätt – utifrån ett vetenskapligt och humanistiskt synsätt – som inkluderar såväl förmåga till helhetssyn som förmåga att upprätthålla en god patient-läkarrelation i diagnostik och terapi. Studenten ska träna sin förmåga att kunna arbeta med insikt om och respekt för sin egen kompetens, dess möjligheter och begränsningar. Utredningen föreslår att den nya examensbeskrivningen kompletteras med två övergripande och centrala mål.

Både akuta och de vanliga sjukdomstillstånden inom respektive block preciseras i dag i föreskriften om allmäntjänstgöring. De mål som föreslås i examensbeskrivningen och som beskrivs nedan är av övergripande karaktär. Utredningen ser därför behov av utformning och kontinuerlig uppdatering av mer preciserade mål om vad som särskilt bör tränas i samband med verksamhetsintegrerade moment och kurser. Detta gäller även flera andra aspekter i mål som rör *färdighet och förmåga* samt *förhållningssätt och värderingsförmåga*. För resonemang och förslag kring detta se vidare kapitel 5 där utredningen utvecklar bedömningar och förslag när det gäller det verksamhetsförlagda lärandet.

Akuta sjukdomstillstånd

Utredningens bedömning: Eftersom utredningen föreslår en sexårig sammanhållen utbildning behöver examensbeskrivningen förstärkas med mål för träning i medicinskt beslutfattande.

Utredningens förslag: Utredningen föreslår att ett nytt mål införs i examensbeskrivningen för läkarexamen under området *Färdighet och förmåga* med lydelsen: ”För läkarexamen ska studenten visa förmåga att självständigt diagnostisera och inleda behandling av akuta livshotande tillstånd.”

Läkarstudenten ska under sin utbildning i vården tränas i att självständigt kunna handlägga olika typer av akuta livshotande tillstånd, samt att inleda behandling av dessa. Det handlar till exempel om tillstånd och sjukdomar i hjärta och kärl såsom instabil kranskärlsjukdom och hjärtinfarkt, hjärtsvikt, arytmier och tillstånd relaterade till infektioner. När det gäller psykiatriska tillstånd kan det exempelvis handla om att bedöma självmordsrisk hos patienter med depression.

Utredningen bedömer att det i detta sammanhang kan finnas anledning att genom exempel tydliggöra vilka tillstånd som avses. Det ska inte råda någon osäkerhet om vilken akutkompetens en nyutbildad läkare har efter avslutad utbildning. I tabell 4.1 redovisas exempel på tillstånd utredningen vill framhålla.⁷

⁷ Fler och mer preciserade situationer behöver identifieras. I avsnitt 5 redogörs för hur utredningen menar att detta ska hanteras.

Tabell 4.1 Vid avslutad läkarutbildning ska varje enskild läkare akut kunna bedöma, hantera och när nödvändigt är självständigt inleda livsuppehållande åtgärder vid följande kliniska situationer:

- | | |
|------------------------------------|----------------------|
| • allvarlig psykisk störning | • hjärtstillestånd |
| • andningssvårigheter | • medvetanderubbning |
| • blödning | • buksmärta |
| • chock | • kraftnedsättning |
| • kramper | • trauma |
| • ont i bröstet | • förgiftningar |
| • hjärtklappning/onormal hjärtrytm | • infektioner |

Vidare ska varje enskild läkare efter avslutad läkarutbildning:

- förstå sina begränsningar och veta när mer erfarna kollegor ska tillkallas, samt kunna anpassa diagnostik och åtgärder efter patientens förutsättningar,
- ha förmågan att kunna avstå att inleda livsuppehållande behandling om det är patientens uttryckliga och dokumenterade vilja.

De vanliga sjukdomstillstånden

Utredningens bedömning: Efter som utredningen föreslår att läkarexamen, utan krav på praktisk tjänstgöring, ska ligga till grund för legitimation behöver examensbeskrivningen förstärkas när det gäller mål om medicinskt beslutsfattande. Det andra målet rör de vanligaste sjukdomstillstånden.

Utredningens förslag: Utredningen föreslår att ett delvis nytt mål införs i examensbeskrivningen för läkarexamen under området *Färdighet och förmåga* med lydelsen: ”För läkarexamen ska studenten visa förmåga att ur ett patofysiologiskt och psykosocialt perspektiv självständigt diagnostisera de vanligaste sjukdomstillstånden och i samverkan med patienten handlägga dessa.”

Läkarstudenterna behöver under utbildningen framför allt exponeras för patientgrupper med vanligt förekommande tillstånd. Andelen personer som lever med kronisk sjukdom ökar, och en kombination av olika diagnoser är vanligt, särskilt bland äldre patienter. Fortfarande är förekomsten av sjukdomar inom hjärta/kärlområdet och cancer vanliga, men tack vare utvecklingen av framgångsrika

behandlingsmetoder har dödligheten i dessa minskat avsevärt de senaste decennierna. Tack vare effektiva behandlingar lever många med bibehållen livskvalitet trots sin sjukdom. Andra exempel på vanliga diagnoser är diabetes och högt blodtryck.

Svårare sjuklighet som påverkar äldres hälsa, funktionsförmåga och livskvalitet har förskjutits uppåt i åldrarna. Olika demenssjukdomar ökar och uppges i allt större utsträckning också som dödsorsak för både kvinnor och män. Kunskap om sjukdomsproblematik för äldre patienter blir allt mer angelägen.

Olika typer av infektioner är i särklass den vanligaste orsaken att söka vård vid vårdcentral. Medicinskt beslutsfattande när det gäller infektioner innebär bland annat att skilja ut vilka infektioner som behöver behandlas med antibiotika och att välja den mest lämpliga läkemedelsbehandlingen. En allt större utmaning i detta sammanhang är den ökade förekomsten av antibiotikaresistens, och därmed ökad förekomst av svårbehandlade infektioner.

Vanligt förekommande symtom som trötthet, huvudvärk, yrsel, hosta, avmagring, klåda, illamående och led- eller muskelvärk är andra frekventa orsaker till läkarbesök eller kontakt med vården, som läkarstudenter måste tränas i att handlägga och utreda. Centralt i detta sammanhang är även att identifiera och behandla missbruk av tobak, alkohol, läkemedel och narkotika.

En allt större andel av befolkningen söker hälso- och sjukvård för olika typer av psykiska besvär. Enkät- och intervjuundersökningar visar att 20 till 40 procent av befolkningen i dag lider av psykisk ohälsa av varierande svårighetsgrad. Vanliga diagnoser är lindrigare depressioner och ångesttillstånd eller varierande problem av psykosocial karaktär. Mellan tio och 15 procent av befolkningen beräknas också ha en psykiatrisk diagnos, till exempel depression eller ångest. Personer som mår psykiskt dåligt söker i dag i allt större utsträckning hjälp från primärvården. Många gånger kan dessa besvär vara kopplade till livskriser eller sorgereaktioner. En viktig aspekt av hälso- och sjukvårdspersonalens professionalitet handlar om att sortera bland dessa besvär och vägleda till rätt typ av hjälp och stöd.

Målet innebär krav på att lärosätena kontinuerligt, i nära samverkan med hälso- och sjukvården, identifierar vilka de vanligaste sjukdomstillstånden är. Här behövs strukturerade metoder och planer för att säkerställa att läkarstudenter behärskar anamnesteknik, undersökningsteknik, utredningsgång och behandlingsalternativ för de vanligaste diagnoserna. Sjukdomspanoramata

förändras, och kunskapen när det gäller både diagnostik och behandling utvecklas i allt snabbare takt.

Målet innebär samtidigt krav på att studenterna ska kunna förklara förändringar utifrån patofysiologiska faktorer. Detta knyter samman medicinsk vetenskap med klinisk medicin. Det psykosociala perspektivet ställer krav på att se patienten i hans eller hennes sammanhang, och att vara medveten om sambanden mellan kroppsliga (somatiska) och psykologiska processer.

4.3.5 Nytt mål om kommunikation och bemötande

Utredningens bedömning: Utredningen bedömer att kommunikation med patienter och närstående utgör kärnan i läkarens profession. I nuvarande examensbeskrivning finns mål som berör detta, men detta behöver ytterligare förtydligas examensmålen. Tidigare tränades detta i stor utsträckning inom ramen för AT-tjänstgöringen och senare års forskning har visat på vikten av gott bemötande och delaktighet.

Utredningens förslag: Utredningen föreslår att ett nytt mål med följande lydelse förs in i examensbeskrivningen under området *Färdighet och förmåga*: ”För läkarexamen ska studenten visa fördjupad förmåga till professionellt bemötande gentemot patienter och deras närstående med respekt för patientens integritet, behov, kunskaper och erfarenheter.”

Kärnan i vården och därmed också i läkarens arbete är mötet med patienten. Läkaren behöver i dessa möten på samma gång tillgodose den aktuella patientens behov och förutsättningar och ta hänsyn till och ansvar för de begränsade resurser som finns att tillgå. Som sjuk och hjälpsökande är patienten i underläge. I allt större utsträckning visar forskningen betydelsen av bemötandet för ett gott behandlingsresultat.⁸ Det främsta syftet med professionell utveckling bland hälso- och sjukvårdens medarbetare, liksom med hälso- och sjukvårdens strukturer och organisation, är att skapa förutsättningar för dessa möten och relationer. Vårdens kvalitet är i denna

⁸ Se t.ex. *Patientläkarrelationen. Läkekonst på vetenskaplig grund*. Ottoson J.O. (red.). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 1999 och *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*, Socialstyrelsen (2009) samt Lynöe, N. Wessel, M. Olsson, D. et al. (2011). *Respectful encounters and return to work: empirical study of long-term sick-listed patients' experiences of Swedish healthcare*.

mening inte ett konstant fenomen, utan skapas och återskapas i varje möte mellan patient och vårdare. I takt med ökad allmän kunskap i samhället möter vården patienter som tydligare anger egna önskemål och behov. En starkare och mer aktiv medverkan från patientens och anhörigas sida är av stort värde för vården och för vårdens resultat. Samtidigt behöver vårdpersonalen göra nya avvägningar. De ska lyhört söka tillmötesgå patienternas önskemål, men samtidigt prioritera fördelningen av tid och behandlingsresurser efter den egna professionella bedömningen av patienters skiftande behov och den erfarenhet de har av vilken behandling som kan vara möjlig och mest lämplig.

I dag används den s.k. personcentrerade modellen för samtal vid utbildning av läkarstudenter i Sverige och i andra länder. Det handlar om att inse betydelsen av det hälsofrämjande mötet och om att tydliggöra vårdens viktiga uppdrag att, i den kliniska vardagens alla patientmöten, utveckla förmågan att stödja och främja patientens hälsa.⁹

4.3.6 Nytt mål om medarbetarskap och ledarskap

Utredningens bedömning: Medarbetarskap, ledarskap och lärande är några av de mest centrala kärnkompetenserna för den yrkesverksamme läkaren. Utredningen vill lyfta fram betydelsen av dessa kompetenser i målen.

Utredningens förslag: Utredningen föreslår att ett nytt mål med följande lydelse införs under rubriken *Färdighet och förmåga*: ”För läkarexamen ska studenten visa förmåga till ledarskap och interprofessionellt samarbete såväl inom hälso- och sjukvården som med professioner inom andra delar av samhället.”

Medicinsk yrkesutövning omfattar att skapa, överblicka och leda vårdprocesser i multidisciplinära team. Samtidigt ses en ökad specialisering parallellt med specialitetsöverskridande samarbete kring vårdprocesser.

Medarbetarskap är en central professionell kompetens för läkaren, vilket innebär att arbeta tillsammans med andra läkare och

⁹ Herting & Kristensson. (2012) *Hälsofrämjande möten. Från barnhälsovård till palliativ vård.*

andra professioner med den gemensamma uppgiften att erbjuda människor god vård. Att fungera i interdisciplinära team är en mycket central del av läkarens professionalitet.

Som läkare behöver man dock också ha förmåga till ledarskap i det dagliga medicinska arbetet. Mål om detta finns i den nuvarande AT-föreskriften. På liknande sätt har andra professioner i vården en ledarroll när det gäller deras kompetens och ansvar.

Det är rimligt att studenterna under utbildningen får utveckla förmåga till ledarskap i det dagliga medicinska arbetet. Både ledarskap och medarbetarskap handlar i grunden om att se sig själv som en del av ett sammanhang och ta ansvar för den verksamhet man är en del av. Ledarskap är i detta sammanhang något annat än chefskap som är en formell position som man bara kan tilldelas av en arbetsgivare. Ledarskap i denna bemärkelse handlar i stället om att ta ansvar för medicinskt beslutsfattande, och om att uppnå resultat genom samverkan.

Modern sjukvård bygger i stor utsträckning på teamarbete. Teamarbete kräver träning för att fungera väl. Medicinska misstag i vården beror i stor utsträckning på fel i kommunikationen inom och mellan team. Systematiserad samverkan mellan olika vårdyrkesutbildningar bör därför eftersträvas redan tidigt under studierna, framför allt i den verksamhetsförlagda utbildningen. Interprofessionellt lärande innebär att två eller flera professioner lär med, av och om varandra för att förbättra samarbetet och vårdens kvalitet. Därmed tränas studenterna i samverkan och får kunskap om och respekt för olika vårdyrkesgruppers professionella kompetens. Vanliga former av interprofessionellt lärande är temadagar, särskilda utbildningsavdelningar och utbildningsmottagningar, där respektive profession har tydliga roller. Med förändringen vill utredningen markera den grundläggande betydelsen av interprofessionellt samarbete – inte enbart inom vården, men också med yrkesgrupper i angränsande verksamheter inom välfärden. Det handlar exempelvis om skola, socialtjänst, polis och motsvarande.

4.3.7 Modifierat och delvis nytt mål om förbättringsarbete och forskning

Utredningens bedömning: Läkarutbildningen är en akademisk utbildning, vilket innebär en tydlig förankring i vetenskapligt tänkande. Det är angeläget att tydliggöra kopplingen mellan utbildning och forskning, samt att stärka forskningsanknytningen i utbildningen.

Utredningens förslag: Utredningen föreslår att ett reviderat och delvis nytt mål införs i examensbeskrivningen för läkare under området *Färdighet och förmåga* med lydelsen: ”För läkarexamen ska studenten visa förmåga att initiera, medverka i och genomföra förbättringsarbete samt visa sådan färdighet som fordras för att delta i forsknings- och utvecklingsarbete.”

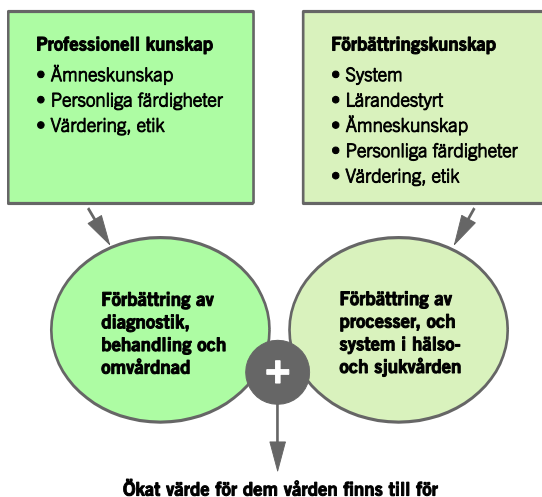
Sedan tidigare fanns i examensbeskrivningen ett mål om att studenten skulle delta i förbättringsarbeten. Utredningen föreslår att i detta lägga till mål om att studenten ska beredas möjlighet att delta i forsknings- och utvecklingsarbeten. Detta bedöms centralt eftersom det finns tydliga kopplingar mellan förbättringsarbete och forsknings- och utvecklingsarbete. Skrivningen motsvarar kraven för masterexamen.

Systematiskt förbättringsarbete inom hälso- och sjukvården omtalas i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), socialtjänstlagen (2001:453), och i tillhörande författningar och föreskrifter (t.ex. om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9). Dessa föreskrifter ska även tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet som vårdgivare ska bedriva enligt patientsäkerhetslagen (2010:659).

I AT-föreskriften betonas vikten av förbättringsarbeten inom AT. Med det nya upplägget med staten som ansvarig för utbildningen fram till legitimation blir betydelsen av detta viktigare än tidigare.

Inom förbättringsarbete används systematiska metoder som handlar om hur man utvecklar vården systematiskt, med syfte att förbättra det direkta patientarbetet. I en klassisk men fortsatt aktuell illustration visas hur professionell kunskap och förbättringskunskap förhåller sig till varandra (figur 4.2),

Figur 4.3 Illustration av professionell kunskap och förbättringskunskap



Källa: Utvecklad efter Batalden. Socialstyrelsen 2006.

Förbättringsarbete är en del av kunskapsområdet förbättringskunskap, som handlar om att utveckla kvalitet och genomföra förändringar som ger ett bättre resultat för patienterna, skapar bättre system och processer i vården och bidrar till professionell utveckling. I det professionella ansvaret ingår såväl att utföra ett arbete av god kvalitet, baserat på vetenskap och beprövad erfarenhet, som att arbeta med ständiga förbättringar av arbetet. För detta behövs kunskaper och färdigheter utöver de rent ämnesrelaterade. Det handlar om kunskaper om system, förändringspsykologi, lärandestyrt förändringsarbete och metoder för att mäta resultat och analysera variation. För att uppnå ett ökat engagemang och större fokus på kvalitet i vården krävs ett systematiskt och långsiktigt arbete. Förbättringskunskapens perspektiv och arbetsätt är här viktiga redskap.

Målet med förbättringsarbete är att bidra till ny kunskap i vårdens vardag och det finns många beröringspunkter mellan förbättringsarbete och forskning. Även om infallsvinklar och uppdrag i olika delar kan skilja sig åt så finns det en tydlig koppling som kan överbryggas i gemensamt lärande. Skillnader och likheter mellan forskning och kvalitets- eller förbättringsarbete behöver belysas under utbildningen. Forskning syftar främst till att ta fram ny kun-

skap, visa vad en metod kan åstadkomma på ett generaliserbart sätt för en definierad grupp. I kvalitets- eller förbättringsarbete finns inga krav på generaliserbarhet, men däremot finns krav på systematik med tydlig metodologi och kontinuerlig uppföljning och utvärdering. Utvärderingen kan bestå av att man tar reda på resultatet före och efter en insats eller ett förändrat arbetssätt. Har man vunnit tid, fått färre komplikationer och så vidare? Har antalet onödiga återbesök minskat?

En av framtidens utmaningar för vården ligger i att kunna möta patienten och närstående utifrån ett helhetsperspektiv där de organisatoriska gränserna inom vården inte märks. För att uppnå det krävs ofta ett mer processorienterat arbetssätt. Många av de förbättringsarbeten som pågår i sjukvården handlar om att förbättra ”patientens väg genom vården”,

Det kan ofta vara motiverat att förbättringsarbete i sig blir föremål för forskning, som med en vetenskaplig design och kritiskt förhållningssätt kan undersöka om avsedd förändring i önskad riktning inträffat och om det finns negativa aspekter som kanske inte förutsetts. Studier om förbättringsarbeten kan alltså vara forskning. Man kan till exempel tänka sig att en studie om förbättringsarbete blir föremål för det självständiga arbetet (examensarbetet).

Genom det nya målet förstärks forskningsanknytningen, och samtidigt tydliggörs kopplingen mellan forsknings- och utvecklingsarbete och förbättringsarbete.

4.3.8 Kommentarer till förslag om modifieringar i mål om lärande, professionellt och hälsofrämjande förhållningssätt

Förutom de ovan beskrivna tilläggen och förändringarna har vissa andra justeringar gjorts. Nedan redovisas med en kort kommentar skälen för förändringar i examensmålen när det gäller lärande och hälsofrämjande respektive professionellt förhållningssätt.

Om lärande

Hälso- och sjukvården är i ständig utveckling och det finns höga förväntningar på vetenskaplighet och på att tillämpa den senaste kunskapen. Detta ställer krav på kontinuerligt lärande, och läkaren har en central roll när det gäller att bidra till kunskapsutvecklingen. I den nuvarande examensbeskrivningen finns sedan tidigare ett mål med lydelsen: ”För läkarexamen ska studenten visa fördjupad förmåga att informera och undervisa olika grupper samt att genomföra handledande uppgifter.”

Utredningen förslår en ny formulering: ”För läkarexamen ska studenten visa förmåga att *bidra till lärande i* olika grupper, samt genomföra handledande uppgifter.”

Skrivningen ”bidra till lärande” betonar rollen i en grupp med många olika kompetenser, samtidigt som den understryker att detta sker kontinuerligt i den dagliga verksamheten, och inte enbart är kopplat till undervisningssituationer.

Om professionellt förhållningsätt

Utredningen föreslår att begreppet ”professionellt förhållningsätt” läggs till, och sammanfogas med ett av de nuvarande målen. Den nuvarande lydelsen är: ”För läkarexamen ska studenten visa självkännedom och empatisk förmåga.”

Förslaget på ny formulering lyder: ”För läkarexamen ska studenten visa förmåga till *självreflektion*, empatisk förmåga och förmåga till ett *professionellt förhållningsätt*.”

Grunden i begreppet professionalitet är att läkaren har fokus på patienten, samt att läkaren tar ansvar för och utvecklar sin egen kompetens.¹⁰ Trots att vården ständigt förändras finns det att antal gemensamma principer för professionellt förhållningsätt som det råder bred nationell och internationell konsensus kring. Självkännedom och självreflektion och empati brukar ibland beskrivas ingå i det professionella förhållningsättet, men utredningen bedömer att dessa begrepp ändå är så pass centrala att de bör bevaras i formuleringen. Däremot föreslår vi att självkännedom byts ut mot självreflektion. Förmåga till självreflektion kan lättare bedömas och examineras.

¹⁰ Se beskrivningar i kapitel 2.

Hälsofrämjande förhållningssätt

Hälsofrämjande avser den process som ger individen möjlighet att öka kontrollen över den egen hälsan och förbättra den.¹¹ Med ett hälsofrämjande förhållningssätt menas att i större utsträckning utgå från hälsans ursprung, att arbeta hälsofrämjande utifrån varje individs enskilda förutsättningar. Begreppet har funnits med i examensbeskrivningen sedan tidigare. Den nuvarande lydelsen är: ”För läkarexamen ska studenten visa förmåga att initiera och genomföra hälsofrämjande och förebyggande arbete inom hälso- och sjukvården för såväl enskilda som grupper av patienter.”

Utredningens förslag på formulering är: ”För läkarexamen ska studenten visa förmåga till ett *hälsofrämjande förhållningssätt* med helhetssyn på patienten och särskilt beaktande av etiska principer och de mänskliga rättigheterna.”

Genom denna förändring avser utredningen markera betydelsen av att tillämpa ett hälsofrämjande förhållningssätt i alla delar av vårdens verksamheter.

4.4 Om läkarutbildningens vetenskapliga förankring

Utredningens bedömning: Den nya examensbeskrivningen innehåller förslag om två nya mål som särskilt betonar vetenskaplig förankring. Dessa mål är tillsammans med det självständiga arbetet (examensarbetet) viktiga verktyg för att stärka studenternas vetenskapliga kompetens och samtidigt stimulera deras intresse för forskning.

En viktig princip för att uppnå hög kvalitet i läkarutbildningen är en uttalad vetenskaplig förankring. Enligt högskolelagen innebär detta ett tydligt krav på samband mellan utbildning och forskning. Även om utbildningsväsendet kantats av utmaningar att realisera dessa krav, råder det stor samstämmighet om forskningsanknytningens centrala betydelse för all utbildning. När begreppet forskningsanknytning studerats framkommer att många är överens om att det framför allt reflekterar en process, ett vetenskapligt förhållningssätt till kunskaper som bör genomsyra hela utbildningen.¹²

¹¹ Se det s. k. Ottawamanifestet. WHO. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva; WHO; 1986.

¹² *Utbildning på vetenskaplig grund. Röster från Fältet*. Högskoleverket (2006:46R).

Ett exempel på forskningsanknytning som ideal är Kjell Goldmans analys från 1994 som argumenterar för att utbildning och forskning behöver integreras och inte bara anknytas. Han menar att det finns en rad viktiga skäl till att bryta det mönster inom universiteten som ofta ställer utbildning mot forskning.

Högskoleutbildningen har förfelat sitt syfte om dess innehåll inte svarar mot aktuell forskning och om den försummar att ge studenterna närbild med forskningsprocessen.

Grundutbildningen är lika viktig som forskarutbildningen för de vetenskapliga disciplinernas framtid, och bör därför engagera deras med kvalificerade företrädare.
(Goldman, 1994)

Ett betydande steg för att öka forskningsanknytningen i läkarutbildningen är det självständiga arbete om minst 30 högskolepoäng som infördes i examensbeskrivningen för läkarexamen 2007. I betänkandet *Klinisk forskning – Ett lyft för sjukvården* föreslogs att forskningsperspektivet behöver genomsyra läkarutbildningen för att det ska bli en tydligare koppling mellan utbildning, forskning och kliniskt arbete.¹³ Som tidigare nämnts fanns det i mycket varierande omfattning uppsatser och projektarbeten även före 2007. Dessa var i några få fall obligatoriska men oftast en möjlighet i samband med valbara moment.

Sedan kravet på det självständiga arbetet infördes 2007 har, beroende på till vilken termin det är förlagt enligt utbildningsplanerna på respektive ort, flera studentkullar fullgjort ett självständigt arbete. Det självständiga arbetet examineras vid de olika programmen någon gång mellan termin 6 och 11. Som framgår i kapitel 3 finns vid några lärosäten krav på ytterligare ett självständigt arbete.

Vad introduktionen av ett obligatoriskt självständigt arbete har inneburit i form av utmaningar och möjligheter för läkarutbildningen och studenternas läranderesultat har ännu inte följts upp på nationell nivå. Utredningen har dock tagit del av preliminära resultat av en aktuell kartläggning som visar att fördelningen mellan de basvetenskapliga och kliniska ämnena inledningsvis var jämn, men därefter har allt fler studenter valt att genomföra ett mer kliniskt inriktat projekt.¹⁴ De mest populära kliniska områdena har enligt

¹³ SOU 2009:43

¹⁴ Möller R, Shoshan M, Ponzer S. *Examensarbete på läkarutbildningen. Handledaren har en central roll för studentens framgång*. Läkartidningen 2012 (accepterad).

kartläggningen varit internmedicin, pediatrik, gynekologi och psykiatri samt neurologi. Det är därmed ett flertal studenter som sökt sig till kliniska frågeställningar inom kurser som ligger några år framåt i utbildningsplanen. Många studenter genomför sitt självständiga arbete utomlands – men andelen varierar mellan lärosätena. Basvetenskapliga och epidemiologiska studier är vanligast bland examensarbeten som genomförts i USA och Australien medan de flesta projekt som genomförs i exempelvis afrikanska länder har haft en kvalitativ ansats.

Problemområden som framhålls i samband med kartläggningen är läkarstudenternas bristande kunskaper i statistik – man nämner svårigheter att få in sammanhängande kurser samtidigt som basala statistiska kunskaper är nödvändiga för att kunna kritiskt granska och utvärdera vetenskaplig litteratur. Det andra problemområdet som framhålls är vetenskapligt skrivande. Initiativtagarna till kartläggningen menar att läkarprogrammen inte alls har samma tradition som t.ex. de samhällsvetenskapliga disciplinerna, där studenterna ofta förbereds för examensarbeten genom olika typer av seminarier som syftar till träning i vetenskapligt skrivande.

Utredningen har övervägt att föreslå krav på ytterligare ett självständigt arbete om 15 hp. Vid utredningens samrådsmöten har framkommit att detta även fortsättningsvis bör vara en möjlighet för de lärosäten som så önskar. Det finns stora möjligheter till fortlöpande fördjupning av vetenskapsteoretisk och forskningsmetodologisk kunskap på andra sätt.

Fokus på träning i vetenskapligt och kritiskt tänkande

Under utredningens gång har framkommit att det förefaller finnas betydande variationer i hur studenterna uppfattar och bedömer värdet på det självständiga arbetet. Det finns frågetecken kring processen för ämnesval och studentens delaktighet när det gäller att utforma frågeställningar och ta fram projektplan. Ibland uppfattar studenterna att syftet tycks vara att producera ett underlag i form av en produkt som ska leda till en vetenskaplig publikation.

I utredningen har vidare förts en diskussion kring hur examensarbetet ska bedömas. I dessa sammanhang har man diskuterat huruvida det ska bedömas som en produkt eller process. Inom den strikt naturvetenskapliga kunskapssyn som traditionellt präglat medicinen har framhållits att många lärare inom läkarutbildningen

är vana att arbeta enligt ett kvantitativt och positivistiskt synsätt. Konsekvensen av detta riskerar att bli ett för starkt fokus på produkten i stället för lärandeprocessen. Att utveckla ett mer processorienterat förhållningssätt är viktigt och betyder att studenten blir successivt delaktig i att formulera frågeställningar, metoder och skrivande.

Utredningen bedömer att det är angeläget med en medveten planering av examensarbetenas syfte och hur de ska bedömas. Den centrala utgångspunkten måste vara att studenten ska tränas i vetenskapligt förhållningssätt. Detta bör, enligt utredningen, vara det huvudsakliga syftet med det vetenskapliga arbetet. Det är viktigt att stimulera intresset för medicinsk forskning, och centralt att alla studenter förbereds på ett yrke inom ett område med expansiv kunskapsutveckling, där kritiskt tänkande och hög grad av värderingsförmåga är viktiga kompetenser. Det självständiga arbetet bör i den framtida utbildningen för läkare kunna fylla en mycket viktig roll då det både utgör ett viktigt inläringstillfälle och ger lärosätet möjlighet att säkra att studenterna når flera centrala mål.

Stimulera intresset för medicinsk forskning

Utöver träning i vetenskapligt och kritiskt tänkande, som är centralt för yrkesverksamma läkare, har läkarutbildningen också ansvar för att stimulera intresset för forskarutbildning och en framtida yrkeskarriär som forskare. Lärosätena behöver främja sådan rekrytering och skapa möjligheter till kunskapsutveckling och återväxt av vetenskapligt meriterade lärare med kritisk blick. Övergången till forskarutbildning är en utmaning som måste uppmärksammas vid planeringen av läkarprogrammen. Det är också angeläget att kopplingen mellan utbildning och forskning inom lärosätena stärks.

4.5 Behörighet och kvalitetssäkring

Utredningens bedömning: Den nya läkarexamen ska ligga till grund för prövning av behörighet att självständigt utöva yrket. En central utgångspunkt för de lärosäten som har tillstånd att utfärda läkarexamen är därför att säkra den kunskapsnivå, kliniska erfarenhet och professionella kompetens som legitimationen är en garanti för. Detta innebär att användningen av olika bedömnings- och examinationsmetoder behöver utvecklas – något som är särskilt angeläget när det gäller målen för färdighet och förmåga. De nationella granskningarna ska visa i vilken utsträckning lärosätena uppnår dessa mål.

Det finns ett starkt allmän- och patientsäkerhetsintresse i att den som är legitimerad uppfyller vissa krav, och legitimationens berättigande ligger främst i att den kan återkallas. Om olämpliga yrkesutövare trots allt legitimeras minskar både patienternas säkerhet och värdet av legitimationen som kvalitetsmarkör. Legitimationsförfarandet måste därför bygga på värdering av både teoretisk kunskap, kliniska färdigheter och professionellt förhållningssätt i yrkesutövningen. Legitimationen är också ett bevis för att yrkesutövaren kan utfärda intyg till statliga och kommunala myndigheter, förskriva läkemedel och göra anmälan till socialnämnd.

En central utgångspunkt för läkarutbildningen ska vara den kompetens som legitimationen är en garanti för. Utredningens förslag innebär att legitimation får ges till den som erhållit den nya läkarexamen, utan krav på efterföljande praktisk tjänstgöring. Utredningens förslag till nya examensmål speglar detta. Förslaget innebär att läkarutbildningen fram till ansökan om legitimation kommer att omfattas av bestämmelserna i högskolelagen om kvalitetskrav för högre utbildning. Till skillnad från den nuvarande strukturen, med tjänstgöring i ett landsting efter examen, kommer därmed hela vägen fram till legitimation att omfattas av lärosätets ansvar för kvalitetssäkring av verksamheten och av Universitetskanslersämbetets granskningar av all högre utbildning. Lärosätets roll för att förbereda läkarstuderanden för att självständigt kunna utöva yrket tydliggörs. För att säkra att studenterna når samtliga mål för utbildningen ska det finnas en tydlig koppling mellan examensmålen, målen i kursplanerna och de examinationsformer respektive utbildningsanordnare väljer att använda. En konsekvens

av de föreslagna förändringarna i utbildningens struktur och innehåll blir därför även att utveckla formerna för examination, något som diskuteras i kapitel 5.

De nya målen underlättar uppföljning

Universitetskanslersämbetet ansvarar för det nationella kvalitets-säkringssystemet av högre utbildning och har bland annat till uppgift att utvärdera en viss utbildnings resultat mot de krav som ställs i examensordningen för den examen som utbildningen leder till. De underlag som används i detta bedömningsarbete är självständiga arbeten (examensarbeten), lärosätets självvärdering och studenternas erfarenheter av hur väl de når de aktuella målen. Denna process beskrivs i kapitel 3.

De nuvarande målen har bedömts som komplexa och kan inbjuda till viktning av ”delmål” trots att bedömningen ska ske per mål. Utredningens förslag till ny examensbeskrivning innehåller fler mål jämfört med tidigare. Ökningen motiveras dels utifrån de förväntade studieresultaten i en mer omfattande utbildning med tydligare klinisk förankring, dels i en vilja att underlätta framtida uppföljning och utvärdering såväl nationellt som på lärosätetsnivå. Detta, anser utredningen, blir särskilt viktigt när examen ska ligga till grund för Socialstyrelsens prövning av behörighet.

Som framgår av regeringens uppdrag ska utvärderingen spegla utbildningens helhet och särart samt användbarhet på arbetsmarknaden. För granskningen av yrkesexamina följer därför att målen inom kunskapsområdet färdighet och förmåga, det vill säga de mål som ofta tränas i samband med verksamhetsförlagd undervisning, ska väga tungt i bedömningen av utbildningen. Den av Universitetskanslersämbetet utsedda bedömargruppen bedömer därför fler mål för en yrkesexamen, än vid granskning av en generell examen. För vissa utbildningar kan självvärderingen, inklusive en intervju med företrädare för lärosätet vara mycket viktig för att bedöma mål som inte kommer till uttryck i det självständiga arbetet. Självvärderingen ska främst innehålla en resultatredovisning, det vill säga en beskrivning och analys av måluppfyllelsen som visar i vilka kurser det examineras och vilka former som används för att bedöma studenternas prestationer. I underlaget ska lärosätet även redovisa lärarkompetens och lärartillgång.

4.6 Utredningens sammanfattande reflektioner

Syftet med utredningens förslag är att förbättra förutsättningarna för en läkarutbildning med tydlig utgångspunkt i hälsosystemens och kunskapssamhällets framtida behov. Utbildningen ska ge läkaren tillräcklig kunskap, professionell kompetens och trygghet för sin yrkesroll och för sitt fortsatta lärande.

Utredningens förslag innebär att studenten vid examen ska visa sådan kunskap och färdighet som behövs för att få behörighet som läkare. Utredningen föreslår även att kraven anpassas så att examen, utan något ytterligare krav på praktisk tjänstgöring, ska ligga till grund för Socialstyrelsens utfärdande av legitimation. Detta innebär att lärosätena får ansvar för att säkra att studenterna har den kompetens som krävs för att självständigt utöva yrket.

Förslaget till ny examensbeskrivning är därför utformad så att större tyngd ges åt mål för medicinskt beslutsfattande, klinisk färdighet och professionell kompetens. Med de nya målen för läkarexamen - med tydligare betoning på professionella kompetenser som den legitimerade läkaren behöver och på vetenskaplig förankring - blir läkarutbildningen startpunkt för läkarens livslånga lärande.

Utredningen bedömer att förslaget uppfyller kraven i det s.k. yrkeskvalifikationsdirektivet och möter de behov av förändring som diskuteras i kapitel 3. Genom tydligare koppling till den internationella arbetsmarknaden blir den blivande läkaren bättre rustad för sin yrkesgärning och sitt fortsatta lärande. Beträffande rekrytering till s.k. bristspecialiteter, som var ett av skälen till införandet av AT, kan utredningen konstatera att den inte infriats. Utredningens förslag skapar nya möjligheter för strategier när det gäller att väcka intresse för de områden inom hälso- och sjukvården där behoven av specialister är stora.

Hur en ändamålsenlig utbildningsprocess skapas, utformas och kvalitetssäkras är de enskilda lärosätenas ansvar, i samverkan med lärare, studenter och företrädare för hälso- och sjukvårdshuvudmännen. Det är centralt att den verksamhetsintegrerade undervisningen och lärandet introduceras tidigt under utbildningen. I kapitel 5 redogör utredningen för överväganden och förslag som rör lärandet i vårdens verksamheter.

5 Lärandet i vårdens verksamheter – överväganden och förslag

Sammanfattat

I detta kapitel fördjupas de av utredningens förslag och överväganden som rör verksamhetsintegrerade delar av läkarutbildningen, förutsättningarna för studenternas lärande i vården och bedömningen av de blivande läkarnas kompetens.

Utredningen bedömer att:

- Den pågående utvecklingen av verksamhetsintegrerat lärande i öppna vårdformer behöver intensifieras.
- Utvecklad samverkan mellan universiteten och landstingen kring kursmål och examination är angelägen.
- Handledning av studenter behöver utvecklas.
- Långa sammanhängande perioder av undervisning och lärande i vårdens verksamheter bör prioriteras.

Utredningen föreslår att:

- Sjukvårdshuvudmännens medverkan i utbildningar inom vård och medicin tydliggörs i hälso- och sjukvårdslagen.

5.1 Inledning och utgångspunkter

Genom lärande som pågår hela yrkeslivet bidrar utbildning inom vård och medicin till utvecklingen av hälso-och sjukvården och till god hälsa för människor. I detta hänseende är gemensamt ansvarstagande för verksamhetsintegrerade moment i läkarutbildningen mellan universiteten och landstingen centralt. För att säkra att de blivande läkarna har den kliniska erfarenhet som yrket kräver,

måste de studerande erbjudas ändamålsenlig undervisning, relevant träning och god handledning i arenor som ger dem möjlighet att nå utbildningens mål.

Förutsättningarna för samverkan mellan olika huvudmän kan förtydligas och förstärkas dels genom lagstiftning, dels genom avtal, överenskommelser och särskilda stimulansmedel. Jämfört med många andra verksamhetsområden har hälso- och sjukvården stora möjligheter att aktivt delta i utbildningen av sina framtida medarbetare, och därmed bidra till att de studerandes kompetens svarar mot arbetsmarknadens behov.

Det svenska högskolesystemet har sin utgångspunkt i olika kurser som kan föras samman till utbildningsprogram. Dagens läkarprogram är uppbyggda efter denna princip. Examinationen, att säkra att studenterna når resultaten, är lärosätets ansvar oberoende av var utbildningen är förlagd. Samtidigt måste det påpekas att läkarutbildningens resultat är helt beroende av en nära samverkan mellan universiteten och sjukvården. Detta är och har varit en av den svenska läkarutbildningens styrkor men det finns all anledning att utveckla detta ytterligare. Utredningen menar att förändringarna inom hälso- och sjukvården innebär att framtidens läkarutbildning också måste förändras, och bättre bidra till utvecklingen av den framtida hälso- och sjukvården.

5.2 Läkarstudenten i vården

Utredningen bedömer att: Läkarstudenten under lärande i vårdens verksamheter i större utsträckning ska erbjudas möjlighet att vara aktör. Utbildningsmoment förlagda till vårdens verksamheter ska utgå från tydliga mål – dels de nationella examensmålen, dels mer detaljerade kursmål. För att betona betydelsen av att teoretiska kunskaper och klinisk träning integreras för att främja studenternas lärande i vården, använder utredningen begreppet verksamhetsintegrerat lärande (ViL).

Utredningen menar att lärosäten med läkarprogram tillsammans med sjukvården behöver utveckla och säkra goda lärandemiljöer så att studenterna ges möjlighet till undervisning och träning där patienterna befinner sig. En central del av de studerandes lärande inom

de medicinska och vårdvetenskapliga områdena sker ute i vårdens olika verksamheter.

Olika begrepp används lokalt inom läkarprogrammen för att beskriva varierande former av aktiviteter där studenterna befinner sig i sjukvården och i möten med patienter. I regel avses den del av en utbildning där studerande utvecklar yrkesspecifik kompetens genom att medverka i en autentisk arbetssituation. Oftast innebär det också att arbetsgivare och medlemmar i den lärandes framtida profession deltar i handledning och bedömning av studenternas prestationer. Termer som används är t.ex. *klinisk praktik*, *klinisk tjänstgöring*, *arbetslivsintegrerat lärande (LIA)* eller *verksamhetsförlagd utbildning (VFU)*. Det sistnämnda begreppet används ofta när det gäller vårdvetenskapliga utbildningar för att beskriva kurser och moment som bedrivs i vårdens verksamheter, och används allt oftare inom läkarutbildningen. Utredningen anser att den antydda uppdelningen mellan å ena sidan ”teoretisk utbildning” och å andra sidan ”klinisk utbildning” är olycklig och föreslår i stället tillämpning av begreppet *verksamhetsintegrerat lärande (ViL)*.

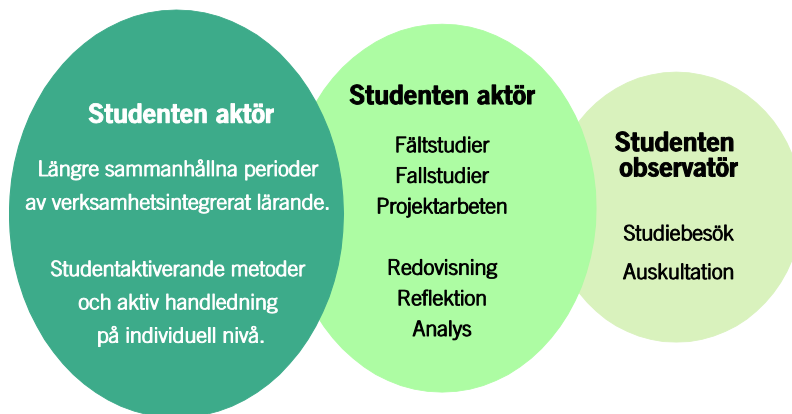
ViL är ett samlingsbegrepp för pedagogiska modeller som bygger på samverkan och integration mellan högre utbildning och arbetsliv. Utredningen kommer i första hand att använda detta begrepp för att beskriva lärandesituationer då studenten befinner sig i vårdens verksamheter eller motsvarande. Utredningen menar att det kan finnas anledning att använda begrepp som betonar att det är ett lärande som sker genom att studenten deltar i autentiska arbetssituationer och att teoretiska kunskaper integreras med klinisk träning. Enligt utredningens bedömning innefattar detta inte bara träning i patientnära miljöer utan även andra vårdliknande situationer såsom färdighetslaboratorier, interprofessionella utbildningsavdelningar och simulerade miljöer. Begreppet kan ses som en början på den process som alla läkare genomgår under hela sitt yrkesliv; lärande i arbete.

ViL inbegriper både studentens lärande och den undervisning som är förlagd till verksamheter i vården. Det sätter fokus på lärosätets ansvar för examinationen, oberoende av var studenten befinner sig. Olika former av ViL är ändamålsenliga beroende på vilka kursmålen är. Undervisningen kan inbegripa allt från studiebesök och auskultation till fallstudier och längre sammanhållna perioder inom ramen för en kurs. Det är mer relevant att specificera vilken roll studenten har i sitt verksamhetsintegrerade lärande – observa-

tör eller aktör – och koppla detta till svårighetsgraden i de uppgifter (mål) som ska tränas och examineras.

Studenter kan utföra uppgifter i sjukvården under handledning. Eftersom studenter i samband med lärande som är förlagt till vårdens verksamheter inte utövar läkaryrket under eget ansvar, behövs inte något särskilt förordnande för dem.

Figur 5.1 Läkarestudenten i vården – olika roller



Källa: Omarbetad efter skiss från Stockholms läns landsting.

Läkarestudenten i vården behöver i större utsträckning än i dag beredas möjlighet att verka som aktör i samverkan med kliniskt verksamma lärare och övriga professioner (se figur 5.1).

5.2.1 Arenor för verksamhetsintegrerat lärande

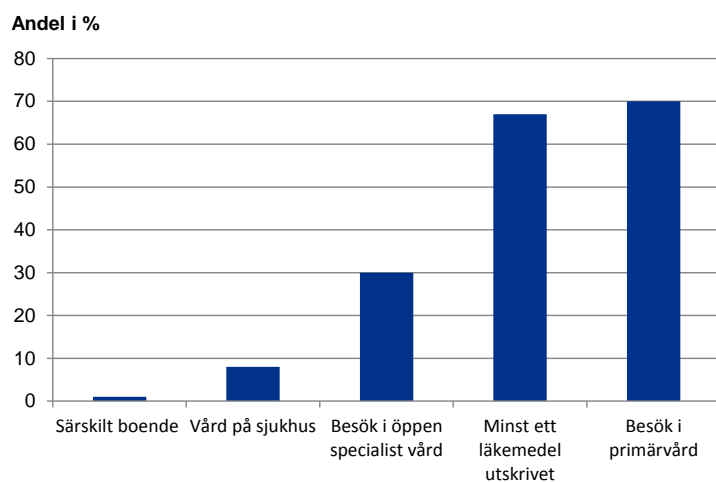
Utredningens bedömning: Det är angeläget att det arbete som pågår när det gäller att utveckla arenor för lärande i olika delar av vården fortsätter. Ökad samverkan är nödvändig för att skapa goda förutsättningar för studenternas lärande i det patientnära arbetet.

Det är angeläget att de blivande läkarna får adekvat träning i medicinskt beslutsfattande så att de rustas för dessa utmaningar i sin framtida yrkesroll. Även om de olika läkarprogrammen i Sverige

har vissa skillnader i innehåll och struktur sker en betydande del av undervisningen inom det medicinska och vårdvetenskapliga området ute i vårdens olika verksamheter. Sedan läkarutbildningen och AT i Sverige fick sin nuvarande utformning har, som tidigare redogjorts för, hälso- och sjukvården genomgått betydande förändringar. Det gäller både den demografiska utvecklingen, förändringar i sjukdomspanoramat och, inte minst, vårdens organisation. Dessa förändringar påverkar vilka arenor som behöver användas för olika former av verksamhetsintegrerat lärande.

Den pågående utvecklingen inom sjukvården har redan lett till förändringar när det gäller planeringen av verksamhetsintegrerade moment och kurser genom att undervisningen i viss utsträckning sker vid sjukhus och vårdenheter utanför utbildningsorten. Utredningens förslag om en samlad utbildning fram till legitimation innebär att universiteten i ännu högre grad än i dag behöver samverka med verksamheter där patienterna och bredden av kliniska problem finns.

Diagram 5.1 Andel av befolkningen- några aspekter av vård under 2011



Källa: Socialstyrelsens olika hälsodataregister, samt Vårdbarometern (SKL).

Diagram 5.1 illustrerar att med större delen av medborgarnas behov av vård tas om hand inom primärvården och i öppen specialistvård. Omkring 1 procent får sin medicinska omvårdnad i särskilt boende.

För gruppen 65 år och äldre är andelen 5 procent. Omkring 8 procent av befolkningen vårdas under ett år inom den slutna vården. 68 procent hämtade någon gång under 2011 ut läkemedel på apotek, och omkring 70 procent besökte primärvården.

Betoning på mål i stället för ämnen

AT är i dag konstruerad så att läkarna ska fördela tiden inom fyra tidsbestämda huvudblock: medicin, kirurgi, psykiatri och allmänmedicin. Mot bakgrund av de utmaningar för vården som beskrivits i kapitel 2, ser utredningen behov av att lyfta fram ett mer ändamålsenligt sätt att se på läkarstudenternas lärande i vården. Vägledande ska vara examensmålen. Dessa betonar kompetenser, snarare än omfattning i tid inom block eller verksamheter. Färre slutenvårdsplatser i förhållande till antalet studenter innebär att undervisning och lärande i högre utsträckning behöver äga rum inom öppna vårdformer. Kompletterande träning i färdighetslaboratorier och simulerade miljöer samt på interprofessionella utbildningsavdelningar får också allt större betydelse.

Flera av de mål i examensbeskrivningen som utredningen redogör för i kapitel 4 innebär en kombination av träning av teoretiska kunskaper och kliniska färdigheter. De mest centrala målen för träning i vårdens verksamheter, som utredningen föreslår, är bland annat att studenten för läkarexamen ska:

- visa fördjupad förmåga till professionellt bemötande gentemot patienter och deras närstående med respekt för patientens integritet, behov, kunskaper och erfarenheter,
- visa förmåga att självständigt diagnostisera och inleda behandling av akuta livshotande tillstånd,
- visa fördjupad förmåga att ur ett patofysiologiskt och psykosocialt perspektiv självständigt diagnostisera de vanligaste sjukdomstillstånden och i samverkan med patienten handlägga dessa,
- visa förmåga till ledarskap och interprofessionellt samarbete, såväl inom hälso- och sjukvården som med professioner inom andra delar av samhället,

- visa förmåga till ett hälsofrämjande förhållningssätt med helhetssyn på patienten och särskilt beaktande av etiska principer och de mänskliga rättigheterna,
- visa förmåga att initiera, medverka i och genomföra förbättringsarbete samt visa sådan färdighet som fordras för att delta i forsknings- och utvecklingsarbete.

5.2.2 Fokus på öppna vårdformer i stället för slutna

Utredningen bedömer att studenternas lärande inom öppna vårdformer behöver utvecklas och prioriteras. Mot bakgrund av nuvarande vårdorganisation och den pågående utvecklingen av vårdens struktur och organisation behöver formerna och arenorna för det verksamhetsintegrerade lärandet utvecklas.

Nedan beskrivs några delar av hälso- och sjukvården som i allt högre grad behöver prioriteras under utbildningen, och där vården framför allt sker utanför sjukhusen. Både region- och länssjukhus kommer även fortsättningsvis att vara viktiga arenor för studenternas lärande – men utvecklingen går mot en ökande andel vård inom öppna vårdformer

Akutsjukvård

Att bedöma och inleda behandling för ett antal akuta kliniska situationer är viktiga färdigheter att behärska för den legitimerade läkaren. Akutsjukvården utgör en betydande del av verksamheten inom hälso- och sjukvården. Akutmottagningarna tar emot ett brett spektrum av patienter med allt från livshotande till mindre allvarliga tillstånd och vikten av en snabb insats varierar mellan patienterna. Ett viktigt första moment i omhändertagandet av patienter som söker akut är att avgöra prioritet och medicinsk angelägenhetsgrad.

Svensk akutsjukvård har genomgått dramatiska förändringar de senaste decennierna. År 1970 fanns 115 akutsjukhus med akutmottagningar öppna dygnet runt som betjänade en befolkning på 8,1 miljoner invånare. I dag finns cirka 74 akutsjukhus med dygnetruntöppna akutmottagningar. Antalet akutbesök uppgår till

cirka 2,5 miljoner per år och besöken har beräknats utgöra omkring 30 procent av besöken vid akutsjukhus.¹

Under de senaste decennierna har olika alternativ till sjukhusens akutmottagningar utvecklats för att ta hand om akut sjuka patienter som närsjukhus med jourmottagning och ökade öppettider vid vårdcentraler. Denna utveckling kan vara av godo för läkarutbildningen.

Den s.k. prehospitala akuta vården, t.ex. ambulanssjukvården, har också utvecklats de senaste decennierna. Etablering av lättakuter, vårdcentraler med akutmottagningar, har ökat och många akuta situationer av enklare karaktär hanteras i dessa verksamheter. Utvecklingen inom akutmedicin är i dag alltmer inriktad mot en generalistkompetens, där patienten inte kategoriseras efter specialitetstillhörighet som exempelvis medicin eller kirurgi, utan efter med vilken prioritet patientens tillstånd ska behandlas.

Hälsocentraler och vårdcentraler

I allt högre utsträckning poängteras internationellt såväl som i Sverige betydelsen av utvecklingen av första linjens sjukvård. I Sverige utformades visionerna om en stark primärvård på 1940-talet. Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ändrades år 1995 så att det av lagstiftningen framgår att primärvården, som en del av den öppna vården, utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper, ska svara för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, rehabilitering och förebyggande arbete som inte kräver sjukhusens medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Utvecklingen av primärvården har dock kantats av problem, inklusive svårigheter med att rekrytera läkare. Tanken att man ska ha en lättillgänglig primärvård i närmiljön är alltså inte ny. I en verklighet med begränsade resurser har primärvården ofta fått stå tillbaka i konkurrensen med andra delar av hälso- och sjukvården.

Möjligen har på senare år ett trendbrott skett. Ett stort och numera ökande antal läkarbesök genomförs vid landets cirka 1 400 vård- och hälsocentraler. Vårdvalsreformen har bidragit till att 190 nya vårdcentraler etablerats. Omkring 70 procent av befolkningen besöker varje år en vård- eller hälsocentral.

¹ Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar, Socialstyrelsen (2011).

Primärvården är och kommer att bli en allt viktigare arena för de studerandes träning av flera av de mest centrala målen i examensbeskrivningen och för utveckling av den kliniska kompetensen. I olika delar av landet pågår också en utveckling mot att i större utsträckning använda första linjens sjukvård i samband med de nuvarande ViL-placeringarna. Det finns bland annat exempel på landsting där s.k. akademiska vårdcentraler etablerats. Under AT utgör allmänmedicin ett av de fyra centrala blocken. I den framtida utbildningen blir vårdcentraler och andra delar av primärvården centrala arenor för studenterna.

Öppna vårdformer för specialiserad vård

Specialiserad vård utförs i allt större utsträckning i öppna vårdformer. Nya behandlingsmetoder och avancerad teknik gör att kirurgiska ingrepp kan göras som dagoperation. Exempel på några sådana är ögonoperationer som starr, öronoperationer med plaströr (ofta på barn), artroskopi (när man tittar in i en knäled och ibland även kan åtgärda menisksador). Urologiska ingrepp med hjälp av cystoskopi kan även göras som dagoperation, liksom aborter. Det finns sedan tidigare en utveckling som haft som ambition att specialister i allmänmedicin arbetar i öppna vårdformer i integrerade team tillsammans med andra specialister. Enligt aktuella uppföljningar av vårdvalet förefaller denna utveckling avtagit på senare år men har bedömts vara fortsatt angelägen.

Psykiatri och psykisk ohälsa

Läkarstudenterna behöver träna på att möta det växande antal människor som söker vård för olika typer av psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa är ett stort folkhälsoproblem, och en betydande utmaning för hälso- och sjukvården. Sedan psykiatireformen vårdas fler i öppna vårdformer, och många söker vid sin vårdcentral, men också vid öppna psykiatriska mottagningar. Vanliga diagnoser är depressioner, sömnstörningar och ångestsjukdomar. Det är vidare viktigt för läkarstudenterna att bli medveten om den nära kopplingen mellan somatisk (kroppslig) och psykisk sjukdom.

Obalansen mellan tillgång och efterfrågan på psykiatriker var ett huvudskäl till försöksverksamheten med utvidgad psykiatritjänst-

göring för AT-läkare. Bakgrunden var bland annat farhågor kring den ökande psykiska ohälsan och ambitionen att komma till rätta med ökande missbruksproblem och risk för minskad kompetens när det gäller psykisk ohälsa i den övriga hälso- och sjukvården. Det finns en stor brist på psykiatriker i nästan hela landet och en tredjedel av psykiatrikerkåren förväntas gå i pension inom några år. För att avhjälpa den akuta bristen på läkare inom psykiatrin, väcka intresse för psykiatri och på sikt öka rekryteringen av specialister i psykiatri har regeringen lämnat statsbidrag till ett försök med fördjupad psykiatriutbildning för AT-läkare inom de norra och sydöstra sjukvårdsregionerna.² Dessa regioner har under en följd av år haft låg tillgång till specialister i psykiatri och bristande kompetens om psykisk sjuklighet bland övrig hälso- och sjukvårdspersonal.

Det blir nu en viktig uppgift för lärosätena att under utbildningen både stimulera till intresse för området, och att i samverkan med hälso- och sjukvården utveckla lärandet i vården.

Vård och omsorg om äldre

Det blir allt mer angeläget att studenterna får träning i att bedöma och handlägga den ofta mer komplexa sjukligheten hos äldre patienter. Kunskap i åldrandets sjukdomar är en förutsättning för läkare som verkar i en åldrande befolkning. Av befolkningen är 18 procent över 65 år. Sju procent av invånarna är över 75 år, och de står för 17 procent av läkarbesöken och 39 procent av slutenvårdstillfällena. Kommunerna sköter i de flesta fall äldrevården, både för den som bor hemma och för den som bor i särskilt boende. Socialstyrelsens bedömningar av vården av äldre har länge framhållit bristen på geriatrisk och gerontologisk kompetens bland personal inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Det har i dessa sammanhang framhållits att läkarutbildningen hittills innehållit alltför få sådana moment och att det inte är tillräckligt många yrkesverksamma som väljer att genomföra vidareutbildning inom området på det sätt som motsvarar behoven, vare sig i dag eller i framtiden.³

Ett särskilt angeläget problem kopplat till läkarnas roll och ansvar som diskuterats mycket det senaste decenniet är äldres

² Nationella planeringsstödet, Socialstyrelsen (2012).

³ Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi – förslag till utformning och genomförande. Socialstyrelsen (2012).

användning av läkemedel som nästan har fördubblats under de senaste 20 åren. Detta har skett huvudsakligen på grund av att många nya läkemedel och behandlingsprinciper introducerats under denna tid. Detta innebär större möjligheter att behandla åldrandets sjukdomar och besvär, men medför också en ökad risk för läkemedelsproblem såsom biverkningar och riskfyllda kombinationer av läkemedel. Särskilt utsatta är de sköra äldre, som på grund av sjukdom och sviktande funktioner också är känsligast för läkemedel. En av de allvarigaste konsekvenserna av den omfattande läkemedelsanvändningen hos äldre är att en betydande andel, 10–30 procent, av akuta inläggningar av äldre på sjukhus i dag beror på läkemedelsbiverkningar.⁴

5.2.3 Långa sammanhängande perioder av verksamhetsintegrerat lärande

Utredningens bedömning: Utredningen bedömer att det är angeläget att studenterna erbjuds långa, sammanhängande perioder av träning och undervisning inom ramen för vårdens verksamheter. Detta är en av de centrala principer som utredningens huvudförslag vilar på. Däremot menar utredningen att omfattningen av sådana perioder inte bör regleras.

Som diskuterats i tidigare avsnitt anser utredningen att långa perioder av verksamhetsintegrerat lärande är en förutsättning för att studenterna ska få den kliniska erfarenhet de behöver, och ge dem förutsättningar att nå samtliga mål i examensbeskrivningen. Fler veckor på färre enheter i stället för enstaka dagar på flera olika enheter främjar bland annat studenternas möjligheter till teamträning och ökad svårighetsgrad på uppgifterna, det vill säga tydlig progression. Långa perioder är också en förutsättning för att verksamhetens medarbetare på ett bra sätt kan bedöma studenternas färdigheter och förhållningssätt. Utredningen bedömer att de nya och reviderade examensmål som föreslås för t.ex. bemötande, kommunikation och professionellt förhållningssätt ytterligare kommer att stimulera utvecklingen av kurser och moment med sådant innehåll.

⁴ *Äldres Läkemedel - läkarens roll*, Socialstyrelsen (2011). *Äldres läkemedel. Så kan kvaliteten förbättras*, Statens beredning för medicinsk utvärdering (2011).

Långa verksamhetsintegrerade perioder möjliggör att intresset för klinisk forskning och utvecklingsarbete uppmuntras och kan tas till vara. Detta samarbete leder också till bättre förutsättningar för en långsiktighet i sjukvårdens åtagande avseende utbildning av sin egen personal. Arbetsgivare runt om i landet som erbjuder bra förutsättningar för utbildning kan profilera sig och skapa intresse för framtida specialiseringstjänstgöring. Konkurrens genom god handledarkompetens och lärandemiljö kan ge rekryteringsvinster för verksamheten.

Bör omfattningen av sammanhängande perioder regleras?

Utredningen har övervägt att föreslå krav i examensbeskrivningen om 30 högskolepoäng ”samlad professionsträning”. Denna period skulle vara ett sätt att säkra att alla läkarstuderande, oberoende av utbildningsort, skulle erbjudas minst en lång sammanhängande period av verksamhetsintegrerat lärande med förutsättningar för träning mot särskilt målen för färdighet och förmåga, med tydlig progression.

Utredningen menar dock att det finns flera viktiga skäl att inte precisera omfattningen av en eller flera sådana perioder i högskoleförordningen. Detta kan i stället motverka att studenterna tidigt genomför verksamhetsintegrerade moment, och därmed minska förutsättningarna för tydlig progression i den kliniska träningen. Fastställda minimikrav kan även förstärka uppdelningen mellan undervisning i basvetenskap och klinisk vetenskap.

Att reglera omfattningen av verksamhetsintegrerat lärande kan även riskera att motverka lokal profilering och ändamålsenliga, lokala lösningar. Utredningen vill värna om lärosätenas frihet att utforma sina olika utbildningsprogram. Genom att utöka utbildningens omfattning, och revidera examensmålen så att de innebär högre krav på lärosätet att utforma kurser med tydligt syfte på studenternas resultat och kliniska erfarenhet vid legitimationstillfället, ökar kraven på att tillhandahålla goda lärandemiljöer utifrån väl genomtänkta utbildningsplaner. I detta sammanhang är ett fördjupat samarbete mellan olika lärosäten nationellt och internationellt, och mellan lärosäten och hälso- och sjukvården avgörande.

Utredningen bedömer mot bakgrund av ovanstående att det inte är ändamålsenligt att exakt precisera omfattningen på perioder av verksamhetsintegrerat lärande. Dessa utformas bäst på lokal nivå, i samverkan med sjukvårdshuvudmännen.

5.3 Klinisk erfarenhet vid legitimationstillfället

Utredningens bedömning: Verksamhetsintegrerat lärande ska planeras utifrån de kliniska färdigheter och förmågor som studenterna behöver för att nå målen för läkarexamen och visa sådan kunskap och förmåga som krävs för behörighet som läkare.

Utbildningen fram till legitimation ska ge läkarstuderanden både den vetenskapliga basen inom det medicinska området och den professionella kompetensen, där teori och klinisk erfarenhet möts. Att vara läkare är att inneha en profession som är baserad på vetenskap. Vid legitimation ska man kunna utföra yrkets arbetsuppgifter med den säkerhet som krävs för att påbörja specialiseringstjänstgöringen (ST).

Ett av de centrala syftena med införandet av AT var att ge nyutexaminerade läkare möjlighet att genom tjänstgöring bredda och fördjupa kunskaper och erfarenheter från utbildningen fram till examen. Målbeskrivningen för AT anger vilka krav som ska ställas för att läkaren ska legitimeras och därmed självständigt kunna utföra basrutinerna i hälso- och sjukvården. En nylegitimerad läkare ska kunna arbeta med insikt om och respekt för sin egen kompetens, dess möjligheter och begränsningar. Som framgår av kapitel 3 finns det otydlighet i hur målen för läkarexamen och för AT hänger ihop. För att erhålla läkarexamen ska studenten enligt nuvarande examensordning

visa sådan kunskap och förmåga som krävs för läkaryrket och för att fullgöra den allmäntjänstgöring (AT) som fordras för att få behörighet som läkare.

Det innebär att det förutom mål för kunskap och förståelse även för examen krävs klinisk erfarenhet och förmåga till viss självständighet. Sammantaget med AT förväntas alltså de svenska läkarna vid legitimation ha stor klinisk erfarenhet. Vid samtliga programorter ges studenterna möjlighet att, om än i olika omfattning, under sin utbildning före examen löpande träna sin kliniska och professionella kompetens. Sverige har i ett internationellt perspektiv relativt hög lägstanivå vad gäller träning på sjukhus och inom andra delar av hälso- och sjukvårdens verksamheter redan under utbildningstiden. Utvecklingen av studentdrivna mottagningar och

utbildningskliniker är positiv för att ge studenterna möjlighet att tillägna sig praktiska färdigheter. Samtidigt innebär hälso- och sjukvårdens utveckling, med minskat antal vårdplatser på sjukhus och en allt äldre befolkning, ökade krav på kvalitet och patient-säkerhet, tillsammans med utökningar av antalet nybörjare på läkarprogrammen och andra utbildningar redan i dag utmaningar för verksamhetsintegrerade delar av utbildningen.

I kapitel 4 föreslår utredningen att målen i examensbeskrivningen revideras för att på bättre sätt spegla vårdens behov, i dag och i framtiden. En viktig utgångspunkt är att de ska vara tydligt kopplade till kraven för legitimation och studentens självständiga medicinska handlingsförmåga vid examenstillfället. Jämfört med den nuvarande examensbeskrivningen föreslås bland annat därför att ett mål om behandling av akuta, livshotande tillstånd införs, liksom ett mål om fördjupad förmåga till professionellt bemötande. Det är framför allt målen för färdighet och förmåga som är kopplade till verksamhetsintegrerat lärande. Emellertid är en grundläggande utgångspunkt i förslaget med en sammanhållen struktur, utan AT efter examen, att utbildningen som helhet ska bygga på tydlig progression. Det innebär att flera av de övriga målen också behöver tränas och tillämpas när läkarstudenten befinner sig i vårdens verksamheter.

Med en förändrad struktur och förnyad läkarutbildning är det därför av största vikt att examensmålen utgör miniminivån för de kliniska färdigheter som krävs för legitimation och för att påbörja specialiseringstjänstgöring.

5.3.1 Preciserade mål för professionell kompetens

Utredningens bedömning: Utredningen menar att lärosäten med tillstånd att utfärda läkarexamen bör samverka med varandra och andra intressenter för att kontinuerligt utveckla preciserade mål för kliniskt beslutsfattande och professionell kompetens.

Liksom för generella examina ska det vara kunskapsutvecklingen som avgör innehållet i yrkesexamina. Det finns en inbyggd motsättning mellan långsiktigheten i högskolans uppdrag att förbereda studenten för sitt livslånga lärande och krav på särskilda mål som

ska vara tydligt uppfyllda för ett specifikt yrke. Arbetsmarknadens krav på kompetenser förändras t.ex. genom att hälso- och sjukvårdens organisation utvecklas, och det finns en risk att detaljerade mål i examensbeskrivningen snabbt skulle bli inaktuella. Inte minst för de svenska läkarprogrammets förbättringsarbete och pedagogiska utveckling har detta varit centralt.

Målen i examensbeskrivningen och lokala mål ska vara grunden för hur de olika programmen planeras och ska i sin tur ligga till grund för de målbeskrivningar (kursmål) som konkretiseras i kursplanerna. Vilka undervisnings- och examinationsformer som används ska vara tydligt sammankopplade med studenternas förväntade läranderesultat. Från olika håll har ibland framförts krav på att fastställa nationella ”kärnkompetenser” för läkarutbildningen, där centrala delar av utbildningen beskrivs i högre detaljeringsgrad än i examensbeskrivningen. Sveriges läkarförbund menar bland annat att syftet skulle vara att säkerställa en likvärdig utbildning vid de olika programmen och nationellt hög kvalitet på läkarutbildningen samt underlätta rörligheten inom landet för studenterna”. Som framgår i kapitel 3 har även Riksrevisionen lyft fram avsaknad av detaljerade nationella mål för olika delar av utbildningen.

Utredningen ser att det är angeläget att lärosäten och andra intressenter samverkar kring vilka kliniska färdigheter som krävs, men tar inte ställning till formerna för utvecklingen av sådan samverkan.

Internationellt finns flera exempel på hur samverkansprocesser kan utvecklas.⁵ Som bakgrund till utredningens arbete med att utveckla nya examensmål har övervägts hur sådan samverkan och konkretisering av målen skulle kunna se ut i en svensk kontext. Inom det s.k. Tuningprojektet i medicin har man sökt att definiera vilka färdigheter, förmågor och förhållningssätt som en läkare bör ha vid examenstillfället.⁶ På den övergripande nivån motsvarar dessa de mål som finns i medlemsländernas examensbeskrivningar (mot-svarande dokument). Dessa kopplas sedan till specifika, mer detaljerade beskrivningar av läkares kliniska kompetens och professionella förhållningssätt. Beskrivningarna i Tuningprojektet används redan i dag av de svenska läkarprogrammen och strukturen är välkänd.

⁵ Se t.ex. The Scottish Doctor (www.scottishdoctor.org), The Physician of the Future (www.educmed.net) och kapitel 1.

⁶ www.tuning-medicine.com

Utredningen menar att det är naturligt att lärosätena i högre grad än i dag samverkar med varandra och med intressenter som t.ex. landstingen, behörighetsgivande myndighet och de professionella organisationerna för att kontinuerligt säkra att utbildningen följer den snabba vetenskapliga och tekniska utvecklingen inom hälso- och sjukvården. Det nationella systemet för granskning av högre utbildning utgör även det ett forum för samråd mellan olika intressenter och företrädare för arbetslivet har en viktig roll i kvalitetsutvärderingarna.

5.4 Handledning av studenter i vårdens verksamheter

Utredningen bedömer att god handledning är central för de blivande läkarnas möjlighet att utveckla sin kliniska kompetens och sitt professionella förhållningssätt. Kliniskt verksamma läkare måste tillsammans med övriga medarbetare i vården ges utbildning och verka i en tydlig utbildningsstruktur för att på ett ändamålsenligt sätt kunna bidra till studenternas lärande.

Handledningen inom läkarutbildningen är central för de blivande läkarnas möjlighet att utveckla sin kliniska kompetens. Vanligtvis benämns de kliniskt verksamma läkare och medarbetare från andra yrkesgrupper som på olika sätt deltar i undervisningen för handledare.⁷ Läkare som är anställd vid enheter som har upplåtits för högskoleutbildning för läkarexamen är formellt skyldiga att biträda vid handledningen av medicine studerande. Specialistkompetenta läkare ska, när det medges, ombesörja undervisning och examination inom sitt område.⁸ För en förändrad läkarutbildning blir det helt avgörande hur de som handleder framtidens läkarstudenter utbildas och utvecklas för uppgiften som handledare. I Högskoleverkets granskning 2006 påpekades att

den kliniska utbildningen kommer ofta i kläm på grund av uppgifter inom sjukvård och forskning och utfallet blir alltför ofta beroende av den enskilde handledarens välvilja.

⁷ Vad som gäller för högskolans lärare och examinatorer beskrivs i avsnitt 5.5.1. Inom ST används begreppet *instruktör* för att beskriva en person som ger anvisningar om verksamhetsspecifika tekniker eller tillvägagångssätt utan att samtidigt ansvara för ST-läkarens professionella utveckling.

⁸ Lagen (1982:764) om vissa anställningar som läkare vid upplåtta enheter m.m.

Ledningen vid de enheter som används för läkarutbildning måste prioritera att läkarna rustas för att ge professionell vägledning till studenterna. Utöver det är det nödvändigt att handledaren utbildas för att kunna bidra till att bedöma studentens professionella kompetens, och för att ge tydlig återkoppling. Detta blir den sannolikt största utmaningen i en förändrad läkarutbildning, men är helt avgörande för slutresultatet. Inte minst från studenthåll, har framförts kritik inom detta område.

Erfarenheter som utredningen tagit del av från bland annat studenter och handledare ger en i delar nedslående bild av den verksamhetsintegrerade undervisningen. Dessa förhållanden beskrivs också närmare i kapitel 3. Många studenter uppfattar handledarens tillgängliga tid eller det stora antalet studenter per vårdteam som det stora hindret för att få träna på de moment man behöver för att uppnå tillräcklig klinisk kompetens. I en studie genomförd av MSF konstateras också att introduktionen har försämrats och att endast 15–30 procent av studentutförda moment får fullgod återkoppling, och att träningen i läkarspecifika mål i kursplanerna är mindre omfattande än tidigare. Även för AT-läkarna har påtalats brister i handledningen. I SYLF:s AT-rankning för 2012 anger 56 procent av de svarande att det förekommer jortjänstgöring utan legitimerad kollega tillgänglig på sjukhuset. Arbete utan handledning ("ensamjourande") är vanligast inom psykiatri. Intressant att notera är att 53 procent av kvinnorna svarar att de på olika sätt valt bort AT-orter där "ensamjourande" förekommer, till skillnad från 23 procent av männen. SYLF framhåller att det är viktigt att nyutexaminerade läkare har tillgång till bra uppbackning så att den kliniska kompetensen kan utvecklas under trygga patientsäkra förhållanden. Bidragande faktorer till att en AT-ort uppfattas som välfungerande och framgångsrik är bland annat att det ges ändamålsenlig introduktion till, och uppföljning av, varje placering och att AT-läkaren får handledning av en läkare som genomgått handledarutbildning. Även om utredningen tagit del av många goda exempel på höga ambitioner när det gäller handledning inom vårdens verksamheter, tyder sammantaget analysen på att betydande förbättringar är angelägna.

Utredningens förslag om en sammanhållen väg till legitimation, där universiteten har ansvaret för kvalitetssäkringen, syftar även till att förstärka akademins närvaro och engagemang i utvecklingen av vårdens verksamheter. Inom hälso- och sjukvården pågår en omfattande kunskapsutveckling. Utredningen anser att både vår-

dens verksamhetsansvariga och universiteten har ett ansvar för att de studenter som utbildas i dessa miljöer får bästa möjliga förutsättningar för sitt lärande men att detta ansvar behöver tydliggöras.

Förutsättningar för ändamålsenlig handledning

Handledning genomförs till stora delar av landstingsanställda läkare och ute i regionerna är detta ännu mer uttalat. Det finns många styrkor i detta, men strukturen med flera huvudmän kan innebära svårigheter för kursledningen (universitetet) att nå ut med t.ex. färdighetsmålen till de enskilda handledarna. Många kliniska handledare upplever inte i dag att den utbildningsinsats de utför är en del av det uppdrag de har som anställda hos respektive sjukvårdshuvudman. Dessa svårigheter accentueras ytterligare vid verksamhetsintegrerat lärande vid enheter utanför universitetsorterna. Det är angeläget att utbildningsuppdraget tydligt klargörs och att förutsättningar för detta ges till såväl respektive sjukhusledning som till de enskilda handledarna. Detta kan exempelvis göras genom att uppdraget att medverka i läkarutbildningen ingår i verksamhetschefernas uppdragsbeskrivning och planeringen av utbildningsinsatser.

Samtliga läkare inom enheter som används för läkarutbildning bör ha genomgått handledarutbildning och erbjudas löpande stöd och återkommande fortbildningsseminarier. ST-läkarnas utbildning i handledning och kommunikation bör innefatta handledning av läkarstuderanden. Det är särskilt angeläget att den kompetens och kapacitet som utvecklats för handledning, utvärdering och återkoppling inom AT, utnyttjas och tas till vara inom läkarutbildningen. Den enskilda handledarens insatser måste också utvärderas och premieras. Betydelsen av klinisk handledning i läkarutbildningen utvecklas i bilaga 4.

5.5 Prövning av kompetens – examinationens roll

Utredningen anser att användningen av mer ändamålsenliga examinationsformer behöver utvecklas, särskilt för bedömning av studenternas kliniska kompetens. Samverkan mellan lärosätena och sjukvårdshuvudmännen är nödvändig för att skapa förutsättningar för detta. Lärosätena kan behöva överväga konsekvenserna av en utvecklad portföljexamination ur offentlighets- och sekretesslagens perspektiv.

5.5.1 Ny struktur – nya krav på kompetens

Utredningens förslag till ny struktur innebär att universitetet kommer att ansvara för att säkra att studenterna når en sådan grad av självständighet att examen kan ligga till grund för Socialstyrelsens utfärdande av legitimation. Kraven för legitimation och skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal regleras i patientsäkerhetslagen.⁹ I lagen anges bl.a. att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, och detta ska den blivande läkaren ha uppnått vid examen.

Legitimation innebär ett godkännande av kompetens hos en specificerad yrkesutövare, som står under samhällets tillsyn och har godkänts för yrkesverksamhet inom det område legitimationen avser. I dagens system med AT intygas uppnådd kompetens av verksamhetschef vid respektive tjänstgöringsavsnitt samt via genomgången kunskapsprov (AT-provet)¹⁰. Mot bakgrund av detta är det angeläget att användningen av olika examinationsformer utvecklas jämfört med i dag. Detta gäller i synnerhet examination av kliniska färdigheter och professionellt förhållningssätt.

Examination inom högskolan innebär bland annat ett tillfälle till lärande, en kontrollsituation och en form av myndighetsutövning. Myndighetsutövning ska ha rättsligt stöd i ett regelverk, och bestämmelser om examination finns i högskoleförordningen.¹¹ Där framgår att de examinationsformer som används för bedömning av studenternas prestationer ska ha stöd i respektive kursplan. Kurserna kan sammanföras till utbildningsprogram och för dessa ska

⁹ Patientsäkerhetslagen (2010:659).

¹⁰ Provet består av en muntlig och en skriftlig del, se www.ki.se.

¹¹ 6 kap. 13 § högskoleförordningen.

finnas en utbildningsplan, det vill i det här fallet säga en beskrivning av ett visst läkarprogram. Den lärare som ska bestämma ett betyg för en genomgången kurs kallas examinator. Eftersom lärare ska vara anställda av lärosätet gäller att examinator ska vara anställd. Vilken roll andra personer som deltar i bedömningen har, t.ex. handledaren, bör tydliggöras, och det ska finnas tydliga riktlinjer. Universitet och högskolor har även möjlighet att erbjuda så kallade förenade tjänster för personer med anställning på en sjukvårdsenhet som är upplåten för medicinsk utbildning.¹² Det finns också möjligheter till tidsbegränsad anställning som lärare, t.ex. för att kunna examinera studenter.

Utredningen anser att nära samverkan mellan universiteten och sjukvården är nödvändig för att skapa förutsättningar för att kunna examinera mål kopplade till professionell utveckling och klinisk kompetens på ett ändamålsenligt sätt.

5.5.2 Olika kunskapsformer kräver olika examinationsformer

I en läkarutbildning som ger möjlighet att ansöka om legitimation efter examen, utan något krav på AT, blir det således ännu viktigare att på ett adekvat och rättssäkert sätt säkra studenternas kunskap, färdighet, professionella förmåga och förhållningssätt. Lärosätet bär det formella ansvaret för en individuell bedömning av varje students prestationer. Därför bör fokus vara på studenternas resultat, det vill säga måluppfyllelsen, snarare än på obligatoriska moment och närvaro. Studenter som inte når samtliga mål ska inte kunna erhålla examen. Denna tydligare koppling mellan examinationens innehåll och legitimation kommer att bidra till ökad klarhet vad gäller studenter som inte kan anses lämpliga att utöva yrket (se även avsnitt 3.2.2.)

Utredningen anser att den föreslagna utbildningen ställer krav på att fortlöpande pröva och dokumentera att studenterna får den kompetens de behöver. Examinationen ska även fungera som återkoppling till studentens fortsatta lärande, och därmed ge varje student förutsättningar att utvecklas i enlighet med sin fulla potential. Det finns goda pedagogiska skäl att använda olika examinationsformer beroende på vad det är som ska bedömas och det är viktigt att utnyttja examinationens summativa respektive formativa funk-

¹² 3 kap. 8 § högskolelagen.

tioner.¹³ Så kallade framstegsprov (progresstest) kan vara en metod för att fortlöpande mäta utvecklingen av studenternas kunskap. En utmaning med sådana prov kan vara att betydande lärarinsatser måste avsättas för att vidmakthålla en stor frågebänk med nya relevanta frågor. Lärare kan också uppleva att man fråntas rätten att utvärdera sin egen undervisning, eller att denna utvärdering minskar i värde. Examination av mål för kunskap och förståelse kan relativt lätt genomföras så att resultaten blir tillförlitliga. Det statistiska underlaget och därmed rättssäkerheten kan ökas ytterligare genom att samma provuppgifter används vid flera lärosäten. Samverkan mellan lärosätena kring prov kan också minska kostnaderna och öka provens kvalitet, samt bidra till ökad samverkan kring utbildningens innehåll. För att bedöma klinisk kompetens behövs andra metoder.

Prövning av färdighet och förmåga samt värderingsförmåga och förhållningssätt grundar sig ofta på observation, diskussion och reflektion. Objective Structured Clinical Examination (OSCE) är en väldokumenterad objektiv observationsmetod för att säkra att varje student dokumenterar nödvändiga färdigheter. För att tillfredsställa kraven på rättssäkerhet måste prov avseende professionell förmåga liksom kunskaps- och färdighetsprov vara vetenskapligt förankrade, samt upprepas i olika situationer vid olika tillfällen, vilket kräver tid. Alltför standardiserad kriteriebaserad bedömning kan leda till att något annat än det som avses blir bedömt. Ju fler bedömningar som äger rum i autentiska situationer och ju mer de riktas mot den komplexa förmåga som ryms inom begreppet professionalitet, desto större är variationen i professionens experters uppfattning om vad som är idealt handlande i en given situation. Bedömning av professionell förmåga och förhållningssätt måste därför grunda sig på upprepade observationer över tid av flera, oberoende observatörer och bäras av ett lärar- och professionskollektiv. De flesta läkarprogrammen brottas redan i dag med svårigheter att på ett strukturerat sätt utvärdera flera av de mål i examensordningen som rör värderingsförmåga och förhållningssätt. Att utvärderingen av den kliniska kompetensen inom de nuvarande läkarprogrammen brister var också en av de viktigaste slutsatserna i Högskoleverkets senaste granskning. Denna problematik är således

¹³ Examinationens summativa funktion handlar om vilka resultat som uppnåtts och leder till ett intyg eller betyg som kan dokumenteras. Den formativa funktionen innebär återkoppling till studenter och lärare. Provets form och innehåll styr vad och hur studenterna lär. Genom att utforma examinationen på ett visst sätt kan studenternas lärande styras i önskad riktning.

i hög grad redan existerande och inget som tillkommer vid en förnyelse av läkarutbildningen. Oavsett val av utvärderingsverktyg kommer det att krävas avsevärda insatser för att i högre grad involvera sjukvårdshuvudmännen att delta i bedömningen av läkarstudenternas färdighet och förmåga samt värderingsförmåga och förhållningssätt.

Kontinuerlig bedömning av studenternas utveckling

Bedömning av värderingsförmåga och förhållningssätt grundar sig bland annat på diskussioner och studerandes personliga reflektioner. Ett sätt att genomföra bedömningen och beakta progressionsaspekten, det vill säga att studentens lärande utvecklas kontinuerligt, är att arbeta med så kallad portföljexamination av material som arkiverats av de studerande. Sådan löpande prestationskontroll och bedömning som integreras i undervisningen erbjuder stora pedagogiska fördelar. Högskoleverket har uppmärksammat att det kan finnas problem ur rättssäkerhetssynpunkt när det gäller löpande examination. Av kursplanerna måste tydligt framgå vilka moment som kommer att bedömas. Det är väsentligt för utvecklingen av portföljexaminationer att de studerandes krav på integritet kan beaktas genom att klargöra om och när de studerandes portföljmaterial övergår från att vara bedömningsunderlag av arbetsmaterialkaraktär till offentlig handling. Lärosätena kan därför även behöva överväga konsekvenserna av en utvecklad portföljexamination ur offentlighets- och sekretesslagens perspektiv.

Med arbetsformer som till exempel problembaserat lärande (PBL) tränas studenterna i att lösa integrerade och komplexa uppgifter. Om syftet är att uppnå integration av kunskaper och förmåga till problemlösning bör kurserna utformas utifrån detta perspektiv och de bör följas av en examination som mäter just detta. Arbetsformen är i grupp men lösning görs individuellt. Så kallad grupptentamen, där flera studenter examineras vid samma tillfälle eller kring en gemensamt utförd uppgift, anses vara en tillåten examinationsform men det måste gå att göra en individuell bedömning av varje studerandes prestation.¹⁴

¹⁴ Rättssäker examination, Högskoleverket (2008:36 R).

Examination utifrån ett programperspektiv

Att en utbildningsplan i princip innehåller beslut om vilka kurser som ingår i ett program kan göra det svårt att pröva och redovisa utbildningens resultat både på individnivå - och ur ett programperspektiv, såvida inte kursmålen på ett klart sätt beskriver förväntad progression, både inom och mellan kurser i relation till examensmålen för utbildningen. Även om lärosätet genomförde detta ska varje kurs eller delkurs examineras för sig. De komplexa förmågor som ryms inom den professionella kompetens som anges i examensmålen kan vara svåra att konkretisera och följa upp på kursnivå om inte de olika kursernas mål betraktas ur ett övergripande perspektiv.

En möjlig väg att underlätta detta är att examinera kunskaper och färdigheter utifrån ett programperspektiv, utan att för den skull frångå förordningens krav på tydliga mål angivna i en kursplan. Detta kan göras genom att lägga kompetensmål i olika kurser med en tydlig progression i kompetensmålen för de olika kurserna. En sådan strategi har en tydlig formativ inverkan, för-utom att den uppfyller kraven på en summativ bedömning. Strategin säkerställer också studenternas möjligheter att erhålla nödvändiga högskolepoäng för att erhålla studiemedel utifrån sina resultat på kursen. Ett sådant programperspektiv kan användas såväl för bedömning av teoretiska biomedicinska kunskaper (s.k. progresstest) som för färdigheter kopplade till professionell utveckling eller vetenskaplig förmåga. I de två sista exemplen kan portföljmetoden användas under förutsättning att den tydligt kan dokumenteras. Ett övergripande programperspektiv med tydlig progression vad avser kursmål gör att en samlad slutexamination kan undvikas då det finns goda pedagogiskt grundade skäl att undvika en sådan lösning.

Enligt högskoleförordningen ska betyg sättas på genomgången kurs. Utredningen bedömer att det är möjligt att uppnå det programövergripande perspektivet med nu gällande regelverk. Det förutsätter dock som utvecklats ovan ett samlat grepp över alla individuella kursplaners kompetensmål och hur de examineras. Det har framförts synpunkter till utredningen om att högskoleförordningen bör förtydligas i syfte att underlätta examination ur ett programperspektiv. Utredningen bedömer därför att denna fråga kan behöva belysas. Ett sådant förtydligande skulle kunna öka förutsättningarna för ett lärosäte att planera läkarprogrammet på ett mer ändamålsenligt sätt.

5.6 Gemensamt ansvarstagande för utbildningen – i praktiken

I de följande två avsnitten redovisar Läkarutbildningsutredningen några olika vägar med syfte att ytterligare bidra till att skapa goda förutsättningar för samverkan mellan universiteten och landstingen.

Studenterna ska vid examen visa den kunskap och förmåga som fordras för behörighet. Målen i utredningens förslag till ny examensbeskrivning är därför utformade så att större tyngd än i dag ges åt professionell kompetens och medicinskt beslutsfattande. Sjukvårdshuvudmännens engagemang i utbildningen blir följaktligen avgörande för att skapa goda förutsättningar för de blivande läkarnas kliniska färdighetsutveckling och för ändamålsenliga examinationer, även om ansvaret för kvalitetssäkringen vilar på utbildningsanordnarna. Alla verksamhetsintegrerade moment och kurser omfattas av högskolelagens krav på kvalitet och vetenskaplig förankring.

Den formella samverkan regleras i dag via det s.k. ALF-avtalet. Utredningen anser t.ex. att möjlighet till längre, sammanhängande verksamhetsintegrerade utbildningsmoment och kurser bör säkras i de regionala avtalen, då kontinuitet skapar förutsättningar för progression i utbildningen och för studenternas träning i interprofessionellt samarbete. Ett reellt gemensamt ansvarstagande krävs för att studenterna ska få tillgång till de arenor som är nödvändiga för deras lärande och möjlighet till långa perioder av verksamhetsintegrerat lärande. Utredningen ser också att sjukvårdshuvudmännen och universiteten har ett gemensamt ansvar för att erfarenheter som finns kring handledning av AT-läkare kommer läkarutbildningen till godo.

5.6.1 Möjligheter med ett nytt ALF-avtal

Utredningens bedömning: Genom det s.k. ALF-avtalet har universiteten och sjukvårdshuvudmännen ett gemensamt ansvar för läkarutbildningens innehåll och på vilket sätt verksamhetsintegrerade delar av utbildningen utformas. Utredningen menar att det nya avtalet i ännu högre grad än det befintliga kan bidra till att parterna samverkar för att skapa goda förutsättningar för

hög kvalitet i läkarutbildningen, t.ex. genom samverkan med privata vårdgivare och med andra landsting och kommuner än de som omfattas av det centrala avtalet. Vidare är det angeläget att ytterligare tydliggöra den centrala kopplingen mellan utbildning och forskning.

Som framgår i kapitel 3 pågår en omförhandling av det centrala ALF-avtalet, med syfte att ALF-ersättningen på ett bättre sätt ska bidra till kvalitetsutveckling av hälso- och sjukvården.

Som bland annat framförts i Högskoleverkets utvärderingar anses frågan om fördelningsprinciper inom lärosätet och inom landstingen central för läkarutbildningens utveckling och kvalitet. Utvecklingen har gått från ämnes- och institutionsstyrda utbildningar och finansiering av tjänster mot större inflytande åt programledningarna, något som ger förutsättningar att planera och genomföra utbildningen på ett mer ändamålsenligt sätt. Utmaningen i dag gäller främst möjligheten att i högre grad använda ALF-medel som styrmedel för att säkra kvaliteten i de verksamhetsintegrerade delarna av utbildningen för att främja studenternas läranderesultat.¹⁵

Utredningen ser möjligheter att det nya centrala avtalet, i högre grad än det befintliga, kan bidra till att parterna lokalt samverkar kring utbildningens innehåll, upplägg och kvalitet. Universiteten och landstingen ska gemensamt skapa förutsättningar för att studenterna når utbildningens mål. På regional nivå bör medel på ett så flexibelt sätt som möjligt fördelas till de enheter studenterna befinner sig i, för att säkra att de når målen. ALF-ersättning bör synliggöras i budget och i uppföljning, så att de enheter som är engagerade i läkarutbildningen tilldelas motsvarande del. Vidare är samverkan med privata vårdgivare och med andra landsting och kommuner än de som omfattas av det centrala avtalet en angelägen fråga för utredningen. I de regionala avtalen bör framhållas att alla ändamålsenliga arenor för hälso- och sjukvård används i utbildningen, oberoende av ägandeform. Oavsett vid vilken enhet studenternas lärande äger rum ska de möta personal med rätt kompetens och förmåga till god handledning. Utredningens förslag vill bidra till att stärka de blivande läkarnas förmåga till vetenskapligt förhållningssätt och förmåga att medverka i och genomföra förbättringsarbete.

¹⁵ Högskoleverket (2007:23R) och Umeå universitet (2008). Se även kapitel 3.

Utredningen förespråkar förutsägbarhet vad gäller ersättningen per student och helårsprestation. Det bör övervägas om tilldelningen av medel till utbildningen bör öka. Mot bakgrund av detta anser utredningen att en del av tilldelningen av medel för kliniskt inriktad forskning, snarare än tilldelningen av medel för utbildningen, skulle kunna baseras på utbildningens kvalitet. En sådan modell skulle kunna fungera kvalitetsdrivande och ytterligare stärka synen på studenternas resultat som en gemensam angelägenhet för sjukvården och lärosätet. I ljuset av statens nuvarande kostnader för läkarutbildningen och de sammanlagda kostnaderna för hälso- och sjukvården, kan det dessutom finnas anledning att se över fördelningen av ALF-medel mellan utbildning och forskning.

5.6.2 Ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen

Utredningens bedömning: I dag reglerar hälso- och sjukvårdslagen landstingens ansvar när det gäller deltagande och planering av forskning. Någon motsvarande reglering i lagen finns inte när det gäller utbildning, och utredningens övriga förslag leder till att sjukvårdshuvudmännens skyldighet när det gäller handledning under allmäntjänstgöringen upphör.

Utredningen föreslår att det i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) införs en bestämmelse om hälso- och sjukvårdens medverkan i utbildningar inom vård och medicin.

I dag regleras landstingens ansvar när det gäller deltagande och planering av forskning i hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Någon motsvarande reglering i lagen finns däremot inte när det gäller utbildning. Historiskt sett har det varit en självklarhet att hälso- och sjukvården utgör den viktigaste arenan för läkarstudenternas lärande, vilket troligen är förklaringen till att detta inte tydligare har reglerats i lagtext.

Om reglering av handledning i vården under allmäntjänstgöring

Allmäntjänstgöringen (AT) är i dag en del av vad som krävs för att uppnå behörighet som läkare och bestämmelser som gäller AT finns i flera författningar. I 15 § HSL föreskrivs att det i landstingen ska finnas möjlighet till anställning för läkares allmäntjänst-

göring enligt 4 kap. 1 § patientsäkerhetslagen i sådan omfattning att alla läkare som avlagt läkarexamen och läkare med utländsk utbildning som föreskrivits allmäntjänstgöring ges möjlighet att fullgöra praktisk tjänstgöring för att få legitimation som läkare.¹⁶ Av 3 kap. 5 § patientsäkerhetsförordningen framgår att allmäntjänstgöring ska fullgöras under handledning genom anställning som läkare för allmäntjänstgöring.¹⁷ I Socialstyrelsens föreskrift för allmäntjänstgöring preciseras ytterligare vad som gäller för den handledning av AT-läkaren som arbetsgivaren ansvarar för under allmäntjänstgöringen.¹⁸

Som en konsekvens av utredningens förslag upphör kravet på AT efter läkarexamen (se kapitel 4), och därmed behöver bestämmelser som reglerar AT ändras.

Hälso- och sjukvårdens medverkan i läkarutbildningen

Läkarutbildningens samverkan med vissa landsting regleras inom ramen för det så kallade ALF-avtalet som beskrivs i kapitel 3. Mot bakgrund av att bestämmelserna om handledning under allmäntjänstgöringen föreslås upphöra att gälla, menar utredningen att en bestämmelse om hälso- och sjukvårdshuvudmännens medverkan i vård- och medicinutbildningar bör införas i HSL, för att ytterligare främja samverkan kring utbildningen av läkare.

Mot bakgrund av allt mer betydande utmaningar när det gäller effektiviseringar, prestationer och fokus på uppnådda resultat, finns det, enligt utredningens bedömning, starka skäl att tydliggöra hälso- och sjukvårdens medverkan i utbildningar inom vård- och medicin i den ramlag som omfattar hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdens förutsättningar att uppnå goda resultat är starkt sammankopplade med i vilken grad verksamheterna utvecklar strategier för kontinuerligt lärande. Utredningen menar därför att regeringen bör överväga att i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) införa en bestämmelse om landstingens och kommunernas medverkan i utbildningar inom vård och medicin så att utbildningen kan bedrivas på ett ändamålsenligt sätt.

För närvarande pågår en översyn av den nuvarande hälso- och sjukvårdslagen. I utredningens direktiv framhålls att den nuvarande

¹⁶ Patientsäkerhetslagen (2010:659).

¹⁷ Patientsäkerhetsförordningen (2010:1369).

¹⁸ SOSFS 1999:5

utformningen av lagen är ålderdomlig, och svåröverskådlig. Mot bland annat denna bakgrund ska utredaren lämna förslag till en ny lag om hälso- och sjukvårdens organisation som ersätter HSL.

Hälso- och sjukvårdslagen är en s.k. ramlag som anger mål och riktlinjer för landsting och kommuner. Även den nya lagen ska utformas som en ramlag och samla generella bestämmelser om organisation och ansvarsförhållanden.¹⁹

Mot bakgrund av lagens nuvarande utformning föreslår utredningen ett tillägg i den bestämmelse som i dag reglerar landstingens och kommunernas medverkan i forskning. Vi föreslår att rubriken ändras till ”Forskning och utbildning”, och att ett nytt stycke med följande lydelse läggs till 26 b § HSL:

Landstingen och kommunerna ska medverka i högskoleutbildningar inom vård och medicin så att de kan bedrivas på ett ändamålsenligt sätt. Landstingen och kommunerna ska inom ramen för detta samverka med varandra samt med berörda universitet och högskolor.

Detta förslag på formulering tar sin utgångspunkt i hur lagen i dag är uppbyggd. Utredningen bedömer att det främst är vårdens roll när det gäller handledning av studenter som åsyftas med begreppet ”medverkan”. Detaljerna kring dessa åtaganden när det gäller läkarutbildningen regleras i regionala avtal med universiteten.

5.7 Sammanfattande reflektioner

Även om det finns många goda exempel som visar motsatsen kan studenternas kliniska träning sakna systematik och tydlig progression. Ofta upplever studenterna sitt lärande slumpmässigt i förhållande till utbildningsplaner och kursplaner. Även de landstingsanställda handledarna kan ha en oklar bild av vilka färdigheter de förväntar sig att studenterna ska uppnå, och av sin egen roll. Tydliga målbeskrivningar och bedömning av studenternas lärande i vårdens verksamheter är angeläget, liksom reflektion och återkoppling på varje students professionella utveckling. I utvärderingar framkommer behov av förbättringar avseende studenternas förmåga att hantera mera komplexa situationer samt att arbeta i sjukvårdsteam. Handledarutbildning är en nödvändig förutsättning

¹⁹ Dir. 2012:113. *Tilläggsdirektiv till Utredningen om stärkt ställning för patienten genom en ny patientlagstiftning (S 2011:03)*.

för att höja undervisningens kvalitet och säkra studenternas kliniska kompetens

Ökat utrymme för första linjens sjukvård i det verksamhetsintegrerade lärandet är självklart och nödvändigt. Centralt är att studenterna får en tydlig roll i vårdteamen och ges egna uppgifter som bygger vidare på tidigare moment. Utbildningen måste på ett effektivt sätt använda alla tillgängliga sjukvårdsmiljöer av god kvalitet.

Dagens studenter är den framtida läkarkåren, och läkarna är strategiskt viktiga för utvecklingen av framtidens hälso- och sjukvård. Universiteten, sjukvården och medborgarna har därför ett gemensamt intresse av att de blivande läkarna får tillräcklig klinisk träning, god handledning och examineras på ett ändamålsenligt sätt.

Lärosätena behöver utveckla kunskaper och medvetenhet om de stora utmaningarna för hälso- och sjukvården och ta aktiv del i att utveckla verksamheterna utifrån ett vetenskapligt perspektiv. Vidare finns det tydliga incitament för sjukvårdshuvudmännen att bidra till en utbildning av hög kvalitet för att säkra samhällets försörjning av välutbildade läkare i framtiden.

Man samlar och samlar
På kunskaper och insikter,
Knep och fraser.
På förebilder och goda råd.
På mycket dåliga exempel att låta bli att följa.
Av allt detta skapar man sin läkarroll.

Det gäller att aldrig bli färdig.

Pia Dellson, Klinisk blick – reflexioner kring läkekonsten (1997)

6 Alternativa överväganden för utbildningens omfattning, struktur och krav för legitimation

Sammanfattat

I detta kapitel belyser utredningen några alternativa modeller för läkarutbildningens omfattning, ansvarsförhållanden och krav för legitimation. Två huvudsakliga alternativa upplägg har särskilt övervägts:

- Bevara den nuvarande strukturen med läkarexamen och allmäntjänstgöring (AT) som krav för legitimation och vidta åtgärder för att säkerställa hög kvalitet.
- En sexårig läkarutbildning med examen som krav för legitimation enligt principerna för utredningens huvudförslag men med sista året särskilt avsatt för klinisk träning i vårdens verksamheter.

Utredningen bedömer att dessa alternativ innebär förbättringar i vissa avseenden men inte fullt ut skapar de förutsättningar som är nödvändiga för en ändamålsenlig och kvalitetssäkrad läkarutbildning.

I enlighet med direktiven har utredningen övervägt några alternativ när det gäller utbildningens omfattning och kravet på praktisk tjänstgöring. De alternativa modeller som övervägts baseras delvis på sådant som förts fram i samband med utredningens samrådsmöten. Flera av förslagen på förbättringsåtgärder har också framkommit i form av skriftliga synpunkter från bland annat AT-studierektorer och forsknings- och utvecklingsansvariga i landstingen.

6.1 Behåll nuvarande struktur men vidta åtgärder för att säkerställa hög kvalitet under allmäntjänstgöringen

Läkarutbildningen i Sverige framhålls i olika sammanhang hålla god kvalitet. Såväl utbildningen fram till examen som allmäntjänstgöringen (AT) innebär omfattande träning inom vården, och bedöms av många som utredningen kommunicerat med bidra till utbildningens höga kvalitet i ett internationellt perspektiv. Detta framhålls även i utredningsdirektiven. Samtidigt framträder en bild av stora variationer i allmäntjänstgöringens kvalitet över landet, långa väntetider till tillgängliga tjänster och avsaknad av systematisk kvalitetssäkring på nationell nivå.

Vid flera av utredningens samrådsmöten har framkommit att AT ofta är uppskattad av både anställda och arbetsgivare. För sjukvården är tjänstgöringen ett verktyg för att rekrytera läkare. Många blivande läkare upplever att det är först under AT som de på allvar får träna sig inför sin yrkesroll. Genom de krav som ställs på tjänstgöring vid olika verksamheter får de blivande läkarna värdefulla färdigheter och erfarenheter från områden som de annars inte exponerats för. En fördel som ofta framhålls är att de nylegitimerade läkarna genom sin omfattande kliniska erfarenhet och långa tjänstgöring efter examen men innan legitimation snabbt kan fungera självständigt i vården. Samtidigt finns en rad begränsningar och utmaningar, som beskrivs mer utförligt i kapitel 3. Bland annat har svenska läkare en längre tid till att de kan påbörja specialisering än vad som krävs av läkare i flera andra länder. För att komma till rätta med dessa utmaningar inom ramen för den nuvarande strukturen behöver ett flertal åtgärder vidtas. Här redovisas översiktligt några av dem.

Översyn av mål och omfattning är nödvändig

Såväl målen för läkarexamen som för AT behöver ses över. Målen för AT måste utformas så att de på ett bättre sätt utgör en tydlig fortsättning på de kunskaper och färdigheter som den studerande uppnått fram till examen. Den nya examensbeskrivningen för läkarexamen som föreslås av utredningen omfattar flera mål som i dag motsvaras av de allmänna målen för AT. Utredningen menar att om kravet på AT, och därmed målen i AT-föreskriften, kvarstår är det angeläget att en översyn görs. Målen bör beskrivas så att de

på ett tydligare sätt innebär en fördjupning i förhållande till målen för läkarexamen, med fokus på att ytterligare utveckla AT-läkarens förmåga att självständigt integrera och använda sina kunskaper och färdigheter inom de olika avsnitten.

Utredningen bedömer att det även med en bibehållen struktur finns skäl att öka utbildningens omfattning till sex år, bland annat för att säkerställa att internationella krav och förväntningar uppfylls. En sexårig utbildning fram till examen, där de studerande har nått en högre grad av självständighet än i dag skulle kunna göra det möjligt att i viss mån minska omfattningen på AT och den sammanlagda tiden fram till legitimation.

När det gäller AT har från flera håll framhållits till utredningen att en översyn är angelägen för att komma till rätta med dimensionering av antalet tjänster. Principerna för hur landstingen i dag arbetar med detta varierar och ökad nationell samordning är angelägen. Som framgår av avsnitt 3.2 har många personer med utländsk examen möjlighet att genomföra AT i Sverige, och detta kan vara ett ytterligare skäl till förbättrad samordning.

Krav på fortlöpande bedömning och nationell kvalitetssäkring

Även med den nuvarande strukturen bedömer utredningen att konstruktionen med ett AT-prov som avslutning på allmäntjänstgöringen inte är ändamålsenlig. Utredningen instämmer i den kritik som riktats mot denna ordning. Det pedagogiska värdet med ett slutprov framstår som begränsat och det har väckts frågor kring AT-läkarnas rättssäkerhet i samband med provet. Det är dessutom inte rimligt att först i slutet av en lång utbildning och efterföljande tjänstgöringsperiod upptäcka att en person är olämplig att utöva det yrke man utbildas för. Att den blivande läkaren når målen för klinisk färdighet och förmåga måste, enligt utredningen, prövas kontinuerligt.

I den nuvarande strukturen ska den verksamhetsansvarige intyga att läkaren uppnått målen för respektive tjänstgöringsavsnitt. Det uttrycks inte specifikt vem som ska ansvara för att intyga att AT-läkaren uppfyllt de allmänna målen som Socialstyrelsen utfärdat föreskrifter om. Huvudhandledaren ska dock ha ett övergripande ansvar för AT-läkarens sammanhållna kompetensutveckling. Enligt patientsäkerhetsförordningen ska de lärosäten som har tillstånd att utfärda läkarexamen anordna ett kunskapsprov som ska avse

måluppfyllelsen för AT i dess helhet. Socialstyrelsen får dock inte utfärda föreskrifter om detta prov. Myndigheten har inte kunnat prioritera att följa upp AT-föreskriften, och har heller inget ansvar eller åtagande när det gäller hur det s.k. AT-provet utformas. Dessa förhållanden innebär en otydlig ansvarsfördelning.

Bland fördelarna med AT-provet har bland annat nämnts att det bidrar till att säkra kunskaper och färdigheter hos personer med utländsk läkarexamen. Läkarutbildningsutredningen menar att detta inte kan vara skäl nog för att bevara provet. Även i detta sammanhang vill utredningen förespråka möjligheten till någon form av introduktion till tjänstgöring i den svenska sjukvården, som fokuserar på sådant som är specifikt för den svenska sjukvården och den individuella läkarens behov av kompetensutveckling. Frågan om introduktion diskuteras närmare i kapitel 7.

När det gäller AT-nämndens verksamhet skulle denna kunna regleras på det sätt som föreslagits av Högskoleverket.¹ Utredningen ser dock att det vore bättre att, utöver en revision av målen, i stället för AT-provet införa tydliga krav på bedömning av AT-läkarnas resultat (måluppfyllelse) för de olika avsnitten och för de allmänna målen. Liksom för ST bör i Socialstyrelsens föreskrifter ställas tydliga krav på fortlöpande bedömning utifrån målbeskrivningen och med på förhand kända och överenskomna metoder, handledning och krav på systematisk extern utvärdering av verksamheten för att säkra såväl förutsättningar som processer och resultat. Med en bibehållen struktur behöver formerna för bedömning utvecklas.

Utredningen kan konstatera att det finns många exempel på ambitiösa ansatser när det gäller bedömningsmetoder och intern kvalitetssäkring inom ramen för AT. Dessa kan tjäna som goda exempel men säkerställer inte kvaliteten i AT i ett nationellt perspektiv. Utredningen har även tagit del av goda exempel och höga ambitioner när det gäller handledning av AT-läkare. Emellertid finns också många exempel på brister och behov av förbättringar. Kvaliteten inom AT förefaller generellt ojämn. Handledningen bör stärkas och struktureras. En tänkbar väg kan vara att inrätta särskilda handledartjänster i vården och att handledarens roll förtydligas i Socialstyrelsens föreskrift, liksom kraven på dokumentation och återkoppling. Till utredningen har framförts att handledning och lärande tenderar att komma i skymundan i en verklighet med fokus på produktivitet och effektivitet.

¹ *Läkares prov vid allmäntjänstgöring*, Högskoleverket (reg.nr.30-427-01).

6.2 En sexårig högskoleutbildning med sista året i vårdens verksamheter

Ett ytterligare alternativ till utredningens huvudförslag, som också framkommit i samband med olika samrådsmöten, är en modell för en sexårig läkarutbildning som krav för legitimation, där det sista året utformas som en längre period av verksamhetsintegrerat lärande. Några principiella fördelar som framhållits med ett sådant alternativ är bland annat följande:

- En huvudman – med detta upplägg skulle ansvarsförhållandena tydliggöras. Universitetet har ansvar för utbildningen fram till examen och legitimation, för bedömningen av de studerandes prestationer och därmed för kvalitetssäkring av det lärande som sker i vården under de sista två terminerna.
- De fördelar som finns med AT och långa perioder av klinisk träning inom vårdens verksamheter behålls.
- Den sammanlagda tiden fram till legitimation förkortas.
- Eventuellt ökade förutsättningar att delvis utforma de avslutande två terminerna som någon form av anställning.

En sådan modell skulle i viss mån närma sig hur utbildningen ser ut i Storbritannien och Tyskland, med sex år till läkarexamen varav det sjätte med fokus på klinisk kompetens, det vill säga verksamhetsförlagd träning. Utredningen förordar långa sammanhängande perioder av träning och undervisning i vårdens verksamheter. Samtidigt ser utredningen att det finns invändningar med ett upplägg där utbildningen avslutas med ett mer praktiskt inriktat år. Bland annat finns risk att progressionen i träningen av klinisk kompetens motverkas när den introduceras senare i utbildningen. En sådan uppdelning förstärker synen på en åtskillnad mellan ”teoretisk utbildning” följt av ”praktik” och skulle kunna innebära en återgång till ett ännu större fokus på basvetenskap under de första årens studier, och motverka integrationen med klinisk vetenskap. Att koncentrera en lång period av praktik till det sista året kan dessutom innebära att utbildningens betoning av vetenskaplighet, tvärprofessionellt teamarbete, hälsofrämjande perspektiv och förbättringsarbete inte fortsätter eller fördjupas. Med eventuella krav på en mer detaljerad nationell målbeskrivning för det avslutande året, motsvarande dagens AT-föreskrift, finns risk att de positiva effekterna av kvalitetsutveckling och samverkan på lokal nivå minskas.

6.3 Utredningens sammanfattande bedömning av de alternativa modellerna

Det är utredningens bestämda uppfattning att de viktigaste principerna för en läkarutbildning anpassad för behoven i framtidens hälso- och sjukvård innefattar tydlig progression. Ansvar och svårighetsgraden i de blivande läkarnas träning ska öka successivt för att främja deras lärande. När det gäller aktuell forskning om hur medicinsk utbildning bäst utformas med de utmaningar som finns när det gäller integration av basvetenskaper, kliniska vetenskaper och klinisk träning, är detta grundläggande. Det betyder att det måste finnas förutsättningar för att bygga teoretiska och praktiska, kliniska utbildningsmoment på varandra, och att professionsträning inleds tidigt under utbildningen. Mot bakgrund av ovanstående är möjligheten till kontinuerlig integration avgörande (se figur 4.1).

Med en sammanhållen modell ökar förutsättningarna för en vetenskapligt förankrad utbildning av hög kvalitet, hela vägen fram till legitimation. De lärosäten som har tillstånd att utfärda läkarexamen omfattas av högskolelagens krav på att verksamheten ska bedrivas så att det finns ett nära samband mellan forskning och utbildning, och den ska avpassas så att en hög kvalitet nås.

Konstruktionen med allmäntjänstgöringen skapades när en mycket större del av vården skedde på sjukhus och då denna uppdelning var mer ändamålsenlig. Ett viktigt syfte med allmäntjänstgöringen var det sjukvårdspolitiska – att förse landstingen med personal som kunde utföra delar av det basala och mer rutinmässiga sjukvårdsarbetet och på så vis möta den stora efterfrågan på läkare. Vidare ville man med konstruktionen skapa intresse för bristspecialiteterna psykiatri och allmänmedicin. Dessa områden bedöms även i dag kantas av stora utmaningar, och andra strategier behövs för att komma till rätta med detta.

Flera av de grundläggande förutsättningarna som behöver skapas kan inte uppfyllas på ett effektivt sätt inom den nuvarande strukturen. Utredningen bedömer därför att möjligheterna för en hållbar utbildning, som står i paritet med såväl medborgarnas behov av vård som den internationella utvecklingen, är betydligt större om utredningens förslag genomförs. Det är däremot viktigt, anser utredningen, att de erfarenheter och fungerande strukturer som skapats, bland annat för handledning av AT-läkare kommer den nya utbildningen till godo. Likaså kan erfarenheterna av AT-provet och dess utformning tas till vara av lärosätena och sjukvårdens

verksamheter i den löpande bedömningen av de blivande läkarnas färdigheter och förmågor. Det är positivt att resultaten av AT-provet kan återföras till respektive lärosäte men sådan uppföljning kan även ske genom andra former av samordnad och strukturerad examination och inom ramen för återkommande inspektioner och granskningar.

Utredningens samlade bedömning är att dessa alternativa modeller kan bidra till förbättringar i vissa avseenden men inte fullt ut skapar de förutsättningar som är nödvändiga för en ändamålsenlig och kvalitets-säkrad läkarutbildning med goda förutsättningar för progression.

7 Övriga överväganden

Sammanfattat

I detta kapitel behandlas introduktion till den svenska hälso- och sjukvården samt möjlighet till tjänstgöring i vården under studietiden. Slutligen beskrivs hur utredningen ser på genomförandet av förändringarna och de behov av stöd och samverkan som kan vara aktuella.

Utredningen bedömer att:

- Det är viktigt att läkarstudenter har möjlighet att arbeta i vården men att landstingens möjlighet att anställa studenter som läkare med ett vikariatsförordnande kan behöva begränsas.
- Hälso- och sjukvårdshuvudmännen, Socialstyrelsen, lärosätena och de professionella organisationerna bör gemensamt se över hur introduktion till arbete i hälso- och sjukvården kan utvecklas och utformas.
- Regeringen bör stödja det utvecklingsarbete som är nödvändigt för genomförandet av utredningens förslag. Detta kan ske genom att tillsätta en samrådsgrupp som får till uppgift att ta fram en strategi för detta.

7.1 Möjligheter att arbeta inom sjukvården under studietiden

Att under studietiden erbjudas möjlighet att arbeta inom det område man utbildas för ser utredningen som mycket positivt. Det kan vara ett sätt att möta framtida arbetsgivare och få inblick i olika verksamhetsområden och därmed öka möjligheterna till arbete efter examen. Att arbeta under sin fritid eller i samband med ferier

ska dock inte vara en förutsättning för att få den träning som behövs för att nå målen i examensbeskrivningen.

Läkarstudenter har i dag möjlighet att bli anställda som läkare med vikariatsförordnande *under handledning* från och med termin nio. Detta bemyndigande regleras i Socialstyrelsens föreskrifter om särskilt förordnande att utöva läkaryrket för icke legitimerade läkare.¹ Detta beskrivs även i kapitel 3. Denna ordning har sitt ursprung i äldre bestämmelser då utbildningsplanerna reglerades nationellt. Med den nuvarande examensordningen har lärosätena stor frihet att planera utbildningarnas upplägg på olika sätt. Först vid examen ska varje student ha uppnått samtliga de mål som krävs för att kunna arbeta självständigt som läkare. De centrala principer som utredningen förespråkar – integration och progression – betonas också de kunskaper och färdigheter som studenten har vid examenstillfället. Utredningen menar att möjligheten att anställas som *läkare* under studietiden med anledning av detta kan behöva begränsas och att denna bestämmelse därför bör ses över.

Det finns i dag goda möjligheter att anställa läkarstudenter i icke-reglerade yrken inom sjukvården, t.ex. som undersköterska eller läkarassistent. Utredningen ser också att det kan finnas anledning för sjukvården att utveckla andra, nya, tjänster eller förtydliga de möjligheter som redan finns. Tvärtemot den gängse uppfattningen finns ofta stort utrymme att delegera olika moment och arbetsuppgifter.² Att erbjuda studenter intressanta och relevanta arbetsuppgifter kan underlätta framtida rekryteringar och bidra till att verksamheten utvecklas.

7.2 Introduktion till den svenska sjukvården

Läkarexamen utgör grunden för det livslånga lärandet och den kompetensutveckling som ska fortlöpa fram till det att yrkesverksamheten avslutas. Att nylegitimerade läkare ska ha nått en hög grad av självständighet är nödvändigt. Utredningens förslag till en förnyad läkarutbildning innebär bland annat att examen ska ligga till grund för Socialstyrelsens utfärdande av legitimation, utan några krav på tjänstgöring motsvarande dagens system med AT.

¹ SOSF 2000:6.

² *Vem får göra vad inom hälso- och sjukvården och tandvården?* Handbok från Socialstyrelsen 2004.

Vården utvecklas snabbt, både vad gäller organisation och behandlingsmetoder. Särskilt tekniska och administrativa system förändras fort och är i högre grad specifika för olika arbetsgivare. Det är därför varken möjligt eller önskvärt att under utbildningen fram till examen ge studenterna detaljerade kunskaper om dessa saker. Från flera håll vittnas om att många i dag inte ges tillräcklig introduktion och handledning när de börjar arbeta i sjukvården. Detta diskuteras bland annat i kapitel 5. Arbetsgivaren ska ta ett stort ansvar för att alla nyanställda ges god introduktion. Som framgår av kapitel 3 utfärdar Socialstyrelsen i dag fler legitimationer till läkare med utländsk utbildning än till läkare med svensk läkarexamen. Läkare med utländsk examen kan ha större behov av individanpassad introduktion med särskilt fokus på kunskap om den svenska sjukvården, som t.ex. organisation, lagstiftning och regelverk.

Med genomtänkt och behovsanpassad introduktion i hälso- och sjukvården förbättras patientsäkerheten och kvaliteten i vården. Samtidigt är det viktigt att framhålla att introduktionen också bör ses som en möjlighet för lärande i vården. De som nyligen genomgått utbildningen kan bidra med ”färsk” kunskap. De som har erfarenheter från andra länders utbildning eller vårdverksamheter, kan bidra med ytterligare perspektiv.

Läkarförbundet har framfört att om systemet inte tillåter att läkare med ursprunglig legitimation från annat EU/EES-land får göra AT så bör systemet förändras så att en likvärdig introduktion för alla läkare, oavsett utbildningsland, möjliggörs. De har föreslagit att en ettårig gemensam bastjänstgöring inrättas.³ Utredningen anser att frågan behöver belysas.⁴ Det är angeläget att sjukvårdshuvudmännen, Socialstyrelsen och de professionella organisationerna samverkar kring hur de som erhållit svensk legitimation introduceras till den svenska sjukvården. Introduktionen skulle t.ex. kunna utformas som en gemensam del av specialiserings-tjänstgöringen (ST) och eventuellt rymmas inom ramen för nuvarande bestämmelser. Samtidigt, menar utredningen, bör det vara angeläget att introduktionen är flexibel och kan anpassas utifrån den enskilda läkarens tidigare kunskaper, erfarenheter och behov. I dag stadgas att ST ska vara *minst* fem år och ett skäl att eventuellt

³ Sveriges läkarförbund (2012).

⁴ På förfrågan från utredningen har Europeiska kommissionen förtydligat att krav på introduktionstjänstgöring före specialiseringstjänstgöring inte är förenlig med kraven i det s.k. yrkeskvalifikationsdirektivet, i det fall läkarexamen ligger till grund för utfärdande av legitimation (U2011:10/2013/1).

förlänga tjänstgöringen kan vara individens behov av att nå vissa mål.

7.3 Stöd till genomförandet av utredningens förslag

Utredningen har i betänkandet lämnat förslag till en ny läkarutbildning. Förslaget innebär bland annat att läkarexamen kommer att ligga till grund för Socialstyrelsens utfärdande av legitimation. Flera av förslagen till nya mål för läkarexamen, liksom de principer som utbildningen bör bygga på har återkommande diskuterats i samband med förändringar av läkarutbildningen under de senaste decennierna. Första gången liknande mål och principer (t.ex. fortlöpande progression och integrering av basvetenskaper med kliniska vetenskaper etc.) föreslogs få större genomslag i läkarutbildningen var för övrigt redan 1948 i den statliga utredningen *Den öppna Läkarvården i riket*.⁵

En av utredningens mest centrala utgångspunkter är att utbildningen av läkare på ett tydligt sätt ska utgå från de problem och uppgifter som den blivande läkaren ska kunna hantera i morgondagens hälso- och sjukvård. Förslagen om förändrad omfattning och krav för legitimation i kombination med de nya målen, ställer krav på intensifierat utvecklingsarbete. Det kan handla om bland annat förändringar av kursplaner, utvecklade examinationsmetoder samt fortlöpande omvärldsanalys i nära samverkan med företrädare för hälso- och sjukvården. Ett såväl nationellt som globalt perspektiv är i detta sammanhang angeläget. Utmaningen ligger i att enas om vad som bör prioriteras för den blivande läkaren och att fokusera på lärande med inriktning på kompetens, förståelse och sammanhang.

En viktig princip som utredningens förslag vilar på är progression genom hela utbildningen, vilket innebär att utbildningsmomenten logiskt bygger på varandra. En ytterligare princip är integrering av basvetenskap, klinisk vetenskap och klinisk kompetens. I övrigt framhåller utredningen att utbildningen ska ha tydligt fokus på professionella kompetenser i kombination med vetenskapligt förhållningssätt. Utredningens principer och utgångspunkter har beskrivits mer detaljerat i tidigare kapitel.

Vid utredningens samrådsmöten med berörda lärosäten har dessa utgångspunkter och principer diskuterats och utredningen

⁵ *Den öppna läkarvården i riket: Utredning och förslag av Medicinalstyrelsen* (SOU 1948:14)

bedömer att det i huvudsak råder samsyn kring dem. På senare år har också läkarprogrammen successivt förändrats i enlighet med principerna. Lärosätena framhåller bland annat att det skett förbättringar när det gäller interna beslutsprocesser och ekonomisk styrning och att det i dag finns ett tydligare programansvar jämfört med tidigare. Ett systematiskt kvalitetsarbete verkar finnas på alla nivåer och egenutvärderade utvärderingar görs av såväl enstaka moment som hela terminer. Flera menar att man utökat sitt internationella utbyte och samverkar mer med andra universitet.

Lärosätena har dock kommit olika långt i sitt förnyelsearbete och utredningens förslag ställer ytterligare krav på förändrade kursplaner och mer genomtänkta läkarprogram från början till slut. Vid utredningens möten med företrädare för utbildningen har framförts att det i olika avseenden kan finnas behov av samverkan och stöd när det gäller att få genomslag för de förändringar som utredningen vill ge förutsättningar för.

Samrådsgrupp för dialog och stöd

Utredningen menar att staten bör stödja genomförandet av den nya läkarutbildningen. Detta kan ske genom att regeringen tillsätter en samrådsgrupp som får till uppgift att ta fram en strategi med syfte att stödja de lärosäten som har tillstånd att utfärda läkarexamen och landstingen i genomförandet av utredningens förslag. Samrådsgruppen kan till exempel bestå av nyckelpersoner från lärosäten, hälso- och sjukvård och de professionella organisationerna.

I kapitel 5 beskriver utredningen behovet av att utveckla examinationsmetoder, och mer konkretiserade mål. För dessa områden ser utredningen behov av utökad samverkan mellan universiteten, och med hälso- och sjukvården och de professionella organisationerna. Hur samverkan kring dessa frågor skulle kunna utvecklas är en fråga som behöver belysas. Strategin för genomförandet skulle även kunna omfatta förslag om hur goda exempel mellan lärosätena bättre kan spridas och utvecklas vidare. Andra angelägna frågor som ansluter till utredningens förslag om principer och nya examensmål, är hur man kan arbeta med integration av basvetenskaper och kliniska vetenskaper, liksom frågor om träning i vetenskapligt och kritiskt tänkande.

Departementsövergripande samsyn

Ansvarsfördelningen för utbildningar inom vård och medicin på departementsnivå, har varierat över tid mellan de departement som ansvarat för hälso- och sjukvårdspolitiken (i dag Socialdepartementet) respektive för utbildningspolitiken (i dag Utbildningsdepartementet). Utredningen menar att det är angeläget med utökad departementsövergripande samverkan kring frågor som rör utbildning och forskning inom medicin och vård för att skapa samsyn kring de gemensamma aktuella och framtida utmaningarna.

8 Övriga förslag och övergångsbestämmelser

8.1 Förslag till ändrade regler för studiestödet¹

Utredningen föreslår att:

- studiestödslagen ändras så att för studier som syftar till en examen om minst 360 högskolepoäng får studiemedel lämnas under ytterligare högst 20 veckor.

8.1.1 Utgångspunkter

Utredningen ska analysera möjligheterna för studiefinansiering med hänsyn till nuvarande bestämmelser om studiestöd och, om dessa bestämmelser föreslås ändras, minimera den ekonomiska belastningen för studiestödssystemet. Studiestödet är en central del av den svenska utbildningspolitiken och ska bland annat bidra till att medborgarna har möjlighet till god utbildning oavsett kön, social bakgrund, ekonomisk bakgrund eller bostadsort. Utöver att utjämna skillnader mellan individer och grupper och i och med det bidra till ökad social rättvisa ska det ha en god effekt på samhälls-ekonomi över tiden.

Målen ska uppnås genom ett effektivt, sammanhållet, flexibelt och rättssäkert studiestödssystem som ska vara enhetligt och överblickbart för den enskilde. De utbetalningar som görs från systemet ska vara riktiga, och den del av studiestödet som utgörs av lån ska återbetalas.²

¹ Detta avsnitt är i stora delar en sammanfattning av en PM från CSN, *Studiestödets målsättningar och politikens inriktning. Ändrade regler vid förlängd läkarutbildning.* (U 2011:10/2012/6).

² Prop. 1999/2000:10, *Ett reformerat studiestödssystem.*

Det nuvarande studiestödssystemet fick sin huvudsakliga utformning 2001 och ändringar som därefter har genomförts har inte sällan motiverats av krav på enkelhet, enhetlighet och flexibilitet. Mot denna bakgrund kan konstateras att utgångspunkten för alla förslag till ändringar är att de helt måste inpassas i befintligt system. Särskilda villkor för vissa grupper av studenter bör dock kunna accepteras utifrån krav på flexibilitet. Samtidigt måste all rätt till förmånligare villkor formuleras på ett sätt som gör att en sådan rätt möter ett verkligt, preciserat behov på ett träffsäkert sätt. Mer generösa villkor för vissa grupper av studenter måste dessutom uppfattas som legitima av alla studerande. Särskilda villkor bör därför kopplas till mera övergripande behov snarare än till behov hos en viss tydligt utpekad grupp av studenter.

Bestämmelserna för att bevilja studiemedel får enligt EU-rätten inte ge upphov till en omotiverad inskränkning i rätten att fritt upprätthålla sig inom medlemsstaternas territorier. Ändrade villkor för studier i Sverige måste därför, som utgångspunkt, gälla på samma sätt för motsvarande utbildningar inom EES och Schweiz.³

8.1.2 Nuvarande bestämmelser

Med *studiemedel* avses främst den del av studiestödet som rör statligt studiestöd för vuxna studerande. Den tid som studiemedel lämnas regleras i studiestödslagen.⁴ I dagsläget ges som mest studiemedel under 240 veckor för studier på eftergymnasial nivå. Omräknat i högskolepoäng motsvarar detta studier om 360 hp. Tidsramen är satt för att rymma alla högskoleutbildningar och regeringen angav i samband med 2001 års studiereform att det därför inte fanns skäl för någon vidsträckt möjlighet till fler veckor.

Det finns dock undantag till regeln om att studiemedel ges under högst 240 veckor. Från och med det år den studerande fyller 40 år får studiemedel lämnas under högst 40 veckor utöver 240 veckor, om det finns *särskilda* skäl. Särskilda skäl bör enligt förarbeten anses föreligga när den studerande har en utbildning som ligger längre tillbaka i tiden och som av arbetsmarknadsskäl behöver uppdateras eller breddas.⁵

³ EU-rättens inverkan på det svenska studiemedelssystemet beskrivs på ett bra sätt i betänkandet *Studiemedel för gränslös kunskap* (SOU 2011:26), sid. 173-209.

⁴ 3 kap. 8 § första stycket studiestödslagen (1999:1395).

⁵ Prop. 2004/05:111, *Förstärkning av studiestödet*.

Om det finns *synnerliga* skäl kan studiemedel lämnas under längre tid än 240 veckor. Med *synnerliga* skäl avses enligt förarbeten när någon på grund av funktionshinder eller andra mycket speciella omständigheter behöver förlängd studietid.⁶

8.1.3 Ändrade regler – överväganden och förslag

Med utredningens förslag till ny läkarutbildning följer att läkarexamen ökar i omfattning från 330 högskolepoäng till 360 högskolepoäng (dvs. från 220 till 240 veckor). Detta innebär att försörjning krävs för ytterligare 20 veckors studier jämfört med i dag. För studenter som följer normalstudietiden ryms detta inom ramen för nuvarande bestämmelser. Dock kan sjukdom eller andra orsaker bidra till att det inte alltid är möjligt att prestera de 100 procent godkända resultat under hela utbildningstiden som krävs för att studenterna ska kunna slutföra utbildningen inom 240 veckor. Ett snävare utrymme gör studenterna på en längre utbildning mer utsatta. Studenter som, till följd av att veckorna med studiemedel har tagit slut, finansierar delar av sina studier på annat sätt riskerar utöver detta att stå utanför det försäkringsskydd som är kopplat till studiemedlen (se kapitel 9).

Det är i samhällets intresse att de som antas till utbildningen har goda förutsättningar att slutföra den. Utredningen anser därför att det är rimligt att det extra utrymme om 20 veckor med studiemedel som i dag finns bibehålls.

För att minimera den ekonomiska belastningen på studie-stödssystemet har ett antal överväganden gjorts. Mot bakgrund av utgångspunkterna ovan har utredningen valt att föreslå ett undantag som gäller alla utbildningar av en viss längd, snarare än att föreslå en särlösning för gruppen läkarstudenter. Genom att hänvisa till en examen om minst 360 högskolepoäng kommer studenter på den nya läkarutbildningen, och studenter på andra minst sex-åriga utbildningar inom EES och Schweiz, att vara de enda som i praktiken omfattas av undantaget. Studenter som följer den nuvarande studieordningen för läkarexamen kommer däremot inte i fråga för extra veckor.

Undantaget som ger möjlighet att få studiemedel under högst 20 extra veckor är endast avsett för dem som läser ett sammanhängande program som enligt gällande examensordning omfat-

⁶ Prop. 1999/2000:10, sid. 92–95.

tar minst 360 högskolepoäng eller en utländsk utbildning av motsvarande längd. Möjligheten är inte avsedd för studenter som antagits till påbyggnad eller breddning av en mindre omfattande eller redan avlagd examen.

Studiemedel under högst 20 extra veckor kommer endast att kunna lämnas till den som läser vid en längre utbildning. När utbildningen avslutas bortfaller rätten till extra veckor. Det kommer med andra ord inte att vara möjligt att avsluta en läkarutbildning inom ramen för 240 veckor och därefter erhålla fler veckor för en annan utbildning.

Utredningen bedömer att förslaget inte kräver några särskilda övergångsbestämmelser. För att skapa förutsägbarhet för personer som avser påbörja utbildningen bör de nya reglerna träda i kraft i samband med att den nya läkarexamen införs.

8.2 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser gällande läkarexamen

Utredningen föreslår att förändringarna i bilaga 2 till högskoleförordningen träder i kraft den 1 januari 2015 och tillämpas första gången vid antagning till utbildning som börjar efter den 1 juli 2015. Det ska vara möjligt att få en läkarexamen enligt de äldre bestämmelserna till och med utgången av juni 2022.

I sin slutrapport *Högre utbildning i utveckling – Bolognaprocessen i svensk belysning* bedömde Utbildningsdepartementets projektgrupp att det behövdes minst ett och ett halvt år mellan nödvändiga riksdags- eller regeringsbeslut och datumet för när bestämmelserna kan börja tillämpas.⁷ Förslagen gällde bland annat omfattande förändringar av samtliga examensbeskrivningar, men utredningen bedömer att även för en ändring av en enstaka utbildning kan detta tjäna som riktmärke.

Utredningen föreslår att förändringarna i bilaga 2 till högskoleförordningen träder i kraft den 1 januari 2015 och tillämpas första gången vid antagning till utbildning som börjar efter den 1 juli 2015.⁸

⁷ Ds 2004:2.

⁸ De sista studenterna som följer utbildningen enligt de äldre bestämmelserna antas påbörja sina studier vårterminen 2015. Om de följer normalstudietiden kommer de, utifrån utredningens antaganden, att studera sin sista termin vårterminen 2020.

Utredningen gör ett antagande om att beslut om den nya utbildningen kan fattas hösten 2013. Hänsyn måste tas till att de lärosäten som har rätt att utfärda läkarexamen därefter behöver tid för sitt reform- och omställningsarbete. Inför att studenter ska antas till den nya utbildningen måste nödvändiga beslut ha fattats för att utbildningen ska kunna startas som planerat. Detta omfattar t.ex. utbildningsplaner, kursplaner och anpassning av administrativa system. Potentiella studenter måste kunna få korrekt information i god tid innan ansökan ska göras. Utbildningsplanen ska vara klar cirka ett år innan utbildningen startar, kursplaner cirka ett halvår före.

Vidare föreslår utredningen att den som före den 1 juli 2015 har påbörjat utbildning till läkarexamen enligt de äldre bestämmelserna och den som dessförinnan har antagits till en sådan utbildning men fått anstånd till tid därefter att påbörja utbildningen, har rätt att slutföra sin utbildning för att få en läkarexamen enligt de äldre bestämmelserna, dock längst till och med utgången av juni 2022. Det finns inte någon allmän regel om hur lång övergångsperiod som krävs för att få slutföra studier enligt äldre bestämmelser. Övergångsperiodens längd är något som avgörs från examen till examen. Vanligtvis fastslås ett datum i övergångsbestämmelserna till högskoleförordningen. Det är en avvägning mellan å ena sidan att ge studenterna goda möjligheter att avsluta sina studier och få sitt examensbevis inom rimlig tid, trots eventuella förseningar, föräldraskap, sjukdom eller andra studieuppehåll, och å andra sidan behovet av att så snart som möjligt fasa ut gamla studieordningar. Ofta är övergångsbestämmelserna förhållandevis generösa mot studenterna. I något fall har man förlängt övergångsperioden vid ett senare tillfälle, eftersom studenter klagat över att de inte hinner ta ut den gamla examen inom utsatt tid. Mot bakgrund av detta anser utredningen att det är rimligt att möjligheten att slutföra den äldre utbildningen finns kvar till och med utgången av juni 2022.

8.3 Ikraftträdande, övergångsbestämmelser och ändringar gällande allmäntjänstgöringen (AT)

Utredningen föreslår att ändringar i patientsäkerhetslagen, patientsäkerhetsförordningen, hälso- och sjukvårdslagen och behörighetsförordningen som reglerar erhållande av läkarlegitimation och behörighetsregler föreslås träda i kraft den 1 januari 2015. Utredningen föreslår även övergångsbestämmelser.

Ändringarna innebär att läkarlegitimation utfärdas efter avlagd läkarexamen och att allmäntjänstgöring inte utgör krav för att få läkarlegitimation. Kravet på allmäntjänstgöring ska dock finnas kvar för de studenter som fått läkarexamen enligt äldre bestämmelser i högskoleförordningen. Sådan examen kan erhållas till och med utgången av juni 2022 (se avsnitt 8.2). En övergångsbestämmelse om detta ska därför tas in i lagen om ändring i patientsäkerhetslagen och förordningen om ändring i patientsäkerhetsförordningen.

Kravet på allmäntjänstgöring efter läkarexamen enligt äldre bestämmelser bör inte tidsbegränsas. Däremot bör landstingens skyldighet att tillhandahålla anställningar för allmäntjänstgöring i hälso- och sjukvårdslagen tidsbegränsas. Vid bestämmande av slutpunkt bör den enskildes möjlighet att kunna fullgöra allmäntjänstgöring vägas mot nackdelarna med att under alltför lång tid ha två parallella system. Vid bestämmande av slutpunkt bör även utlandsutbildades intressen beaktas, då denna bestämmelse inte enbart rör svenskutbildade, se kapitel 9.

Utredningen anser det rimligt att slutpunkten för skyldigheten att tillhandahålla tjänst för allmäntjänstgöring bör sättas till den 31 december 2023. De sista studenterna som följer utbildningen enligt de äldre bestämmelserna och följer normalstudietiden, det vill säga får läkarexamen vårterminen 2020, har därmed tre och ett halvt år på sig att fullgöra kravet på ett och ett halvt års AT. Detta bör även vara slutdatum för kravet att fullgöra AT-provet samt för Socialstyrelsens bemyndigande att meddela föreskrifter om allmäntjänstgöring.

För personer med examen enligt äldre bestämmelser som inte fullgör AT och genomför AT-provet före den 1 januari 2024, bör landstingen kunna erbjuda möjlighet till praktisk tjänstgöring under handledning så att dessa kan uppnå kompetens motsvarande

kraven för legitimation och efter prövning av Socialstyrelsen ges legitimation.⁹

Bestämmelserna om behörighet till anställning som läkare för allmäntjänstgöring, samt bestämmelsen att läkare för allmäntjänstgöring anställs genom förordnande för högst två år i förordningen om behörighet till vissa anställningar inom hälso- och sjukvården bör upphävas den 1 januari 2015. En övergångsbestämmelse bör dock införas som stadgar att de som fått läkarexamen enligt äldre bestämmelser, samt de som genomgått medicinsk utbildning utomlands och ska genomgå kompletterande utbildning, är behöriga till anställning som läkare för allmäntjänstgöring, dock längst till den 31 december 2023 då landstingens skyldighet att tillhandahålla tjänst för allmäntjänstgöring upphör. De eventuella arbetsrättsliga konsekvenserna av att bestämmelsen om två års förordnande upphör bör belysas ytterligare.

⁹ Se avsnitt 3.2.3 om särskilt förordnande.

9 Konsekvenser av förslagen

Sammanfattat

I detta kapitel beskriver utredningen förslagets konsekvenser vad gäller patienter, blivande läkare, staten och lärosätena samt hälso- och sjukvårdshuvudmännen. Här behandlas även hur förslagen påverkar jämställdheten samt tänkbara samhällsekonomiska konsekvenser.

Utredningen konstaterar att

- både patienter, studenter, och hälso-och sjukvårdshuvudmän gynnas av de nya målen med fokus på professionella kompetenser, samt av bättre förutsättningar för snabbare väg till legitimation och till specialistkompetens.
- de blivande läkarna får längre studietid men kan snabbare påbörja specialiseringstjänstgöring (ST).

9.1 Inledning

Enligt kommittéförordningen ska en utredning redovisa vilka konsekvenser som utredningens förslag får för stat, kommuner, lands- ting, företag eller andra enskilda.¹ Beräkningar av eventuella kostnader, liksom i förekommande fall, förslag till finansiering, ska också redovisas i betänkandet. Om förslagen innebär samhällsekon- omiska konsekvenser i övrigt ska dessa redovisas.

En statlig utredning ska också redovisa om förslagen har betydelse för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företags, för jämställdheten

¹ 14–15§§ kommittéförordningen (1998:1474).

mellan män och kvinnor och för möjligheten att nå de integrationspolitiska målen.

I utredningsdirektiven framgår att utredningen särskilt ska belysa konsekvenserna för staten, de blivande läkarna och för landstingen.

9.2 Konsekvenser för patienterna

Utredningens bedömning är att förslagen framför allt i form av nya mål för läkarutbildningen kommer att få gynnsamma konsekvenser för patienterna.

En av de främsta utgångspunkterna för utredningens förslag är att läkarutbildningen i större utsträckning behöver ta sin utgångspunkt i patienternas behov av hälso- och sjukvård. Patienterna får bättre vård och omsorg när utbildningar inom vård och medicin i större utsträckning anpassas till aspekter inom bemötande, kvalitet och patientsäkerhet. Den nya läkarutbildningen lägger dessutom större tonvikt på första linjens sjukvård, främjande av hälsa, kroniska sjukdomsprocesser och multisjuka äldre. Under utredningens samtal med företrädare för patientorganisationerna har framhållits att man ser behov av ökad kompetens inom vården i dessa avseenden.

Många patienter är enligt olika undersökningar redan i dag nöjda med bemötandet i vården. Samtidigt är brister i bemötande och kommunikation det främsta skälet bakom anmälningar till patientnämnder och Socialstyrelsen. I en aktuell internationell jämförande studie ger patienter i Sverige lägre betyg till bemötande och delaktighet jämfört med ett flertal andra länder.²

Bristande kommunikation mellan patient och vårdgivare men också mellan vårdens olika nivåer bedöms också vara det huvudsakliga skälet bakom en rad patientsäkerhetsproblem. Att nya mål kring dessa aspekter blir styrande för läkarutbildningen kommer i framtiden att öka kvaliteten i vården.

Förslaget innebär också att patienterna i sina kontakter med vården kommer att möta läkare med behörighet att självständigt utöva yrket i betydligt högre utsträckning än i dag. I vissa avseenden har dagens förhållanden visat sig kunna utgöra problem för patientsäkerheten, något som tas upp i kapitel 3. På sikt gynnas

² Ramböll (2011) *IHP International survey of sicker adults, Resultat för Sverige*.

även patienterna av att hela vägen fram till legitimation omfattas av högskolans krav på kvalitet, kvalitetssäkring och vetenskaplig förankring.

9.3 Konsekvenser för de blivande läkarna³

Utredningen konstaterar bland annat att:

- Förslaget innebär att läkarexamen ökar i omfattning men att den sammanlagda tiden fram till legitimation minskar.
- Ökningen av läkarexamens omfattning innebär att för en läkarstudent som följer den normala studiegången och har fullt studiemedel kommer skuldsättningen att öka med ett belopp motsvarande 20 veckors lån.
- Utredningens förslag i liten utsträckning påverkar läkarstudenternas trygghet vid sjukdom och arbetslöshet.

Utredningen anser att:

- Lärosätena ska sträva efter att hålla studenternas kostnader i samband med utbildningen på en så låg nivå som möjligt.
- Svenska studenter som utbildar sig till läkare i utlandet så tidigt som möjligt bör få information om förändrade regler och eventuella konsekvenser av dessa.
- Regeringen bör överväga att reglera den praxis som utarbetats av Socialstyrelsen gällande möjligheten för studerande i ett EU/EES-land med krav på praktisk tjänstgöring att fullgöra AT i Sverige.

9.3.1 Studiestöd

Läkarexamen innebär redan i dag en mycket lång utbildning och med de förslag som lämnas av utredningen ökar dess omfattning. Den föreslagna ökningen innebär att för en läkarstudent som följer den normala studiegången och har fullt studiemedel kommer skuldsättningen att öka med ett belopp motsvarande 20 veckors lån.

Studiemedel består av studiebidrag och studielån. Totalbeloppet (bidrag och lån) för fyra veckors heltidsstudier uppgår 2012 till

³ Flera av de områden som avhandlas i detta avsnitt speglar frågor och synpunkter som framförts från studenter och studentföreträdare i samband med utredningsarbetet.

cirka 8 920 kronor varav 2 796 kronor bidrag (totalt 44 600 kronor för 20 veckor, motsvarande en termins heltidsstudier om 30 högskolepoäng). I vissa fall kan den studerande även få tilläggsbidrag, tilläggs lån och lån för vissa merkostnader. Tilläggsbidrag kan lämnas till studerande med barn. Lån kan även lämnas för vissa merkostnader som den studerande har i samband med sina studier, till exempel studieavgifter vid studier i utlandet.

Lån som beviljats efter år 2001 är annuitetslån och återbetalningstiden är som mest 25 år. Återbetalningen ska som regel påbörjas sex månader efter avslutade studier, även om låntagaren är arbetslös. Läsåret 2010/11 var sammanlagt 7 192 studenter registrerade för läkarstudier i Sverige. Av dessa uppbar 89 procent studiebidrag och 72 procent studielån.

Exempel: För en student som följer den normala studiegången och har fullt studiemedel kommer skuldsättningen att öka motsvarande 20 veckors lån. En student som är född 1993 och avslutar ett sexårigt läkarprogram höstterminen 2018 kommer därför att ha 31 216 kronor mer i total studieskuld efter sina studier. Den extra skuldsättningen innebär att han eller hon, vid en ränta om 2,3 procent, kommer att betala tillbaka 16 315 i stället för 14 959 kronor under sitt första återbetalningsår (2020).⁴

Som framgår av utredningens förslag till förändringar i studiestödslagen (se avsnitt 8.1) är utgångspunkten att läkarstudenterna ska ha samma marginaler som tidigare att slutföra sina studier med fullt studiemedel. Med utredningens förslag följer dessutom att tiden fram till legitimation förkortas, så att de blivande läkarna får en snabbare väg till specialiseringstjänstgöring (ST) i Sverige eller utomlands.

9.3.2 Studenternas ekonomiska trygghet vid sjukdom och arbetslöshet

Det ekonomiska trygghetssystemet för studenter består av flera olika system som inte alltid harmoniserar med varandra. För studenterna kan konsekvenserna av reglerna i de olika systemen vara svåra att förutsäga. Studenter som av olika skäl studerar utan studi-

⁴ Tjänsten *Räkna ut hur mycket du kan få* på www.csn.se.

estöd omfattas t.ex. inte av ett fullgott skydd av Sjukpenninggrundande inkomst, SGI. Detta gäller inte bara läkarstudenterna utan alla studenter. Till studiemedelssystemet finns t.ex. kopplat en sjukförsäkring som innebär att studiemedlet fortsätter att betalas ut vid sjukdom. Studenter som blir föräldrar kan välja att fortsätta studera med tilläggsbidrag för studerande med barn eller att vara föräldralediga. Reglerna för SGI påverkar även ersättningar kopplade till föräldraskap. Bland läkarstuderande är det, enligt CSN, en mindre andel kvinnor och en mindre andel totalt som har tilläggsbidrag jämfört med studerande i högskolan generellt.

Studenter som har arbetat innan de påbörjade sina studier och uppfyllt det så kallade arbetsvillkoret kan skydda sin arbetslöshetsförsäkring under studietiden. Den maximala tid som en studerande kan hoppa över för att räkna in en tidigare inkomst är i dag fem år inom arbetslöshetsförsäkringen. När det gäller SGI finns det ingen borte tidsgräns för hur länge en inkomst kan skyddas, däremot innebär kravet på uttag av studiemedel en begränsning i praktiken. Som framgår av kapitel 8 ser utredningen att de blivande läkarna redan i dag är utsatta på grund av den långa utbildningstiden. Utredningens bedömning är att en ökad omfattning därmed inte innebär någon förändring men skulle kunna medföra att fler påverkas. Utredningens förslag att möjliggöra ytterligare en termins studiemedel minskar denna risk något. Särskilt för studenter på omfattande utbildningar skulle det vara gynnsamt att koppla skydden till heltidsstudierna som kvalificerar för studiemedel, snarare än till helt fullt studiemedel, något som förts fram i olika sammanhang. De möjligheter att hantera skyddsvärda situationer genom historiska (faktiska) inkomster som diskuteras i Socialförsäkringsutredningens delbetänkande skulle sannolikt kunna ge ett enklare och mer förutsägbart regelverk.⁵

9.3.3 Kostnader i samband med utbildningen och övriga konsekvenser

Som framgår av tidigare kapitel anser utredningen att det är nödvändigt att studenternas verksamhetsintegrerade lärande (ViL) sker i verksamheter där de har bäst förutsättningar att möta den bredd av kliniska problem de ska tränas i. Utredningen ser det därför som

⁵ *Harmoniserat inkomstbegrepp – Möjligheter att använda månadsuppgifter i social- och arbetslöshetsförsäkringarna* (SOU 2012:47).

angeläget att lärosätena och sjukvården tillsammans vidareutvecklar goda arenor för lärande inom t.ex. primärvården. För studenterna kan detta komma att innebära att utbildningen under kortare eller längre perioder förläggs på en annan ort än studieorten vilket i sin tur kan medföra kostnader för resor, logi och andra ökade levnads-kostnader.

Utbildningen ska vara avgiftsfri för studenter från Sverige och EU/EES och Schweiz.⁶ Detta betyder dock inte att utbildningen ska vara kostnadsfri. Studenter bekostar t.ex. kurslitteratur och hjälpmedel för personligt bruk. Högskoleverket har uttalat att högskolorna har en rätt men inte en skyldighet att bevilja bidrag till studenternas merkostnader i samband med obligatorisk praktik.⁷

Utredningen anser att det är viktigt att studenterna får tydlig information om eventuella kostnader som kurserna kan medföra innan utbildningen påbörjas. Vidare anser utredningen att lärosätena ska sträva efter att hålla studenternas kostnader i samband med utbildningen på en så låg nivå som möjligt, t.ex. genom att stå för kostnaderna eller genom att lämna bidrag till studenterna. Det finns exempel på lärosäten som redan i dag lämnar bidrag till studenterna för resor och liknande.

Att undervisning bedrivs på en annan ort kan även medföra sociala konsekvenser för studenterna. Det måste t.ex. vara möjligt att kombinera studierna med föräldraskap, men även studiesociala aspekter är viktiga att beakta. Vidare bör universiteten och de organisationer som företräder studenterna ha beredskap för att hantera sociala och rättsliga komplikationer som kan uppstå i den kliniska vardagen (t.ex. sexuella trakasserier).

Med den nya läkarexamen kan studenterna i mycket högre grad än tidigare förutsäga när de kommer att kunna få legitimation och därmed ansöka om specialiseringstjänstgöring (ST). Minskad osäkerhet om när man kommer att uppfylla kraven för legitimation underlättar möjligheten att planera för sin karriär och övriga livssituation. Utredningen bedömer också att det är positivt att de blivande läkarna inte kommer att behöva jourtjänstgöra ensamma, något som särskilt visat sig påverka vilka AT-orter kvinnor söker sig till.⁸

⁶ 4 kap. 4 § högskolelagen.

⁷ *Studenternas kostnader i samband med högskoleutbildning*, Högskoleverket (reg.nr 31-1570-02).

⁸ Se kapitel 5.

Utredningen bedömer att förslaget inte innebär någon skillnad jämfört med i dag vad gäller studenters tystnadsplikt och möjlighet att ta del av sekretessbelagda uppgifter i samband med det lärande som äger rum i vårdens verksamheter.

9.3.4 Konsekvenser för vissa studenter med examen från ett annat EU/EES-land med krav på praktisk tjänstgöring

Vissa studenter som fullgjort läkarutbildning i ett annat EU/EES-land där praktisk tjänstgöring är en förutsättning för full behörighet genomför allmäntjänstgöring (AT) i Sverige för att erhålla svensk legitimation. Utredningens förslag får därför indirekt konsekvenser även för denna grupp.

Socialstyrelsen fattar i dag efter ansökan beslut om möjlighet att fullgöra AT i Sverige efter läkarexamen i annat EU-land där det finns krav på praktisk tjänstgöring för full behörighet att utöva läkaryrket. Studenter som har läkarexamen från ett annat nordiskt land med krav på praktisk tjänstgöring har, utan föregående beslut från Socialstyrelsen, möjlighet att fullgöra AT i Sverige. Detta är inte författningsreglerat utan bygger på Socialstyrelsens praxis. Efter fullgjord AT kan Socialstyrelsen utfärda legitimation om den sökande bedöms ha förvärvat kompetens motsvarande de svenska kraven för legitimation.⁹ Finland har avskaffat AT och även Norge och Polen har nyligen genomfört liknande reformer. Krav på praktisk tjänstgöring efter examen finns kvar i Danmark, Storbritannien, Österrike, Italien, och Portugal.

Enligt föreslagna övergångsbestämmelser kommer möjligheten att påbörja AT i Sverige att finnas kvar till och med den 31 december 2023. De som i dag studerar i något av dessa länder har därmed goda möjligheter att fullgöra AT och få legitimation i Sverige, förutsatt att Socialstyrelsen inte ändrar sin praxis.

Som framgår av kapitel 3 har Europeiska kommissionen föreslagit att det så kallade yrkeskvalifikationsdirektivet utökas till att även omfatta avlönad praktik. I förslaget stadgas att utexaminerade som vill fullgöra avlönad praktik i en annan medlemsstat där en sådan praktiktjänstgöring är möjlig, bör omfattas av det så kallade yrkeskvalifikationsdirektivet i syfte att underlätta deras rörlighet. Om kommissionens förslag genomförs kan en sådan utökning av tillämpningsområdet få betydelse för denna grupp. Utredningen

⁹ 4 kap. 2 § patientsäkerhetslagen.

vill understryka att det är viktigt att de som utbildar sig, eller avser att utbilda sig till läkare i utlandet, så tidigt som möjligt informeras om de förändrade reglerna och eventuella konsekvenser av de föreslagna övergångsbestämmelserna. Bland dem som har utbildat sig till läkare i utlandet är nyttjandegraden av studiemedel hög. Ett sätt att identifiera de berörda studenterna är därför att använda uppgifter från CSN.

9.3.5 Särskilt förordnande att utöva yrket för personer med läkarexamen

Utredningens förslag syftar till att den blivande läkaren vid examenstillfället ska ha uppnått den kunskap och kompetens som krävs för att kunna få full behörighet att utöva yrket, det vill säga legitimation. I och med att den nya läkarexamen införs bedömer utredningen att behovet av att anställa personer på grundval av endast examen upphör. Socialstyrelsen bör därför se över den nuvarande möjligheten för personer som avlagt läkarexamen i Sverige att anställas som läkare med ett vikariatsförordnande (se kapitel 3). Möjligheten för dem som erhållit examen enligt äldre bestämmelser att utan legitimation utöva yrket efter examen bör dock finnas kvar. Utredningen anser att det även efter det att landstingens skyldighet att tillhandahålla anställningar för AT upphört, bör finnas en möjlighet att utfärda särskilt förordnande att utöva läkaryrket för personer med äldre examen. Detta möjliggör särskilda lösningar för studenter med examen enligt äldre bestämmelser så att de kan genomföra praktisk tjänstgöring under handledning och förvärva kompetens motsvarande AT (se även avsnitt 8.3).

9.4 Konsekvenser för läkare med utbildning från tredjeland

Utredningen bedömer att som en följd av förändringar i de svenska kraven måste även tredjelandsordningen ändras.

Som framgår av kapitel 3 fullgörs allmäntjänstgöring (AT) i dag inte enbart av personer med svensk läkarutbildning. För vissa tredjelandsutbildade läkare är det en del av Socialstyrelsens kom-

pletteringsprogram och fullgjord AT utgör då, efter beslut från Socialstyrelsen, villkor för att erhålla svensk läkarlegitimation.

Enligt 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen, PSL, ska den som genomgått en läkarutbildning utanför EU/EES, s.k. tredjeländ, efter ansökan hos Socialstyrelsen få legitimation som läkare om han eller hon har genomgått kompletterande utbildning och fullgjort den praktiska tjänstgöring som behövs för att kunskaperna och färdigheterna ska motsvara de svenska kraven, har för yrket nödvändiga kunskaper i svenska författningar och har för yrket nödvändiga kunskaper i svenska, danska eller norska språket.

För de läkare som inte har genomgått en specialistutbildning motsvarande den svenska specialiseringstjänstgöringen i utbildningslandet fattar Socialstyrelsen, efter godkända språkkunskaper och fullgjort kunskapsprov, beslut om allmäntjänstgöring som villkor för legitimation. Allmäntjänstgöringen ska fullgöras i enlighet med bestämmelserna i 3 kap. 5 § patientsäkerhetsförordningen, PSF, och SOSFS 1999:5 och avslutas med ett godkänt AT-prov.

Av lydelsen i 6 kap. 1 § PSF följer att den tredjelandsutbildade läkaren ska genomgå den kompletterande utbildning och fullgöra den praktiska tjänstgöring som behövs för att kunskaperna och färdigheterna ska motsvara de svenska kraven. Om de svenska kraven ändras måste således även tredjelandsordningen ändras. Som exempel kan nämnas att i tredjelandsordning för tandläkare ingår sex månaders praktik med utvärdering från handledare. Det är i dag (2013) upp till Socialstyrelsen att genomföra en sådan förändring (se avsnitt 3.2.6). Även den kompletterande utbildning för tredjelandsutbildade som anordnas av vissa högskolor kan behöva ändras.

9.5 EU-rättsliga konsekvenser

Läkarutbildningsutredningen bedömer att förslaget uppfyller minimikraven för läkarutbildning i det så kallade yrkeskvalifikationsdirektivet (direktiv 2005/36/EG om erkännande av yrkeskvalifikationer). Det uppfyller även kraven i Europeiska kommissionens förslag på ändring av direktivet (2011/0435).

Om utredningens förslag genomförs måste en anmälan om ändring i punkt 5.1.1 i bilaga V i direktivet göras till kommissionen.

9.6 Ekonomiska konsekvenser för staten

Utredningen bedömer att den föreslagna förlängningen av läkarutbildningen skulle innebära en ökad statlig ersättning till landstingen med cirka 48 miljoner kronor och ökade utbildningskostnader inom berörda lärosäten som motsvarar ungefär 99 miljoner kronor. Sammantaget uppskattas utredningens förslag som mest kunna medföra kostnadsökningar inom studiemedelssystemet om omkring 20 miljoner kronor.

Den föreslagna ökningen av läkarutbildningens längd, motsvarande en termins studier, medför en ökning av antalet helårsstudenter (HST). Förutsatt att den nya läkarexamen börjar tillämpas för de studenter som påbörjar sin utbildning höstterminen 2015, kommer förlängningen att innebära ett ökat antal studenter i utbildning från och med år 2021. För att kunna redovisa de möjliga ekonomiska konsekvenserna av den förlängda utbildningen krävs två separata beräkningar – den ena för statens ersättning till landstingen (den s.k. ALF-ersättningen) och den andra för de berörda lärosätenas grundutbildningsanslag. Dessa uppskattningar görs utifrån vissa antaganden som redovisas i detta avsnitt.¹⁰ En översiktlig beskrivning av hur läkarutbildningen finansieras ges i kapitel 3.

9.6.1 Konsekvenser för ersättningen till landstingen

Statens ersättning till landstingen för deras medverkan i läkarutbildningen grundar sig på avtalet om samarbete om grundutbildning av läkare, medicinsk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården (det s.k. ALF-avtalet). Som framgår av kapitel 3 omförhandlas avtalet för närvarande (2013). De beräkningar som redovisas här baseras på uppgifter i bilaga till det nu gällande avtalet och på uppgifter i budgetpropositioner.

¹⁰ Underlaget har tagits fram i samråd med Högskoleverket (U2011:10/2013/11).

Tabell 9.1 Ökad ersättning till landstingen från 2021 med en förlängd utbildning

Beräknat antal nybörjare 2015 utifrån uppgifter i budgetpropositioner	1 376
Effekt år 2021 av "termin tolv" mätt i HST (halv årskull)	688
Per capitaersättning som tillämpas i BP 2013 för ALF kronor	70 400
Ökad ersättning till landstingen från 2021 p.g.a. en förlängd utbildning	48,4 miljoner kronor

Med ledning av uppgifterna i budgetpropositioner om det antal helårsstudenter som ersättningen till landstingen är beräknade för, har en uppskattning gjorts över det antal nybörjare som dessa helårsstudenter motsvarar. Antalet nybörjare 2015 kan uppskattas till 1 376. De beräknade 1 376 nybörjarna för år 2015 – den första kullen studenter som antas omfattas av utredningens förslag – kommer att genomföra den tolfte terminen i sin utbildning år 2021. Eftersom utbildningen förlängs med ett halvt år kommer antalet helårsstudenter att öka år 2021 med 688 ($1\,376/2$). Varje år efter 2021 kommer antalet helårsstudenter, som ersätts inom ramen för ALF-avtalet, att vara 688 fler än före förlängningen, förutsatt att antalet nybörjare efter 2015 är oförändrat.

Den per capitaersättning som regeringen tillämpade i budgetpropositionen för 2013 vid beräkningen av ALF-ersättningen var 70 400 kronor per helårsstudent. Om detta belopp tillämpas skulle en ökning av 688 helårsstudenter från och med 2021 innebära en ökad ALF-ersättning med 48,4 miljoner kronor i 2013 års prisnivå från och med detta år, inklusive motsvarande ersättning för medverkan i läkarutbildningen vid Örebro universitet.¹¹

9.6.2 Konsekvenser för lärosätenas anslag

En förlängning av läkarutbildningen med en termin medför ett ökat antal helårsstudenter och helårsprestationer som de berörda lärosätena ska avräkna inom sina respektive takbelopp. Beräkningen av ökningen av dessa måste dock göras något annorlunda jämfört med den så kallade ALF-ersättningen eftersom ersättningen inom tak-

¹¹ Örebro läns landsting omfattas inte av det aktuella avtalet om ersättning. Örebro universitet har ett eget avtal med landstinget och får för närvarande del av särskilda medel till klinisk utbildning.

beloppet avser det faktiska utfallet och inte som landstingens ersättning grundas på ett i förväg beräknat antal helårsstudenter.

Tabell 9.2 Kostnadsökning från 2021 p.g.a. en förlängd utbildning

Antal nybörjare på läkarprogram läsåret 2011/12 enligt lärosätenas rapportering	1 561
Ökning av antal nybörjare 2012-2014 enligt BP	130
Beräknat antal nybörjare 2015	1 691
Beräknat antal "termin tolv" år 2021 (90 %)	1 522
Antal "termin tolv" omräknat i helårsstudenter (HST)	761
Ersättning medicinskt område HST+HPR (2013 års prisläge)	129 738 kronor
Kostnadsökning från 2021 p.g.a. en förlängd utbildning	98,7 miljoner kronor

Enligt lärosätenas egen rapportering till universitets- och högskoleregistret (hos Statistiska centralbyrån) var antalet nybörjare på läkarprogram läsåret 2011/12 totalt 1 561, det vill säga 185 fler än vad ALF-ersättningen är beräknad för.

Antalet nybörjare var således 1 561 läsåret 2011/12. Regeringen har aviserat ytterligare öknningar av antalet nybörjare på läkarutbildningen med 130 med början hösten 2012. Det innebär att antalet nybörjare år 2015 kan beräknas vara 1 691 och antalet av dessa som fullföljer utbildningen och därmed omfattas av förlängningen kan beräknas vara 1 522, det vill säga 90 procent av nybörjarna. Denna andel är baserad på den senast redovisade examensfrekvensen för läkarprogram.¹²

Förutsatt att 1 522 studenter år 2021 omfattas av en förlängning av utbildningen med ett halvt år blir antalet helårsstudenter detta år – och åren därefter – 761 fler (1 522/2) än de var före förlängningen.

För budgetåret 2013 gäller att ersättningen för en helårsstudent inom det medicinska området är 59 849 kronor och för en helårsprestation 72 799 kronor. Det innebär att den genomsnittliga ersättningen för en student med en prestationsgrad på 96 procent, vilket

¹² Det vill säga 90 procent av studenterna antas fullfölja utbildningen till och med en tolfte termin.

är vad som gäller inom det medicinska området, blir 129 736 kronor. Därmed blir ersättningen för 761 helårsstudenter 98,7 miljoner kronor.¹³

En förlängning av läkarutbildningen med en termin medför således en kostnadsökning från och med år 2021 med 98,7 miljoner kronor.

9.6.3 Kostnader för studiestödssystemet

Att exakt beräkna kostnader för ytterligare en termins studiestöd för studenter på utbildningar som omfattar minst 360 högskolepoäng är inte möjligt. Beslut om studiestöd fattas på individnivå och är således beroende av olika externa faktorer. Det är också svårt att göra antaganden om antalet studenter med svenskt studiestöd i utlandet som kommer att omfattas. För de kostnader som redovisas här har följande schablon använts.

1 522 studenter kommer varje år att läsa sin tolfte termin vid läkarutbildningen. Av dessa kan 89 procent eller 1 354 studenter förväntas uppbära studiemedel.¹⁴ 79 procent kommer att ha någon form av studielån och omkring 7 procent kommer att ha tilläggsbidrag.¹⁵

Om samtliga studenter väljer att utnyttja maximalt med studiemedel under 20 extra veckor skulle utflödet av studiebidrag, inklusive kostnader för statliga ålderspensionsavgifter, öka med 11,7 miljoner kronor per år uttrycket i 2011 års belopp. Utflödet av studielån skulle öka med 20,5 miljoner kronor per år. Kostnaderna för förväntade förluster för dessa lån kan beräknas till omkring 1,44 miljoner kronor.¹⁶

Alla studenter utnyttjar dock inte sin rätt till studiemedel till fullo. Baserat på siffror om verkligt utnyttjande under det andra kalenderhalvåret 2011 kan förändringarna i utflödet vid införandet av en tolfte termin vid läkarutbildningen i stället beräknas på följande sätt. Utflödet av studiebidrag inklusive kostnader för ålderspensionsavgifter kan, uttryckt i 2011 års belopp, förväntas öka med 10,8 miljoner kronor per år. Utflödet av studielån kan förväntas öka med 14,8 miljoner kronor per år. Kostnaderna för förväntade förluster för dessa lån kan beräknas till omkring 1,04 miljoner kronor.

¹³ Prestationsgraden HPR/HST är ett mått på hur väl studenterna klarar av studierna.

¹⁴ *Beviljning av studiestöd 2010/11* (CSN 2011).

¹⁵ Baserat på utnyttjande under det andra kalenderhalvåret 2011 (CSN).

¹⁶ CSN beräknar kostnaderna till motsvarande sju procent av utlånat belopp.

Utflödet av studiebidrag kan således beräknas öka med mellan 10,8 och 11,7 miljoner kronor per år. Utflödet av studielån kan beräknas öka med mellan 14,8 och 20,5 miljoner kronor per år. Kostnadsökningen inom studiemedelssystemet kan därför beräknas till mellan 11,8 och 13,1 miljoner kronor per år.¹⁷

Kostnaden för de extra veckorna som föreslås i avsnitt 6.1 uppstår när de första studenterna beviljas studiemedel för en trettonde termin. För studier som leder till en examen inom EU/EES eller i Schweiz motsvarande minst 360 högskolepoäng kommer som mest 20 extra veckor att kunna beviljas från det att bestämmelsen träder i kraft. Detta gäller främst ett antal läkarutbildningar men det förekommer även enstaka andra utbildningar som omfattar sex års studier eller mer. Antalet studerande som uppbär studiemedel för att läsa vid sådana andra utbildningar är dock försumbart.

Det kan uppskattas att omkring 15 procent av de läkarstuderande i Sverige kommer att utnyttja studiemedel under 20 extra veckor utöver 240 veckor. Detta skulle medföra extra utflöde av studiebidrag, inklusive kostnader för statlig ålderspensionsavgift, om 3,51 miljoner kronor och studielån om 4,89 miljoner per år. Det vill säga en sammanlagd kostnadsökning om 3,85 miljoner kronor per år inklusive kostnader för statliga ålderspensionsavgifter och förväntade förluster.

Svenska läkarstudenter utomlands studerar främst i Danmark, Polen, Rumänien och Ungern. Om 15 procent av dessa studenter skulle utnyttja studiemedel under 20 extra veckor utöver 240 veckor skulle det medföra ett extra utflöde av studiebidrag, inklusive kostnader för statlig ålderspensionsavgift, om 5,37 miljoner kronor och studielån om 14,08 miljoner kronor per år. Det vill säga en sammanlagd kostnadsökning om 6,36 miljoner kronor per år inklusive kostnader för statliga ålderspensionsavgifter och förväntade förluster.

Möjligheten till 20 extra veckor för att slutföra en längre utbildning kan därmed beräknas medföra kostnadsökningar med omkring 10,2 miljoner kronor per år.¹⁸

¹⁷ Uttryckt i 2011 års belopp och inklusive kostnader för statliga ålderspensionsavgifter.

¹⁸ Uttryckt i 2011 års belopp och inklusive kostnader för statliga ålderspensionsavgifter.

9.7 Konsekvenser för sjukvårdshuvudmännen

Utredningens bedömning är att den nya utbildningen kommer att ha en rad fördelaktiga konsekvenser för hälso- och sjukvårdshuvudmännen (se även avsnitt 9.10). De ekonomiska konsekvenserna på kort sikt är dock svårbedömda. Inledningsvis kan förändringarna innebära vissa utmaningar kopplade till framför allt bemanning och tjänsteutveckling.

Med lärosätena som ansvariga för utbildningens kvalitet fram till examen och legitimation omfattas hela vägen till behörighet för yrket av högskolans krav på vetenskaplig förankring. Förslaget förtydligar statens roll och bidrar därför till att skapa långsiktighet och förutsägbarhet när det gäller läkarutbildningens innehåll och kvalitet. Detta förutsätter dock att samverkansformer mellan sjukvårdshuvudmännen och lärosäten utvecklas och intensifieras.

Under en övergångsperiod kan förändringarna medföra vissa konsekvenser när det gäller planering och utveckling av tjänster. Allmäntjänstgöringen (AT) skapades bland annat för att introducera läkarna i vården under handledning, men också för att bidra till produktion av vård. Utredningens förslag innebär att landstingens skyldighet att tillhandahålla tjänster för allmäntjänstgöring upphör.

Förbättrade mål och snabbare process till legitimerade läkare

De nya målen i examensbeskrivningen betonar i högre utsträckning än tidigare de professionella kompetenser som efterfrågas inom hälso- och sjukvården. Det handlar bland annat om bemötande och kommunikation, professionellt förhållningssätt, ledarskap, teamarbete och patientsäkerhet. Förbättringskunskap och kvalitet lyfts fram, liksom förmågan att delta i forsknings- och utvecklingsarbete.

Utbildningstiden fram till läkarlegitimation är i dag sammanlagt minst sju år; fem och ett halvt års läkarutbildning och minst ett och ett halvt års AT. I verkligheten är ofta tiden till legitimation ännu längre, eftersom många vikarierar som underläkare i väntan på AT. Med utredningens förslag om en sexårig utbildning fram till examen och legitimation kommer genomströmningen från påbörjad utbildning till legitimering att öka. Därmed ökar möjligheterna för läkarna att påbörja specialiseringstjänstgöring tidigare, vilket ökar förutsättningarna för att sjukvården snabbare kan få tillgång till

specialistkompetenta läkare. Den sammanlagda yrkesverksamma tiden för läkare bör följaktligen också kunna bli längre.

Förändrade möjligheter till rekrytering

Vid utredningens samtal med företrädare för hälso- och sjukvården har farhågor kring möjligheter till rekrytering framhållits. Detta gäller särskilt mindre sjukhus inom de landsting som inte medverkar i läkarutbildningen i dag.

De längre sammanhållna perioderna av verksamhetsintegrerat lärande (ViL) som utredningen förespråkar kommer att skapa nya möjligheter till att exponera studenterna för olika typer av vårdverksamheter. När studenter under längre perioder finns i sjukvården kommer förutsättningar att finnas för att skapa intresse hos studenterna för framtida specialisering och för huvudmännen avseende rekrytering av framtida personal. De kostnader som landstingen i dag har när det gäller olika slags rekryteringsåtgärder kopplade till AT-tjänster frigörs.

Bemanning i verksamheter där AT-läkarna utgör en viktig resurs

AT tillkom av flera olika skäl, varav ett handlade om att de yngre läkarna under handledning skulle vara en tillgång i vården genom att delta i det direkta sjukvårdsarbetet. Med ökande grad av självständighet genomför de medicinska bedömningar av patienter, förskriver läkemedel och utfärdar sjukintyg. AT-läkarna förefaller utgöra en viktig resurs i arbetet på akutmottagningar. Utredningen menar dock att eventuella tillfälliga bemanningsproblem inom vissa verksamheter när AT upphör är övergående. Det är sannolikt att många av dem som genomgått den nya utbildningen och fått legitimation efter examen, kommer att vilja vikariera och prova att arbeta inom olika typer av verksamheter fram till dess att de påbörjar sin specialiseringstjänstgöring.

I detta sammanhang är det också viktigt att framhålla att det finns stora möjligheter att omfördela arbetsuppgifter mellan olika grupper av sjukvårdspersonal. Många uppgifter i hälso- och sjukvården som inte är regelstyrda kan i princip utföras av vilken legitimerad personal som helst, förutsatt att vederbörande har den kunskap som behövs för att utföra uppgiften på ett korrekt sätt.

Man kan inte överlåta de uppgifter som är reglerade och endast *får* utföras av en viss yrkesgrupp, men det finns relativt stora möjligheter att lägga upp arbetet efter reell och personlig kompetens.¹⁹ Verksamhetschefen eller motsvarande har att ta ställning till vilka arbetsuppgifter som kan utföras under eget yrkesansvar och vilka som kan delegeras. Verksamhetschefen måste naturligtvis förvissa sig om att yrkesutövaren har relevant utbildning (kompetens) för uppgifterna innan de överläts. För att vården ska vara patientsäker förutsätts att arbetsordningen är tydlig, att det finns riktlinjer för hur uppgifterna ska genomföras och att arbetet följs upp kontinuerligt.²⁰

Förändringar i organisationen för studierektorer och handledare

Landstingen har i dag en utvecklad organisation av studierektorer för allmäntjänstgöringen (AT) och specialiseringstjänstgöringen (ST). Studierektorer finns i dag inom de flesta landsting, men befogenheter, resurser och ansvarsområden varierar. Inom den allmänmedicinska verksamheten finns en väl utbyggd organisation som i stort sett täcker hela landet. När det gäller tjänstgöringen vid sjukhus ser det något annorlunda ut. Studierektorerna på universitetsorterna är vanligtvis klinik- eller sjukhusbundna. För övrigt tycks det vara vanligt att en studierektor utses för AT- och ST-läkarna inom ett förvaltningsområde. Studierektorn är oftast underställd lokal verksamhetschef och i allmänhet specialistkompetent.

En s.k. övergripande studierektor för AT eller ST eller bådadera ansvarar för ett större område, exempelvis ett sjukhus, ett landsting eller flera primärvårdsområden. Han eller hon är ofta organisatoriskt sett direkt underställd personaldirektören eller motsvarande. Studierektorn får därmed en stabsställning som kan motiveras av arbetsuppgifternas mer övergripande karaktär. Ofta koordinerar han eller hon arbetet för flera studierektorer.

Utredningen kan konstatera att landstingen i dag, bland annat genom organisationen av studierektorer, har en välutvecklad beredskap och erfarenheter när det gäller handledning och lärande i vården. En konsekvens av utredningens förslag blir att landstingen behöver se över studierektorsorganisationen, och på vilket sätt erfarenheterna av, och strukturer för, AT kan komma den nya

¹⁹ *Vem får göra vad i vården?* Socialstyrelsen (2004).

²⁰ *Socialstyrelsens föreskrifter om allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* (SOSFS 2011:9).

läkarutbildningen till godo. Utredningen vill framhålla att det är angeläget att de välfungerande modeller för utbildning och handledning i vårdens verksamheter som finns tas till vara när universitetet - i samverkan med sjukvården - utvecklar nya och förbättrade arenor för studenternas lärande.

9.8 Konsekvenser för jämställdheten och för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen

Utredningens bedömning: Förslagen medför inga direkta konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män, vare sig när det gäller patienter eller de blivande läkarna. Indirekt kan de reviderade målen i examensbeskrivningen emellertid sägas gynna jämställdheten inom hälso- och sjukvården. Utredningen bedömer att förslagen inte påverkar andelen studenter på läkarutbildningen med utländsk bakgrund.

Jämställdhet och jämlikhet i vården

De senaste decennierna har betydelsen av kön och genus för hälsa, sjuklighet och behandlingsresultat i hälso- och sjukvården fått ökad uppmärksamhet, både nationellt och internationellt. Man kan urskilja två huvudsakliga orsaker till denna utveckling:

1. En gemensam strävan nationellt såväl som internationellt att uppnå jämställdhet mellan män och kvinnor ur ett övergripande hälsopolitiskt perspektiv. Detta betyder att män och kvinnor ska ha lika goda möjligheter att uppnå bästa möjliga hälsa genom bland annat likvärdig tillgång till bästa möjliga evidensbaserade sjukvård.
2. Stigande hälso- och sjukvårdskostnader i de flesta västländer. Om hälso- och sjukvården i framtiden ska kunna använda sina resurser på ett effektivt sätt, behöver skillnader mellan män och kvinnor när det gäller hälsa, sjuklighet, tillgänglighet och omhändertagande tas på allvar.

Under de senaste decennierna har jämställdhet i vården varit fokus för flera statliga utredningar och uppföljningar.²¹ Inom forskningen har ofta framhållits att vårdens insatser inte i tillräcklig omfattning tar hänsyn till kön. Kunskap om aspekter relaterade till kön och genus inom det medicinska området har återkommande varit under diskussion. Socialstyrelsen konstaterade i en rapport 2008 att jämställdheten i vården förbättrats på flera punkter och att de medicinska utbildningarna i ökad utsträckning inkluderar kunskap om såväl biologiska som socialt betingade genusaspekter i vården.²²

Läkarutbildningsutredningens förslag syftar till att förbättra utbildningen för läkare bland annat genom nya examensmål. Dessa betonar i högre grad än tidigare vikten av ett patientcentrerat förhållningssätt och likvärdighet i hälso- och sjukvården. Målen syftar också till att tydligare än i dag markera patientens ökade delaktighet och inflytande i vården. Flera av målen avser att bidra till en vård och omsorg som ska minska omotiverade skillnader i behandling och bemötande som beror på könstillhörighet eller etnicitet. Därmed kan de indirekt bidra till såväl jämställdheten mellan kvinnor och män som till möjligheten att uppnå de integrationspolitiska målen.

Förslagen kan därmed indirekt bidra till en ökad jämställdhet genom att målen ytterligare tydliggör bl.a. patientcentrering och patientens delaktighet, vilket förutsätts leda till en mer individanpassad vård. I övrigt menar utredningen att vid såväl undervisning som vid lärandet i vårdens verksamheter ska genusaspekter lika väl som andra aspekter utgöra en obligatorisk del av den professionella träningen.²³

Jämställdhet och jämlikhet för de blivande läkarna

Utöver de resonemang kring möjliga sociala konsekvenser för de blivande läkarna som förs fram i avsnitt 8.3, ser inte utredningen att förslaget har några konsekvenser kopplade till kön.

Läkarexamen är en utbildning där andelen nybörjare med studieovan bakgrund är liten. Särskilt för dessa personer har möjligheten att erhålla studiestöd stor påverkan på valet att påbörja studier på

²¹ Se *Jämställd vård – Olika vård på lika villkor* (SOU 166:133). *Jämställd vård, Könsperspektiv på hälso- och sjukvården*, Socialstyrelsen (2004).

²² *Mot en mer Jämställd vård och omsorg*, Socialstyrelsen (2008).

²³ Andersson, SO. et al. (2012) *Professionell utveckling inom läkaryrket*.

eftergymnasial nivå.²⁴ Utredningen bedömer att möjligheten till extra studiemedelsveckor kan bidra till att den sociala snedrekryteringen till läkarutbildningen inte ökar på grund av utredningens förslag.

Andelen studenter med utländsk bakgrund är mindre på läkarutbildningen än på flera andra utbildningar inom vårdområdet. På läkarutbildningen var läsåret 2010/11 13 procent antingen födda utomlands eller födda i Sverige men med två utrikesfödda föräldrar.²⁵ Andelen med utländsk bakgrund på två andra utbildningar som leder till examen på avancerad nivå var 62 procent på apotekarutbildningen och 38 procent på tandläkarutbildningen. Att en utbildning är lång tycks alltså inte i sig göra att den väljs bort av dem som har utländsk bakgrund, och utredningen bedömer inte att en förlängning med en termin skulle göra någon skillnad.

9.9 Konsekvenser för små företag

Utredningens bedömning: Förslagen i utredningen bör inte ha några avgörande konsekvenser för små företag i betydelsen privata vårdgivare. Landstingen ansvarar för att avtal med dessa sluts, utifrån vilken vård som behöver erbjudas. Utredningen menar att det finns stora möjligheter för mindre verksamheter inom vården att medverka i utbildningen av läkare, och att utvecklas som goda lärandeorganisationer.

Utredningen har i kapitel 5 bland annat beskrivit överväganden och förslag som rör det verksamhetsintegrerade lärandet. Utredningen bedömer att olika vårdverksamheter inom framför allt öppna vårdformer behöver utvecklas.

Andelen privata vårdgivare inom den öppna vården ökar. Enligt uppgift från Vårdföretagarna fanns 2010 totalt omkring 5 300 privata företag i hälso- och sjukvårdssektorn, varav cirka 95 procent hade färre än 10 anställda.²⁶ Denna utveckling illustreras också av uppgifter som visar att landstingen lägger ut allt fler verksamheter på entreprenad. År 2009 köpte landstingen vårdtjänster för cirka 33 miljarder kronor vilket utgjorde 15,7 procent av landstingens kost-

²⁴ *Vilken inverkan har studiestödet på valet mellan att studera och inte studera?* CSN (2011).

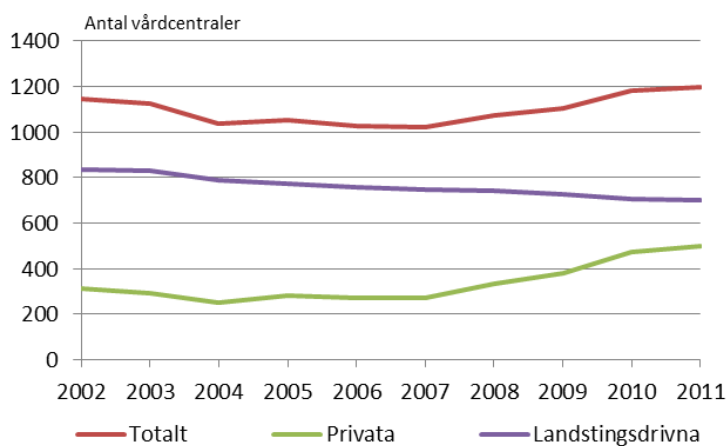
²⁵ Högscoleverket och Statistiska centralbyrån (UF 46 SM 1201).

²⁶ www.vardforetagarna.se

nader för hälso- och sjukvård. Det var en ökning med 17 procent från 2005. Över hälften av alla köp gjordes från privata vårdgivare och företag och det gällde oftast vård inom primärvård och specialiserad somatisk vård. Köp från privata vårdgivare/företag utgjorde 8,5 procent och ökade med 15,4 procent sedan 2005 och andelen ökade mest inom primärvården.

Andelen vårdenheter i primärvården som drivs i privat regi var cirka 35–40 procent i landet och varierade mellan cirka 9 procent i Dalarna och 63 procent i Stockholm under år 2011.²⁷

Figur 9.1 Antal vårdcentraler i Sverige, totalt och uppdelat på privata och landstingsdrivna vårdcentraler



Källa: SKL.

²⁷ Tillståndet och utvecklingen i hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport. Socialstyrelsen (2012).

Motsvarande utveckling ses även för den kommunala äldreomsorgen, där andelen icke-offentliga utförare har ökat och numera utgör cirka 15–20 procent. Utvecklingen mot en allt högre andel privata utförare i vård och omsorg har gått snabbt under senare år.

I utredningens kontakter med företrädare för de privata vårdgivarna framhålls att de privata vårdgivarna menar att man medverkar i utbildningen av läkare, men man framhåller också att möjligheterna är betydligt bättre för de större enheterna än för de mindre. Traditionellt har den landstingsdrivna vården inkluderat utbildning i sitt bredare uppdrag och de privata mindre verksamheterna har ofta mindre marginaler, även om man har en vilja att erbjuda lärandemöjligheter. För de mindre verksamheterna är det svårare rent praktiskt och konsekvenserna för verksamheten mer kännbara. De nya vårdvalssystem som kontinuerligt införs har ofta bredare uppdrag, vilket leder till större grupperingar av vårdenheter, vilket möjligen kan förbättra förutsättningarna att kunna delta i läkarutbildningen.

Utredningen kan konstatera att det är centralt att det finns tydliga krav och åtaganden specificerade i landstingens avtal med den ökande andelen små privata vårdgivare, för att möjliggöra utvecklingen av goda lärandemiljöer. Det är också angeläget att de mindre enheter som deltar i läkarutbildningen också ingår i ett tydligt sammanhang som inkluderar utbyte med universitetsanställda lärare och handledare.

9.10 Övergripande samhällsekonomiska konsekvenser

Utredningens bedömning: Utredningens förslag är inriktade på att skapa en läkarutbildning som bättre stämmer överens med hälso- och sjukvårdens och kunskapssamhällets övergripande behov. De nya målen för läkarexamen, i kombination med en snabbare väg fram till färdig specialistläkare, bedöms på sikt vara kostnadsbesparande för staten och samhället.

Utredningens samlade förslag innebär en modernisering av läkarutbildningen som i större utsträckning än i dag bedöms kunna rusta studenterna för deras framtida yrkesgöring. Utredningens förslag till nya mål ger tydlig vägledning om vilken kompetens som förväntas av de framtida läkarna. Det handlar bland annat om större

fokus på kommunikativ förmåga, ledarskap, global medvetenhet och socialt ansvarstagande i kombination med ett tydligt vetenskapligt förhållningssätt (se kapitel 4).

Personalens kompetens är hälso- och sjukvårdens viktigaste resurs

Integrering av modern vetenskap i utbildningen, i kombination med kontinuerlig pedagogisk reformering vid de medicinska fakulteterna, har utrustat läkare och annan vårdpersonal med den kunskap som bidragit till betydligt längre medellivslängd i många av världens länder.

Under 2000-talet har dock ett flertal nya utmaningar tornat upp sig. Dessa förhållanden beskrivs mer ingående i kapitel 2. Helt kort handlar det om fortsatt stora skillnader i hälsa mellan olika grupper, både inom och mellan länder, nya typer av smittsamma sjukdomar i kombination med förändrade hälsorisker kopplade till både levnadsvanor och miljöfaktorer, och betydande problem med patientsäkerhet och kontinuitet i vården. Hälso- och sjukvårdssystemen över hela världen kämpar för att hålla jämna steg med dessa utmaningar, och blir samtidigt allt mer komplexa och kostsamma. Detta ställer nya krav på läkare och annan vårdpersonal.

Den s.k. Lancetkommissionen framhåller att yrkesutbildningen vid de medicinska fakulteterna inte hållit jämna steg med dessa utmaningar.²⁸ Detta beror enligt kommissionens bedömning på bland annat fragmenterade och statiska läroplaner med för låg grad av vetenskaplig förankring. Man konstaterar vidare att medicinsk utbildning i mycket högre grad än i dag behöver ses i ett bredare sammanhang, med ett tydligt systemperspektiv, och relateras till aktuella och framtida utmaningar.

The problems are systemic: mismatch of competencies to patient and population needs; poor teamwork; persistent gender stratification of professional status; narrow technical focus without broader contextual understanding; episodic encounters rather than continuous care; predominant hospital orientation at the expense of primary care; quantitative and qualitative imbalances in the professional labour market; and weak leadership to improve health system performance.

Lancetkommissionen, 2010

²⁸ Lancetkommissionens arbete beskrivs i kapitel 1.

Lancetkommissionen framhåller att investeringar i de medicinska yrkesutbildningarna generellt förefaller vara blygsamma med tanke på deras betydelse för hälso- och sjukvårdssystemens resultat. De uppskattar att det globalt investeras mindre än 2 procent av de totala kostnaderna för hälsosystemen. Man framhåller samtidigt att detta är en mycket ungefärlig uppskattning eftersom det i många fall varit problematiskt att få fram relevanta uppgifter från många länder som ingår i kartläggningen.

Även i Sverige är samhällets totala kostnader för högskoleutbildningar som leder till en yrkesexamen inom vård och medicin svåra att uppskatta på ett rättvisande sätt. Ur Högskoleverkets statistik går att utläsa att staten årligen betalar cirka 4,3 miljarder kronor för högskoleutbildning i form av kurser inom området vård respektive medicin.²⁹ Till detta kommer statens kostnader för ersättning till landstingen för medverkan i läkarutbildningen (s.k. ALF-ersättning) och för studiestöd. I beloppet ingår alltså inte sådana yrkesgrupper inom vården som utbildas utanför högskolan, t.ex. vårdbiträden och undersköterskor.

Ett antal övergripande faktorer kan förväntas vara centrala när det gäller att hantera de framtida utmaningarna. I den svenska kontexten kan det bland annat handla om personalens samlade kompetens, ledning och organisation inom hälso- och sjukvården, ersättnings- och incitamentsstruktur, lagstiftning, infrastruktur och andra faktorer, t.ex. olika statliga reformer som vårdvalssystem. Brister i kvalitet och säkerhet är samhällsekonomiskt kostsamt.

I Sverige uppgick år 2011 de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna till cirka 324 miljarder kronor i 2011 års priser, inklusive tandvård, kommunal hälso- och sjukvård, läkemedel samt hälso- och sjukvårdens investeringar.³⁰ I summan ingick landstingens kostnader och statens kostnader i form av olika stimulansbidrag. Flera av utmaningarna inom hälso- och sjukvården som beskrivits ovan och i kapitel 2 är förknippade med kostnader relaterade till olika typer av kvalitetsbrister.

²⁹ www.hsv.se/statistik (Antal HST x statens ersättning för en helårsstudent inom området) + (Antal HPR x statens ersättning för en helårsprestation inom området).

³⁰ *Tillståndet och utvecklingen i hälso- och sjukvård och socialtjänst*. Lägesrapport, Socialstyrelsen (2013) och Nationalräkenskaperna, SCB.

Några exempel:

- Brister i patientsäkerhet – en aktuell EU-rapport uppskattar att cirka 20–30 procent av kostnaderna inom sjukhusvården utgörs av kostnader relaterade till olika typer av patientsäkerhetsproblem.³¹
- Socialt betingade skillnader i hälsa och vård – Socialstyrelsen uppskattar att de samhällsekonomiska konsekvenserna för socialt betingade skillnader i hälsa och vård årligen uppgår till över 100 miljarder kronor.³²
- Kostnader förknippade med brister i läkemedelsförskrivning har internationellt uppskattats till mycket stora summor. För Sverige finns inga aktuella beräkningar men allt mellan 5 till 20 miljarder har nämnts i olika sammanhang. Då inkluderas både s.k. över- och underbehandling. Regeringen har nyligen presenterat en särskild strategi för att förbättra läkemedelsanvändningen.³³
- I en rapport inom det s.k. LEV-projektet uppskattas att olika typer av satsningar på bland annat förebyggande av ohälsa och förbättrad patientsäkerhet (som t.ex. minskning av fallolyckor och vårdrelaterade infektioner) sammanlagt skulle kunna ge besparingar på upp till 54 miljarder fram till 2050.³⁴

Utredningen menar att de förslag om utbildningens omfattning, struktur och innehåll som lagts fram i föregående kapitel kan förväntas bidra till att dessa utmaningar i större utsträckning hanteras, samt till att de övergripande målen för hälso- och sjukvården uppnås. I avsnitt 9.6 uppskattas statens kostnader för läkarutbildningens ökade omfattning till omkring 170 miljoner kronor. Dessa kostnader bör ställas i relation till syftet med förslagen och de potentiella förbättringarna inom såväl hälso- och sjukvården som inom utbildning och forskning. Som jämförelse kan nämnas att regeringen för år 2013 har avsatt sammanlagt cirka 6,3 miljarder kronor i särskilda bidrag för att stimulera till utveckling i olika delar inom vård- och omsorgssektorn. Det handlar bland annat om utveckling av patientsäkerheten, utveckling av vården vid psykisk

³¹ http://ec.europa.eu/health/patient_safety/projects/index_en.htm

³² *Ojämna villkor för hälsa och vård. Jämlikhetsperspektiv på hälso-och sjukvården*, Socialstyrelsen (2011).

³³ *Nationella läkemedelsstrategin*, Socialdepartementet (2012).

³⁴ *Den ljusnande framtiden är vård. Delresultat från LEV-projektet*, Socialdepartementet (2010).

ohälsa, insatser för rehabilitering, kvalitetsförbättringar vad gäller läkemedelsordinationer, och förbättrade processer för sjukskrivning.

Ur ett långsiktigt samhällsekonomiskt perspektiv bedömer utredningen därför att den extra kostnad för staten som den nya utbildningen innebär måste bedömas vara relativt marginell.

The pursuit, production, dissemination, and preservation of knowledge are the central activities of a civilization. Knowledge is social memory, a connection to the past; and it is social hope, an investment in the future. The ability to create knowledge and put it to use is the adaptive characteristic of humans. It is how we reproduce ourselves as social beings and how we change—how we keep our feet on the ground and our heads in the clouds.

Louis Menand genom Lancetkommissionen, 2010

Litteratur och referenslista

- Andersson, SO. et al. (2012). *Professionell utveckling inom läkaryrket*. Stockholm: Liber.
- Anell, A. Glenngård, A. Merkur, S. (2012) *Sweden. Health System Review. Health Systems in Transition*. 2012;14:1-159. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Barker, R. (2011). *2030 The Future of Medicine, Avoiding a Medical Meltdown*. Oxford University Press.
- Bell, SK. Krupat, E. Fazio, SB. Roberts, DH. Schwartzstein, RM. (2008). *Longitudinal pedagogy: a successful response to the fragmentation of the third-year medical student clerkship experience*. Acad Med 2008; 83:467-75.
- von Below, B. Hellquist, G. Rödger, S. et al. (2008) - *Medical students' and facilitators' experiences of an early professional contact course: active and motivated students, strained facilitators* BMC Medical Education 2008, 8:56.
- von Below, B. Rödger, S. Wahlqvist, M. et al. (2011). - *I couldn't do this with opposition from my colleagues: A qualitative study of physicians' experiences as clinical tutors*. BMC Medical Education 2011, 11:79.
- Bergdahl, B. Eintrei, C. Fyrenius, A. Hultman, P. Theodorsson, E. (2005). *Läkarutbildningen i Linköping förnyas. Problembaserat lärande, basvetenskap och folkhälsa förstärks*. Läkartidningen 2005;102:2654-8.
- Birgegård, G. Sandler, S. Bergsten, J. Nilsson, O. (2008). *Den nya läkarutbildningen i Uppsala. Fallbaserad, integrerad och med tidig patientkontakt*. Läkartidningen 2008;105:3724-8.
- Björck, E. Juth, N. Marions, L. (2012). *Integrerad undervisning i etik av värde på läkarutbildningen*. Läkartidningen 2012;109, 23-24.
- Brennan, T. et al. (2002). *Medical professionalism in the new millennium: A physicians charter*. Lancet 2002;359:520-22.

- British Medical Association. (2011). *The social determinants of health- what doctors can do*. Report. BMA. 2011.
- Carlsson, S. (2010). *Förbättringsprojekt unikt inslag i AT-läkares utvecklings- och ledarskapsprogram*. Moderna läkare, 01/2010.
- Chen, PW. M.D. (2012). *Reinventing the Third-Year Medical Student*. The New York Times.
- Cooke, M. Irby, DM. O'Brien, BC. (2010). *Educating physicians: A call for reform of medical school and residency*. San Francisco: Jossey-Bass, ISBN:978-0-470-45797-9.
- CSN (2011). *Svenskt studiestöd i europeiskt perspektiv*. Rapport. CSN Dnr 2011-2189-9285.
- CSN (2011). *Svenskt studiestöd i europeiskt perspektiv*. Rapport. CSN Dnr 2011-2189-9285.
- CSN (2011). *Beviljning av studiestöd 2010/11*.
- Cumming, A. Ross, M. (2008). *Learning outcomes/competencies for undergraduate medical education in Europe*. The Tuning Project.
- Dahlgren, L O. Kaviani, C. Krook-Brandt, M. Östergren, J. (2009). *AT-provets resultat varierar beroende på studieort och ålder*. Läkartidningen 2009:38.
- David, A. Hirsh, M.D. Ogur, B. et al.(2007). "Continuity" as an Organizing Principle for Clinical Education Reform. *The New England journal of Medicine*. Medical .D. N Engl J Med 2007; 356:858-866.
- Dellson, P. (1997). *Klinisk blick- Reflexioner kring läkekonsten, Natur och kultur*.
- Den orättvisa hälsan – Om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd*. (2012). Rostila, M (red.), Toivanen, S (red.). Liber.
- Diskrimineringsombudsmannen; (2012). *Rätten till sjukvård på lika villkor*. Diskrimineringsombudsmannen; 2012.
- Docteur, El & Coulter, A (2012). *Patientcentrerad i svensk hälso- och sjukvård: En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring*, Rapport 2012:5, Myndigheten för vårdanalys. Stockholm.
- Dornan, T. (2006). *Experience-based learning: Learning clinical medicine in workplaces*. Manchester, Universitaire Pers; Maastricht.
- Ds 2004:2 *Högre utbildning i utveckling. Bologna-processen i svensk belysning*. Utbildningsdepartementet.
- Ebach, J. Trost, G. (1997). *Admission to Medical Schools in Europe*. Pabst Science Publishers, D-49525 Lengerich.

- Ek, U. Linder, S. Wetter, I., (2011). *Rätt & Vett – Om juridik och etik i psykologiskt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Eklöf, M. (2000). *Läkarens ethos: Studier i den svenska läkarkårens identiteter, intressen och ideal 1890-1960*, Diss. Linköping: Linköpings universitet.
- Etik en introduktion, omarbetad upplaga*. Etiska vägmarken 1; 2008. Stockholm: Statens Medicinsk-Etiska Råd.
- Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG av den 7 september 2005 om erkännande av yrkeskvalifikationer.
- Fredriksson, M. (2012). *Between Equity and Local Autonomy: A Governance Dilemma in Swedish Healthcare*. Acta Universitatis Upsaliensis. Diss. Uppsala universitet.
- Frenk, J. Chen, L. Butta, ZA. et al. (2010). *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*. Lancet 2010;376:1923-58. (Lancet-kommissionen).
- Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools*. 2010. Global Health Education Consortium.
- Goldie, J. (2012). *The formation of professional identity in medical students: Considerations for educators*. Web paper. Medical Teacher. 2012; 34.
- Gordon, D. Lindgren, S. (2010). *The global role of the doctor in health care*. World Med Health Pol 2010. 2(1) Article 3. DOI:10.2202/1948-4682.1043.
- Hafferty, FW. (1998). *Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum*. Acad Med 1998;73:403-7.
- Haffling, A-C. (2011). *Medical students in general practice. Students' learning experiences and perspectives from supervisors and patients*. Lund University.
- Haffling, A-C. Håkansson, A. Hagander, B. (2001). *Early patient contact in primary care: a new challenge*. Medical Education 2001;35:901-908.
- Hagenfeldt, K. *Läkarutbildningen efter 1977*. I: (2003) Sjöstrand, N. (red.) *Ett sekel med läkaren i fokus Läkarförbundet (1903–2003)*. Stockholm: Läkarförbundet.
- Hanse, E. Wahlqvist, M. Sturm, A. et al. (2011). *Läkarprogrammet i Göteborg moderniserar. Professionell utveckling, forskningsanknytning och internationalisering i fokus*. Läkartidningen 2011;108:669-73.
- Health in Sweden: The National Public Health Report 2012*. Scandinavian Journal of Public Health, 2012; 40 (Supplement 9).

- Hellquist, G. Rödger, S. von Below, B. Sveinsdóttir, G. Björkelund, C. (2005). *Tidig yrkeskontakt stärker studenternas professionella utveckling*. Läkartidningen 2005;102:2646-51.
- Helsedirektoratet (2010). *Nybyrjarstilling for legar- praktisk og pedagogisk oppfølging av nyutdanna legar*. (rapport) Oslo: Helsedirektoratet.
- Herting, A. & Kristensson, M. (2012). *Hälsofrämjande möten. Från barnhälsovård till palliativ vård*. Lund: Studentlitteratur.
- Hirsh, DA. Ogur, B. Thibault, GE., Cox, M. (2007) "Continuity" as an Organizing Principle for Clinical Education Reform. *M.D.N Engl J Med* 2007; 356:858-866 February 22, 2007.
- Hoppe, A. & Kiessling, A. (2012). *Nationell enkät visar kvaliteten i svensk läkarutbildning*. Läkartidningen 2012;109:9-10.
- Högskoleverket (2001). *Läkares prov vid allmäntjänstgöring*. Skrivelse samt promemoria. Högskoleverket reg.nr. 30-427- 01.
- Högskoleverket (2003). *Studenternas kostnader i samband med högskoleutbildning*. Högskoleverket reg.nr 31-1570-02.
- Högskoleverket (2010). *Nationell referensram för examina*, Högskoleverket reg. nr.12-5202-10.
- Högskoleverket och Statistiska centralbyrån. *Universitet och högskolor. Genomströmning och resultat på grundnivå och avancerad nivå*. Statistiska meddelanden UF 20 SM 1103.
- Högskoleverket och Statistiska centralbyrån. *Universitet och högskolor. Sökande och antagna till högskoleutbildning på grundnivå och avancerad nivå HT 2012*. Statistiska meddelanden UF 46 SM 1201.
- Högskoleverket. *Läkarutbildningen i Sverige – hur bra är den?* Högskoleverkets rapportserie 1997:29R.
- Högskoleverket. *Examination med kvalitet*. Högskoleverkets rapportserie 2006:45R.
- Högskoleverket. *Utbildning på vetenskaplig grund. Röster från Fältet*. Högskoleverkets rapportserie 2006:46R.
- Högskoleverket. *Utvärdering av grundutbildningar i medicin och vård*. Högskoleverkets rapportserie 2007:23R.
- Högskoleverket. *Utvärderingar av utbildning på forskarnivå inom medicin, vårdvetenskap och farmaci*. Högskoleverkets rapportserie 2008:12R.
- Högskoleverket. *Rättssäker examination*. Högskoleverkets rapportserie 2008:36R.

- Högskoleverket. *Allvarlig brottslighet som hinder mot att genomgå högskoleutbildning*. Högskoleverkets rapportserie 2009:20R.
- Högskoleverket. *Kompletterande utbildningar för utländska akademiker*. Högskoleverkets rapportserie 2012:8R.
- Högskoleverket. *Universitet & Högskolor. Högskoleverkets årsrapport 2012*. Högskoleverkets rapportserie 2012:10R.
- Högskoleverket. *Högskoleverkets system för kvalitetsutvärdering 2011-2014*. Högskoleverkets rapportserie 2012:15 R.
- Högskoleverket. *Högskoleutbildningarna och arbetsmarknaden, ett planeringsunderlag inför 2013/14*. Högskoleverkets rapportserie 2012:22R.
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the quality chasm. A new health system for the 21st century*. Washington DC: National Academy Press; 2001.
- Interpellation 2012/13:5, Anf. 17, svar på interpellation om Sveriges kvalitetsutvärderingssystem för den högre utbildningen.
- Kanslersämbetet (1994). *Läkarutbildningens mål och strategier för kvalitetsutveckling – en inledande studie*. (Bergseth, B.) Universitetskanslern: Kanslersämbetet.
- Karolinska institutet (2012). *Regler för AT-examinationen*. <http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?a=38678&d=330&l=sv>
- Kihlberg, P. Perzon, M. Gedeberg, R. Blomqvist, P. Johansson, J. (2011). *Uniform Evaluation of Clinical Teaching - an Instrument for Specific Feedback and Cross Comparison Between Departments* Högre utbildning Vol. 1, Nr. 2 December 2011, 139-150.
- Kohn, L. T. Corrigan, J. M. Donaldson, M. S. (2000). *To Err is Human. Building a Safer Health System*. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine 2000. ISBN: 978-0-309-06837-6.
- KOM (2011) 367: Grönbok. *Modernisering av direktivet om erkännande av yrkeskvalifikationer*. Europeiska kommissionens förslag till ändring av Europaparlamentet och rådets direktiv 2005/36/EG.
- Krupa, C. (2012). *Med schools shift focus to team-based care*. American Medical News. Online, March 19, 2012.
- Lindberg, O. (2012). *Let me through, I'm a Doctor! Professional Socialization in the Transition from Education to Work*. Department of Education, Diss. Umeå: Umeå universitet.
- Lindgren, S. (2006). *Vilka resultat ska grundutbildningen av läkare uppnå?* Läkartidningen 2006;103:3354-55.

- Lindgren, S. (2008). *Dags för nationell samsyn kring kraven för läkarlegitimation*. Läkartidningen Nr 51-52. 2008. Vol. 105.
- Lindgren, S. Brännström, T. Hanse, E. et al. (2011). *Medical Education in Sweden*. Medical Teacher Vol. 33: 798-803.
- Lindgren, S. Danielsen, N. (2007). *Från ämnesbaserad linje till resultatstyrt program*. Läkartidningen 2007;104:2693-7.
- Lindgren, S. Gordon, D. (2011). *The doctor we are educating for a future global role in health care*. Medical Teacher 2011;33:551-554.
- Lindgren, S. Gordon, D. (2012). *Lifelong quality improvement*. Medical Education, 2012;46:11-12.
- Lindgren, S. Håkansson, A. (2007). *Livslångt lärande för trygg yrkesroll*. Läkartidningen 2007;104:2677-2705
- Lindström, U. Johansson, E. Bodlund, O. Hamberg, K. (2008). *Professionell utveckling. Så förs ämnet stegvis in i läkarutbildningen i Umeå*. Läkartidningen 2008;105:909-13.
- Ludvigsson, J. (2008). *AT-skrivningar får gott omdöme av AT-läkarna*. Läkartidningen nr. 35. Vol. 2008.
- Ludvigsson, J. Kechagias, S. Börjesson, L. et al (2012) *AT-examination behövs även i en förändrad utbildning*. Läkartidningen, nr.4, Vol. 109.
- Lundberg, A. (2011). *Brister i utbildningens kvalitet*. Läkartidningen 2011;108 (39):1883.
- Lynöe, N. Wessel, M. Olsson, D. et al. (2011) *Respectful encounters and return to work: empirical study of long-term sick-listed patients' experiences of Swedish healthcare*. BMJ Open 2011;1:e000246. doi:10.1136/bmjopen-2011-000246.
- Lövtrup, M. (2012). *Många läkarutbildningar bygger på tradition – inte evidens*. Läkartidningen, nr. 45 Vol.109.
- Maguire, P. Pitcealthly, C. (2002). *Key communication skills and how to acquire them*. BMJ group 2002;325:697-700.
- Mangrio, E. (2011). *Epidemiological studies of sociodemographic factors, early life factors, health, and medical care consumption among small children*. Lund University, Faculty of Medicine Doctoral Dissertation Series; vol. 2011:102. Malmö: Dept of Clinical Sciences.
- Mann, KV. (2011). *Theoretical perspectives in medical education: past experience and future possibilities*. Medical Education 2011;45: 60-68.
- Medical Teacher Special issue (2011). *Training for the future*. Medical Teacher 2011;33:8.

- Medical Teacher Special issue. *Social accountability*. Medical Teacher 2011;33:7.
- Medicine Studerandes Förbund (2012). *Utvärderingsrapport av prekliniska studier vid Sveriges läkarutbildningar*. Samuelson, E. Medicine Studerandes Förbund rapport.
- Medicine Studerandes Förbund. (2011). *Utvärdering av den kliniska läkarutbildningen 2010*. Medicine Studerandes Förbund rapport
- Medicine Studerandes Förbund. (2012). *KliniskHandledning*.
- Möller R, Shoshan M, Ponzer S. *Examensarbete på läkarutbildningen. Handledaren har en central roll för studentens framgång*. Läkartidningen 2012 (accepterad).
- NEPI. *Mindre sjukdom och bättre hälsa genom ökad följsamhet till läkemedelsordinationerna*. Rapport från Arbetsgruppen för Bättre Läkemedelshantering (ABLA II), NEPI 2001.
- Nilsson, G. Josephson, A. Kiessling, A. Sjöberg Bexelius, T. Ponzer, S. (2009). *Nytt läkarprogram på KI. Professionen i fokus och forskningsprocessen som pedagogisk grund*. Läkartidningen 2009;106:2847-55.
- Nordiska läkarförbunden. (2010). *Att arbeta som läkare i Norden*. Broschyr.
- OECD (2012). *Health at a Glance Europe 2012*.
- Ogur, B. Hirsh, D. Krupat, E. Bor, D. (2007). *The Harvard medical School-Cambridge Integrated Clerkship: An innovative Model of Clinical Education*. Academic Medicine, Vol. 82, No.4/April 2007, 397-404.
- Palier, B. (2006). *Hälso- och sjukvårdens reformer: En internationell jämförelse*. Sveriges Kommuner och Landsting, Stockholm.
- Papadakis, MA. (2005). *Disciplinary Action by medical Boards and Prior Behavior in Medical School*. N Engl J 2005; 353:2673-82.
- Patientcentered care in Sweden*. Myndigheten för vårdanalys (2012).
- Patient-läkarrelationen – Läkekunst på vetenskaplig grund*. Ottosson JO. (red). Sbu. Natur och Kultur. 1999.
- Patrício, M. Harden, RM. (2010). *The Bologna Process-A global vision for the future of medical education*. Medical teacher. 2010; 32:305-315.
- Prop. 1969/35 *Kungl. Maj:ts proposition angående vidareutbildning och fördelning av läkare m.m.*
- Prop. 1983/84:179 *om lag om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m.*
- Prop. 1997/98:5 *Läkarnas vidareutbildning*.

- Prop. 1999/2000:10 *Ett reformerat studiestödssystem.*
- Prop. 1999/2000:149 *Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården.*
- Prop. 2004/05:111 *Förstärkning av studiestödet.*
- Prop. 2007/08:110 *En förnyad folkhälsopolitik.*
- Prop. 2008/09:74 *Vårdval i primärvården.*
- Prop. 2009/10:139 *Fokus på kunskap – kvaliteten i den högre utbildningen.*
- Prop. 2009/10:67 *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning.*
- Prop. 2012/13:1 *Budgetproposition för 2013.*
- Regeringens direktiv 2011:96. *En förändrad läkarutbildning.*
- Regeringens direktiv 2012:113. *Tilläggsdirektiv till Utredningen om stärkt ställning för patienten genom en ny patientlagstiftning.*
- Regeringens direktiv 2012:119 *Tilläggsdirektiv till Utredningen om en förändrad läkarutbildning.*
- Regeringsbeslut 2010-07-07, U2010/4164, 3546, 3552/UH. *Uppdrag om kvalitetsutvärdering av utbildning på grundnivå och avancerad nivå.*
- Regeringsbeslut 2012-09-20, S2012/6492/FS. *Uppdrag att förbereda och inordna verksamhet med specialistkompetenskurser i Socialstyrelsen.*
- Riksdagsskrivelse 2008/09:172, *Vårdval i primärvården.* Stockholm 2009.
- Riksrevisionen. *Psykiatrin och effektiviteten i det statliga stödet.* Riksrevisionens rapportserie, RiR 2009:10.
- Riksrevisionen. *Resursstyrning i högskolans grundutbildning.* Riksrevisionens rapportserie RiR 2009:25.
- Riksrevisionen. *Statliga insatser för akademiker med utländsk utbildning.* Riksrevisionens rapportserie RiR 2011:16.
- Riksrevisionen. *Att styra självständiga lärosäten* Riksrevisionens rapportserie RiR 2012:4
- Rosén, A. Edström, K. Borglund, D. Kutteneuler, J. Hallström, S. Garmé, K. (2010). *Programsmål inom den nya utbildningsstrukturen på KTH.* (webb: www.ki.se).
- Sahlgrenska universitetssjukhuset. (2012). *AT-utvecklingsprogram.* HR-strategiska avdelningen, Sahlgrenska universitetssjukhuset (januari 2012).

- Savage, C. (2011). *Overcoming Inertia in Medical Education, Navigating Change With adaptive Reflection*. Diss. Karolinska Institutet. Stockholm.
- Schwartz, MR. Wojtczak, A. (2001). *Global minimum essential requirements: A road towards competence-oriented medical education*. *Medical Teacher*. 2002 24(2):125-9.
- SFS 1982:764 *Lag om vissa anställningar som läkare vid upplåtta enheter m.m.*
- SFS 1982:763 *Hälso- och sjukvårdslag.*
- SFS 1992:1434 *Högskolelag.*
- SFS 1993:100 *Högskoleförordning.*
- SFS 1998:1474 *Kommittéförordning.*
- SFS 1998:1518 *Förordning om behörighet till vissa anställningar inom hälso- och sjukvården m.m.*
- SFS 1999:1134 *Belastningsregisterförordning.*
- SFS 1999:1395 *Studiestödslag.*
- SFS 2010:1369 *Patientsäkerhetsförordning.*
- SFS 2010:659 *Patientsäkerhetslag.*
- Sjöberg, C. Eskilsson, C. *Problemet med äldres läkemedel måste tas på allvar. Ökad kunskap och bättre samarbete behövs på alla nivåer*. *Läkartidningen* nr 20–21 2012 volym 109.
- Sjöstrand, N. *Läkarnas grundutbildning 1800–1977*. (2003) I: Sjöstrand, N. (red.) *Ett sekel med läkaren i fokus Läkarförbundet (1903–2003)*. Läkarförbundet: Stockholm.
- Socialdepartementet (2010). *Den ljusnande framtid är vård*. Delresultat från LEV-projektet; Socialdepartementet: Stockholm.
- Socialdepartementet (2012). *Nationell läkemedelsstrategi* Socialdepartementet: Stockholm.
- Socialdepartementet. (2012). *Strategi för Jämlig vård*, Socialdepartementet: Stockholm.
- Socialdepartementet (2013). *Processerna för att nå arbetsmarknaden inom de reglerade yrkena för personer med utbildning och erfarenhet inom hälso- och sjukvården från tredjeländ*. (Karlberg, I.) Rapport 13-01-31. Socialdepartementet: Stockholm.
- Socialstyrelsen (2004). *Jämställd vård? – Könsperspektiv på hälso- och sjukvården*. Socialstyrelsen: Stockholm.
- Socialstyrelsen (2004). *Vem får göra vad inom hälso- och sjukvården och tandvården?* Handbok från Socialstyrelsen: Stockholm.
- Socialstyrelsen (2005). *Nationella Handlingsplanen för sjukvården – Socialstyrelsens slutrapport*: Stockholm.

- Socialstyrelsen (2006). *God vård-om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso-och sjukvården*. Socialstyrelsen: Stockholm.
- Socialstyrelsen (2008). *Vårdskador inom somatisk slutenvård*. Socialstyrelsen: Stockholm.
- Socialstyrelsen (2009). *Hälso-och sjukvårdsrapport*. Socialstyrelsen: Stockholm 2009.
- Socialstyrelsen. (2009). *Bra kan bli bättre – Hälso- och sjukvårdsrapport 2009 i sammandrag*. Socialstyrelsen: Stockholm.
- Socialstyrelsen (2009). *Nationella indikatorer för God vård- Hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer-Indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer*. Socialstyrelsen: Stockholm.
- Socialstyrelsen (2010). *Alltjämt ojämnt – Levnadsförhållanden för vissa personer med funktionsnedsättning*. Socialstyrelsen: Stockholm.
- Socialstyrelsen (2011). *Lägesrapport för hälso-och sjukvården. Fokus på primärvård*. Socialstyrelsen: Stockholm.
- Socialstyrelsen (2011). *Den jämlika vårdens väntrum – Läget nu och vägen framåt*. Socialstyrelsen: Stockholm.
- Socialstyrelsen (2011). *Ojämna villkor för hälsa och vård – Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården*. Socialstyrelsen: Stockholm.
- Socialstyrelsen (2011). *Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar*. Slutrapport mars 2011. Socialstyrelsen: Stockholm.
- Socialstyrelsen (2011). *Äldres Läkemedel – läkarens roll*. Socialstyrelsen: Stockholm.
- Socialstyrelsen (2011). *Cancer i Sverige – Insjuknande och överlevnad utifrån regional och socioekonomisk indelning*. Socialstyrelsen: Stockholm.
- Socialstyrelsen (2011). *Jämförelser mellan landsting*. Socialstyrelsen: Stockholm.
- Socialstyrelsen (2011). *Ojämna villkor för hälsa och vård – Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården*. Socialstyrelsen: Stockholm.
- Socialstyrelsen (2012). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Handbok för vårdgivare, chefer och personal*. Socialstyrelsen: Stockholm.
- Socialstyrelsen (2012). *Fördjupad psykiatriutbildning för AT-läkare – uppföljning av ett försök inom två sjukvårdsregioner med låg tillgång på specialister i psykiatri*. Delrapport 3. Socialstyrelsen: Stockholm.
- Socialstyrelsen (2012). *Fördjupad psykiatriutbildning för AT-läkare – uppföljning av ett försök inom två sjukvårdsregioner med låg till-*

- gång på specialister i psykiatri. Delrapport 3.* Socialstyrelsen: Stockholm.
- Socialstyrelsen (2012). *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete – Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.* Socialstyrelsen: Stockholm.
- Socialstyrelsen (2012). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor – stöd för styrning och ledning.* Socialstyrelsen: Stockholm.
- Socialstyrelsen (2012). *Patientsäkerhetsatsning 2012 – uppföljning och samlad bedömning av utfall. Dnr 5.2-42980/2012.* Socialstyrelsen: Stockholm.
- Socialstyrelsen (2012). *Årsrapport Nationella Planeringsstödet.* Socialstyrelsen: Stockholm.
- Socialstyrelsen (2012). *Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi – förslag till utformning och genomförande;* Socialstyrelsen: Stockholm.
- Socialstyrelsen (2012). *Tillståndet och utvecklingen i hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2012.* Socialstyrelsen: Stockholm.
- Socialstyrelsen (2013). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2013.* Socialstyrelsen: Stockholm.
- Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut (2010). *Svenska lärdomar av Marmot-kommissionens rapport Closing the Gap.* Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen: Stockholm.
- Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut (2012). *Folkhälsan i Sverige. Årsrapport, 2012.* Stockholm.
- Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting. (2012). *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet Jämförelser mellan landsting 2012.* Stockholm.
- Socialutskottets betänkande 1997/98:SoU8 *Läkares vidareutbildning.*
- Socialutskottets betänkande 2008/09:SoU9. *Vårdval i primärvården*
- SOSFS 1999:5 *Socialstyrelsens föreskrifter om allmäntjänstgöring för läkare.*
- SOSFS 2000:6 *Socialstyrelsens föreskrifter om särskilt förordnande att utöva läkaryrket för icke legitimerade läkare.*
- SOSFS 2011:9 *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.*

- SOU 1948:14 *Den öppna vården i riket.*
- SOU 2008:7 *Världsklass! Åtgärdsplan för den kliniska forskningen.*
- SOU 2013:3 *Patientlag. Delbetänkande av patientmaktutredningen.*
- SOU 1967:51 *Läkares grundutbildning och vidareutbildning.*
- SOU 1971:68 *Läkartjänstutredningen.*
- SOU 1987:53 *Kompetensutveckling efter läkarexamen. (LSU 85).*
- SOU 1995:5 *Vårdens svåra val.*
- SOU 2004:42 *Lärare, forskare och läkare – tre kompetenser i en befattning.*
- SOU 2008:127 *Patientens rätt. Några förslag för att stärka patientens ställning.*
- SOU 2009:43 *Klinisk forskning – Ett lyft för sjukvården.*
- SOU 2011:26 *Studiemedel för gränslös kunskap.*
- SOU 2012:47 *Harmoniserat inkomstbegrepp – Möjligheter att använda månadsuppgifter i social- och arbetslöshetsförsäkringarna. Statens psykiatrisatsning 2007–2011 – slutrapport. Statskontoret: 2012. Stockholm.*
- Stockholms läns landsting: *Hälsofrämjande primärvård – En uppföljning av hälsofrämjande insatser vid sex vårdcentraler. Stockholms läns landstings rapport 2011.*
- Svanberg, K. (2011). *Mötet mellan patienten och läkaren – erfarenheter hos somaliska flyktingar och läkare under utbildning. Göteborgs universitet, Sahlgrenska akademien.*
- Sveriges Kommuner och Landsting (2006). *Hälso- och sjukvårdens reformer: En internationell jämförelse. (Palier, B). Stockholm.*
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2006). *Närsjukvård i förändring. Rapport från Sveriges kommuner och Landsting 2006. Stockholm.*
- Sveriges Kommuner och Landsting: (2010) *Från sjukhussäng till e-hälsa, utvecklingstendenser inom hälso- och sjukvården. 2010. Sveriges Kommuner och Landsting.*
- Sveriges Kommuner och Landsting (2012). *Patientsäkerhetskultur. Sammanfattning av resultat från landstingens mätningar av patientsäkerhetskultur. Stockholm.*
- Sveriges Kommuner och Landsting (2012). *Skador i vården. Resultat från en nationell mätning med strukturerad journalgranskning under perioden januari–mars 2012.*
- Sveriges Kommuner och Landsting (2012). *Vårdbarometern, Befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på hälso- och sjukvården. Befolkningsundersökning 2011. Stockholm.*
- Sveriges läkarförbund (2012): *En modern akademisk läkarutbildning, Rapport.*

- Sveriges läkarförbund. (2008). *Grundutbildningsenkäten hösten 2008*. Sveriges läkarförbund.
- Sveriges Yngre Läkares Förening. (2009) *SYLF:s AT-ranking 2009*.
- Sveriges Yngre Läkares Förening. (2011) *SYLF:s AT-ranking 2011*.
- Sveriges Yngre Läkares Förening. (2012) *SYLF:s AT-ranking 2012*.
- Säljö, R. (2005). *Lärande i praktiken. Ett sociokulturellt perspektiv*. Stockholm: Norstedts akademiska förlag:
- The CanMEDS Physician competency framework*. (2005). Frank, JR.(ed.) Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- The Physician of the Future*. Fundacion Education Medical, Spainen 2009.
- The Scottish Doctor*. Scottish Deans Medical Education Group, 2008.
- The Tuning Project (Medicine): *Learning outcomes/competences for medical undergraduate education in Europe*.
- The World Health – *Primary Health Care Now More Than Ever*. Report 2008.
- Tomorrow's doctors*. General Medical Council, UK, 2009.
http://www.gmcuk.org/education/undergraduate/tomorrows_doctors.asp.
- U2003/2662/UH *Avtal om samverkan och ersättning för läkarutbildning, medicinsk forskning och utveckling (2003-06-13)*. Regeringsbeslut 2003-12-11, beslutsnummer 15.
- U2008/306/UH *Svar på kommissionens skrivelse av den 14 januari 2008 avseende längden på läkarutbildningen i Sverige (MARKT D3/AB/rh D(2007) 18142)*. Utbildningsdepartementet. Stockholm.
- U2009/736/UH *Svar på kommissionens förfrågan den 3 december 2008 avseende läkarutbildningen i Sverige (KOM:s ref. nr 215/08/MARK)*. Utbildningsdepartementet. Stockholm.
- U2009/736/UH *Svar på kommissionens förfrågan den 31 mars avseende läkarutbildningen i Sverige (KOM:s ref. nr 215/08/MARK)*. Utbildningsdepartementet. Stockholm.
- U2010/4164, 3546, 3552/UH *Uppdrag om kvalitetsutvärdering av utbildning på grundnivå och avancerad nivå*.
- U2011:10/2012/13 *Frågor till företrädare för studentorganisationer och SYLF. Läkarutbildningsutredningen*.
- U2011:10/2012/14 *Sammanställning inkomna svar. Läkarutbildningsutredningen*. Stockholm.

- U2011:10/2012/6 *Studiestödets målsättningar och politikens inriktning. Ändrade regler vid förlängd läkarutbildning.* Skrivelse från CSN. Läkarutbildningsutredningen.
- U2011:10/2013/1 *Skrivelse om en ny läkarutbildning.* Svar från Europeiska kommissionen. Läkarutbildningsutredningen.
- U2011:10/2013/10 *Frågor till företrädare för patientorganisationerna.* Läkarutbildningsutredningen.
- U2011:10/2013/11. *Beräkningsunderlag.* Läkarutbildningsutredningen.
- U2011:10/2013/6 *Diskussionsunderlag inför lärosätesbesök.* Läkarutbildningsutredningen.
- U2011:10/2013/7 *Frågor till landstingens personaldirektörer.* Läkarutbildningsutredningen.
- U2011:10/2013/8 *Frågor till AT-studierektorer.* Läkarutbildningsutredningen.
- U2011:10/2013/9. *Frågor till FoU-ansvariga i landstingen.* Läkarutbildningsutredningen.
- Umeå universitet. (2008). *Avtal om läkarutbildning och forskning. Umeå universitet och Västerbottens läns landsting. Slutrapport internrevisionen.* Umeå universitet; Dnr 200-2238-08.
- Universitets- och Högskoleämbetet.(1982) *En förnyad läkarutbildning: betänkande avgiven av UHÄ:s utredning för översyn för grundutbildningen av läkare UHÄ-rapport 1982:16* Stockholm: Universitets- och högskoleämbetet.
- Wahlqvist, M. (2007). *Medical students – learning of the consultation and the patient-doctor relationship.* Sahlgrenska akademien: University of Gothenburg 2007.
- Wahlqvist, M. Gunnarsson, RK. Dahlgren, G. Nordgren, S. (2010). – *Patient-centred attitudes among medical students: gender and work experience in health care make a difference.* Medical Teacher 2010;32:e191-8.
- Wessel, M. Lynöe, N. Juth, N. et al. *The tip of an iceberg? A cross-sectional study of the general public's experiences of reporting healthcare complaints in Stockholm, Sweden.* BMJ Open 2012; 2:e000489. doi:10.1136/bmjopen-2011-000489.
- WFME *Global standards for quality improvement in medical education. European Specifications.* MEDINE, 2007.
- WHO. (1986) *Ottawa Charter for Health Promotion.* Geneva; WHO; 1986.
- WHO (2008a). *Primary Health Care: Now more than ever.* The World health report 2008. WHO 2008.
- WHO (2008b). *Closing the gap.* WHO 2008.

- WHO-WFME (2004). *Accreditation of Medical Education Institutions*. WHO-WFME Task Force on Accreditation, 2004.
- Wijnen-Meijer, M. Burdick, W. Alofs, L. Burgers, C. Ten Cate, O. (2013). *Stages and transitions in medical education around the world: Clarifying structures and terminology*. *Medical Teacher* 2013, 1–7, Early Online.
- Wooliscroft J O. (2002). *Medical student clinical education*. In: *International Handbook of Research in Medical Education*. Norman, GR. Van der Vleuten. CPM. Newble, DI.(ed.). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2002: 365-80.
- World Medical Association (2004). *WMA Resolution on WFME Global Standards for Quality Improvement of Medical Education*.
- Äldres läkemedel. *Så kan kvaliteten förbättras*. Statens beredning för medicinsk utvärdering (2011).

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.¹ 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

¹ Qvarsell 2003.

läkekonst. Tudelningen har även formulerats som ”medicine as science and medicine as succor”.² 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 läkardandandet, 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,

² 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, iakttä 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.³ 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,⁴ 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

³ Medicinalväsendet 1963, s. 14–16.

⁴ Efter professurens delning 1838 endast i anatomi.

sjukdomen; full uppmärksamhet på deras berättelse, och deltagande i deras lidanden.⁵

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.⁶ Det förekom även att präster och andra statens tjänstemän på eget bevåg utövade homeopati i sina hemregioner.⁷

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

⁵ Romanson 1830, s. 4–5.

⁶ Nelson 2004.

⁷ 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!⁸

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.⁹ 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.¹⁰ 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

⁸ Beckman 1896, s. 20–21.

⁹ Eklöf 2007.

¹⁰ 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 kvinnor¹¹ – 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.¹² 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

¹¹ Haller 2005.

¹² 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.¹³

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 konkurrenser gav 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.

¹³ 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.¹⁴ 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 samspelas 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.¹⁵

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

¹⁴ Eklöf 2000 och 2010.

¹⁵ 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.¹⁶ 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

¹⁶ 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.¹⁷

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-

¹⁷ 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.¹⁸ 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.¹⁹ 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.²⁰

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.²¹ Sålunda hade till exempel ett odelat lasarett år

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

¹⁹ SOU 1935:52, s. 170–171.

²⁰ Palier 2006.

²¹ 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.²²

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.²³ 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.²⁴

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.²⁵ 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-

²² SOU 1958:15, s. 175.

²³ SOU 1956:34, s. 20.

²⁴ SOU 1958:15, s. 205.

²⁵ 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.²⁶

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.²⁷ 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.²⁸ 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.²⁹

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.³⁰ Allmänpraktikernas arbete riskerade att nedvärderas och deras anseende att minska.³¹ Det blev allt tydligare att allt fler sjukdomar hängde

²⁶ Eklöf 2010, kap. 5.

²⁷ Eklöf 2010, kap. 7.

²⁸ SOU 1948:14, s. 206–7.

²⁹ SOU 1948:14, s. 219.

³⁰ Ex SOU 1958:15, s. 303.

³¹ SOU 1948:14.

samman med livsföringen.³² 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.³³ År 1953 påpekades att specialiseringen visserligen intensifierade forskningen och rationaliserade sjukvården, men att den också tenderade att leda till isolering.³⁴ 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.³⁵

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 rådde 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.³⁶ En granskning gjordes av de yngre sjukhusläkarnas situation, som var

³² SOU 1948:14, s. 204–5.

³³ SOU 1958:15, s. 84.

³⁴ SOU 1953:7.

³⁵ SOU 1958:15.

³⁶ SOU 1941:27, 1943:41, 1945:56.

svår med få tjänster och dåliga inkomst- och avancemangsmöjligheter.³⁷

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.³⁸ 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.³⁹ Begränsningen hade dock ansetts nödvändig för att upprätthålla standarden.

Även utbildningens specialisering med ständigt nya undervisningsmoment kritiserades för bristande integration mellan ämnena.⁴⁰ ”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.⁴¹ 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

³⁷ SOU 1940:32, 1942:4.

³⁸ SOU 1951:4.

³⁹ SOU 1951:4, s. 10.

⁴⁰ SOU 1953:7, s. 35–39.

⁴¹ SOU 1953:7.

karaktär av etappmål i stället för slutmål.⁴² 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.⁴³ 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.⁴⁴

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.⁴⁵ 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

⁴² Sjöstrand 2003, s. 348.

⁴³ Prop 1954:212.

⁴⁴ Prop 1954:212, s. 353.

⁴⁵ 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.⁴⁶ 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.⁴⁷

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.⁴⁸ 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.⁴⁹

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”.⁵⁰ Gunnar Björck ifrågasatte återigen vårdexpansionen och en beräknad obruten rask stegringstakt:

⁴⁶ SOU 1958:15, s. 206.

⁴⁷ SOU 1958:15, s. 213–14.

⁴⁸ SOU 1958:15.

⁴⁹ Prop 1960:159.

⁵⁰ 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?⁵¹

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.⁵² 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.⁵³

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.⁵⁴ 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.⁵⁵ 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

⁵¹ SOU 1961:8, s. 198f.

⁵² Engel 1963, s. 690.

⁵³ Engel 1963, s. 690.

⁵⁴ SOU 1963:21.

⁵⁵ 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.⁵⁶ 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.⁵⁷ 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

⁵⁶ SOU 1956:29, s. 22–27.

⁵⁷ 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.⁵⁸ 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.

⁵⁸ 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.⁵⁹ 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,⁶⁰ 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.⁶¹ 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,⁶² 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.⁶³ Det nya som tillkommit är framför allt

⁵⁹ Frenk et al 2010.

⁶⁰ Docteur & Coulter 2012.

⁶¹ Docteur & Coulter 2012.

⁶² Frenk et al 2010.

⁶³ Lindgren et al 2011.

tal om risk och säkerhet i vården, vilket indikerar ytterligare avigsidor 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 samhällliga 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.⁶⁴ 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).

⁶⁴ 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.

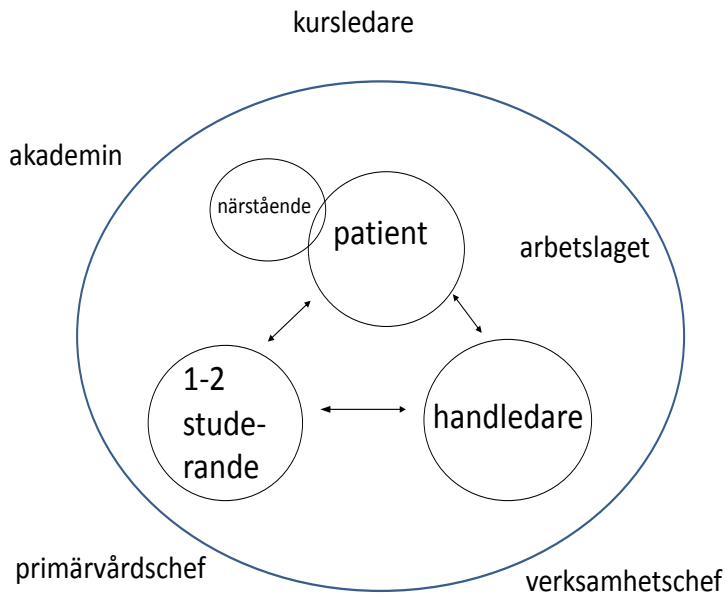
I akademien och i sjukvården har krav på kompetens och meriter en stor betydelse. Forsknings- och sjukvårdsmeriter har haft störst värde i läkarkåren. En ny läkarutbildning med professionella kompetensmål, ett ökande antal studenter samt därtill effektiviseringen i vården nödvändiggör att kvaliteten 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
- [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 patientorganisationerna¹

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?

¹ 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 utredningens e-postadress:
u.lakarutbildningsutredningen@education.ministry.se

Tack på förhand för ditt bidrag! /Utredningssekreteriatet

Till företrädare för studentorganisationerna²

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 nätplats: <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

² 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

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 förslag³

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

³ 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 utvecklingsansvariga⁴

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-

⁴ 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 personaldirektörer⁵

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?

⁵ 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, utredningssekreteriet.

Till berörda lärosäten⁶

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.

⁶ 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.¹

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.

¹ För mer information se www.sundhedsstyrelsen.dk, www.valvira.fi, www.helsedirektoratet.no, www.mz.gov.pl, www.gmc-uk.org, 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]