

Ny era för svenska läkarprogram

DIREKT LEGITIMATIONSGRUNDANDE UTBILDNINGAR STÄLLER HÖGRE KRAV PÅ PRAKTISKA FÖRMÅGOR, ÅTERKOPPLING OCH ANFÖRTROBARHET

Magnus Hultin, docent/överläkare, anestesi och intensivvård, Umeå universitet
● magnus.hultin@umu.se

Anna Cederborg, överläkare, internmedicin, Göteborgs universitet

Emil Öberg, generalsekreterare, Ord- förändkonventet för medicine studerande i Sverige; läkarstudent, Linköpings universitet

Fredrik Iredahl, docent, distriktsläkare, allmänmedicin, Linköpings universitet

Irene Sterpu, specialistläkare, obstetrik och gynekologi, Karolinska institutet

Peter Thelin Schmidt, professor, överläkare, gastroenterologi, Uppsala universitet

Stefan Särnblad, docent, överläkare, pediatrik, Örebro universitet

Björn Rosengren, professor, överläkare, ortopedi, Lunds universitet

Universiteten i Sverige har nyligen genomfört en betydande reform av läkarutbildningen, där de traditionella programmen har övergått till att bli direkt legitimationsgrundande. Denna förändring, med syftet att effektivisera utbildningsprocessen och möta det växande behovet av läkare, innebär att studenter nu kommer att kunna ansöka om legitimation direkt efter avslutad 6-årig utbildning utan krav på ytterligare allmäntjänstgöring (AT). De första studenterna på de 6-åriga läkarprogrammen börjar nu termin 9 (ht 25).

Syftet med det nya läkarprogrammet är att studenterna ska kunna anförtros att utöva läkaryrket självständigt [1]. Detta förutsätter att de förutom gedigna teoretiska kunskaper också har praktiska förmågor och kan tillämpa dem i verkliga patientmöten på ett patientsäkert sätt. Genom att integrera mer systematisk handledning och löpande återkoppling från de kliniska handledarna utvecklar studenterna dessa förmågor och förhållningssätt också i patientarbetet i progression genom utbildningen. För detta har läkarutbildningarna i Sverige gemensamt arbetat fram ett ramverk med tio anförtrobara professionella kärnaktiviteter (entrustable professional activities, EPA) för läkarexamen [2-4] (Fakta 1).

Millers pyramid är en modell som används för att beskriva bedömningar under medicinsk utbildning [5]. Modellen har nyligen byggts på med ytterligare en nivå (Figur 1). Pyramidens bas representerar de teoretiska kunskaperna (»vet«), vilket innebär att studenten måste ha en god förståelse av den grundläggande medicinska vetenskapen. Mellannivån omfattar studenternas förmåga att applicera sina teoretiska kunskaper (»vet hur« och »visar«) i kontrollerade mil-

FAKTA 1. EPA för nyutexaminerade läkare

Tio anförtrobara kärnaktiviteter som alla som tagit läkarexamen (360 högskolepoäng) ska kunna utföra självständigt första dagen som legitimerad läkare. Fördjupad information finns att läsa på www.kliniskhandledning.se [12].

- Inhämta anamnes och genomföra relevant statusundersökning.
- Prioritera arbetsdiagnos bland relevanta differentialdiagnoser.
- Upprätta en initial utredningsplan.
- Formulera en initial åtgärdsplan och genomföra behandling.
- Identifiera behov av och initiera preventiva åtgärder.
- Genomföra allmänna medicinska procedurer.
- Identifiera patienter i behov av akut vård och genomföra ett primärt omhändertagande.
- Dokumentera samt utfärda recept och intyg.
- Samarbeta inom hälso- och sjukvården och med professioner i andra delar av samhället.
- Bidra till säkerhetsskulturer inom vården.

jöer – både teoretiskt och praktiskt – med falldiskussioner, praktiska övningar och simulerade patientfall. Pyramidens topp är tillämpningen i klinisk praktik (»gör«), där studenterna måste demonstrera sina förmågor i praktisk sjukvård under övervakning av kliniska handledare. Pyramidens spets (»anförtrobar«) speglar även förhållningssätt och värderingsförmåga är centrala inom läkaryrket.

Ett tydligt exempel på skillnaden mellan att teoretiskt kunna beskriva hur något utförs och att faktiskt kunna utföra det på ett patientsäkert sätt är förmågan att kunna etablera och bibehålla en fri luftväg hos en medvetslös patient. För att självständigt kunna göra detta räcker det inte med att ha läst om det. Teoretiska prov kan mäta kunskaper, men det är genom praktiska övningar och klinisk tillämpning som studenternas förmågor verkligen utvecklas och kan säkerställas. Tabell 1 visar olika metoder att mäta hur väl studenterna uppfyller kraven på respektive fokusnivå.

Att värdera kompetens hos en blivande kollega kan uppfattas som svårt. Läkare med handledande funktion gör varje dag överväganden om vilka arbetsuppgifter som kan anförtros AT-läkare, BT-läkare och ST-läkare. I dessa beslut vägs sjukdomstillståndets och patientens komplexitet, uppgiftens svårighetsgrad, hur långt läkaren nått i sin utveckling (teoretisk kunskap, förmågor och förhållningssätt) samt förutsättningar för stöd under uppgiftens genomförande. Arbetsuppgiften kan antingen genomföras med handledaren på plats i rummet eller tillgänglig utan-

HUVUDBUDSKAP

- Nödvändiga praktiska kunskaper och förmågor för legitimation säkerställs genom systematisk handledning och återkoppling.
- Tio anförtrobara professionella kärnaktiviteter (entrustable professional activities, EPA) strukturerar återkopplingen.
- EPA används som ramverk i samband med sammanstatta kliniska aktiviteter (SKA) som rond, inläggning, utskrivning och mottagningsbesök.
- Kliniska handledare observerar och ger återkoppling på styrkor och utvecklingsområden.
- Observationsskalan graderar självständigheten vid genomförandet och förtydligas med framåtsyftande kommentarer.
- Studenten dokumenterar och reflekterar över vad som kan förbättras.

FIGUR 1. Millers pyramid



► Millers pyramid, med ten Cates med fleras [11] tillägg av en femte nivå, som visar hur förmågan att kunna verka som läkare bygger på kunskaper, förmågor och andra underliggande nivåer. En naturlig följd blir att det behövs olika typer av prov och bedömningar för att följa och återkoppla utvecklingen till att kunna verka som självständig läkare. Studenterna behöver en bred bas av såväl kunskap som förmågor, inklusive att kunna tillämpa dem i den miljö där de ska kunna verka självständigt. Den nya nivån »kunna bli anförtrodd i framtida vård« är central vad gäller att nå högskoleförordningens syfte för läkarexamen: att studenten ska visa sådan kunskap och förmåga som krävs för att få behörighet som läkare.

FIGUR 2. Observationsskala EPA

Hur mycket stöttning behövde studenten för att utföra aktiviteten patientsäkert?

Studentens utförande vid respektive skalsteg	Förtydligande av handledarens roll vid respektive skalsteg	
Studenten var aktiv observatör	Handledare utför aktiviteten	Aktuella under lägre terminer
Studenten utförde tillsammans med handledaren	Handledaren i rummet, före aktiviteten	
Studenten utförde, handledaren behövde komplettera	Handledaren i rummet, observerar och kompletterar	
Studenten utförde, handledaren behövde inte komplettera	Handledaren i rummet, observerar	Aktuella under sista terminerna
Studenten utförde, handledaren behövde komplettera	Handledaren i närheten, efterkontrollerar och kompletterar	
Studenten utförde, handledaren behövde inte komplettera	Handledaren i närheten, efterkontrollerar	

Ökande grad av självständighet utvecklas under hela läkarprogrammet

► Den retrospektiva observationsskalan utgår från hur mycket stöttning studenten behövde för att utföra aktiviteten patientsäkert.

för. Handledaren följer sedan upp och diskuterar fallet med läkaren. Samma principer kan tillämpas vid handledning av studenter [6, 7].

Under arbetet i klinik handleder läkare dem som inte kommit så långt i sin utveckling. På samma sätt som specialister handleder ST-läkare förväntas alla legitimerade läkare kunna handleda läkarstudenter. För att handledningen ska hålla hög kvalitet är universitet och regioner överens om att »handledare med god vetenskaplig och pedagogisk kompetens som är väl insatta i de mål som studenterna förutsätts nå under utbildningen« krävs. [8] Därför har kliniska handle-

darutbildningar utarbetats som inkluderar hur man återkopplar med EPA.

I denna artikel beskrivs aktuellt status för införandet av EPA och sammansatta kliniska aktiviteter (SKA) som ramverk för den kliniska handledningen.

Kärnaktiviteter och sammansatta kliniska aktiviteter

En professionell kärnaktivitet, så kallad EPA, är en konkret och observerbar uppgift som en läkarstudent förväntas kunna utföra självständigt eller ett ansvar hen förväntas ta efter att ha uppnått tillräcklig kunskap och färdighet. Inför starten av de 6-åriga läkarpro-

TABELL 1. Fokus och bedömningsmetoder i medicinsk utbildning [11]

Nivå	Fokus för bedömningen	Metoder
● Nivå 5: Anförtrodd	Beredskap att hantera både välkända och okända utmaningar inom hela praktikens omfattning; kapabel till adaptiv kompetens vid behov.	Liknande metoder som »gör«-nivån plus följande: Tillvägagångssätt som inkluderar riskbedömning och förutsägelse av framtida förmåga (diskussioner baserade på anförtrobarhet).
● Nivå 4: Gör	Utförande på arbetsplatsen under det naturliga arbetsflödet.	Verktyg för direkt observation (mini-CEX, DOPS); fallbaserade diskussioner; återkoppling från flera källor.
● Nivå 3: Visar hur	Utförande i en standardiserad, simulerad miljö, konstruerad för bedömning med standardiserade observations- och mätförfaranden.	OSCE; simulering med artefakter (t ex verktyg för virtuell verklighet, proceduruppgiftsutbildare), fall baserade på dockor eller standardiserade patienter.
● Nivå 2: Vet hur	Förmåga att manipulera och tillämpa kunskap, förståelse av relationerna mellan begrepp och principer.	Skriftliga och online-prov med olika problemlösningsmetoder; muntliga prov.
● Nivå 1: Vet	Kunskap om fakta och processer som involverar morfologi, fysiologi och patologi; kunskap om grundläggande vetenskapliga principer.	Skriftliga och online-prov.

Mini-CEX = Mini-clinical evaluation exercise; DOPS = direkt observation av procedurall förmåga; OSCE = objektiv strukturerad klinisk examination.

TABELL 2. Exempel på bra och mindre bra återkoppling

Bra exempel	
Återkoppling från handledaren	Analys av återkopplingen
Du har redan bra anamnes- och statusfärdigheter. Undvik anteckningar, öva på bättre samtalsflyt och avsluta varje del innan du går vidare. Det minskar behovet av att gå fram och tillbaka i anamnesen.	Framåtsyftande, konkret förslag om vad som bör förbättras, positivt formulerad.
Bibehålla medvetenheten om att det är viktigt att hålla differentialdiagnoser i huvudet även när anamnesen väldigt tydligt talar för ett specifikt tillstånd. Tillägna sig kunskap kring utredningsnivå – vad kan och bör utredas på vårdcentral kontra överlåtas på specialistmottagning på sjukhuset. Titra undersökningen efter behov.	Något som är bra som första mening. Därefter två förslag till förbättringar.
Fundera kring lämpliga utredningsnivåer: ska patienten hem eller till sjukhus, vad fungerar i praktiken? Välj ut mest väsentliga delar i anamnes och status.	Konkret och tillämpbart.
Mindre bra exempel	
Återkoppling från handledaren	Analys av återkopplingen
Noggrann anamnes och status utförd med empatisk lyhördhet för patientens oro, vilket resulterade i goda relaterade interaktioner. Arbetsprocessen genomfördes i ett lämpligt tempo. Upprepade erfarenheter av liknande situationer kan ytterligare förbättra dessa färdigheter.	Beskrivning av vad som hände, men oklart för studenten vad denne bör fokusera på för att utvecklas.
Mängdträning.	Oklart vad som ska utvecklas/förbättras, saknar bekräftelse.
Planera besökets tidsfördelning.	Vad behöver justeras? För snabb eller långsam? Fel fokus?

Syftet med återkopplingen från handledaren är att ge studenten något att arbeta med inför eller vid nästa kliniska aktivitet (feedforward). Bra återkoppling är konkret, tillämpbart och uppbyggande, och välformulerad återkoppling är lätt att arbeta vidare utifrån. Följ samma modell som du som handledare skulle använda i patientjournalen: Detta har vi funnit; plan för nästa tillfälle. Skriv kort och koncist.

Läs mer om handledningsmodeller på www.kliniskhandledning.se.

Återkopplingsrutan är till för att ge ett konkret råd, inte att ge en komplett och övergripande bedömning. Exempelen utgår från autentisk återkoppling men har skrivits om i syfte att anonymisera avsändare och mottagare.

grammen enades de medicinska fakulteterna i Sverige om tio EPA (Fakta 1).

EPA används som ett ramverk för att strukturera, observera och återkoppla studenternas kliniska utveckling och säkerställa att de gradvis bygger upp och demonstrerar nödvändiga kompetenser och förmågor som krävs i deras framtida yrkesliv.

Då en EPA i normalfallet genomförs som en del av en större arbetsuppgift, exempelvis ett mottagningsbesök, har vi definierat särskilda »sammansatta kliniska aktiviteter« (SKA) som något som studenten genomför på kliniken under vilka en eller flera EPA kan observeras. En särskild sammansatt klinisk aktivitet kan därmed vara rond, inläggning, utskrivning, mottagningsbesök eller liknande; komplexiteten blir i normalfallet olika för en student på termin 6 respektive på termin 11, då studenterna har kommit olika långt i sin utbildning.

Observationsskalan

Under det verksamhetsintegrerade lärandet (VIL) får studenterna möjlighet att utföra olika EPA under överinseende av erfarna kliniska handledare. Handledarna observerar studenternas utförande och ger återkoppling på såväl styrkor som områden som behöver utvecklas. Återkopplingen sker med en observationsskala som graderar självständighet vid genomförandet, kompletterad med framåtsyftande kommentarer i form av tips om något som är viktigt att förbättra och hur studenten kan arbeta med det (Figur 2).

Med ramverket för EPA som stöd för lärande och observation av de aktiviteter som studenterna genomför inom verksamhetsintegrerat lärande skapas en process med studentens utveckling i centrum. Hand-

ledarens roll kommer att variera under utbildningen, från att visa till att göra tillsammans med, för att med tiden övergå till att stötta studenten och följa upp. Från studentens perspektiv innebär det gradvis ökande självständighet: första gångerna observera, sedan göra tillsammans med och därefter själv påbörja aktiviteten (Figur 2). Över tid arbetar sig studenten fram till att kunna anförtrons att självständigt genomföra EPA och SKA.

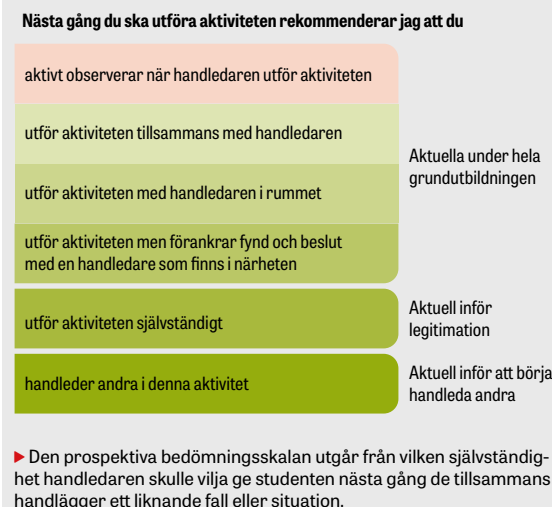
Narrativ återkoppling

Utöver observationsskalan är det viktigt att studenten får muntlig framåtsyftande återkoppling från handledaren, både om sådant som genomfördes bra och sådant som behöver förbättras. Det är essentiellt för studenternas utveckling att de får konkret information om vad de behöver arbeta med. Det kommer att variera mellan olika handledare exakt vilka delar som lyfts fram, men då studenterna observeras vid upprepade tillfällen av olika handledare i olika situationer blir det totalt sett en god helhetsbild.

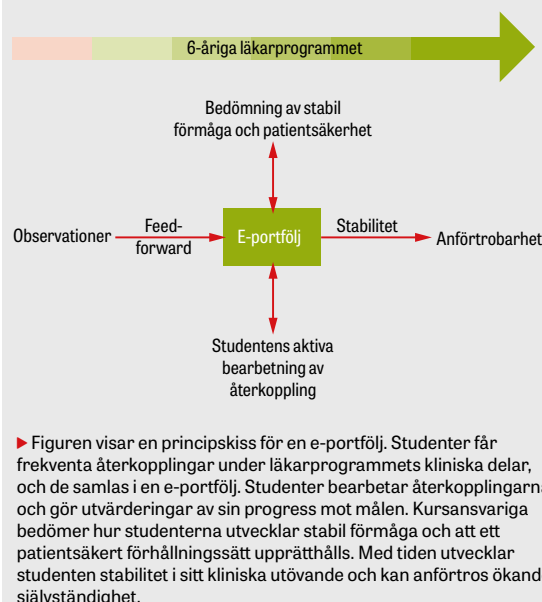
Formen för hur handledarna instrueras att ge återkoppling skiljer något mellan lärosätena, men kärnan är att studenten själv först funderar en kort stund på vad som gick bra och vad hen önskar tips om från handledaren. Därefter har student och handledare ett kort samtal med utgångspunkt från detta, med fokus på vad som är viktigast för studenten att arbeta med för att ta nästa steg på vägen mot att kunna arbeta självständigt som läkare och hur hen ska göra det. Studentens ansvar för att dokumentera återkopplingen.

Själva återkopplingen bör vara framåtsyftande, det vill säga utformas som en »feedforward«. En bra start kan vara att börja med: »Till nästa gång, tänk på att ...«

FIGUR 3. Prospektiv skala EPA



FIGUR 4. E-portfölj



och var koncis. Tabell 2 visar autentiska exempel på bra och mindre bra återkoppling. Sätt studentens behov av tips för framtiden i fokus. Konkreta råd är viktigare för studentens utveckling än ett svepande beröm som studenten inte kan omsätta i praktiken.

Studentens arbete med återkopplingen

Studenten förväntas läsa igenom återkopplingen och reflektera över vad hen kan förbättra till nästa tillfälle. Det finns också möjlighet att låta studenten återkoppla till den kliniska handledaren om huruvida den var användbar.

Varje termin bör studenten reflektera över sin utveckling mot att bli läkare. På några terminer behöver studenterna dessutom göra en mer omfattande sammanställning av hur det gått hittills i utbildningen

»Varje termin bör studenten reflektera över sin utveckling mot att bli läkare. På några terminer behöver studenterna dessutom göra en mer omfattande sammanställning ...«

och göra en skriftlig reflektion. Exakt hur reflektionen behandlas vidare och kriterierna för godkänt kommer sannolikt att skilja mellan lärosätena. Gemensamt är syftet att stärka studenternas förmåga att ta ansvar för det egna lärandet.

För att systemet med löpande daglig återkoppling ska fungera måste studenterna själva vara drivande.

Den student som inte söker konstruktiv återkoppling från de kliniska handledarna kommer inte att ha samma förutsättningar att nå sin fulla potential. De kliniska handledarna är »tränarna« som finns där och kan ge sin syn på vad studenterna behöver öva på. Det är sedan upp till studenterna att ta till sig och analysera återkopplingen och handla därefter.

Fortsatt utveckling av observationsskalan

I den inledande fasen av att utveckla och införa EPA enades lärosätena om att lägga fokus på att införa en återkopplingskultur och att använda en retrospektiv (bakåtsyftande) observationsskala. Den svarar på frågan vad som hände när studenten utförde aktiviteten. I litteraturen framhålls prospektiva (framåtsyftande) bedömningsskalor som fördelaktiga [9]. I en prospektiv skala är fokus på vilken självständighetsgrad den kliniska handledaren skulle anförtro studenten nästa gång de tillsammans stod inför samma typ av patient/situation (Figur 3). En sådan skala inkluderar värderingsfrågor som patientsäkerhet, självständighet och anförtrobarhet i förhållande till aktiviteten. Den lägger till ytterligare en dimension i återkopplingen till studenterna och bygger på att handledaren tar ställning till hur hen skulle arbeta med studenten nästa gång. Skulle handledaren anförtro studenten att inleda aktiviteten med patienten? Skulle handledare vara på plats i rummet från start, ansluta efter första delen eller då hela aktiviteten är genomförd?

Tankesättet är jämförbart med när en person håller på att ta körkort och ska göra en uppkörning. Det som bedöms vid en uppkörning är inte bara vad som hände utan också om körningen är förtroendeingivande, med rimlig fart i relation till trafiksituationens svårighetsgrad och korrekt förhållningssätt till regelverk. Uppfylls dessa kvalitetskrav kan hen anförtros behörighet, det vill säga körkort. Samma sak med läkarex-

amen och i förlängningen legitimation. Studenterna övar systematiskt upp kunskaper och förståelse, färdigheter och förmågor och inte minst värderingsförmågor och förhållningssätt. Det avspeglas i att de över tid kan anförtrösa ökande självständighet. När EPA har introducerats på läkarprogrammets 12 terminer blir nästa steg att diskutera prospektiva bedömningar i den nationella arbetsgruppen och därefter eventuellt göra förändringar vid lärosätena.

E-portfölj för visualisering och återkoppling

Samtliga EPA-observationer samlas i en e-portfölj där de är tillgängliga för såväl student som examinator (Figur 4). De flesta lärosäten har redan ett system för att samla in observationerna direkt via mobilappar eller liknande. Det innebär att det är förhållandevis enkelt att sammanställa studentens utveckling över tid med hjälp av observationsskalor och återkoppling.

EPA gör att varje observerad aktivitet under verksamhetsintegrerat lärande blir värdeskapande och incitamentet ökar att söka tillfällen att öva och få återkoppling.

Detta innebär en förändring i perspektivet på vad och hur mycket som ska genomföras under en VIL-period. Det handlar inte om att göra enstaka in- och utskrivningar, utan om att bygga förmågor för livet. Studenterna kommer att ställa högre krav på att involveras i det dagliga arbetet och att få löpande, konstruktiv och användbar återkoppling (Tabell 2). Den övergripande examinationen av studentens verksamhetsintegrerade lärande kan därigenom också baseras på hur återkopplingen använts.

Anförtrobarhet (entrustability) och autenticitet

Inför examen ska alla studenter kunna anförtrösa att arbeta självständigt som läkare [1]. För att uppnå detta krävs medicinsk kunskap, praktiska färdigheter samt förmågan att fatta och ta ansvar för beslut. Det behövs också omdömesförmåga, medvetenhet om egna begränsningar (exempelvis att be om hjälp vid behov), ärlighet, tillförlitlighet, ett proaktivt arbetssätt, ansvarstagande för egen utbildning och god samarbetsförmåga med patienter, anhöriga och personal [6, 10]. Detta nås genom systematisk träning och framåtsyftande återkoppling.

Täta observationer under VIL med utgångspunkt från EPA och SKA är tänkta att vara ett sätt att ge studenterna frekvent återkoppling. Varje enskild observation och återkoppling bidrar i relativt liten omfattning till examinatorns betygsbeslut. Däremot är varje enskild återkoppling av högt värde för studenten, då den löpande används för att utvecklas under VIL. Då

återkopplingen systematiskt används för att forma studenten benämns den ofta som formativ återkoppling eller formativ examination.

Befintligt upplägg för EPA-återkoppling bygger på ett holistiskt synsätt. Fokus ligger på helheten. Detaljer i det praktiska utförandet och den teoretiska grun-

»Upplägget bygger på att studenterna får återkoppling från många handledare i många kliniska situationer ...«

den examineras bättre med andra metoder [5, 11]. Upplägget bygger på att studenterna får återkoppling från många handledare i många kliniska situationer och utnyttjar styrkan såväl i skiftande kliniska situationer som i de kliniska handledarnas olika perspektiv. Det ökar också autenticiteten, trots att reproducerbarheten för varje enskild observation sjunker. Med fokus på holistisk återkoppling under VIL kombinerad med ett system för reflektion tror vi att vi skapar en sund grund för ett ansvarstagande livslångt lärande.

Slutsats

Genom att använda EPA och SKA som verktyg för aktivitet, observation, återkoppling och bedömning kan lärosätena tillsammans säkerställa att framtida läkare inte bara har teoretisk kunskap, utan också praktisk erfarenhet och kompetens att hantera verkliga kliniska situationer med ett professionellt förhållningssätt. Ett konsekvent utnyttjande av EPA och SKA möjliggör en systematisering av studenternas kliniska aktiviteter och att de kliniska handledarnas observationer och återkoppling till studenterna kompletterar de examinationer som universitetet ansvarar för. Många observationer och återkopplingar av flera olika handledare ger bredd och ökar validiteten såväl hos läraaktiviteterna som till den samlade bedömningen.

Sammanfattningsvis får kursansvariga och examinatorer mycket goda förutsättningar att göra en samlad bedömning inför betygsbeslut baserat på ett brett underlag från såväl observerade kliniska förmågor under VIL som teoretiska kunskaper som bedömts via examination. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen. 2025;122:25031*

REFERENSER

1. SFS 1993:100. Högskoleförordning.
2. Rosengren B, Dahlin M, Hellman J, et al. Tio viktiga aktiviteter framtagna för läkarprogrammen. *Läkartidningen*. 2019;116(47):FWDR.
3. Rosengren B, Möller R, Hellman J, et al. EPA - en modell för att träna och bedöma dagligt läkarjobb. *Läkartidningen*. 2019;116:FMST.
4. Gummesson C, Alm S, Cederborg A, et al. Entrustable professional activities (EPAs) for undergraduate medical education - development and exploration of social validity. *BMC Med Educ*. 2023;23(1):635.
5. Miller G. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med*. 1990;65(9 Suppl):S63-7.
6. ten Cate O. Entrustability of professional activities and competency-based training. *Med Educ*. 2005;39(12):1176-7.
7. ten Cate O. A primer on entrustable professional activities. *Korean J Med Educ*. 2018;30(1):1-10.
8. Nationellt ALF-avtal. Sep 2014. <https://www.uu.se/download/18.59b846bf18bc-c057d9af39d/1700228236818/Nationellt%20ALF-avtal%202014.pdf>
9. ten Cate O, Schwartz A, Chen HC. Assessing trainees and making entrustment decisions: on the nature and use of entrustment supervision scales. *Acad Med*. 2020;95(11):1662-9.
10. ten Cate O, Chen HC. The ingredients of a rich entrustment decision. *Med Teach*. 2020;42(12):1413-20.
11. ten Cate O, Carraccio C, Darnall A, et al. Entrustment decision making: extending Miller's pyramid. *Acad Med*. 2020;96(2):199-204.
12. Nationella vårdkompetensrådet/MeCUL, Lunds universitet. Om Entrustable professional activities (EPA). <https://www.kliniskhandledning>