

# Apropå EPA: Lämna inte studenterna i sitt lärande

**Hultin och kollegor** beskrev nyligen hur svensk läkarutbildning står inför en ny era genom införandet av ett 6-årigt legitimeringsgrundande läkarprogram [1]. De redogör för hur införandet av ramverket professionella kärnaktiviteter (entrustable professional activities, EPA) för aktiviteter, observation, återkoppling och bedömning kan säkerställa att legitimerade läkare har praktisk erfarenhet och kompetens att hantera verkliga kliniska situationer med ett professionellt förhållningssätt. De menar vidare att studenterna med EPA förväntas ta ökat ansvar för sitt lärande genom att reflektera över den givna återkopplingen och dess relevans för deras utveckling som läkare och därtill aktivt söka återkoppling genom att själva vara drivande. Syftet med det ökade ansvaret är, menar Hultin och kollegor, att skapa en sund grund för ett ansvarstagande livslångt lärande. Genomgående i sitt resonemang hänvisar Hultin och kollegor till att de många observationerna och återkopplingarna från olika handledare säkerställer bredd och validitet, vilket ger examinatorer ett brett underlag inför betygsbeslut.

**Den kliniska fasen** av läkarutbildning i Sverige har, precis som i många andra länder, historiskt sett till hög grad baserats på en rotationsmodell där studenterna under kliniska kurser »roterar« mellan olika kliniska verksamheter. Dessa rotation-



**Matilda Liljedahl**, docent i vårdpedagogik, ST-läkare, institutionen för kliniska vetenskaper, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet  
● Matilda.liljedahl@gu.se



**Yvonne Carlsson**, doktorand, ST-läkare, institutionen för medicin, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet



**Erik Myrberg**, doktorand, specialistläkare, institutionen för kliniska vetenskaper, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet

er kan innebära några timmars auskultation på exempelvis en mottagning upp till några veckors (vanligtvis en eller ett fåtal) klinisk praktik på exempelvis en vårdavdelning eller vårdcentral. Rotationsmodellen används även under allmäntjänstgöringen (AT) med rotation mellan (och även inom) kliniska block (medicin, kirurgi, psykiatri och primärvård), samt till viss del även inom specialistutbildning (ST) med obligatoriska randningar. Flera lärosäten i Sverige inför i den 6-åriga läkarutbildningen nu även längre placeringar, vanligtvis under de senare terminerna, vilka till viss del avses ersätta allmäntjänstgöringens roll i att öka studenternas erfarenhet av kliniskt arbete.

**Att frekvent rotera** mellan kliniska verksamheter innebär att studenten närmast på daglig basis möter nya fysiska arbetsplatser, nya kliniska handledare, nya arbetssätt och annorlunda patientklientel än tidigare. I denna kontext kan EPA

ner [2, 3]. I vår egen forskning avseende läkarstudenter och AT-läkare syns samma trend: rotationsmodellen ställer höga krav på att studenter/AT-läkare själva är pådrivande, orkar visa sin bästa sida, kan »söka« efter handledare som visar intresse för dem och »hänger på« sin handledare för att få tillgång till lärandeaktiviteter [4, 5]. Att i detta sammanhang förvänta sig att studenterna ska vara än mer drivande och söka återkoppling tycker vi vittnar om ett lärarcenkrat förhållningssätt som inte visar förståelse för läkarstudenternas vardag i klinisk verksamhet.

**Rotationsmodellen kan härledas** till en ambition att exponera studenter för hela bredden av sjukvården [2, 6]. Det behöver inte i sig vara fel, men kan få konsekvensen att studenter »vandrar runt« i sjukvården utan hemvist och möjlighet till djupare involvering i patientarbetet. Den uppenbara risken med denna strategi är att studenterna, som juniora och tillfälliga besökare i kliniska verksamheter, inte ges det sociala och psykologiska utrymme som krävs för att kunna vara drivande och initiativrika i den grad som behövs för att EPA-modellen i sin nuvarande form ska fungera. För både studenten och verksamheten kan EPA visserligen signalera en rätt till aktivt deltagande, men EPA kan inte kompensera för de korta placeringarnas många nackdelar. Vi menar att det är lärosätenas och de kliniska verksamheternas ansvar att planera de kliniska placeringarna på ett sådant sätt att studenterna med lätthet kan integreras i den ordinarie patientverksamheten utan att själva behöva hävda sin egen delaktighet. Snarare än att göra studenterna mer drivande tror vi att införandet av EPA förstärker behovet av strukturerad tillgång till lärandeaktiviteter. I förlängningen kan så kallade longitudinella placeringar vara en eftersträvsansvärd modell. Internationella utvärderingar visar mycket goda resultat vad gäller både studenternas kunskaper, färdigheter och förhållningssätt och deras välmående [7, 8].

**Frekvent återkoppling baserad** på observation kan vara ett bra sätt för studenten att utvecklas. Det finns dock forskning som menar att den mest avgörande faktorn för

»... en lyckad implementering av EPA kräver handledare som både har tid och beredskap att stödja studenternas reflektion och utveckling.«

förstås ses som ett försök att strukturera och följa studentens utveckling genom de många bytena av miljö och handledare. I den internationella litteraturen har dock denna rotationsmodell ifrågasatts, till största del på grund av att dessa övergångar mellan verksamheter ställer höga krav på studenters sociala förmåga och att det är mentalt mycket krävande att regelbundet exponeras för nya miljöer och perso-

## HUVUDBUDSKAP

- EPA-modellen för återkoppling och bedömning av läkarstudenters prestation riskerar att fungera dåligt i de korta kliniska placeringar och tillfälliga handledarrelationer som kännetecknar svenska läkarprogram.
- Vi förespråkar längre placeringar med kontinuitet i handledningen, där studenten kan ges stöd i sitt lärande och utveckling.

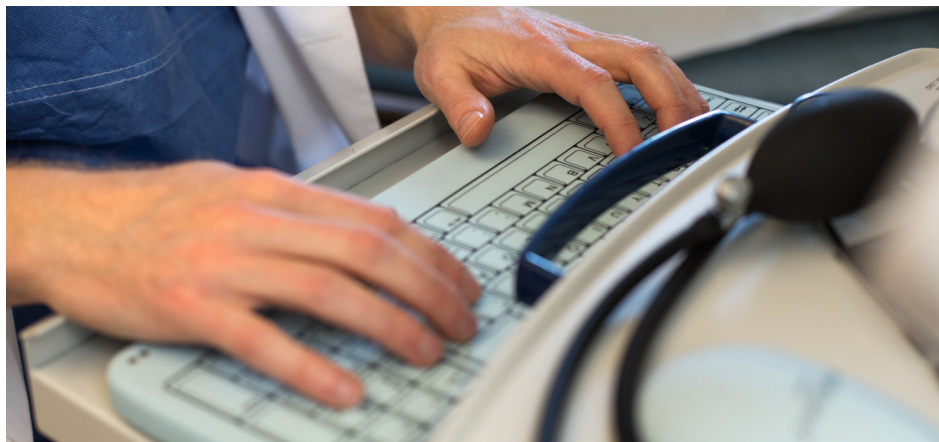


Foto: Mostphotos

»Om vi vill utbilda läkare som självständigt och tryggt kan verka i vårdens komplexa vardag, behöver vi värna de delar av lärandet som inte med lätthet låter sig mätas«, skriver författarna.

bra återkoppling är stabil och kontinuerlig handledning av någon som känner studenten väl och som studenten dessutom uppfattar som lämplig [9, 10]. En förtroendefull och långvarig kontakt mellan student och handledare underlättar också när handledaren ska bedöma anförtrorbarhet [10]. Att ta emot återkoppling, reflektera över den och omsätta den i förändrat beteende kräver att studenter visar ödmjukhet och sårbarhet, och vi tror inte att det bäst görs i de korta, tillfälliga relationerna mellan handledare och student som skapas i rotationsmodellen, utan i längre, välutvecklade och förtroendefulla sådana. Från studentens perspektiv är det också svårt att se fördelarna med att få många bedömningar från olika handledare, och där verkar den nuvarande formen av EPA-modellen snarare tillgodose lärosätenas behov av bedömning inför betygsbeslut än att användas formativt för att stimulera studentens lärande.

**Vidare menar vi** att en handledares uppgift inte kan begränsas till att ge återkoppling på studentens prestation, och att studenten sedan ska förväntas kunna ta eget ansvar för sitt lärande genom att reflektera över den givna återkopplingen och handla därefter. Att lämna studenterna ensamma i detta viktiga arbete tror vi därför vore mycket olyckligt. Handledning behövs, framför allt i grundutbildning, inte bara för att säkerställa patientsäkerhet i den aktuella situationen och ge återkoppling, utan också för att hjälpa studenten att förstå återkopplingen, formulera en rim-

lig väg framåt samt få känslomässigt och psykologiskt stöd i sin lärandeprocess. Vår forskning har visat hur läkarutbildning genomgående präglas av en individualistisk syn på lärande där studenter och juniora läkare får ta hand om sitt eget lärande, och vi förespråkar i stället en mer relationell syn på lärande där studenten inte bara får återkoppling på sin prestation utan också andra typer av stöd [5, 6]. Det kliniska arbetet - och därmed återkopplingen på det - är till sin natur oförutsägbart och svårt att standardisera. Det kompliceras ytterligare av att vårdformer hela tiden utvecklas i hög takt, med större andel patienter i öppenvård och primärvård. Att i det sammanhanget begära av studenterna att ta hand om lärandet på sin kamrars tror vi inte stimulerar utveckling av självständighet, snarare tvärtom.

**Vi tror att** en lyckad implementering av EPA kräver handledare som både har tid och beredskap att stödja studenternas reflektion och utveckling. Det krävs dels en samsyn både hos lärosäten och inom sjukvården avseende på vilket sätt läkarstudenterna ska handledas med EPA, dels gedigna förberedelser och utbildningar för handledare, för att implementeringen av EPA ska bli framgångsrik. I linje med internationell litteratur vill vi förorda att »många korta placeringar med många olika handledare« successivt ersätts med längre sammanhängande placeringar med möjlighet till student-handledarkontinuitet. Vi menar att kontinuitet i handledning är nödvändig för att EPA ska ha en

chans att fungera - oavsett om det gäller dess funktion som pedagogiskt stöd eller som verktyg för bedömning.

Även med EPA-utbildade handledare och längre placeringar ser vi dock en betydande risk med EPA-modellen. När registrering av observation och återkoppling formaliserar handledningen förskjuts fokus från samtalet mellan student, handledare och patient till dokumentation. Det vore olyckligt om den tid som avsätts till att observera och registrera tar tid från gemensam reflektion och samtal om yrkesrollen, med allt vad den innebär. Om vi vill utbilda läkare som självständigt och tryggt kan verka i vårdens komplexa vardag, behöver vi värna de delar av lärandet som inte med lätthet låter sig mätas. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen*. 2026;123:25151

## REFERENSER

- Hultin M, Cederborg A, Öberg E, et al. Ny era för svenska läkarprogram. Direkt legitimeringsgrundande utbildningar ställer högre krav på praktiska förmågor, återkoppling och anförtrorbarhet. *Läkartidningen*. 2025;122:25031.
- Holmboe E, Ginsburg S, Bernabeo E. The rotational approach to medical education: time to confront our assumptions? *Med Educ*. 2011;45(1):69-80.
- Sturman N, Tan Z, Turner J. »A steep learning curve«: junior doctor perspectives on the transition from medical student to the health-care workplace. *BMC Med Educ*. 2017;17(1):92.
- Liljedahl M, Boman LE, Fält CP, et al. What students really learn: contrasting medical and nursing students' experiences of the clinical learning environment. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2015;20(3):765-79.
- Carlsson Y, Nilsdotter A, Bergman S, et al. Junior doctors' experiences of the medical internship: a qualitative study. *Int J Med Educ*. 2022;13:66-73.
- Liljedahl M, Björck E, Bolander Laksöv K. How workplace learning is put into practice: contrasting the medical and nursing contexts from the perspective of teaching and learning regimes. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2023;28(3):811-26.
- Brown ME, Anderson K, Finn GM. A narrative literature review considering the development and implementation of longitudinal integrated clerkships, including a practical guide for application. *J Med Educ Curric Dev*. 2019;6:2382120519849409.
- Myhre DL, Woloschuk W, Jackson W, et al. Academic performance of longitudinal integrated clerkship versus rotation-based clerkship students: a matched-cohort study. *Acad Med*. 2014;89(2):292-5.
- Bing-You R, Hayes V, Varaklis K, et al. Feedback for learners in medical education: what is known? A scoping review. *Acad Med*. 2017;92(9):1346-54.
- Hauer KE, Ten Cate O, Boscardin C, et al. Understanding trust as an essential element of trainee supervision and learning in the workplace. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2014;19(3):435-56.