

Starten på det yrkeslivslånga lärandet som läkare

DEN NYA SVENSKA GRUNDUTBILDNINGEN I ETT INTERNATIONELLT PERSPEKTIV

Stefan Lindgren, professor, överläkare, Lunds universitet, Skånes universitetssjukhus
 ● stefan.lindgren@med.lu.se

Jens Schollin, professor, rektor emeritus, Örebro universitet

En ny examensbeskrivning reglerar den legitimeringsgrundande svenska läkarutbildningen från höstterminen 2021. Allmäntjänstgöring (AT) upphör och bas-tjänstgöring (BT) ska utgöra introduktionen till anställning som läkare i Sverige för alla som påbörjar svensk specialiserings-tjänstgöring.

Den svenska läkarutbildningens struktur förändrades 1954 efter att innan dess i princip varit oförändrad sedan 1907. Det ansågs då viktigt att läkarutbildningen inte avslutades efter grundutbildningen. Dessutom moderniserades den, och nya ämnen tillkom. Utbildningen förkortades till 6 år samtidigt som assistenttjänstgöring utanför utbildningsorterna adderades.

Nästa stora steg togs 1969 då specialisttjänstgöringen inkluderades i utbildningssystemet samtidigt som grundutbildningen förkortades till 5,5 år och AT inrättades efter grundutbildningen. Syftet med AT var att fördela läkare över landet och skapa en handled in-troduktion till läkaryrket. Man ville också skapa bättre förutsättningar för rekrytering till bristspecialiteterna psykiatri och allmänmedicin. Dessa lades in som obligatoriska delar inom AT utöver medicin och kirurgi. Grundutbildningen av läkare bestod nu av tre stadi-er: prekliniskt, propedeutiskt och kliniskt. Efter det prekliniska stadiet på fyra terminer avlades medicine kandidatexamen.

Högskolereformen 1977 gav frihet till varje lärosäte att tolka de nationella mål för utbildningen som Uni-versitets- och högskoleämberet fastställde, och därmed försvann formellt de tre stadierna i utbildning-en. Lärosätena skulle utforma lokala mål och inrätta kurser som anslöt till de nationella målen. Detta syn-sätt förstärktes i flera efterföljande utredningar. Den i dag gällande examensbeskrivningen för läkarexamen antogs 2007. Socialstyrelsen fick dessförinnan under 1985 ansvar för detaljerade mål för AT. Dessutom in-fördes ett kunskapsprov efter AT.

Hela högskolesektorn inklusive läkarutbildningen omfattas sedan 2007 av den s k Bolognaanpassningen. Den innebär en harmonisering av utbildningsstruk-turerna i Europa för att främja fri rörlighet och konkurrenskraft inom unionen.

Sjukdomspanorama, demografi och vårdorganisation

Kunskapsutvecklingen inom hälso- och sjukvården går allt snabbare. Organisationsförändringar som motsvarar det nya kunskapsläget går dock långsam-mare, men är i ett längre tidsperspektiv betydande. Globalt har hälso- och sjukvården successivt utveck-

lats från att vara sjukhus- och slutenvårdsbaserad till att bedrivs i öppna vårdformer nära patienten. I Sverige har den utvecklingen påbörjats senare än på många andra håll, men nu ses en tydlig utveckling mot nära vård inklusive vård i hemmet och i särskilda boenden. Minskningen av antalet slutenvårdsplat-ser är sedan länge särskilt märkbar i Sverige, trots en snabbt ökande andel sköra äldre [1].

Långvariga sjukdomstillstånd förbrukar merparten av hälso- och sjukvårdens resurser och fordrar kon-tinuitet i omhändertagande, samordning av vårdre-surser samt hög tillgänglighet. Trots detta har sjuk-vårdens organisation till stor del fortsatt att utgå från akuta sjukdomar. De långvariga sjukdomstillstånden domineras av icke-smittsamma, delvis livsstilsför-värvade sjukdomar. Därmed ökar betydelsen av hälso-främjande, preventiva insatser, inte bara inom hälso- och sjukvården utan i bred samverkan med andra samhällsaktörer.

Sjukvården behöver också ta hänsyn till de effekter som följer av ökad globalisering och förändrad miljö

HUVUDBUDSKAP

- Utbildningen fram till behörighet utgör den första fasen av det yrkeslivslånga lärandet för läkare.
- Den sexåriga grundutbildningen ska liksom spe-cialistutbildningen leda fram till en fastställd och dokumen-terad kompetens för att läkaren ska vara anställnings-bar och kontinuerligt kunna utveckla sin kompetens.
- Den nya grundutbildningen fastställer och förkortar utbildningstiden till behörighet samtidigt som ansvaret för måluppfyllelsen tydliggörs och utbildningen blir internationellt harmoniserad.
- De 23 målen i den nya examensbeskrivningen utgår från framtida kompetensbehov inom internationell hälso- och sjukvård. Särskilt betonas professionell kompetens, vetenskaplighet, samverkansförmåga och hälsofrämjande.
- Bastjänstgöringen (BT) efter legitimation möjliggör introduktion till arbete som läkare i svensk hälso- och sjukvård för alla oavsett i vilket land legitimationen utfärdats och ska stärka klinisk kompetens och besluts-förmåga.
- Examination av 10 lärandemål under BT sker inom varje placering genom formativ bedömning av erfaren kliniker samt slutexamination utförd av extern bedömare.



Illustration: Shutterstock/TT

»Besluten som nu tagits av riksdag och regering i enlighet med de båda utredningarnas förslag resulterar i en mer tidsenlig utbildning.«

vad gäller sjukdomspanorama, kulturella skillnader och ökad rörlighet av hälso- och sjukvårdspersonal.

Sjukvårdens behov av läarkompetens

Kompetensen hos läkare som arbetar i hälso- och sjukvård måste, i likhet med övriga vårdyrkeskategorier, motsvara de behov som finns i samhällena de verkar i. Den bör inriktas på individer och grupper och i samverkan med andra aktörer skapa förutsättningar för ett hälsofrämjande samhälle. Kompetensen, dvs visad förmåga att agera professionellt, blir mot bakgrund av den snabba kunskapsutvecklingen mindre beroende av en statisk kunskapsbank än av ett vetenskapligt och kritiskt förhållningsätt till egna och verksamhetens resultat, strävan efter förbättring och metoder för yrkeslivslångt lärande [2].

Till kompetensbegreppet hör bl a de tillitsskapande professionella aktiviteter (entrustable professional activities, EPA) [3] som är en förutsättning för läkarkårens privilegium att självständigt fungera enligt sina etiska principer och med de färdigheter som olika specialiserade verksamheter kräver. Sjukvårdens utveckling mot nära vård och lagarbete kräver samverkanskompetens (som både ledare och medarbetare), tillgänglighet, förmåga till överblick och samordning samt kontinuitet i vården.

Lagarbete kan organiseras på olika sätt beroende på förutsättningar, och ingenstans i världen har man i detalj reglerat vilka yrkeskategorier som får göra vad. Dock är medicinskt beslutsfattande en uppgift och ansvar som i slutändan hamnar på den yrkeskategori som har den högsta nivån av medicinsk kompetens, dvs läkaren. Självklart ska beslut om åtgärder alltid tas i samverkan med patienten och närstående, när det är möjligt.

Globalisering av yrkeskarriären och läkarutbildningen

Från att i början av 1900-talet ha betonat den veten-

skapligt baserade kunskapen har läkarutbildningen senare fokuserat på pedagogiska metoder och studentaktiverande undervisningsformer för att nu på flera håll också inriktas mot att anpassa lokala kompetenser till ett globalt sammanhang. Syftet är att skapa en utbildning som säkrar ett globalt hållbart kunskapsamhälle. Många nya tekniker möjliggör hantering av ny kunskap och komplexa situationer. Informations- och kommunikationsteknologi, artificiell intelligens, ny forskningsmetodik, internationell samverkan och förståelse är exempel på kompetenser som behövs för att hantera framtidens arbetsuppgifter. Extern utvärdering behövs för att ge utbildningen en nationellt och internationellt likvärdig hög standard och säkra att den rustar läkarna för framtidens yrkesutmaningar.

Inom EU/EES beslutades 2006 och 2013 att anpassa utbildningarna inom vård och medicin till de sk yrkeskvalifikationsdirektiven [4]. Det betyder att varje land ska anpassa läkarutbildningen till de minimikrav som gemensamt krävs inom EU/EES. Efter ändringsdirektiven 2013 krävs minst 5 års studier för läkarexamen med både teoretisk undervisning och praktisk träning. Det ger utövaren med läkarexamen och legitimation inom EU/EES tillträde och rättighet att utöva yrket på samma sätt som de utövare som förvärvat sina yrkeskvalifikationer i Sverige.

För läkare som utbildats utanför EU/EES, finns tre sätt att få legitimation. Antingen söker man den ordinarie läkarutbildningen i Sverige eller går en kompletterande utbildning som anordnas vid fem av landets medicinska fakulteter, alternativt får man sin utbildning validerad av Socialstyrelsen och genomgår kunskapsprov och därefter praktisk tjänstgöring. Under 2017 utfärdades 1127 läkarlegitimationer till personer med svensk utbildning, 864 legitimationer till sökande från EU/EES och 210 till personer med utbildning utanför EU/EES. Dessa nivåer var stabila under de 5 närmaste åren före förslaget till BT 2016 [Nela Söder, Socialstyrelsen, Stockholm, pers medd; 2016].

Det yrkeslivslånga lärandet

Läkarutbildningen har tre faser: utbildningen fram till behörighet, specialistutbildningen och det fortsatta yrkeslivslånga lärandet som specialist. Faserna innebär olika möjligheter och utmaningar. Efter den grundläggande utbildningen är läkaren behörig och får därefter i sedvanlig öppen konkurrens söka anställning i Sverige eller utomlands. Tillgången på anställningar och fortsatt utbildning baseras på hälso- och sjukvårdens behov.

Under grundutbildningen formas den blivande professionella läkaren. Utbildningen inriktas på generisk kunskap, basala färdigheter och alla aspekter av professionellt och vetenskapligt förhållningssätt, inklusive metoder för egen fortsatt kompetensutveckling. Samtidigt måste utbildningen säkerställa och dokumentera uppnådda kompetensmål. Det är en förutsättning för att den legitimerade läkaren ska kunna anställas i Sverige eller utomlands och anförtros arbetsuppgifter som baseras på målen i examensbeskrivningen. Den grundläggande utbildningens tidsperspektiv är långt och förutsätter fortsatt breddning

FAKTA 1. Ny examensbeskrivning (SFS 2019:161)

För läkarexamen ska läkaren ha dokumenterat nedanstående kunskaper/förståelse, färdigheter/förmågor och värderingsförmågor/förhållningssätt

KUNSKAP OCH FÖRSTÅELSE

- Visa såväl bred som fördjupad 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 och deras tillämpning inom hälso- och sjukvården samt 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 mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer
- Visa kunskap om hälso- och sjukvårdssystem i Sverige, inbegripet deras organisation och styrning och kännedom om sådana system i andra länder, samt visa förståelse för strategier för likvärdig tillgång till hälso- och sjukvård
- Visa kunskap om patientsäkerhet, kvalitet

och prioriteringar i hälso- och sjukvården samt om metoder för att utvärdera medicinsk verksamhet

FÄRDIGHET OCH FÖRMÅGA

- Visa kunskap om relevanta författningar
- Visa fördjupad förmåga till professionellt bemötande av patienter och deras närstående med respekt för patienternas och deras närståendes 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
- Visa fördjupad förmåga att självständigt diagnostisera de vanligaste sjukdomstillstånden ur patofysiologiskt och socialt samt andra relevanta perspektiv och i samverkan med patienten handlägga dessa
- Visa förmåga att initiera och medverka i hälsoinriktat och sjukdomsförebyggande arbete för enskilda och grupper, samt att redogöra för hur sådant arbete bedrivs på samhällsnivå
- Visa förmåga att muntligt och skriftligt kommunicera åtgärder och behandlingsresultat med berörda parter och dokumentera dessa i enlighet med relevanta författningar
- Visa fördjupad 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
- 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
- Visa förmåga att använda digitala verktyg såväl inom hälso- och sjukvården som inom forsknings- och utvecklingsarbete

VÄRDERINGSFÖRMÅGA OCH FÖRHÅLLNINGSSÄTT

- Visa förmåga till självreflektion och empati samt till ett professionellt förhållningssätt
- Visa förmåga till ett hälsofrämjande förhållningssätt med helhetssyn på patienten utifrån ett vetenskapligt synsätt och med särskilt beaktande av etiska principer och de mänskliga rättigheterna
- Visa förmåga att identifiera sitt behov av att fortlöpande utveckla sin kompetens och att ta ansvar för detta

och fördjupning genom hela yrkeslivet.

Under specialistutbildningen fortsätter kompetensutvecklingen, men med inriktning mot en specialiserad verksamhet som läkare. Liksom för den grundläggande utbildningen finns mål som ska uppfyllas, och utbildningen sker under formaliserad handledning. Eftersom alla ska uppnå samma kompetens är formell prövning och dokumentation lika självklara som under den grundläggande utbildningen. Specialistutbildningen förutsätter fortsatt att kompetensen breddas och fördjupas under hela yrkeslivet mot bakgrund av kunskapsläget samt aktuella och kommande arbetsuppgifter. Efter uppnådd specialistkompetens kan läkaren söka anställning som specialist i Sverige eller utomlands. Antalet anställningar utgår från hälso- och sjukvårdens behov.

Fortbildningen som specialist är inte formaliserad, utan i stället delas ansvaret för denna mellan läkaren och arbetsgivaren. Den utgör en självklar del av yrkesverksamheten och är en förutsättning för hög kvalitet. Fortbildningen bör utgå från identifierade behov i verksamheten, hos den enskilde läkaren och professionen samt aktuell forskning. Grunden är reflexion och återkoppling i den dagliga kliniska verksamheten. En fort-

bildningsplan utgör ett centralt instrument för att planera och följa upp fortlöpande kompetensutveckling.

För framtidens hälsa – en ny läkarutbildning

Läkarutbildningsutredningen lämnade sitt förslag till regeringen 2013 [5]. Betydelsen av förhållanden i samhället som påverkar hälsan för enskilda och olika grupper, såväl ur nationellt som internationellt perspektiv, lyftes fram. Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete i samverkan med andra aktörer utmärker den framtida läkarrollen. Det är därför viktigt med ett systemperspektiv [6]. Den grundläggande läkarutbildningen ska vara en vetenskapligt förankrad yrkesutbildning som tränar studenternas professionalitet och samtidigt stimulerar intresse för medicinsk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården.

Den nya utbildningen är internationellt harmoniserad. Morgondagens läkare ska kunna verka såväl i Sverige som internationellt. Förslagen har också tydlig koppling till övriga faser i läkarnas livslånga lärande. Utredningens mest centrala utgångspunkt är att utbildningen av läkare bör utgå från de problem och uppgifter som blivande läkare ska kunna hantera i framtidens hälso- och sjukvård.

Internationell litteratur och en analys av hälso- och

sjukvårdens behov ger en samstämmig bild av den kompetens som framtidens läkare behöver [7]. Flertalet läkare i morgondagens hälso- och sjukvård har behov av bred kompetens och arbetar i den nära vården. Denna inriktning av kompetens återspeglas av målen i den nya examensbeskrivningen. Av de totalt 23 målen (Fakta 1) dominerar sådana som berör vetenskaplig förmåga, hälsofrämjande och professionell förmåga. Studenten ska dessutom ha fullgjort ett självständigt arbete om minst 30 högskolepoäng.

Målen avseende »såväl bred som fördjupad kunskap inom det medicinska området«, »förmåga att självständigt diagnostisera och inleda behandling av akuta livshotande tillstånd« och »fördjupad förmåga att självständigt diagnostisera de vanligaste sjukdomstillstånden ur patofysiologiskt och psykosocialt samt andra relevanta perspektiv och i samverkan med patienten handlägga dessa« ska ses mot bakgrund av att utbildningen leder till behörighet som läkare.

Genomgående är kraven högt ställda genom att målen innehåller formuleringar om att »studenten ska visa förmåga«. Det räcker således inte att ha blivit undervisad om eller ha sett eller hört. Studenten ska ha visat och dokumenterat sina kunskaper, färdigheter, förmågor och förhållningssätt i objektiva provsituationer. Det ställs alltså stora krav på lärosätena att använda varierade metoder för att objektivt dokumentera samtliga aspekter av professionell förmåga och att stödja studenternas utveckling i denna riktning genom hela programmet [8].

En annan central utgångspunkt i förslaget är att den svenska behörighetsgrundande utbildningen utan kompletteringar eller inskränkningar ska vara internationellt gångbar och accepterad. Det är därför viktigt att ansvariga myndigheter beaktar de krav på internationellt erkännande av nationella och regionala ackrediteringsmyndigheter som uttryckts av organisationer som ECFMG (Educational Commission for Foreign Medical Graduates) och WFME (World Federation for Medical Education) [9].

Läkarutbildningsutredningen diskuterade introduktionen till anställning som läkare i Sverige vid starten av ST. En av fördelarna med en sådan introduktion är att den är öppen för alla legitimerade läkare, oavsett i vilket land den grundläggande utbildningen skett. Den fortsatta hanteringen av det förslaget gjordes emellertid i en separat utredning: Bastjänstgöring för läkare.

Bastjänstgöring (BT) – hur och varför?

I remissvaren till Läkarutbildningsutredningen framhöll många att det behövs någon form av introduktion till anställning som läkare i Sverige efter uppnådd legitimation. Den kliniska kompetensen liksom förmågan att ta egna medicinska beslut behöver stärkas. Att ge den nylegitimerade läkaren en ytterligare klinisk bredd bedömdes också som viktigt. Utredningen som syftade till att lämna förslag i denna fråga bedrevs mellan hösten 2016 och sommaren 2017. ST-delen berördes inte, eftersom det 2015 kom en ny ST-förordning. I stället lades fokus på behovet av tjänstgöring mellan grundutbildning och ST. Utredningen föreslog att en bastjänstgöring (BT) skulle införas med den inriktning som remissvaren efterfrågade [10]. Intryck

togs av hur dessa frågor har lösts i andra europeiska länder.

Propositionen som antogs av riksdagen i slutet av 2018 innebär att BT i normalfallet ska genomföras under 12 månader och innefatta två obligatoriska tjänstgöringar i allmänmedicin respektive akutsjukvård på 3-4 månader vardera samt maximalt två valbara placeringar om minst 2 månader vardera. Hela BT ska göras inom kliniska specialiteter med daglig patientkontakt, där BT-läkaren har ett självständigt ansvar för utredning och behandling. Särskild hänsyn ska inom ramen för BT tas till psykiatri, där motsvarande minst 1 månads tjänstgöring i akut psykiatri ska beredas inom ramen för de obligatoriska placeringarna. Går inte detta ska placering i psykiatri tillgodoses inom ramen för de valbara tjänstgöringarna.

Som examinationsgrund för BT ska lärandemål för tio områden gälla:

- akuta livshotande sjukdomstillstånd
- de vanligaste sjukdomstillstånden
- medarbetarskap och ledarskap
- etik, mångfald och jämlikhet
- vårdhygien och smittskydd
- lagar och förordningar
- hälso- och sjukvårdens organisation
- kommunikation
- sjukdomsförebyggande arbete
- läkemedel.

Examination av lärandemålen ska ske inom varje placering genom formativ bedömning av erfaren kliniker särskilt utbildad för detta. Minst två examinationer per placering ska göras. Examinationerna ska ske i relevanta kliniska situationer. När hela BT är klar ska slutexamination utföras av extern bedömare. Något gemensamt kunskapsprov föreslås inte. Godkänd BT krävs för att påbörja specialistutbildning, och BT ska bara kunna göras en gång.

Utredningen föreslog i enlighet med flertalet intressenter att BT skulle vara en fristående tjänst. Riksdagen beslutade dock att BT ska vara den första delen i en ST. Skälen är de tidigare yrkesdirektiven som regeringen beslutat om. I propositionen konstaterar regeringen också att man inte är skyldig att erbjuda sammanhållen anställning för hela vidareutbildningen. Införandet av BT beslutades ske redan 1 juli 2020. Huvudskälet är att läkare utbildade utanför Sverige ska få en gemensam ingång till fortsatt utbildning efter legitimation. För dem som utbildas i Sverige kan BT för första gången bli aktuell 2027, eftersom det är tidigast då som de första studenterna examineras från den nya läkarutbildningen.

Genom införandet av BT skapas således en gemensam ingång efter legitimation men också förutsättningar för en snabbare genomströmning av läkare till specialistnivå. BT-tjänsterna är mer flexibla än AT och kan utformas efter arbetsgivares och arbetstagares behov. Examinationsformerna blir också mer flexibla och kliniskt inriktade.

En mer tidsenlig utbildning

Läkarens roll i samhället förväntas bli annorlunda i och med ökad globalisering, demografiska förändringar och snabb utveckling inom medicinsk forsk-

ning, information och kommunikation. Dessutom tillkommer krav på ökad patientsäkerhet och personcentrerad vård. Inom vården har stora förändringar skett vad gäller organisationsformer, antal tillgängliga vårdplatser och betoningen av öppna vårdformer. Detta i kombination med att läkarutbildningen och AT inte förändrats på relativt lång tid innebär att förnyelse och anpassning av mål och struktur behöver genomföras för såväl grundutbildning som tiden efter denna.

Besluten som nu tagits av riksdag och regering i enlighet med de båda utredningarnas förslag resulterar i en mer tidsenlig utbildning.

Den nya läkarutbildningen och BT ställer krav på ökad samverkan mellan lärosäten och vårdgivare. Även om universiteten får ett tydligt ansvar för grundutbildningen fram till legitimation och hälso- och sjukvården för BT måste samverkan mellan aktörerna vara mera omfattande än vad som regleras i dagens ALF-avtal.

Läkarutbildningen fram till legitimation tillgodoser bättre framtida krav på läkare. Läkarens roll ur olika perspektiv tydliggörs. Studenten förväntas själv ta ansvar för sin utbildning. Det är ett ansvar som också betonas under BT. Genom att progressionen för mål i grundutbildningen utvecklas vidare i BT lär strukturen kännas igen. Då placeringarna i BT också överensstämmer med inriktningen i grundutbildningen blir BT en naturlig fortsättning.

Harmoniseringen av grundutbildningen med flertalet andra länders grundutbildning och BT möjliggör också en gemensam ingång för dem som utbildats inom EU/EES. På så sätt får vi en snabbare genom-

strömning och ett mer flexibelt system med möjlighet att göra egna val av tjänstgöringsplaceringar. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen. 2019;116:FR4S*

REFERENSER

1. SOU 2016:2. Effektiv vård. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialdepartementet; 2016.
2. Frank JR, Snell LS, Englander R, et al; ICBME Collaborators. Implementing competency-based medical education: moving forward. *Med Teach.* 2017;39(6):568-73.
3. Strowd RE, McBride A, Goforth J, et al. Educational priorities of students in the entrustable professional activity era. *Clin Teach.* 2018;15(4):319-24.
4. Europaparlamentets och rådets direktiv 2013/55/EU om ändring av direktiv 2005/36/EG om erkännande av yrkeskvalifikationer och förordning (EU) nr 1042/2012 om administrativt samarbete genom informationssystemet för den inre marknaden (IMI-förordningen). Europeiska unionens officiella tidning. 28 dec 2013.
5. SOU 2013:15. För framtidens hälsa - en ny läkarutbildning. Betänkande av Läkarutbildningsutredningen. Stockholm: Utbildningsdepartementet; 2013.
6. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet.* 2010;376(9756):1923-58.
7. Lindgren S, Gordon D. The doctor we are educating for a future role in health care. *Med Teach.* 2011;33(7):551-4.
8. Hultin M, Möller R. Att examinera blivande kollegor. Vi behöver en bedömningskultur. *Läkartidningen.* 2019;116:FEWT.
9. WHO-WFME Task Force on Accreditation. Accreditation of medical education institutions. Report of a technical meeting. WHO-WFME task force on accreditation 2004. Geneva/Copenhagen: World Health Organization/World Federation for Medical Education; 2004.
10. Ds 2017:56. Bastjänstgöring för läkare. Departementspromemoria. Stockholm: Socialdepartementet; 2017.

SUMMARY

A new internationally harmonized Swedish basic medical education

The Swedish Parliament and Government has recently sanctioned a new 6 year undergraduate medical degree leading directly to license, followed by a 12 month introduction to work as a certified doctor. The undergraduate education is internationally harmonized and the 23 learning outcomes address competence needs in future Swedish and international health-care. Particular attention is given to professional competence, critical thinking, team-work and health promotion. All 23 learning outcomes must be documented before the University can issue a MD degree. After license, the doctor applies for a 12 month introduction to employment as doctor in the Swedish health-care system. This introduction is mandatory for all, regardless of the country where the license was issued. The introduction comprises clinical service in general medicine, emergency medicine and elective disciplines. Assessment of 10 learning outcomes is carried out in a formative way by experienced and trained clinicians during the clinical service. After the introduction, the doctor is duly qualified to apply for specialist training.