

2008

# Ett nationellt core curriculum för den svenska läkarutbildningen

---

*Sveriges läkarförbund*



Ett nationellt core curriculum  
för den svenska läkarutbildningen

# Innehåll

Inledning	3
Läkarförbundet föreslår	4
Bakgrund	5
Läkarutbildningen fram till 1993	5
Utvecklingen efter 1993	5
Läkarutbildning i ett europeiskt perspektiv	6
Utbildningskvalitet	6
Studieortsbyte	7
Ett nationellt råd för läkarutbildningen	8
En nationell kunskapsbas för läkarnas grundutbildning	8
Ett nationellt råd för läkarutbildningen	8
Gemensam etappavgång	9
Läkarutbildningens kvalitet	9
Lärandemål	9
Utbildningsavdelningar	9
Lärarkompetens	10
Studenttätthet	10
Komplett medicinsk fakultet	10

## Inledning

Svensk sjukvård och svensk medicinsk forskning håller hög internationell klass. Högskoleverkets utvärdering av svensk läkarutbildning visar också på goda lärandemiljöer för läkarstudenter i Sverige <sup>1</sup>. Vårdens utveckling, med en allt större åldrande befolkning och med ständigt höjda krav på kvalitet och patientsäkerhet, innebär tillsammans med senare års utökningar av antalet studieplatser stora utmaningar för den framtida läkarutbildningen. Kraven på att tillhandahålla goda lärandemiljöer för läkarstudenterna utifrån en allsidig och genomtänkt läroplan kommer att öka.

En nationell kunskapsbas för läkarnas utbildning är en grundförutsättning för att nå målet om likvärdig vård för alla medborgare. Den lagstiftning som reglerar vårdens åtaganden gentemot medborgarna är generellt skriven och Sverige saknar hittills sammanhållen nationell patient-rättighetslagstiftning. Läkarprofessionen har en viktig roll som bärare av medicinsk praxis för prioritering och resursanvändning i vården. Detta kräver obligatorisk utbildning avseende ledarskap, etik och verksamhetsorganisation.

En ökande internationalisering och ett växande utbyte med omvärlden gör det allt viktigare med enhetliga nationella riktlinjer för läkarutbildningen.

1. Utvärdering av grundutbildningar i medicin och vård vid svenska universitet och högskolor, Högskoleverket.

## **Läkarförbundet föreslår**

- Att en nationell kunskapsbas för läkarnas grundutbildning definieras.
- Att ett nationellt råd, med uppgift att definiera och vidmakthålla en aktuell gemensam kunskapsbas för den svenska läkarutbildningen inrättas. Rådet underställs Högskoleverket.
- Att studieortsbyte för läkarstudenter underlättas genom inrättande av en nationell etappavgång enligt Bolognamodell.
- Att kvaliteten i grundutbildningen stärks genom:
  - Krav på klinisk praktik vid utbildningsavdelning på alla utbildningsorter;
  - Riktlinjer för maximalt antal studenter i relation till handledare och patientkontakt;
  - Incitament för fakulteterna att säkerställa att undervisningen ges av läkare med såväl pedagogisk som forskarutbildning.
- Att läkarnas kompetens och akademiska förankring säkerställs genom att examensrätt för läkarutbildning enbart ges till kompletta medicinska fakulteter.
- Att ledarskap, etik och verksamhetsorganisation ska vara obligatoriska moment i grundutbildningen för läkare.

## Bakgrund

Vid Läkarförbundets fullmäktige 2006 motionerade Medicine Studerandes Förbund (MSF) och Sjukhusläkarföreningen med ett flertal yrkanden gällande läkarnas grundutbildning, i det följande benämnd "läkarutbildningen". Ett yrkande gällde att Läkarförbundet i sitt centrala arbete ska verka för ett nationellt core curriculum med kärnämnen. Detta har utmynnat i ett policyprogram som syftar till att ge den svenska läkarutbildningen en nationellt övergripande kunskapsbas för att stärka den nyutexaminerade läkarens kompetens, yrkesidentitet och akademiska förankring.

### **Läkarutbildningen fram till 1993**

Den svenska läkarutbildningen hade under större delen av 1900-talet ett relativt likartat utseende. Den prekliniska delen av utbildningen förmedlade grundläggande humanbiologi, och de tre sista åren bestod av klinisk utbildning vid universitetssjukhus, som syftade till att lära ut diagnostik och behandling. Med 1993 års högskoleförordning<sup>2</sup> gavs fakulteterna en större frihet att själva utforma sina läkarprogram. Med friare universitet ville man stärka kvaliteten i undervisning och forskning bland annat genom konkurrens mellan lärosätena<sup>3</sup>.

### **Utvecklingen efter 1993**

Den nya högskoleförordningen innebar att detaljnivån i den statliga utbildningsstyrningen minskade. Från den tidigare ämnesbaserade strukturen övergick man till en mer kortfattad statligt fastlagd examensordning för läkare. Reformen gick i linje med den dåvarande regeringens strävan efter friare universitet med ökade möjligheter till lokal anpassning inom både forskning och utbildning. Reformen innebar början på en diversifiering av läkarutbildningarna i Sverige.

Efter denna omläggning gav Läkarförbundet ut sitt program för grundutbildning, "Mångfald, bredd och kvalitet"<sup>4</sup>. Utgångspunkten för detta program var att de olika lärosätena har olika förutsättningar och att man därför bör utgå från dessa för att skapa bästa möjliga lärandemiljö för sina läkarstudenter. Programmet lyfter fram diversifieringen som något mycket positivt och som förväntades bidra till en stärkt kvalitet i läkarutbildningen. Situationen med friare

2. Högskoleförordning (SFS 1993:100)

3. Utbildningsdepartementet Ds 1992:1

4. "Mångfald, bredd och kvalitet. Ett program för läkares grundutbildning och dess kvalitetsutveckling", Sveriges läkarförbund, 1997.

universitet var en ny erfarenhet som medförde en stor förväntan på förändring och förbättring.

Sedan omläggningen av läkarprogrammet 1993 har två stora förändringar av läkarutbildningen ägt rum. Den första, som gick relativt obemärkt förbi, var förkortningen av läkarutbildningens terminer som en anpassning till studiemedelssystemet. Detta skedde efter att MSF i mitten av 90-talet krävt särskilda studiemedelsregler för läkarstudenter med anledning av läkarutbildningens längre terminer. Studenternas krav tillmötesgicks inte av regeringen. I stället valde man att förkorta läkarstudenternas terminer från 22 till 20 veckor, utan att examensordningen reviderades.

Nästa förändring av läkarutbildningen är ett resultat av anpassningen till den ännu pågående Bolognaprocessen<sup>5</sup>. Anpassningen har inneburit införande av vetenskapligt arbete motsvarande en termins studier.

### **Läkarutbildning i ett europeiskt perspektiv**

I och med Bolognaprocessen har den svenska högskolan genomgått en rad anpassningar till det europeiska ramverk som syftar till att främja rörlighet och anställningsbarhet inom EU samt öka unionens konkurrenskraft i ett globalt perspektiv. Mest tydligt har detta märkts genom det nya poängsystemet ECTS, European Credit Transfer System, och indelningen av högre utbildning i tre cykler; grundnivå, avancerad nivå och forskarnivå.

Enligt EU-direktiv 2005/36/EG (artikel 24 § 2) ska medicinsk grundutbildning omfatta sex års studier eller 5 500 timmars teoretisk och praktisk undervisning vid universitet eller under tillsyn av universitet. För att få påbörja specialistutbildning krävs sex års fullgjorda studier med godkända resultat. De allra flesta av EU-länderna har ett medicinskt curriculum som omfattar sex år. Undantagen är Sverige, med fem och ett halvt års studietid, och Storbritannien, med ett curriculum som varierar mellan fyra och fyra och ett halvt år.<sup>6</sup> Den svenska läkarutbildningen omfattar 8 800 studietimmar och uppfyller därmed direktivets krav.<sup>7</sup>

World Federation of Medical Education, WFME, ställer i skriften "WFME Global Standards for Quality Improvement in Medical Education: European Specifications" (2007) upp standarder för läkarutbildning uppdelat på nio om-

5. [www.regeringen.se/sb/d/9267](http://www.regeringen.se/sb/d/9267)

6. "Sex år till legitimation", Lindgren, S. Nordenström, J. Läkartidningen nr 10 2007, volym 104.

7. "Svar på kommissionens skrivelse av den 14 januari 2008 avseende längden på läkarutbildningen i Sverige", U2008/306/UH, Utbildningsdepartementet.

råden. Inom vart och ett av dessa områden finns angivet grundläggande standard samt standard för ytterligare kvalitetsutveckling. Genom att utforma ett nationellt core curriculum utifrån dessa rekommendationer skulle en enhetlighet i kvalitetsarbetet uppnås, och de svenska läkarutbildningarna skulle i större utsträckning harmoniera med varandra och med läkarutbildningarna i övriga Europa.

#### WFME:s utvärdering

- Syfte och mål
- Utbildningsprogram
- Utvärdering av studenter
- Studenter
- Akademisk personal
- Utbildningsresurser
- Programutvärdering
- Styrning och administration
- Fortlöpande förnyelse

### **Utbildningskvalitet**

Den nuvarande examensordningen tillåter så skilda utbildningsupplägg att det är svårt att överblicka måluppfyllelsen för läkarutbildningens olika kunskapsområden. De olika utformningarna av läkarprogrammen medför svårigheter att jämföra kvaliteten. Kravet på läkarutbildningen sammanfattas i examensordningen till att studenten ska ha bibringats kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som är tillräckliga för att klara att genomföra AT.

### **Studieortsbyte**

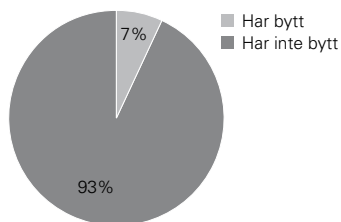
En av avsikterna med 1993 års högskoleförordning var att universiteten genom sin självständighet skulle kunna konkurrera om studenterna. Regeringen avsåg med ökad akademisk frihet och konkurrens stärka kvalitet i forskning och högre utbildning. Konkurrensen mellan läkarutbildningarna har uteblivit av två skäl.

- Efter införandet av målrelaterade gymnasiebetyg i mitten av nittioalet har det gått inflation i betygssystemet, och det går inte längre att använda gymnasiebetyg som enda urvalskriterium för antagning till läkarutbildningen. De senaste åren har antagningen till läkarutbildningen inneburit lottning för sökande med högsta möjliga betygspoäng. Dessa studenter önskemål om studieort saknar dessutom betydelse i antagningsprocessen.
- När studenter antagits till en studieort är möjligheten att byta studieort begränsad.

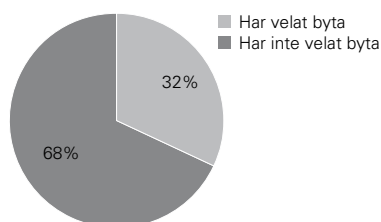
Ett byte av studieort innebär oftast att utbildningstiden förlängs. Detta skapar onödiga kostnader för både samhälle och enskilda studenter. En förlängning av utbildningen med bara en termin medför dessutom att studenten tangerar gränsen för maximalt studiemedelsuttag.

Läkarförbundet genomförde hösten 2007 en enkätundersökning bland sina studentmedlemmar, där man undersökte medlemmarnas attityder till studieortsbyte.<sup>8</sup> Resultatet visade att 7,4 procent av de tillfrågade studenterna hade bytt studieort, och 82 procent av dessa gjorde det av sociala skäl. Av dem som inte bytt studieort uppgav 32 procent att de någon gång önskat göra det. Den vanligaste orsaken till att bytet inte blivit av var att det var för krångligt, vilket hela 47 procent hade svarat. En fjärdedel uppgav att ett studieortsbyte hade inneburit att de hade fått gå om delar av utbildningen. Dagens system, utan möjlighet att ranka sina önskemål eller byta studieort, ger alltså i hög grad studenter som hellre

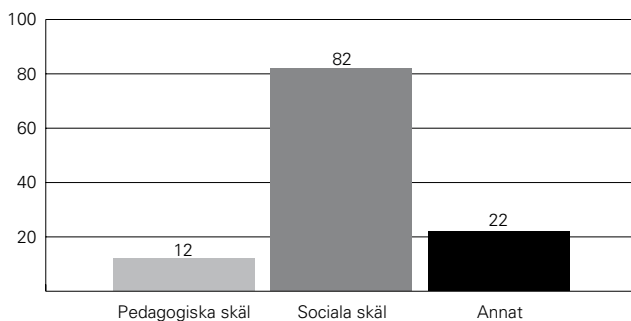
Läkarstudenter som har bytt studieort



Läkarstudenter som någon gång har velat byta studieort



Anledning till studieortsbyte, procent



8. Enkäten skickades ut elektroniskt till 2 084 medlemmar och gav en svarsfrekvens på 66 procent.

skulle vilja vara någon annanstans, vilket är raka motsatsen till avsikterna med profilering av utbildningarna. En rimlig utgångspunkt vore att om studenterna saknar möjlighet att välja studieort borde utbildningens upplägg vid de olika orterna snarare likriktas än diversifieras.

Vid en förfrågan till de olika medicinska fakulteternas studievägledare om huruvida det finns lämpliga bytespunkter för studenter från övriga orter har svaren varierat. Förklaringen är att utbildningsplanerna på de olika studieorterna skiljer sig åt alltför mycket för att man ska kunna tala om lämpliga bytespunkter, och oftast tvingas man ta fram individuella lösningar för de studenter som får en studieplats på ny ort. En förlängning av studietiden är i dessa fall regel snarare än undantag. Läkarförbundet anser att studenter bör kunna ha möjlighet att byta studieort under sin utbildning utan att det får konsekvenser för studietid eller privatekonomi.

## Ett nationellt råd för läkarutbildningen

### **En nationell kunskapsbas för läkarnas grundutbildning**

Fakulteternas förändringsarbete sedan 90-talets mitt har lett fram till att läkarutbildningen vid våra fakulteter fått olika utseende. Samtidigt leder omstruktureringar inom sjukvården till genomgripande förändringar av utbildningen till följd av ökande andel öppenvård också när det gäller specialistvården. Färre slutenvårdsplatser i förhållande till växande studentkullar innebär att läkarstudenter utlokaliseras utanför studieorten i tilltagande omfattning. Detta innebär risker inte bara för variationer i utbildningskvalitet mellan studieorterna utan också vid samma fakultet beroende på utlokaliseringsort.

Mot bakgrund av dessa kvalitetsrisker är det av yttersta vikt att det tas fram en nationell kunskapsbas, en definition av kärnkompetenser, för läkarutbildningen. En sådan kunskapsbas måste ha en högre detaljeringsgrad än den nuvarande examensordningen, för att kunna vara en garanti för läkarutbildningens kvalitet vid de olika studieorterna.

### **Ett nationellt råd för läkarutbildningen**

För att åstadkomma en beständig kvalitetsgaranti för svensk läkarutbildning föreslås bildandet av ett nationellt råd för läkarutbildningen. Rådets uppgift blir att på den nationella nivån och mera detaljerat än i dagens examensordning definiera läkarutbildningens kärnkompetenser. Rådet bör ha en god representation från de olika fakulteterna med stark förankring inom fakulteterna. Rådet bör lyda

under Högskoleverket. Förutom Läkarförbundet och MSF kan Socialstyrelsen, Läkarsällskapet samt Sveriges Kommuner och Landsting vara representerade.

Sveriges läkarförbund anser att de nuvarande informella samarbetsformerna mellan fakulteterna har visat sig vara otillräckliga. De saknar också kanaler för inflytande från andra viktiga intressenter som profession, studenter, vårdgivare och Socialstyrelsen.

Det nationella rådet bör också samråda med Socialstyrelsen i dess arbete med föreskrifter för AT och ST, så att läkarens kompetensutveckling från grundutbildning till specialist blir logisk, strukturerad och effektiv, även om rådet för grundutbildning, ansvaret för AT och det nationella ST-rådet hålls åtskilda för att visa på respektive huvudmans ansvar för utvecklingen av läkarens kunskaper, förhållningssätt och färdigheter.

### **Gemensam etappavgång**

Bolognaprocessens två första utbildningscykler, grundnivå och avancerad nivå, skulle om de infördes på läkarutbildningen underlätta samordningen av de svenska läkarutbildningarna och därmed också ge studenter möjlighet till studieortsbyte.

Den svenska läkarutbildningen bör alltså på det nationella planet delas upp i grundnivå och avancerad nivå. Det nationella rådet uppdras att utarbeta lärandemål för respektive nivå av läkarutbildningen, och lämnar åt universiteten att utforma läroplanerna i enlighet med dessa riktlinjer.

En etappavgång är nödvändig om man vill att läkarstudenterna ska ha möjlighet att kunna byta studieort. Syftet med Bolognaprocessen är bland annat att främja rörlighet av studenter inom EU. Etappavgången bör innebära att studenter som önskar byta studieort ansöker om detta, men att de studenter som vill vara kvar inte behöver ansöka om att få behålla sin plats på utbildningen.

## Läkarutbildningens kvalitet

### **Lärandemål**

Den nationella kunskapsbasen bör baseras på så kallade lärandemål, som är ett sätt att definiera kunskapsmål (från engelskans *learning outcomes*)<sup>9</sup>. Målen definierar kunskapskrav utan att specificera metoder för lärande.

9. "Standards and Guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area", European Association for Quality Assurance in Higher Education' 2005' Helsingfors.

## **Utbildningsavdelningar**

För att träna den framtida yrkesrollen är det viktigt att läkarstudenten inte bara får möjlighet att tillägna sig kunskaper och färdigheter som läkarstudent. Rollen som läkarstudent skiljer sig i flera avseenden från den färdiga läkarens roll, där beslutsfattandet i skarpt läge är en avgörande skillnad. På den kliniska utbildningsavdelningen sätts läkarstudenten i första linjen. Tillsammans med studenter av andra professioner får läkarstudenten träna på samarbete och beslutsfattande i den löpande verksamheten, medan lärarna på utbildningsavdelningen intar en mer utpräglad handledarroll. Läkarförbundet anser att den kliniska utbildningsavdelningen är en viktig pedagogisk form. Metoden är väl beprövad och utvärderad<sup>10</sup>, och bör därför erbjudas på samtliga utbildningsorter.

## **Lärarkompetens**

De lärare som undervisar på läkarutbildningen bör vara handledar- och forskarutbildade läkare och ska ha tillräcklig pedagogisk kompetens. Därmed försäkras man sig om att också de som undervisar i den grundläggande humanbiologin har ett kliniskt kunnande och kan förmedla relevanta kunskaper till studenterna och riskerna för ”curriculum overload” minskar. På den kliniska delen av utbildningen ska handledaren alltid vara handledarutbildad. Vid utplaceringar måste det finnas forskarutbildade läkare i tillräcklig omfattning för att skapa en god lärandemiljö.

## **Studenttätet**

MSF har utifrån sin handledningsenkät bedömt att den lämpligaste studenttäteten vid klinisk placering är högst två studenter per vårdteam<sup>11</sup>, för att läkarstudenterna ska ges utrymme att delta i verksamheten på ett tillfredsställande sätt. Läkarförbundet ställer sig bakom detta.<sup>12</sup> Om man behåller läkarstudenterna på läkarutbildningsorterna så blir studenttäteten på de kliniska placeringarna högre än detta riktmärke. Dagens utlokaliseringar av läkarstudenter sänker studenttäteten, men kan leda till att den vetenskapliga anknytningen försvagas. En utökning av studieplatserna på läkarutbildningen måste bland annat av denna anledning åtföljas av en motsvarande ökning av resurstilldelning för att utbildningskvaliteten inte ska försämrats.<sup>13</sup>

10. På KUA:s (Nationellt nätverk för kliniska undervisningsavdelningar) webbplats ([www.kua.se](http://www.kua.se)) finns en förteckning över utvärderingar och annan litteratur rörande utbildningsavdelningar.

11. Ett vårdteam består vanligtvis av överläkare, underläkare, sjuksköterskor och undersköterskor.

12. Hjelmqvist, H., Läkartidningen nr 39 2007 volym 104, s. 2767.

13. Handledningsenkäten 2006, MSF och Sveriges läkarförbund, 2006.

## **Komplett medicinsk fakultet**

Sjukvårdens utgångspunkt i vetenskap och därefter beprövad erfarenhet hör till de mest grundläggande kraven på svensk medicinsk verksamhet och slås fast i såväl Hälso- och sjukvårdslagen som de lagar som reglerar sjukvårdspersonalens skyldigheter. Detta förutsätter att läkarna, som har det yttersta medicinska ansvaret för patienterna, har ett vetenskapligt förhållningssätt. Ett sådant förhållningssätt grundläggs redan under grundutbildningen, och kan bara garanteras om utbildningsansvaret ligger hos en allsidig akademisk miljö där det finns en kritisk massa av pågående forskning. Examensrätten och ansvaret för läkarutbildningen bör därför bara ges till kompletta medicinska fakulteter, det vill säga fakulteter som bedriver allsidig forskning med tillräckliga resurser. Delar av den patientnära utbildningen kan dock utlokaliseras till miljöer där en god balans av patienttillgång, handledarresurser och forskningsanknytning kan erbjudas.



**Sveriges  
läkarförbund**

*Den medicinska professionens organisation*

Villagatan 5 · Box 5610 · 114 86 Stockholm  
Telefon 08-790 33 00 · Fax 08-20 57 18  
[www.lakarforbundet.se](http://www.lakarforbundet.se) · [info@slf.se](mailto:info@slf.se)