

# Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Genom beslut den 30 november 2000 bemyndigade regeringen chefen för Socialdepartementet att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att utreda tillskapandet av ett familjemedicinskt institut (Dir. 2000:86).

Göran Sjönell förordnades som särskild utredare 1 december 2000.

Den 22 januari 2001 förordnades medicinalrådet Mats Ribacke, kansliråden Karin Odencrants, Leif Lundquist och Heléne Dahl Fransson och överläkaren Kjeld Hougaard som sakkunniga. Samma dag förordnades generaldirektör Göran Håkansson, utredaren Kerstin Sjöberg, distriktsläkaren Meta Wiborgh, förbundssekreteraren Kent Löfgren, vice ordförande Margareta Albinsson, distriktsläkaren Carl-Eric Thors, hälso- och sjukvårdschefen Håkan Wittgren och distriktssköterskan Mona Ringbjer till experter i kommittén.

Den 12 februari 2001 förordnades psykologen Carita Jonsson Sundberg till expert i utredningen och den 21 februari förordnades ombudsmannen Liza diPaolo-Sandberg i samma funktion.

Som sekreterare förordades den 29 januari områdeschefen Svante Pettersson.

Experterna Margareta Albinsson, Mona Ringbjer, Carita Jonsson Sundberg och Meta Wiborgh har lämnat särskilda yttranden.

Jag överlämnar härmed betänkandet Tillskapande av ett familjemedicinskt institut. Utredningsuppdraget är därmed slutfört.

Stockholm den 30 maj 2001

Göran Sjönell

/Svante Pettersson

# Innehåll

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>9</b>
<b>Författningsförslag .....</b>	<b>23</b>
<b>1 Utredningens direktiv och arbete.....</b>	<b>25</b>
<b>2 Förutsättningar angivna av riksdag och regering .....</b>	<b>29</b>
2.1 Landstingens primärvård .....	29
2.2 Kommunernas primärvård.....	34
<b>3 Lägesbeskrivning av den svenska primärvården.....</b>	<b>37</b>
3.1 Landstingens primärvård .....	37
3.1.1 Socialstyrelsens slutrapport från primärvårdsuppföljningen .....	37
3.1.2 Effekter av utbyggd primärvård .....	43
3.2 Kommunernas primärvård och äldreomsorg.....	44
3.2.1 Socialstyrelsens redovisning av äldreuppdraget .....	44
3.2.2 Försöken med kommunal primärvård .....	47
3.3 Undersökning av allmänläkarnas fortbildning .....	48
<b>4 Rekrytering av allmänläkare och distriktsköterskor .....</b>	<b>51</b>
4.1 Vårdkommissionen .....	51
4.2 Rekrytering av allmänläkare.....	52
4.3 Rekrytering av distriktsköterskor .....	54

5	Läkarstuderandes attityder till allmänläkaryrket.....	57
6	Synpunkter och kommentarer från yrkesföreningarna .....	69
6.1	Inledning .....	69
6.2	Svensk Förening för Allmänmedicin.....	70
6.3	Riksföreningen för distriktssköterskor.....	73
6.4	Svenska barnmorskeförbundet .....	77
6.5	Riksföreningen för Medicinskt Ansvariga Sjuksköterskor .....	79
6.6	Legitimerade sjukgymnasters riksförbund.....	80
6.7	Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter .....	83
6.8	Sveriges Läkarsekreterarförbund .....	86
6.9	Undersköterskor inom landstingens primärvård .....	88
6.10	Svensk kuratorsförening .....	89
6.11	Sveriges psykologförbund.....	91
7	Internationell utblick.....	95
8	Allmänna överväganden och förslag .....	103
8.1	Inledning .....	103
8.2	Fokus på möjligheter och utveckling .....	105
8.3	Vision, verksamhetsidé och huvuduppgifter.....	109
9	Förslag till arbetsområden för det familjemedicinska institutet.....	113
9.1	Fortbildning.....	113
9.2	Teamet.....	119
9.3	Tydliggöra förutsättningar för rekrytering.....	122
9.4	Primärvårdens arbetsmiljö .....	127

9.5	Vård av äldre .....	129
9.6	Kommunernas primärvård .....	132
9.7	Information till befolkningen.....	136
9.8	Det familjemedicinska institutets hemsida.....	138
9.9	Närsjukvård .....	140
10	Associationsform, organisation, lokalisering.....	145
10.1	Huvudmannaskap, associationsform och fortsatt verksamhet.....	145
10.2	Arbetsformer och bemanning .....	152
10.3	Lokalisering .....	156
11	ILPU, SK-kurser, Provinsialläkarstiftelsen .....	161
11.1	Institutet för läkares professionella utveckling och SK-kurser .....	161
11.2	Provinsialläkarstiftelsen .....	168
12	Övriga förslag .....	173
12.1	Forskning.....	173
	Författningskommentarer .....	177
	Särskilda yttranden .....	179
	Bilagor .....	185
	Bilaga 1: Kommittédirektiv .....	185
	Bilaga 2: Kommitténs sammansättning.....	189
	Bilaga 3: Referensgrupper .....	191

# Sammanfattning

Genom avtalet om utvecklingsinsatser inom vården och omsorgen och riksdagens beslut om den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården har staten och sjukvårdshuvudmännen lagt en gemensam grund för de närmaste årens förändringsarbete. Nya resurser tillförs primärvården för att rätta till obalansen mellan dess åtagande och kapacitet. Syftet är att åstadkomma positiva systemeffekter inom hälso- och sjukvården som helhet där primärvården och den specialiserade vården i samverkan kan åtgärda de tillgänglighets-, kvalitets- och samordningsproblem som finns.

I den nationella handlingsplanen föreslog regeringen att ett familjemedicinskt institut skall tillskapas. Under åren 2002–2004 avsätts sammanlagt 60 miljoner kronor för ändamålet. Institutet skall vara en struktur och ett nationellt stöd för kunskapsutveckling inom landstingens och kommunernas primärvård. Vidare tillsattes denna utredning med uppgift att lämna förslag till former för ett sådant institut. I direktiven betonas att målet för institutet skall vara att skapa förutsättningar för primärvården att utvecklas till en väl fungerande bas i den svenska hälso- och sjukvården, som utgör en dynamisk och utvecklande arbetsmiljö för alla personalkategorier. Målet skall uppnås genom att institutet verkar som ett centrum för kunskap och kunskapsspridning. Utgångspunkten för utredningens arbete är att riksdagen efter förslag från regeringen skall fatta beslut om institutet under hösten 2001 och att institutet skall starta sin verksamhet under år 2002.

## *Primärvårdens roll inom hälso- och sjukvården*

I förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) fastslogs att primärvården skall utgöra basen inom hälso- och sjukvården. Riksdagen har sedan dess fortgående krävt att primärvården skall

byggas ut så att den kan fullfölja denna funktion. År 1994 relaterades kraven om utbyggnad till antalet allmänläkare – målet sattes till en allmänläkare per 2 000 invånare. Genom den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården har målsättningen höjts. Antalet allmänläkare skall öka från dagens 4 300 till 6 000 fram till år 2008. Detta är en ambitiös målsättning. Redan i dag är det på många håll svårt att besätta allmänläkartjänsterna. Åldersfördelningen är sådan att pensionsavgångarna kommer att öka de närmaste åren. Bara hälften av de allmänläkare som behövs år 2008 är verksamma i dag. Primärvården måste vara lockande både för dem som redan arbetar inom hälso- och sjukvården och för de unga som står inför valet av specialitet.

I sina uttalanden om primärvården har regering och riksdag betonat betydelsen av kontinuitet i relationen mellan patienten och personalen. Från 1990-talets början har möjligheten att fritt kunna välja en fast läkarkontakt satts i förgrunden. Det har i hälso- och sjukvårdslagen reglerats att landstingen har till uppgift att organisera vården så att befolkningen får tillgång till en fast läkarkontakt. I lagen anges att den fasta läkarkontakten skall vara en specialist i allmänmedicin. Den nationella handlingsplanen introducerar en ny benämning på den fasta läkarkontakten – familjeläkaren.

Familjeläkaren och distriktssköterskan svarar, tillsammans med andra yrkeskategorier i primärvården, genom en långsiktig relation för invånarnas grundläggande vård- och rehabiliteringsbehov och fungerar som patientens rådgivare och samordnare av olika vårdinsatser.

Socialstyrelsens har redovisat att det finns stora behov av att utveckla fortbildningen både för läkare och distriktssköterskor. Kompetensutveckling är enligt Socialstyrelsen varje yrkesutövares eget ansvar men huvudmännen har uppgiften att skapa de förutsättningar som gör det möjligt för personalen att ta detta ansvar. Socialstyrelsen har i sina redovisningar inte angivit några mer allvarliga kunskaps- eller kompetensbrister inom landstingets primärvård.

Den otydlighet och varierande utformning som primärvården har över landet hämmar enligt Socialstyrelsen utvecklingen. Detta gäller inte minst förhållandet till befolkningen och Socialstyrelsen framhåller att det är viktigt att de begrepp som används för att beskriva primärvårdens arbete får en fastare innebörd.

Kommunerna har förhållandevis nyligen givits ansvar för hälso- och sjukvård. Genom Ädelreformen fick kommunerna år 1992 ansvaret för hälso- och sjukvård till äldre och handikappade och genom Psykiatrireformen kompletterades ansvaret för psykiskt sjuka. Kommunernas ansvar är avgränsat till sådana insatser som meddelas av andra än läkare. År 1994 definierades – i anslutning till förändringar av HSL – att den kommunala hälso- och sjukvården är en del av primärvården.

I juni 1998 antog riksdagen en nationell handlingsplan för äldrepolitiken. Genom handlingsplanen ökades statsbidragen till äldreomsorgen inklusive kommunernas primärvård. Behovet av att öka tillgången till medicinsk kompetens i hemsjukvården och i de särskilda boendeformerna lyftes fram. I planen anvisades särskilda medel för forskning och utveckling inom äldreområdet och för fortbildning av arbetsledare. I den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården anges att Ädelreformen skall ligga fast. Kraven på bättre tillgång till medicinsk kompetens i äldreården upprepas. Också denna handlingsplan lyfter fram att läkarinsatserna i de särskilda boendena behöver utvecklas.

Såväl landstingen som kommunerna står inför omfattande behov av att rekrytera sjuksköterskor och pensionsavgångarna bland distriktssköterskorna ökar de närmaste åren. Problemen är generellt sett större i kommunerna än i landstingen och ungefär hälften av kommunerna uppgav år 2000 att det är mycket svårt att rekrytera sjuksköterskor.

Många som väljer att vidareutbilda sig till distriktssköterska gör det efter relativt lång tids verksamhet som sjuksköterska inom andra områden av hälso- och sjukvården. Behåller vidareutbildningen sin attraktivitet och om vårdhögskolorna utformar behörighetskraven på lämpligt sätt bör det finnas relativt goda möjligheter att rekrytera distriktssköterskor.

### *Enkät till unga läkare*

Utredningen har genomfört en enkätundersökning bland studerande under termin 11 vid fyra av landets läkarutbildningar. Den visar att det finns en bred enighet bland de unga läkarna om att det behövs en mer välutvecklad primärvård med fler allmänläkare. Nästan en tredjedel av studenterna anger att de i hög grad är inställda på att bli allmänläkare efter avslutad AT-tjänstgöring. Den

helt dominerande negativa erfarenheten av primärvården hänger samman med den höga arbetsbelastningen. Mer än 70 % anser att den stora arbetsbelastningen i hög grad karakteriserar allmänläkaryrket. Den faktor som mest bidragit till en positiv syn på primärvården är den praktiktjänstgöring som fullgjorts på vårdcentral. Ansvarsfulla och omväxlande arbetsuppgifter samt fokus på helhetstänkande är andra positiva aspekter på primärvården som studenterna lyfter fram i svaren.

Undersökningen visar att hälften av studenterna uppfattar att attityden till allmänläkaryrket är negativ bland handledare och lärare. Studenterna uppfattar också att man i utbildningen i mycket hög grad mer uppmuntrar dem att välja en annan inriktning än att bli allmänläkare. Det vanligaste förslaget till förändringar för att göra primärvården till en mer attraktiv arbetsplats gäller minskad arbetsbelastning och mindre stress. Närmare hälften menar att möjligheterna till fördjupning och forskning måste ökas. Det behövs fler allmänläkare som handledare och allmänmedicin måste få ett större utrymme i läkarutbildningen.

#### *Synpunkter från yrkesföreningarna, internationell utblick*

Företrädare för olika yrkesföreningar inom primärvården har deltagit i utredningsarbetet genom en särskild referensgrupp. Dessa redovisar i betänkandet synpunkter om det familjemedicinska institutet. Redovisningarna visar att det finns ett stort engagemang för kunskaps- och kompetensutveckling bland alla personal-kategorier inom den svenska primärvården. Stora insatser görs och på många håll är behovet relativt väl tillgodosett. Samtidigt framgår att det saknas en gemensam syn och att många av insatserna mer speglar enskilda personers engagemang än en väl etablerad struktur.

En för alla yrkesföreningarna gemensam erfarenhet är att det saknas möjligheter att avsätta nödvändig tid för att upprätthålla kompetensen. Samtliga yrkesförbund ser mycket positivt på att ett familjemedicinskt institut inrättas och det finns stora förhoppningar om att institutet skall bli en sammanhållande kraft i frågor om kunskap och kompetensutveckling. Särskilt stora förhoppningar finns om att institutet skall bli en arena för kunskapsutveckling över yrkes- och huvudmannaskapsgränserna.

Utredningen har genomfört en enkät till ett ledande familjeläkare i elva länder utanför Sverige för att få en bild av den



internationella situationen i vissa frågor som kan vara av betydelse för det familjemedicinska institutets verksamhet. Den betydelse som fortbildning tillmäts och sättet att organisera den skiljer sig ganska mycket mellan länderna. I flera länder finns en trend att fortbildningen är obligatorisk och att den förenas med recertifiering och finansieras genom särskilda utbildningsfonder eller konton.

Länder som har en väl utvecklad familjemedicinsk verksamhet kännetecknas av att de tillämpar listsystem, att verksamheten bedrivs på entreprenad, goda löner, grindvaktsfunktion och att de finns många professorer.

## Utredningens överväganden och förslag

### *Allmänna överväganden*

Ett institut av den typ som det familjemedicinska institutet kommer att bli är en hittills oprövad form i den svenska hälso- och sjukvården. Utredningens ambition har emellertid varit att bygga vidare på de modeller som redan idag tillämpas för kunskapsutveckling och kunskapspridning.

Det finns ett stort behov av en nationell samlade instans för kunskap och kunskapsutbyte i frågor om utveckling av primärvårdens innehåll och utformning och som utgår från alla personalgrupper som är verksamma inom primärvården. Ett familjemedicinskt institut kan fylla en viktig och delvis eftersatt uppgift genom att lyfta fram helheten, teamet och det unika i den familjemedicinska verksamheten.

Den positiva utvecklingen av svensk primärvård har hittills fått alltför liten uppmärksamhet. Den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården kommer under de närmaste åren att ge unika förutsättningar för fortsatt utveckling och en av institutets uppgifter blir att samla, utveckla och sprida kunskap som på olika sätt kan bidra till att stödja landstingen, kommunerna och verksamheterna då det gäller att genomföra intentionerna i den nationella handlingsplanen.

### *Vision och verksamhetsidé*

Att primärvården är otydlig har hämmat utvecklingen. Det nya begreppet familjemedicin som introducerats i den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården kan bidra till att tydliggöra vad som är primärvårdens kärna. Den familjemedicinska verksamheten bör definieras som de *generalistinsatser* som utförs av de familjeläkare, distriktssköterskor och andra personalgrupper som är verksamma inom primärvården.

Lokalt kan primärvården därutöver också innehålla olika specialiserade insatser. Det familjemedicinska institutet skall rikta sina insatser till alla som är verksamma inom primärvården men med utgångspunkt i kärnan (det generella) och inte det speciella (det specialiserade).

Utredningen formulerar ett förslag till vision för den familjemedicinska verksamheten.

Den enskildes behov, valfriheten och allas lika rätt är grunden för den familjemedicinska verksamheten. Familjeläkaren och distriktssköterskan är sjukvårdens generalister som har en specialiserad kunskap om individen och hennes situation. Tillsammans med övriga medarbetare i primärvården ger de en personlig, långsiktig och mångsidig hälso- och sjukvård på mottagning och i hemmet. I arbetet med att förebygga, lindra, bota och rehabilitera samarbetar teamet med övrig hälso- och sjukvård. I uppgiften ingår att vid behov vara företrädare för, rådgivare till och samordnare för den enskilde.

Det familjemedicinska institutets verksamhetsidé föreslås vara att stärka och tydliggöra familjemedicinen.

Institutet skall skapa kontakter och kommunikation mellan alla primärvårdens intressenter, verka för bra arbetsförhållanden och god rekrytering i hela den svenska primärvården. Andra uppgifter är att fördjupa teamarbetet och utveckla arbetsformerna i primärvården samt initiera fortbildning.

### *Fortbildning, teamet*

Landstingen och kommunerna måste reservera tid och resurser för fortbildning och kunskapsutveckling. Fortbildningen måste utvecklas mot att den vardagliga verksamheten och den enskildes initiativ sätts i centrum. Det familjemedicinska institutet skall vara ett nationellt stöd för fortbildning för alla personalkategorier och teamet i primärvården. Socialstyrelsen bör samverka med institutet

i dess arbete med att följa upp den nationella handlingsplanen i de delar som gäller fortbildning och kunskapsutveckling. Institutet bör vidare ges i uppdrag att utveckla en modell för ett mer strukturerat och sammanhållet system för fortbildning och kunskap inom primärvården.

Arbete i team med olika personalkategorier är kännetecknande för primärvården. Det finns inte nationellt någon arena för frågor om teamarbete och det familjemedicinska institutet skall här fylla ett stort tomrum. Institutet skall stimulera och utveckla modeller för gemensam kunskapsutveckling med sikte på teamet både inom och mellan landstingens och kommunernas primärvård. I arbetet skall vård och stöd till gamla, multisjuka, psykosomatiskt sjuka och invandrare särskilt prioriteras.

#### *Vård av äldre, kommunal primärvård*

Vården av äldre är redan något av huvuduppdraget för den familjemedicinska verksamheten. Under de närmaste decennierna kommer antalet äldre att öka kraftigt och det är något av en ödesfråga att primärvårdens insatser för äldre kan utvecklas i takt med att behoven ökar. Det familjemedicinska institutet bör följa utvecklingen och uppmärksamma de kunskapsbehov som utvecklingen för med sig. Frågor om organisation men i första hand om innehållet i vården bör prioriteras. Ett kunskapsområde som kan komma att kräva särskild uppmärksamhet är den vård som ges i patientens bostad.

Det finns stora brister i det medicinska omhändertagandet inom den kommunala hälso- och sjukvården. Kommunernas förändringsarbete efter Ädelreformen har i hög grad varit inriktat mot de sociala frågorna. Detta förefaller ha fått till effekt den kommunala primärvården i hög grad kommit att ställas utanför den huvudfåra för medicinsk kunskapsutveckling som finns inom landstingens verksamheter. Det familjemedicinska institutets arbete kan få stor betydelse för den kommunala hälso- och sjukvården genom att stimulera en gemensam kunskapsutveckling för landstingens och kommunernas primärvård. Sådana insatser kan också bidra till att utveckla samarbetet mellan dem som är lokalt engagerade i vården av samma patient.

I de olika sammanhang där de medicinska kunskapsbehoven inom den kommunala primärvården uppmärksammas har det

lämnats påfallande få konkreta synpunkter och förslag om hur utvecklingsarbetet bör bedrivas. Utredningen föreslår att det familjemedicinska institutet ges i uppdrag att skyndsamt belysa hur institutets inriktning mot kommunernas primärvård skall utformas.

### *Rekrytering av personal, primärvårdens arbetsmiljö*

Den enskilt viktigaste förutsättningen för att primärvården skall bli basen i den svenska hälso- och sjukvården är att den familjemedicinska verksamheten lyckas rekrytera och behålla personal. På många håll är rekryteringsproblemen redan i dag stora. Den utbyggnad av grundutbildningarna som genomförts får genomslag först på sikt. Primärvårdens personal har hög medelålder och antalet pensionsavgångar kommer att öka snabbt. Det finns en tendens till att personal flyr anställningar inom primärvården och söker sig till andra verksamhetsområden eller personaluthyrningsföretag. Rekryteringen sker i konkurrens med andra verksamhetsområden inom hälso- och sjukvården som har personalbrist. Om primärvården skall lyckas rekrytera tillräckligt med kvalificerad personal måste verksamheten uppfattas som attraktiv inom hälso- och sjukvården som helhet. Institutet skall tydliggöra de verksamhets- och innehållsmässiga förutsättningarna för att en god rekrytering skall kunna tryggas. Det är landstingen, kommunerna och verksamheterna som har det grundläggande ansvaret för rekrytering och institutet kan stödja dem genom att samla och föra ut kunskap och erfarenheter om förhållanden som kan underlätta rekrytering.

Specialisttjänstgöringen för läkare – ST – är den viktigaste grunden för rekrytering av blivande läkarspecialister. Landstingen har via verksamhetschefer och studierektorer huvudansvaret för ST-tjänstgöringen. ST-tjänstgöringen för andra läkare än allmänläkare innefattar inte någon tjänstgöring i primärvården. Däremot tjänstgör de blivande allmänläkarna vanligen ca två år på sjukhus. Det är viktigt att de blivande sjukhusläkarna får kunskap och erfarenhet från primärvård. Det är önskvärt att de ST-läkare som utbildar sig till sjukhusläkare får sex månaders tjänstgöring i primärvården. Härigenom kan landstingen medverka till att specialistutbildningen bättre speglar den inriktning för utveckling av hälso- och sjukvården som anges i den nationella handlingsplanen. Det kan också bidra till att alla läkare får en djupare

kunskap om primärvårdens förutsättningar och villkor. En sådan förändring kan också ge mer jämbördiga villkor i konkurrensen om de unga läkarna. Genom ökad ST-tjänstgöring inom primärvården kan fler lockas att ompröva sitt val av specialitet men framför allt kan det bidra till en mer positiv uppfattning om primärvården. Det familjemedicinska institutet kan i samverkan med Landstingsförbundet utveckla idéer och modeller för utbildningens utformning.

Den undersökning som utredningen gjort bland studerande på läkarlinjens 11:e termin visar med stor tydlighet på behovet av förändrade attityder till allmänläkaryrket inom läkarutbildningen. En stor majoritet av studenterna uppfattar att man i hög grad uppmuntrar till val av annan inriktning än allmänläkare och attityden till allmänläkaryrket bland lärare och handledare uppfattas som negativ av hälften av studenterna. Utredningen föreslår regeringen att ge de medicinska högskolorna i uppdrag att tillsammans med det familjemedicinska institutet upprätta program inom vilka de verksamma inom högskolorna ges tillfälle att utveckla sina kunskaper om familjemedicinen och arbetet inom primärvården.

En uppgift för det familjemedicinska institutet blir att bidra till att det skapas förutsättningar för primärvården att bli en dynamisk och utvecklande arbetsmiljö. Genom det beslutade tillskottet av resurser kan det skapas en bättre balans mellan uppdrag och resurser. Kunskapsutbyte om organisation, avtal, uppdragsbeskrivningar, ledarskap m.m. blir uppgifter för institutet.

### *Information och kommunikation*

Information till befolkningen om primärvårdens nya möjligheter är en väsentlig del av handlingsplanens genomförande och det familjemedicinska institutet bör stödja landstingen och kommunerna i de uppgifter de åtagit sig inom detta område.

Utvecklingen inom IT-medierna ger nya möjligheter att sprida kunskap och kommunicera. Primärvården med sin decentraliserade organisation och höga grad av ensamarbete har särskilt uttalade behov av enkla former för kommunikation. Det familjemedicinska institutet bör prioritera arbetet med att bygga upp en hemsida som fungerar som mötesplats för den svenska primärvården.

*Associationsform, organisation, lokalisering*

Huvudmannskapet för det familjemedicinska institutet bör spegla de ansvarsförhållanden som gäller för institutets verksamhetsområde. Kunskap och kunskapsutveckling karakteriseras av att det är ett gränsland mellan det allmänna och frivilliga insatser av de anställda. Landstingen och kommunerna har dock det grundläggande ansvaret för verksamhetsområdet och bedömningen är att huvudmannskapet måste spegla detta om institutet skall kunna arbeta effektivt. Staten, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet föreslås därför bli huvudmän för det familjemedicinska institutet.

Eftersom staten inte skall vara ensam huvudman för institutet måste det väljas en annan associationsform än statlig myndighet. Med hänsyn till verksamhetens inriktning föreslås att associationsformen för institutet skall vara en ideell förening. De tre huvudmännen föreslås bli föreningens medlemmar.

Utformningen av stadgar, styrelserepresentation m.m. bör avgöras i överläggningar mellan medlemmarna inför föreningens bildande. Staten föreslås utse föreningens ordförande. Två rådgivande organ bör knytas till föreningens styrelse – ett med representation för olika yrkesgrupper, olika driftsformer och för högskolorna och – ett med ledande företrädare för andra medicinska specialistområden än primärvård.

Landstingsförbundets och Svenska Kommunförbundet har på tjänstemannanivå ställt sig bakom huvuddragen i förslagen till huvudmannskap och associationsform.

De första årens arbete inom det familjemedicinska institutet kommer med nödvändighet att ha karaktären av pilotarbete där verksamheten successivt finner sin form. Det är därför mindre lämpligt att utredningen redovisar förslag om hur verksamheten bör utvärderas under år 2004. Av samma skäl har utredningen avstått från att redovisa några förslag om fortsatt verksamhet efter år 2004. Inom institutets egen ram bör det ske en fortlöpande utvärdering och omprövning av verksamhetsformerna. Föreningens medlemmar bör i ett särskilt föreningsstämmebeslut lämna föreskrifter om hur verksamheten skall utvärderas. Föreningens medlemmar avgör också frågan om institutets fortsatta verksamhet efter år 2004.

Utredningen förslår att verksamheten vid institutet skall omfattas av offentlighetsprincipen.

En förutsättning för att institutet skall kunna arbeta effektivt är att det kan hitta samverkansformer med och stödja de lokala och centrala insatser som redan görs inom det område institutet kommer att vara verksam inom.

Mot denna bakgrund föreslås att det familjemedicinska institutet verksamhet/resursanvändning skall bestå av:

1. En grundorganisation som har det huvudsakliga praktiska ansvaret för den löpande verksamheten. Den skall bemannas för att kunna svara för de allmänna uppgifter som institutet skall svara för. Den årliga kostnaden för denna del av verksamheten har beräknats till närmare 10 miljoner kronor.
2. En organisation med ett brett nätverk av "lokala företrädare" som arbetar deltid för institutets räkning. De lokala företrädarna representerar olika generationer, olika yrkesgrupper m.m. och speglar primärvårdens bredd både geografiskt och i form av olika driftsformer m.m. Den årliga kostnaden har beräknats till ca 5 miljoner kronor.
3. Ekonomiskt stöd till olika former av utvecklingsarbeten inom institutets verksamhetsområde, dvs. stöd till angelägna initiativ när det gäller kunskap och kunskapsspridning inom primärvården. Föreningens styrelse föreslås besluta om detta stöd. En ekonomisk ram om ca 5 miljoner kronor bör avsättas för ändamålet.

Den ideella föreningens medlemmar har sin verksamhet förlagd till Stockholm. Institutet behöver nära samarbete med det planerade ILPU (se nedan) och med Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU). Dessa är placerade i Stockholm. Det familjemedicinska institutet kommer att ha många kontakter både inom landet och med andra länder. För att institutet skall kunna arbeta effektivt bör det placeras i Stockholm.

#### *ILPU och SK-kurser*

Sveriges Läkarförbund, Svenska Läkaresällskapet och Landstingsförbundet kommer gemensamt att bilda ett utbildningsinstitut – Institutet för läkares professionella utveckling (ILPU). Verksamheten beräknas starta under hösten år 2001. Verksamhetsidén för institutet är att främja läkarnas professionella utveckling. Verksamheten kommer att bedrivas i form av en ideell förening där det tre grundarna utgör föreningens medlemmar.

De s.k. kallade SK-kurserna är ett inslag i den teoretiska delen av läkarnas specialisttjänstgöring och som finansieras med statliga medel. Socialstyrelsen har föreslagit att huvudmannskapet för SK-kurserna skall övergå från Socialstyrelsen till ILPU.

Utredningen har haft uppdraget att belysa hur det familjemedicinska institutet förhåller sig till ILPU och till den reglerade vidareutbildningen för t.ex. specialister.

Professionell utveckling i form av fortbildning och annan kunskapsutveckling är ett självklart arbetsfält för det familjemedicinska institutet och där allmänläkarna är innefattade. Uppdragen till ILPU och det familjemedicinska institutet kan komma överlappa varandra. Inget av de två instituten har ännu startat sin verksamhet och det har bedömts att det inte är möjligt och kanske heller inte lämpligt att utredningen redovisar förslag till avgränsning och uppgiftsfördelning mellan instituten. De två institutens styrelser bör gemensamt lägga fast en ändamålsenlig arbets- och uppgiftsfördelning.

Det familjemedicinska institutet skall inte ha något direkt ansvar för frågor om läkarnas specialistutbildning. Utredningen har heller inget att invända mot att huvudmannskapet för SK-kurserna övergår från Socialstyrelsen till ILPU. Däremot bör institutet kunna ta en aktiv roll i att bidra till att SK-kurserna för både allmänläkare och andra specialister kan utvecklas. Det finns behov av att utveckla både de kurser som är särskilt inriktade till det blivande allmänläkarna och de kurser som har en mer allmän inriktning. Det familjemedicinska institutet bör prioritera insatser som kan bidra till att SK-kurserna ges en inriktning som bättre speglar intentionerna i den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården. Regeringen bör uppdra till den organisation som ansvarar för SK-kurserna att samverka med det familjemedicinska institutet i dessa frågor.

### *Provinsiälläkarstiftelsen*

Provinsiälläkarstiftelsens verksamhet baserar sig på ett avtal mellan staten och Provinsiälläkarföreningen. För varje besök hos de dåvarande statliga provinsiälläkarna avsattes 1 krona och 50 öre till en fond för dessas förkovran i yrket. Avkastningen uppgår idag till ca 500 000 kronor per år och verksamheten är inriktad mot att arrangera kurser för allmänläkare. Utredningen har haft i uppdrag



att analysera hur denna verksamhet förhåller sig till det familjemedicinska institutet.

I frågor om fortbildning för familjeläkarna kommer det familjemedicinska institutet och Provinsialläkarstiftelsen att arbeta med frågor som nära ansluter till varandra. Stiftelseformen begränsar förutsättningarna att förändra verksamheten. En samordning är önskvärd och det kan vara lämpligt att stiftelsen tar initiativ till att stadgarna ändras så att familjemedicinska institutet blir företrätt i dess styrelse. Till att börja med kan frågan om representation lösas genom att en representant för institutet adjungeras till stiftelsens styrelse. Likaså kan stiftelsen överväga om sekretariats- och kanslifunktionerna bör samordnas inom ramen för det familjemedicinska institutet.

### *Forskning*

Det ingår inte i utredningens uppdrag att lämna förslag om forskning. En väl fungerande och aktiv forskning är emellertid en grundläggande förutsättning för att fortbildning och annan kunskapsutveckling skall fungera. Behovet av att utveckla forskning inom primärvården har uppmärksammats i olika sammanhang i anslutning till den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården. Genom avtalen om utvecklingsinsatser inom vården och omsorgen för åren 2002–2004 har landstingen åtagit sig att svara för att stärka forsknings- och utvecklingsarbetet inom primärvården.

I den forskningspolitiska propositionen hösten 2000 presenterades inte några förslag utöver vad som redan angivits i den nationella handlingsplanen. I en skrivelse till utredningen från samtliga professorer i allmänmedicin i Sverige framförs krav på att utredningen snarast skall utreda förutsättningarna för att betydligt mer statliga medel satsas på den allmänmedicinska forskningen.

Utredningen anser att den universitetsanknutna primärvårdsforskningen måste förstärkas. En särskild utredning bör tillsättas med uppdrag att lämna förslag till om hur forskningen inom primärvården kan utvecklas i ett samspel mellan universitetet och landstingen. Utredningen kan genomföras inom det familjemedicinska institutet eller i form av en särskild kommitté. Regeringen bör snarast utarbeta direktiv till en sådan utredning.

# Författningsförslag

## Förslag om ändring i sekretesslagen (1980:100)

Härigenom föreskrivs att bilagan till sekretesslagen (1980:100) <sup>1</sup> skall ha följande lydelse.

### *Nuvarande lydelse*

#### Bilaga <sup>2</sup>

I enlighet med vad som anges i 1 kap. 8 § skall vad som föreskrivs i tryckfrihetsförordningen om rätt att ta del av handlingar hos myndighet i tillämpliga delar gälla också handlingar hos något av de organ som nämns nedan i den mån handlingarna hör till där angiven verksamhet hos organet. Verksamhet anges i förekommande fall med hänvisning till numret i Svensk författningssamling (SFS) på den författning med stöd av vilken verksamheten har uppdragits åt organet.

Organ	Verksamhet
Chalmers tekniska högskola aktiebolag	all verksamhet
Folkbildningsrådet	fördelning av statsbidrag mellan folkhögskolor och studieförbund (SFS 1976:1046)

<sup>1</sup> Lagen omtryckt 1992:1474

<sup>2</sup> Senaste lydelse 1999:1077

*Föreslagen lydelse*

I enlighet med vad som anges i 1 kap. 8 § skall vad som föreskrivs i tryckfrihetsförordningen om rätt att ta del av handlingar hos myndighet i tillämpliga delar gälla också handlingar hos något av de organ som nämns nedan i den mån handlingarna hör till där angiven verksamhet hos organet. Verksamhet anges i förekommande fall med hänvisning till numret i Svensk författningssamling (SFS) på den författning med stöd av vilken verksamheten har uppdragits åt organet.

Organ	Verksamhet
Chalmers tekniska högskola aktiebolag	all verksamhet
<i>Familjemedicinska institutet, ideell förening</i>	<i>all verksamhet</i>
Folkbildningsrådet	fördelning av statsbidrag mellan folkhögskolor och studieförbund (SFS 1976:1046)

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2002.

# 1 Utredningens direktiv och arbete

Regeringen beslutade den 30 november 2000 om direktiv för utredningen om tillskapande av ett familjemedicinskt institut. Socialministern förordnande den 1 december 2000 Göran Sjönell till särskild utredare. Socialministern har förordnat en expertgrupp som stöd till utredaren (bilaga 2).

Enligt direktiven skall målet för institutet vara att skapa förutsättningar för landstingens och kommunernas primärvård att utvecklas till en väl fungerande bas i den svenska hälso- och sjukvården. Primärvården skall bli en dynamisk och utvecklande arbetsmiljö.

Direktiven anger att målet skall uppnås genom att institutet skall verka som ett centrum för kunskap och kunskapsspridning. Institutet skall bl.a. initiera fortbildning.

Utredningen har uppdraget att lämna förslag till

- mål och verksamhetsidé för institutet,
- förutsättningarna för institutet att verka som kunskapscentrum,
- vilken associationsform som institutet skall bedrivas i, vilka som skall vara företrädare i institutet och vilket deras inflytande och ansvar skall vara i institutet,
- bemanning, arbetsformer och lokalisering,
- hur högskolornas kompetens skall tas tillvara i verksamheten,
- flexibla och effektiva arbetsformer där alla personalkategoriernas behov av kunskapsutveckling kan tillgodoses,
- långsiktig finansieringen av institutet,
- hur och av vem institutet skall utvärderas inför beslut om en eventuell fortsatt verksamhet efter år 2004.

Utredningen skall vidare analysera hur verksamheten förhåller sig till

- det av Sveriges Läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet planerade institutet för läkarnas professionella utveckling (ILPU),
- Provinsiälläkarstiftelsen.

De förslag som presenteras skall successivt förankras hos landstingen, kommunerna och de olika yrkesgrupperna i primärvården.

Arbetet skall bedrivas så att institutet skall kunna starta sin verksamhet den 1 januari år 2002.

## 1.1 Uppläggning av utredningens arbete

Bakgrunden till utredningen är det beslut som riksdagen fattade med anledning av regeringens proposition 1999/2000:149 om en nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården där det bl.a. anges att ett familjemedicinskt institut skall tillskapas och att det under åren 2002–2004 skall avsättas sammanlagt 60 miljoner kronor för detta ändamål. I och med att det redan fattas ett riksdagsbeslut om institutet har utredningen – tillsammans med vad som anges i direktiven – i hög grad tagit sin utgångspunkt i de olika ställningstaganden som redovisas i proposition 1999/2000:149. En målsättning i arbetet har varit att relatera förslagen till former för institutet till de intentioner som angivits i propositionen.

I enlighet med handlingsplanen är tillgången till allmänläkare avgörande för primärvårdens utveckling. För att närmare kunna analysera hur rekryteringen av unga läkare till primärvården skall kunna utvecklas har en enkät om attityder till primärvård bland unga läkare gjorts på uppdrag av utredningen. Studien som genomförts av Institutet för Personal & Företagsutveckling sammanfattas i kapitel 5 och resultaten redovisas också i en särskild rapport.

Enligt direktiven skall institutet arbeta med kunskapsutveckling och kunskapsspridning inom primärvården. Den svenska primärvården har inte haft samma utveckling som i flera andra jämförbara länder. Det kan vara värdefullt att relatera den svenska situationen till vad som skett och sker i andra länder. Genom en enkät till centralt placerade företrädare för primärvården i vissa länder har utredningen försökt att göra en sådan belysning. Resultat redovisas

i kapitel 7. Utredningen har besökt Danmark och Norge för diskussioner om frågor om fortbildning och kunskapsutveckling.

I enlighet med direktiven skall det familjemedicinska institutet vara en arena för de olika personalkategorier som är verksamma i primärvården, både i landstingens och kommunernas. För att skapa underlag för detta har utredaren inrättat två särskilda grupper. En referensgrupp har bestått av representanter för olika personalkategorier verksamma i landstingens och kommunernas primärvård. En annan referensgrupp har bildats med företrädare för de olika insatser som redan genomförs inom ramen för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM).

Medlemmarna i den förstnämnda referensgruppen har givits tillfälle att formulera sina kommentarer till de frågor utredningen haft att behandla. Dessa redovisas i kapitel 6 och det är medlemmarna i denna referensgrupp som står för de olika synpunkter som redovisas i kapitlet. Vilka som ingått i de två referensgrupperna framgår av bilaga 3.

Med syfte att ge expertgruppen tillfälle att diskutera frågan om inriktning av institutets arbete med referensgrupperna har utredningen genomfört ett gemensamt tvådagarsseminarium med alla de olika grupper som varit knutna till utredningen.

Utredaren har knutit tre konsulter på deltid till utredningen. Dessa är undersköterskan Stina Andersson för frågor om kompetensutveckling för undersköterskor inom landstingens primärvård, sjuksköterskan Eva Mertel-Högberg för frågor om kompetensutveckling för distriktssköterskor och allmänläkaren Mikael Stolt för frågor om IT.

Utredaren har träffat landstingsförbundets kontaktgrupp för genomförande av den nationella handlingsplanen för diskussion av bl.a. utbildningsfrågor.

Betänkandet har språkgranskats av kanslichefen Nils Johansson.

## 2 Förutsättningar angivna av riksdag och regering

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) är den centrala lagstiftning som reglerar hälso- och sjukvårdens verksamheter. HSL är en ramlag som i första hand innefattar mål och riktlinjer. Landstingen och kommunerna är i allt väsentligt ansvariga för verksamhetens närmare utformning.

Den nationella hälso- och sjukvårdspolitiken formas i ett samspel mellan staten och sjukvårdshuvudmännen där riksdagsbeslut anger de ramar inom vilka landstingen och kommunerna skall utforma och organisera sina verksamheter. Primärvården och dess utveckling har varit ett återkommande tema i den nationella hälso- och sjukvårdspolitiken och staten har under en lång följd av år angivit att en utbyggnad och utveckling av primärvården skall prioriteras av sjukvårdshuvudmännen.

Den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården som antogs av riksdagen år 2000 innebär en ambitionshöjning och precisering i förhållande till tidigare riksdagsbeslut om primärvården. Lagstiftningen och de riktlinjer som riksdag och regering lagt fast utgör den naturliga ramen för ett familjemedicinskt institut. I det följande redovisas kortfattat de beslut, riktlinjer, uttalanden m.m. som varit av särskild betydelse vid utredningens överväganden om inriktningen av det kommande institutets arbete.

### 2.1 Landstingens primärvård

I propositionen om hälso- och sjukvårdslag m.m. (proposition 1981/82:97) läggs fast att landstingens planering skall utgå från att primärvården skall utgöra basen i hälso- och sjukvårdsorganisationen. Det betonas att primärvården skall grundas på en helhetssyn på patientens situation. Behovet av kontinuitet i kontakten mellan personalen och patienterna lyfts också fram. Det

anges att en viktig utgångspunkt för organisationen bör vara att skapa möjlighet för den vårdsökande att vid varje tillfälle få träffa samma läkare och även samma personal inom vårdlaget när en behandling eller utredning kräver fler besök.

Vid behandlingen av proposition 1984/85:81 om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården m.m. beslutade riksdagen om vissa grundläggande riktlinjer för primärvårdens utveckling. Enligt propositionen var en fortsatt utbyggnad av primärvården en förutsättning för att den skall kunna fungera som basen i den svenska hälso- och sjukvården. Primärvården skall ha ett första-handsansvar för att tillgodose befolkningens behov av professionell vård. För att kunna utvecklas till att bli basen i hälso- och sjukvården är det enligt propositionen nödvändigt att primärvården tillhandahåller ett brett serviceutbud anpassat till befolkningens behov. Syftet med att prioritera primärvårdens utbyggnad angavs vara bl.a. att förbättra förutsättningarna för närhet, tillgänglighet, kontinuitet och samordning och att öka inslagen av preventiva insatser.

Från början av 1990-talet har den enskildes förutsättningar att fritt välja sin läkare inom primärvården satts i förgrunden. Den 1 januari 1994 infördes genom en särskild lagstiftning det så kallade husläkarsystemet. Detta innebar att alla fick möjlighet att själv välja en husläkare. Husläkaren gavs ett preciserat ansvar för de personer som valt honom till sin husläkare. Antalet anslutna till varje läkare – listade – skulle vara minst 1 000 och som högst 3 000.

Husläkarsystemet introducerade en möjlighet att inom verksamheten avgöra om den skulle bedrivas i landstingets eller i enskild driftsform. Huvuddelen av ersättningarna utgick i form av en fast befolkningsbaserad kapitering, dvs. ersättning per invånare.

Det nationella husläkarsystemet avskaffades den 1 januari år 1995. I den proposition som låg till grund för husläkarlagens upphävande (prop. 1994/95:195) upprepades kraven på utbyggnad av primärvården. Genom ändringar i HSL infördes också särskilda bestämmelser om primärvården. Primärvården definieras där som en vårdnivå från att tidigare varit en organisationsform. Vårdnivån primärvård skall enligt lagstiftningen kunna tillgodose befolkningens basala behov av hälso- och sjukvård. 5 § i HSL anger att

primärvården skall som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver



sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

En betydelsefull konsekvens av det nya sättet att se på primärvården som en vårdnivå är att det markerar att den hälso- och sjukvård som kommunerna bedriver skall ingå i primärvården. Utöver landstingens vårdcentraler (motsvarande) ingår alltså kommunernas hemsjukvård i både eget och särskilt boende i primärvården. Däremot ingår inte övrig öppen vård med öppenvårdsmottagningar som finns vid eller är anknutna till sjukhus eller privatpraktiserande läkare med annan specialistkompetens än allmänmedicin.

De principer om valfrihet och fast läkarkontakt som introducerades i Husläkarlagen regleras nu i 5 § HSL. Denna paragraf reglerar också särskilt den utbildning som den fasta läkarkontakten skall ha. Lagstiftningen markerar här tydligt att primärvården skall bygga på generalister. 5 § i HSL anger att "Landstinget skall organisera primärvården så att den som är bosatt inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt" och "En sådan läkare skall ha specialistkompetens i allmänmedicin". Generalistperspektivet lyfts även fram i lagens förarbeten (prop.1994/95:195 s. 80 f.) där det sägs att "I primärvården skall således inte finnas särskilda specialiteter för olika sjukdomar eller kroppsdelar". Liksom i Husläkarlagen anges att primärvården skall kunna drivas i olika driftsformer.

En nyhet var att riksdagen i samband med behandlingen av proposition 1994/95:195 lade fast mål för bemanning inom primärvården. Med hänvisning till att primärvården måste vara väl avpassad och dimensionerad för att medborgarna skall kunna ha tilltro till dess tjänster angavs att landstingen skall eftersträva att antalet invånare per allmänläkare skall uppgå till ca 2 000. Till följd av att bl.a. vårdutbudet, befolkningens hälsotillstånd, ålderssammansättning och sociala förhållanden liksom geografiska förutsättningar varierar kan dock både högre och lägre läkartäthet vara motiverad i vissa områden.

Riksdagsbeslutet i november 2000 om den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/200:149) är således det senaste i raden av ställningstaganden om primärvården och dess utveckling. Handlingsplanen innebär ytterligare förtydliganden och ambitionshöjning i förhållande till de tidigare besluten. Handlingsplanen innebär också att det

introduceras nya styrinstrument för att utveckla primärvården till basen i hälso- och sjukvården.

Den viktigaste nyheten är att riktlinjerna är kopplade till en ökning av statsbidragen till hälso- och sjukvården åren 2002–2004 samt att de grundas på ett särskilt avtal om utvecklingsinsatser inom vården och omsorgen. Avtalet har träffats av staten, Landsingsförbundet och Svenska Kommunförbundet.

Utgångspunkten för handlingsplanen är att det är nödvändigt med ett resurstillskott till primärvården. Primärvården kan trots de insatser som gjorts inte tillräckligt väl fylla funktionen som bas inom hälso- och sjukvården. Orsaken är att det successivt ökade ansvaret för allt mer vårdkrävande patienter inte har åtföljts av ett motsvarande resurstillskott. Ökade resurser är nödvändiga mot bakgrund av den växande frustrationen i verksamheten över obalans mellan uppdrag och resurser.

Det övergripande syftet med satsningen på primärvård är att åstadkomma positiva systemeffekter inom hälso- och sjukvården som helhet. Eftersläpningen i primärvårdens kapacitet orsakar enligt propositionen tillgänglighets-, kvalitets- och samordningsproblem i hela hälso- och sjukvården. Genom de utökade resurserna skall primärvården kunna utvecklas till en väl fungerande bas i hälso- och sjukvården som i samverkan med den specialiserade vården vid och utanför sjukhus skall åstadkomma goda resultat.

I den nationella handlingsplanen betonas att kärnan i en framgångsrik primärvård är en fast läkarkontakt, dvs. att de invånare som så önskar skall kunna etablera en långsiktig relation med en egen läkare och ett eget team i primärvården. Valfriheten lyfts återigen fram och möjligheten att välja och välja bort sin läkare anges vara en viktig grund för att den personliga relationen skall utvecklas. Distriktssköterskornas och andra personal-kategoriers roll i sammanhanget betonas också.

Utöver de funktioner för primärvården som angetts i de tidigare riksdagsbesluten betonas i handlingsplanen att det är en viktig uppgift för de allmänmedicinska generalisterna att ge patienten vägledning inom hälso- och sjukvården i stort. Förutsättningen för att primärvården skall kunna fylla denna uppgift är att en god relation etablerats och att personalen har insikt i patientens hela situation. Primärvården skall ge kontinuitet och sammanhang i den alltmer komplexa och specialiserade vården utifrån en helhetsbedömning. Allmänmedicinsk generalistkompetens och

kontinuitet i kontakterna anges således vara förutsättningar för detta.

Begreppen familjemedicin och familjeläkare introduceras i handlingsplanen med hänvisning till att motsvarande begrepp vanligen används internationellt.

I propositionen diskuteras om § 5 i HSL bör ändras så att också andra läkare än allmänläkare skall kunna ha rollen som fast läkarkontakt. Bakgrunden är bristen på allmänläkare och att lagen kan uppfattas begränsa landstingens möjligheter att använda andra läkare för att tillgodose behoven. Regeringen gör dock den bedömningen att en sådan lagändring inte är lämplig. Det slås fast att "regeringens önskan med denna handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården är att stärka primärvården med sin allmänmedicinska generalistkompetens" och att "det är just bristen på allmänmedicinsk kompetens som utgör ett av svensk hälso- och sjukvårds stora problem".

I den nationella handlingsplanen höjdes ambitionsnivån för tillgången till allmänläkare. Någon viss dimensionering i förhållande till antalet invånare gjordes inte men planen utgår från att det är möjligt att öka antalet specialister i allmänmedicin med 220 per år fram till och med år 2005 och därefter med 200 per år fram till och med år 2008.

Regeringen anger att den är medveten om dagens problem med att rekrytera allmänläkare och pekar på olika åtgärder som bör vidtas för att underlätta rekryteringen. Grundutbildningen måste byggas ut men det är inte tillräckligt för att målen skall kunna uppnås. Att precisera uppdraget, öka deras möjligheter att arbeta i olika driftsformer, förbättra deras arbetsmiljö, möjligheter till fortbildning och forskning nämns som viktiga insatser. Därutöver måste utlandsrekrytering utvecklas och åtgärder vidtas för att stimulera andra läkarspecialister att vidareutbilda sig till specialister i allmänmedicin.

I det nämnda utvecklingsavtalet mellan staten, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet regleras att landstingen och kommunerna skall stimulera alternativa driftsformer i den öppna vården och omsorgerna genom att fler privata, kooperativa och ideella vårdgivare ges möjlighet att sluta avtal med sjukvårdshuvudmännen. Enligt propositionen kan en större mångfald i driftsformer bidra till utveckling och nytänkande.

Vad gäller forskning och utveckling konstateras i handlingsplanen att strukturomvandlingen – genom vilken en allt större del

av patienterna tas om hand och följs upp inom primärvården – har fått ett anmärkningsvärt litet genomslag inom den medicinska och kliniska forskningen. Det sägs också att det finns brister i den patientorienterade kliniska och behandlingsinriktade forskningen liksom i forskningen om primärvårdens funktion inom hälso- och sjukvården och om former för styrning och utvärdering av den öppna vården. Vidare anges att inte heller vårdprocesser och samverkan mellan olika vårdgivare och vårdnivåer är särskilt väl belysta.

Det pekas på att man i utvecklingsavtalet mellan staten och de två kommunförbunden kommit överens om att kunskapsutvecklingen inom primärvården skall stärkas bl.a. genom stöd till forsknings- och utvecklingsarbete. Regeringen slår fast att det är angeläget att utveckla forskningen inom primärvården och anger att den avser att återkomma till frågan om primärvårdsinriktad forskning i den forskningspolitiska propositionen under hösten år 2000.

Landstingen har åtagit sig att till årsskiftet 2001/02 utarbeta lokala handlingsplaner om hur åtagandena skall fullföljas. Socialstyrelsen kommer att redovisa en årlig uppföljning till regeringen fr.o.m. 30 juni år 2002. Denna kommer att baseras bl.a. på årliga landstingsvisa uppföljningar – den första skall redovisas den 31 mars år 2003. Socialstyrelsen skall redovisa en samlad uppföljning vid årsskiftet 2005/06.

## 2.2 Kommunernas primärvård

Kommunerna har förhållandevis nyligen givits ansvar för hälso- och sjukvård. Genom Ädelreformen – som genomfördes den 1 januari 1992 – fick kommunerna ett obligatoriskt ansvar för att erbjuda hälso- och sjukvård åt dem som bor i särskilda boendeformer och åt dem som vistas i dagverksamhet. Ansvaret omfattar alla insatser utöver sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare. I sjukvårdsansvaret ingår habilitering, rehabilitering och hjälpmedel samt förbrukningsartiklar. Kommunernas ansvar regleras i §§ 17–25 HSL.

Utgångspunkten för Ädelreformen var att den tidigare uppgiftsfördelningen mellan sociala och medicinska insatser inte längre sågs som ändamålsenlig. Syftet var att de medicinska och sociala insatserna till äldre och funktionshindrade bättre skulle kunna

integreras. Genom Ädelreformen överfördes landstingets somatiska långtidssjukvård till kommunerna. Reformen kompletterades år 1995 med Psykiatrireformen då även psykiatrins sociala insatser, långtidssjukvård m.m. fördes över till kommunerna. Som ett led i dessa reformer har kommunerna ålagts att betala en viss ersättning per vård dag till landstinget för de patienter som inte kunnat skrivas ut från somatiskt akutsjukhus eller psykiatrisk vård när de är medicinskt färdigbehandlade.

År 1992 överfördes ansvaret för ca 35 000 av landstingets tidigare vårdplatser för somatisk vård och år 1995 ansvaret för ca 3 000 boende inom psykiatrisk vård till kommunerna. Nästan hälften av landets kommuner har träffat överenskommelse om att kommunen ansvarar för hemsjukvården i ordinärt boende.

I förarbetena till Ädelreformen (prop. 1990/91:14) berörs inte frågan om till vilken vårdnivå som den kommunala hälso- och sjukvården skall anses höra. Det var således först i samband med behandlingen av proposition 1994/95:195 som det tydliggjordes att den kommunala sjukvården skall ses som en del av primärvården.

År 1998 antog riksdagen en nationell handlingsplan för äldrepolitiken (prop. 1997/98:13). Handlingsplanen trädde i kraft år 1999 och löper fram till och med 2001. Den innefattar tre huvudsakliga delar. För det första ökades statsbidragen till främst kommunerna successivt under treårsperioden för att skapa möjligheter för huvudmännen att väsentligt utveckla äldrepolitiken. För det andra fastställdes i handlingsplanen mål för äldrepolitiken. En tredje del av planen avser olika mer avgränsade initiativ för att utveckla olika aspekter av svensk äldreomsorg.

Regeringen angav i propositionen bl.a. följande prioriteringar för kommunernas och landstingens förstärkta insatser för äldre:

- Fler anställda i äldreomsorgen.
- Förbättrad samverkan mellan huvudmännen i syfte att åstadkomma en högre kvalitet och ökad kontinuitet i insatserna.
- Bättre tillgång till medicinsk kompetens i hemsjukvården och de särskilda boendeformerna inom den kommunala äldre vården. En ökad läkarmedverkan i äldreomsorgen och äldre vården är av central betydelse.
- Ökad kompetens hos personalen för att möta nya och förändrade arbetsuppgifter samt utvecklad arbetsorganisation

- och tydligare ledarskap. Det gäller såväl generell vård- och omsorgskompetens som attityder och förhållningssätt.
- Ett kontinuerligt kvalitetsarbete genom att bygga upp och utveckla kvalitetssystem.
  - Information och samarbete mellan vårdgivarna för att förhindra att vårdtagarna "forslas runt" i systemet.

I den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149) anges att Ädelreformen bör ligga fast med sin ambition att medverka till att patienter med omfattande medicinska vårdbehov skall kunna få dessa tillgodosedda integrerat i boende och vardagsliv. Den pågående strukturomvandlingen från sluten vård till öppen vård – från vård vid sjukhus till vård i eget boende – är önskvärd och bör fortsätta. Krav ställs på att kvarstående brister i det medicinska omhändertagandet av äldre i den kommunala primärvården åtgärdas.

Handlingsplanen pekar på att alltför många i baspersonalen saknar adekvat vårdutbildning och att antalet sköterskor och andra personalkategorier med högskoleutbildning är för litet. Utvecklingen går mot att flertalet som vårdas inom den kommunala sjukvården har komplexa vårdbehov och detta tillsammans med ökade krav på att handleda, informera och utbilda annan personal betyder att de kommunalt anställda sjuksköterskorna måste erbjudas bättre möjligheter till att fördjupa sin medicinska kompetens. I avtalet mellan huvudmännen och staten har man enats om att resurstillskottet skall användas för att öka den medicinska kompetensen och förstärka kvaliteten i särskilt boende och hemsjukvård.

Angående läkarmedverkan i särskilt boende och i hemsjukvården anges att det tudelade medicinska ansvaret mellan kommun och landsting – och därmed mellan läkare och övrig vårdpersonal – inte varit oproblematisk. Utvärderingar visar att läkarnas medverkan på allt för många håll inte har hittat sin form och att det är uppenbart att den inte fungerar tillfredställande. Regeringen anger att de som vårdas i den kommunala primärvården måste tillförsäkras motsvarande läkarinsatser som dem som själva kan uppsöka vården. Landstingen måste svara för att läkarinsatser finns tillgängliga hela dygnet och de som bor i särskilt boende eller har hemsjukvård skall vid behov få medicinsk bedömning samt konsultation eller hembesök utan dröjsmål.

## 3 Lägesbeskrivning av den svenska primärvården

Det familjemedicinska institutet skall arbeta i den miljö som den svenska primärvården utgör i dag och under de närmaste åren. Om institutet skall kunna arbeta effektivt är det viktigt att det kan spegla de förutsättningar och den situation som primärvården har i olika delar av landet, i olika driftsformer m.m.

Av tidsskäl har utredningen inte kunnat genomföra några mer omfattande egna kartläggningar. Utredningen har därför utgått från rapporter, beskrivningar, studier m.m. som gjorts i andra sammanhang. Tonvikt har lagts på frågor om fortbildning, kunskapsbehov m.m. men också vissa andra frågor som bedömts vara relevanta för utredningens överväganden och förslag berörs. Redovisningen är i huvudsak avgränsad till rapporter som tagits fram av Socialstyrelsen.

### 3.1 Landstingens primärvård

#### 3.1.1 Socialstyrelsens slutrapport från primärvårdsuppföljningen

Primärvårdsprojektet vid Socialstyrelsen startade som ett regeringsuppdrag för att följa upp husläkarreformen. I och med att husläkarlagen upphörde att gälla år 1995 vidgades uppdraget till hela primärvården i landstingets regi. Projektet har redovisats i *Från slitna honnörsord till praktisk verksamhet* (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1998:2).

Ett genomgående tema i Socialstyrelsens uppföljning är att primärvården kommit att få en mycket varierad utformning. Både organisation och innehåll varierar stort och utbyggnaden har kommit olika långt i olika delar av landet. Enligt Socialstyrelsen finns fortfarande en otydlighet om vad primärvården är.

Avsaknaden av en entydig definition kan enligt Socialstyrelsen ses som en förklaring till olikheterna och variationerna. En bakgrund kan vara att primärvården byggts upp under en tid då sjukhusen och specialistvården i realiteten varit basen inom hälso- och sjukvården. Den lokala primärvården har kommit att anpassas till den etablerade vårdstrukturen snarare än att byggas upp utifrån sina egna förutsättningar och specifika krav. Till olikheterna bidrar också att varje sjukvårdshuvudman har ansvaret att närmare precisera primärvårdens ansvarsområde inom det egna landstingsområdet.

En utgångspunkt för Socialstyrelsens uppföljning är att primärvården – i enlighet med den ändring som gjordes av HSL år 1995 – definieras som en vårdnivå och att kommunernas hälso- och sjukvård därmed ingår i primärvården. (Den kommunala sjukvården omfattas dock inte av uppföljningen.)

Enligt den statistik som redovisas har det under 1990-talet skett en snabb överföring av patienter och besök från sjukhusvård till primärvård. Skillnaderna mellan olika landsting är stora. Inom de landsting där primärvårdens andel av resurserna närmar sig europeisk nivå (20 procent eller mer av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna) ligger en dominerande andel av öppenvårdsbesöken inom primärvården. Detta visar enligt Socialstyrelsen att primärvården kan utvecklas till att vara basen inom hälso- och sjukvården och frigöra resurser i specialistsjukvården.

Enligt Socialstyrelsen är bristen på läkare det största hindret för primärvårdens utveckling. Uppföljningen visar att skillnaderna mellan landstingen i tillgången på läkare är stora. Totalt var 4 251 allmänläkare verksamma inom primärvården år 1998. Några landsting – Västmanland, Dalarna, Gävleborg och Jämtland – hade redan nått det uppsatta målet om en allmänläkare per 2 000 invånare medan Göteborgs stad och Gotlands kommun samt landstingen i t.ex. Sörmland, Uppsala, Jönköping, Kalmar och Halland hade långt kvar (se tabell 3.1).

Av allmänläkarna var 12 % verksamma i annan regi än offentlig. Västmanlands läns landsting var det landsting med högst andel i annan driftsform än landstinget (41 %). Stockholm samt städerna Malmö och Göteborg hade också en relativt hög andel: 20 %, 24 % respektive 20 %.



**Tabell 3.1** Antal allmänläkarna fördelade per huvudman och driftsform, omräknat till heltid, år 1998. Socialstyrelsen.

Huvudman	Offentlig regi	Annan regi	Totalt	Ökn./minskning 1994–1998	Antal invånare per heltidsarb. allmänläk.
Stockholm	654	161	815	+41	2 290
Uppsala	109	21	130	-3	2 412
Sörmland	97	3	100	+10	2 419
Östergötland	186	13	199	+12	2 247
Jönköpings län	125	13	138	+14	2 566
Kronoberg	87	0	87	+4	2 221
Kalmar	103	13	116	+0	2 235
Gotlands k:n	25	0	25	-2	2 495
Blekinge	72	5	77	-6	2 126
Kristianstad	107	33	140	-15	2 253
Malmöhus	184	22	206	+19	2 397
Malmö k:n	91	29	120	+15	2 261
Halland	95	21	116	-5	2 525
Bohus län	125	20	145	-15	2 399
Göteborgs k:n	127	32	159	-45	3 100
Älvsborg	221	13	234	+27	2 062
Skaraborg	114	7	121	-25	2 316
Värmland	142	2	144	-3	2 100
Örebro län	126	7	133	-1	2 233
Västmanland	82	58	140	+5	1 993
Dalarna	164	5	169	-1	1 822
Gävleborg	147	11	158	+1	1 944
Västernorrland	126	0	126	+2	2 179
Jämtland	83	2	85	+24	1 691
Västerbotten	127	8	135	-8	2 072
Norrboten	138	1	139	+10	2 037
Sigtuna k:n	18	0	18	+1	2 028
Katrineh. k:n	15	1	16	+3	2 212
Aneby k:n	-	-	-	-	-
Helsingb. k:n	51	9	60	+1	2 076
Åle k:n	-	-	-	-	-
Riket, totalt	3 741	510	4 251	+60	2 246

Socialstyrelsen gör iakttagelsen att det skedde en dramatisk nedgång i antalet utbildningstjänster för blivande allmänläkare under

1990-talet. Allmänläkarkåren har en ogynnsam åldersstruktur – över 50 % är äldre än 50 år – och det konstateras att det krävs betydligt ökade insatser för att behovet av allmänläkare skall kunna tillgodoses. Socialstyrelsen fick under våren 1998 ett särskilt uppdrag av regeringen att utveckla stödet till huvudmännens vidareutbildning för läkare och har i detta sammanhang uppmärksammat behovet av utbildningsplatser för allmänläkare.

Socialstyrelsen betonar att det förutom fler läkare till primärvården också krävs att de som i dag är verksamma får tillgång till ett väl fungerande fortbildningssystem, nära kopplat till uppdrag, verksamhetsuppföljning och kvalitetsutveckling. Socialstyrelsen pekar på att de olika initiativ som Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM) tagit bl.a. genom FQ-grupperna (se avsnitt 6.2) har central betydelse och bör få fortsatt stöd av huvudmännen.

Distriktssköterskornas arbete har enligt rapporten efter hand förskjutits mot sjukvård på bekostnad av det förebyggande arbetet. Nya sjukdomar och patienter med större vårdtyngd i hemsjukvården ställer krav på en anpassning av grundutbildningen och en utbyggd fortbildning både i landstingen och kommunerna.

Enligt Socialstyrelsen har fortbildningen för distriktssköterskor stora brister. Med bättre fortbildning skulle distriktssköterskan bl.a. kunna ta ett större ansvar för vården av patienter med folksjukdomarna (diabetes, astma, högt blodtryck, reumatiska sjukdomar). Distriktssköterskornas förskrivningsrätt av vissa läkemedel stärker deras roll i primärvården. En konsekvent etablering av specialmottagningar för vissa typer av patienter ger enligt Socialstyrelsen en arbetsfördelning där sjuksköterskan är bärare av kontinuiteten och svarar för mycket av patientutbildning och information, medan läkaren kan koncentrera sig på sådant som kräver läkarkompetens.

Tillgången till kuratorer och psykologer har ökat i primärvården; sådana finns nu på mer än var tredje vårdcentral. Detta har enligt rapporten ökat primärvårdens möjligheter att ta ansvar för t.ex. krisreaktioner och andra psykiska insufficiensreaktioner.

När det gäller resurser, ansvar och kompetens anser Socialstyrelsen sammanfattningsvis att huvudmännen behöver förtydliga primärvårdens uppdrag med utgångspunkt i riksdagens beslut om att den skall vara basen i sjukvårdsorganisationen. Resurser och kompetens behöver anpassas till hur uppdraget definieras lokalt. Hemsjukvård, äldresjukvård och omhändertagande av psykiskt

sjuka behöver särskilt beaktas och samarbetsformer med specialist-sjukvården utvecklas.

Det utökade ansvaret ställer höga krav på kvalitet i specialist-utbildningen och på möjligheten att vidmakthålla och utveckla kompetensen under yrkeslivet. Enligt Socialstyrelsen är det yrkes-utövarna själva som skall ansvara för den egna kompetens-utvecklingen och det åvilar huvudmännen att skapa förutsättningar för dem att ta detta ansvar. Antalet allmänläkare måste öka genom fler ST-tjänster och omskolning av andra specialister.

Socialstyrelsen framhåller att det inte bara är bristen på resurser som hämmar utvecklingen. Också den otydliga bild av primärvårdens uppgifter som kan finnas hos allmänheten hindrar utvecklingen. Begreppet vårdcentral bör bl.a. därför ges en klarare och mer enhetlig innebörd. Erfarenheterna visar att en primärvård där olika funktioner – så som allmänläkar- och distriktssköterskemottagning, barnvårdscentral, sjukgymnastik samt ev. mödravårdscentral och arbetsterapi – samlas under samma tak kan bidra till en effektiv användning av resurserna. Socialstyrelsens uppföljning visar att det särskilt i detta avseende finns mycket stora variationer både lokalt och mellan landstingen.

Tillgänglighet och kontinuitet är enligt Socialstyrelsen grundstenar i en fungerande primärvård. Under de senaste åren har en stor del av det lokala förändringsarbetet varit inriktat på att öka läkartillgängligheten och kontinuiteten för patienterna. Många fler har erbjudits en bestämd läkare vilket bl.a. lett till att patienterna ställer större krav på denna läkare. Öppen mottagning en del av dagen – dvs. en möjlighet för patienterna att utan tidsbeställning få kontakt med sin läkare – är ett sätt att öka tillgängligheten som vunnit stor spridning, framför allt i storstäderna. Socialstyrelsens utvärdering visar att tillgänglighet och kontinuitet kan vara svåra att förena, i synnerhet om patienterna är många. Hög tillgänglighet för akuta behov krymper utrymmet för planerade besök och medför svårigheter att upprätthålla kontinuiteten för de patienter som mest efterfrågar den, nämligen de äldre och de som har kroniska sjukdomar och sammansatta problem.

En delstudie i projektet visar att de rent medicinska behoven inte ensamma avgör vilken vårdnivå patienten väljer. Organisationen av vården är också starkt styrande. Socialstyrelsens slutsats är att organisationsförändringar kan användas för att påverka hur patienterna söker vård och styra de basala medicinska behoven till primärvården.

Socialstyrelsen menar att primärvården har lyckats väl när det gäller att utveckla tillgängligheten och kontinuiteten. Patienterna uppges i stort sett vara nöjda med den tillgänglighet och kontinuitet som erbjuds. Vikten av att man i det fortsatta förändringsarbetet beaktar kravet på balans mellan tillgänglighet och kontinuitet betonas. Kontinuitetens betydelse för äldre, de upprepat sjuka och de långtidssjuka lyfts fram. Inom ett område – hembesöken – menar Socialstyrelsen att det krävs utvecklingsinsatser, särskilt när det gäller läkarnas medverkan och den samverkan med andra specialister inom länssjukvården som då bör ske.

Socialstyrelsen konstaterar att kvalitetsarbetet har kommit olika långt på olika håll i landet. De kvalitetsbrister som kunnat konstateras gäller främst bevakningen av remisser från primärvården och informationen tillbaka från remissinstanserna. Enligt Socialstyrelsen behöver patientsäkerheten stärkas genom bättre system för avvikelserapportering i enlighet med vad som anges i Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1996:24). Kvalitetsarbetet på lokal nivå bör innefatta indikatorer som kan aggregeras till landstings- och nationell nivå.

En väl fungerande samverkan mellan olika nivåer och yrkeskategorier inom sjukvården samt mellan företrädare för hälso- och sjukvård och socialtjänst är nödvändig för att få en effektiv vård och omsorg med patienten i centrum. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd Informationsöverföring och samordnad vårdplanering bör uppmärksammas (SOSFS 1996:32).

Utmärkande för den svenska primärvården var länge områdesansvar och teamarbete i vårdlag. Husläkarreformen med sin betoning av patient-läkarrelationen och läkarens medicinska ansvar innebar en uppluckring av denna modell, främst inom den privata delen av primärvården. Svensk primärvård av i dag ger ett splittrat intryck i sin organisatoriska mångfald när det gäller utformningen av mottagningarna, och detta torde motverka den önskvärda samverkan.

Enligt Socialstyrelsen har samverkan mellan vårdgrannar försämrats i vissa avseenden under 1990-talet. Man pekar i första hand på allmänläkarnas och distriktssköterskornas kontakt med socialtjänsten i ärenden som rör äldre och långvarigt sjuka. Distriktssköterskorna inom hemsjukvården upplever dessutom att samarbetet med distriktsläkarna har blivit sämre. Varannan distriktssköterska anser att informationsutbytet med sjukhus-

läkarna är otillfredsställande, och var fjärde att informationsutbytet med sjuksköterskorna i slutenvården är dåligt. Det pekas på att utvecklingen från områdesansvar till listsystem kan försvåra samverkan. Lokala vårdöverenskommelser eller vårdprogram kan enligt Socialstyrelsen vara en metod att förbättra samverkan och införandet av allmänläkarkonsulternas arbete på sjukhusklinikerna en annan.

I rapporten konstateras att primärvården i olika policydokument givits ett förstahandsansvar för det förebyggande arbetet. Socialstyrelsens bedömning är att detta ansvar nu bör tonas ned och att primärvården bör ha ett mer avgränsat ansvar för det förebyggande arbetet.

Ett område som bör uppmärksammas är mötet mellan invandrarna och sjukvården. Rapporten pekar på att det finns ett stort behov av systematisk utveckling av personalens kompetens när det gäller invandrarproblematik. Resurser måste avsättas för att utveckla metoder för uppföljning och utvärdering, liksom för studier av bemötande och vård.

### 3.1.2 Effekter av utbyggd primärvård

Socialstyrelsen har gjort en genomgång av vetenskaplig litteratur som belyser läkarverksamhetens effektivitet i primärvården och hur organisationen påverkar effektiviteten (Allmänmedicinens bidrag till effektiv resursanvändning i hälso- och sjukvården, SoS-rapport 1999:19).

Socialstyrelsen konstaterar att det är en komplex uppgift att jämföra effektiviteten i primärvårdens läkarverksamhet med annan läkarvård. Den bedömning som redovisas är dock att de studier man funnit visar att

- En bra primärvård har positiva effekter på folkhälsan som den kan avläsas i olika folkhälsomått och bidrar till en lägre konsumtion av både slutenvården och öppenvården och därmed till lägre totala sjukvårdskostnader.
- En väl fungerande primärvård gör befolkningen nöjdare med sitt sjukvårdssystem oberoende av de totala sjukvårdsanslagen per invånare. Detta kan förklaras av att 80-85 % av invånarna kan få sitt vårdbehov helt tillgodosett inom primärvården. Fungerar primärvården bra, innebär det att befolkningen

- upplever att hela sjukvårdssystemet fungerat bra för de upplevda vårdbehoven.
- Organisationen av primärvården har stor betydelse. Kapitation som ersättningssystem, fritt läkarval, personlig läkarkontinuitet och väl fungerande vårdcentraler har visat sig förstärka de positiva effekterna av primärvården.
  - Primärvården kan, till lägre kostnad och med ingen eller liten skillnad i kvalitet, hantera de sjukdomar som kan behandlas av såväl allmänläkare som organspecialist. Exempel är diabetes, högt blodtryck, akuta ländryggsbesvär, sköldkörtelsjukdomar och depression.
  - Primärvårdsläkare skriver ut billigare läkemedel, som är effekt-mässigt jämbördiga med dyrare läkemedel, än vad specialist-läkare gör, och följer i högre grad riktlinjerna för läkemedels-förskrivning.

## 3.2 Kommunernas primärvård och äldreomsorg

### 3.2.1 Socialstyrelsens redovisning av äldreuppdraget

Regeringen gav år 1996 Socialstyrelsen i uppdrag att under åren 1997–2000 följa utvecklingen på äldreområdet. I en tredje rapport Slutrapport från äldreuppdraget (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 2000:4) görs ett försök att sammanfatta och spegla händelseutvecklingen från genomförandet av Ädelreformen år 1992 fram till 1990-talets slut.

Socialstyrelsen pekar på att den generella utvecklingen inom äldreomsorgen gått mot att en allt mindre andel av de äldre har fått en ökande andel av äldreomsorgens resurser. Andelen äldre med olika former av hemtjänst har minskat relativt kraftigt medan de som får hemtjänst har fått allt mer omfattande insatser. Andelen som bor i särskilda boenden har successivt minskat samtidigt som dessa har allt större vård- och omsorgsbehov.

Samtidigt har behoven ökat till följd av ett ökat antal äldre. Antalet årsarbeten inom kommunalt finansierad vård och omsorg (rensat för huvudmannaskapsförändringar) har ökat med 30 000 till närmare 200 000 under åren 1991 till 1999. Det har skett en snabb utveckling mot att vården och omsorgen ges i enskild regi. Andelen av årsarbetet som utförs av privata utförare har ökat från 2 % till 14 % under samma period.

Enligt Socialstyrelsen har hemmet för många äldre blivit en vårdplats bl.a. som en effekt av utvecklingen mot allt kortare vårdtider inom sjukhusvården. Allt fler önskar också att få sin vård i det egna hemmet när detta är möjligt. Enligt Socialstyrelsen visar emellertid olika studier att systemet för vård i det egna hemmet inte är tillfredställande.

Vård i hemmet är en kunskapsmässig gråzon som hittills huvudsakligen definierats och redovisats efter organisationsform, konsumtion och personalens bakgrund snarare än vårdtagarnas behov. Hemvårdens teorigrund är närmast obefintlig ---. I en litteraturstudie över avancerad hemsjukvård och hemrehabilitering som genomfördes av Statens beredning för medicinsk metodik 1999, drogs slutsatsen att det inte fanns kunskapsunderlag för att vård i hemmet skulle medföra vare sig lägre eller högre kostnader eller högre kvalitet i vårdens innehåll än andra alternativ.

Vad beträffar distriktssköterskans roll anges i rapporten att den basala och avancerade hemsjukvården inte skiljer sig mycket innehållsmässigt från den som bedrivits sedan lång tid tillbaka. Det är enbart organisationsstruktur och aktörer som har förändrats. Till skillnad från utvecklingen inom hemtjänsten har andelen äldre som har kontakt med insatser från distriktssköterska och/eller läkare ökat starkt under 1990-talet. Bland t.ex. kvinnor 75–84 år har andelen som uppger att de har kontakt med distriktssköterska under en tremånadersperiod ökat från 5 % till 24 % mellan år 1988 och år 1997. Andelen som har kontakt med läkare har också ökat (från 57 % till 63 %) bland kvinnorna under samma period.

Det konstateras att det finns stora behov av att utveckla läkemedelshanteringen för äldre såväl i eget som i särskilt boende. I första hand behöver de risker som är förknippade med interaktion mellan olika läkemedel uppmärksammas men också frågorna om hur läkemedel hanteras behöver tas upp.

Uppföljningen visar att antalet sjukhemsplatser minskat. Även om det skett förbättringar av den fysiska miljön kan anläggningarna enligt Socialstyrelsen inte överlag anses vara fullgoda bostäder. Det har skett en ökad specialisering med särskilda platser för t.ex. avlösning, växelvård, rehabilitering och vård i livets slutskede. Vårdtiderna har avsevärt förkortats. En allt större andel vistades kortare tid än ett år vid sjukhemmen.

Enligt uppföljningen har behovet av omvårdnad och medicinska insatser ökat betydligt sedan kommunerna övertog anläggningarna från landstingen. Trots den ökade vårdtyngden har tillgången på

medicinskt kvalificerad personal i form av sjuksköterskor minskat. Vidare hade läkarnas direktkontakt med patienterna halverats från år 1994 till år 1998.

Socialstyrelsen har vid återkommande tillfällen pekat på bristerna i de medicinska insatserna i äldreomsorgen. Särskilt har bristerna i fråga om läkarinsatserna påtalats.

Socialstyrelsen har inom ramen för sitt uppföljningsuppdrag kartlagt fortbildningen för personalen. Totalt sett ägnades 4 % av arbetstiden åt personalutbildning.

Som en del av den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken utgår ett särskilt statligt stöd till fortbildning av arbetsledare och biståndshandläggare inom äldreomsorgen. Bidraget utgår med sammanlagt 208 miljoner kr under åren 1999–2001. I rapporten redovisar Socialstyrelsen det första årets aktiviteter. Många kommuner hade inte kommit igång med satsningen år 1999. De vanligaste inriktningarna på de utbildningar som genomförts var ledarskap (49 %), dokumentation/handläggning (16 %), kvalitetsutveckling (10 %) och pedagogik/handledning (8 %). Drygt hälften av dem som deltagit i utbildningarna har social omsorgslinje/älderdomshemsföreståndare som utbildningsbakgrund. 20 % var sjuksköterskor.

I enlighet med den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken stödjer regeringen under åren 1999–2001 uppbyggnad och utveckling av regionala FoU-centrum inom äldreområdet. Våren 1999 inbjöds kommuner och landsting att gemensamt ansöka om ekonomiskt bidrag för att bygga upp verksamhet. Av 25 sökanden erhöll 15 bidrag ur den sammanlagda budgeten om 37 miljoner kr. Inom ramen för den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården har ytterligare 60 miljoner kronor avsatts för detta ändamål för åren 2002–2004. En förutsättning för att medel skall utgå är att huvudmännen satsar minst lika mycket som det statliga bidraget.

Exempel på teman som finns representerade i FoU-centrum är: Informell och frivillig omsorg samt anhörigmedverkan, äldres levnadsvillkor, ledarskap, arbetsorganisation och arbetsledning, samverkan i vårdkedjan, vårdplanering och dokumentation, egenvårdens betydelse, äldres läkemedelsanvändning, äldre i glesbygd samt telemedicin.

Socialstyrelsen konstaterar att behoven att rekrytera personal till vård och omsorg är stora. Drygt 8 % av de anställda i kommunerna slutar varje år. Pensionsavgångarna kommer att öka dramatiskt.



Svenska Kommunförbundet har bedömt att rekryteringsbehovet inom vård och omsorg till äldre och funktionshindrade ökar till 180 000 årsarbeten mellan år 1997 och 2010. Redan i dag är rekryteringsproblemen stora, framför allt gäller det sjuksköterskor. I en telefonundersökning som gjorts av Socialstyrelsen i mars år 2000 angav 50 % av kommunerna att det då var mycket svårt att rekrytera sjuksköterskor. 33 % angav att det var ganska svårt medan endast 7 % tyckte att det är lätt att rekrytera sjuksköterskor. Problemen med att rekrytera annan personal var inte lika stora.

Socialstyrelsen menar att äldreomsorgen under 1990-talet har kännetecknats av en "medikalisering". I förlängningen av denna utveckling finns en risk för att hjälpbehövande äldres tillvaro blir torftig och utarmad. Enligt rapporten är det emellertid viktigt att behov av olika karaktär inte ställs emot varandra – brister i de medicinska insatserna får enligt Socialstyrelsen inte tas som intäkt för att nedprioritera de sociala behoven.

Utvecklingen ger enligt rapporten anledning till stor oro inför framtiden. Det krävs en rad förändringar i verksamheten och inom forskning och utbildning. Utmaningarna är stora.

Mycket av äldreomsorgens insatser för den enskilde har handlat om att se till att de äldre vårdtagarna är torra, inte har trycksår eller är uttorkade. Att känna yrkesstolthet i denna äldreomsorg eller att i en utbildnings- och yrkesvalssituation känna sig lockad av värdyrket kan bjuda motstånd.

### 3.2.2 Försöken med kommunal primärvård

Försöken med kommunal primärvård har sin upprinnelse i Ädelreformen. Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att utvärdera försöken. Det redovisades i Försök med kommunal primärvård (Socialstyrelsen redovisar 1998:5). Försöken har bedrivits i följande kommuner och landsting:

- Ale kommun och Älvsborgs läns landsting
- Aneby kommun och Jönköpings läns landsting
- Helsingborgs kommun och Malmöhus läns landsting
- Häbo kommun och Uppsala läns landsting
- Katrineholms kommun och Sörmlands läns landsting
- Kävlinge kommun och Malmöhus läns landsting

- Sigtuna kommun och Stockholms läns landsting.

I tre av de sju områdena bedrevs fortfarande försöksverksamhet när slutrapporten redovisades: Helsingborg, Katrineholm och Sigtuna. Därefter har även Helsingborg avslutat försöket.

I slutrapporten anger Socialstyrelsen att man inte funnit några systematiska effekter av försöken av avsett slag. Enbart förändringen av huvudmannskapet tycks inte minska primärvårdens kostnader eller förbättrat kvaliteten i hälso- och sjukvården.

I intervjuerna med vårdcentralcheferna uppgavs otillräckligt med tid till nödvändig fortbildning vara ett problem. Den ökade arbetsbelastningen har lett till att man inte kan prioritera fortbildningen.

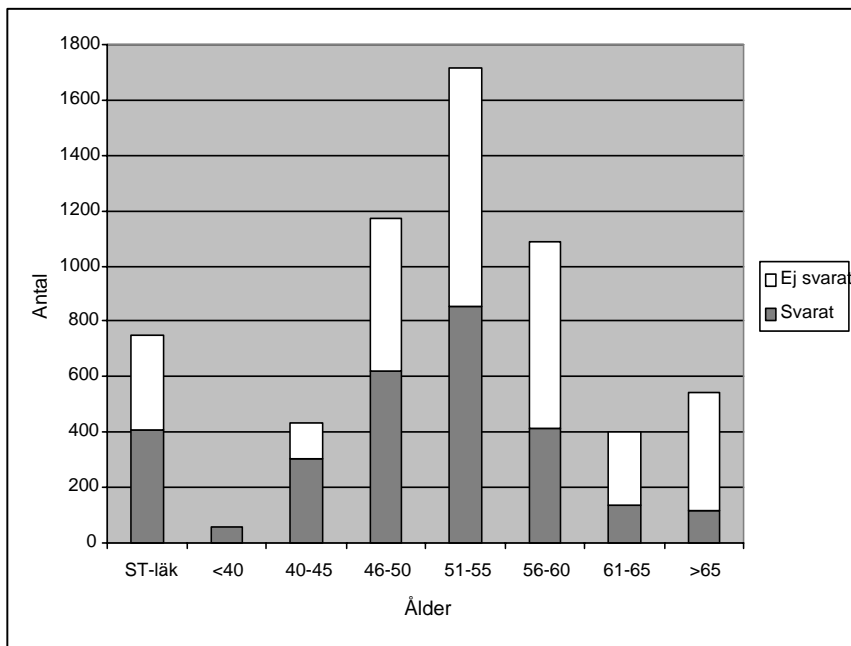
Socialstyrelsens samlade bedömning var att försöken bör avslutas. Socialstyrelsen rekommenderade emellertid att avtal skulle kunna träffas om särskild utbildningssamverkan så att strategiskt viktiga gemensamma aktiviteter får stöd genom att personal från såväl socialtjänsten som primärvården (och geriatrik/psykiatri) utformar och genomgår gemensamma utbildningar.

### 3.3 Undersökning av allmänläkarnas fortbildning

Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM) genomförde våren 2000 en undersökning av allmänläkarnas fortbildning. Den riktades till samtliga läkare med specialistbevis i allmänmedicin (Gösta Eliasson och Johan Berglund). Utifrån Socialstyrelsens register identifierades drygt 5 400 allmänläkare. Av dessa var något mer än 4 800 i yrkesverksam ålder och 1 100 hade också annan specialitet än allmänmedicin. Genom SFAM identifierades också 750 ST-läkare inom allmänmedicin.

Undersökningen genomfördes i form av en enkät. Svarsfrekvensen bland de yrkesverksamma specialisterna var 50 % och bland ST-läkarna 54 %. Bortfallet var störst i de högre åldersgrupperna. Bland allmänläkare yngre än 46 år var svarsfrekvensen över 70 % (se figur 3.1). Bland de som svarade uppgav 360 (15 %) att de inte var verksamma som allmänläkare. Något mer än var femte uppgav att de arbetar inom en privat verksamhet.

Figur 3.1 Allmänläkarnas åldersfördelning enligt Socialstyrelsens läkarregister samt enkätens svarsfrekvens.



De kliniskt verksamma allmänläkarna angav att de avsätter i genomsnitt 3,5 timmar per vecka till fortbildning varav 1,5 timmar under arbetstid. Mer än var tredje avsätter mindre än en timme och färre än var sjätte avsätter fyra timmar eller mer. ST-läkarna avsätter i genomsnitt 7 timmar per vecka till utbildning varav 5,5 timmar under arbetstid.

Av tabell 3.2 framgår vilka fortbildningsaktiviteter som allmänläkarna och ST-läkarna angav sig ha deltagit i under de senaste fyra veckorna innan de besvarat enkäten.

*Tabell 3.2* Fortbildningsaktivitet som allmänläkare respektive ST-läkare deltagit i.

Fortbildningsaktivitet	Allmänläkare Andel %	ST-läkare Andel %
Läsning på egen hand	71	56
Internt möte på arbetsplatsen	39	20
Annan specialitetsledd kurs >1/2 dag	27	35
Allmänläkarledd kurs >1/2 dag	23	27
Ej läkarledd kurs >1/2 dag	23	23
Auskultation	1	19
Annan utbildning	11	13

Som framgår är läsning på egen hand den aktivitet som dominerar. De egna fortbildningsbehovet bedöms vara störst inom traditionella kliniska kunskapsområden som diabetes, hudsjukdomar och ortopedi. Därefter kommer FoU-arbete, psykosomatik och kvalitetsutveckling. Områden där behoven sägs vara mindre eller små är t.ex. förebyggande arbete, konsultationskunskap, ledarskap och etik.

Nästan hälften av dem som besvarat enkäten uppger att de deltar i FQ-grupper och bland dessa uppger 90 % att det är en bra fortbildningsmetod.

Nästan två av tre anser att läkemedelsindustrins fortbildningsutbud är av stor betydelse och av dessa uppger hälften att detta utbud är mycket eller väldigt betydelsefullt för den egna fortbildningen.

På frågan om de anser att det behövs ett allmänmedicinskt institut svarade 67 % av de yrkesverksamma ja, 8 % nej och 25 % vet ej. 56 % ansåg att det är önskvärt att en recertifiering av allmänläkare införs i Sverige medan 20 % ansåg att ett sådant system inte är önskvärt i vårt land.

Enligt SFAM:s bedömning visar studien att den formella fortbildningen är otillräcklig i dagens allmänmedicinska verksamhet.

## 4 Rekrytering av allmänläkare och distriktssköterskor

Som framgått har regering och riksdag lyft fram att åtgärder för att förbättra rekryteringen är avgörande för möjligheterna att fullfölja intentionerna både i den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården och handlingsplanen för äldrepolitiken. Med syfte att ge en något fylligare bild av förutsättningarna redovisas i det följande vissa uppgifter, bedömningar m.m. som utredningen tagit del av.

### 4.1 Vårdkommissionen

Regeringen tillkallade sommaren 1998 en kommission med uppdrag att kartlägga utbildningsbehoven och föreslå åtgärder för att underlätta rekryteringen inom vård- och omsorgssektorn – Vårdkommissionen. I sitt betänkande *Den ljusnande framtid är vård* (Ds 1999:44) anger kommissionen att situationen är allvarlig. Antalet pensionsavgångar kommer att öka snabbt under de närmaste årtiondena. Samtidigt är det allt färre som söker sig till många av vårdutbildningarna oavsett att vård och omsorg är en bra framtida arbetsmarknad.

Kommissionen ägnade stort intresse åt frågan om deltidstjänster och visstidsanställningar. Sådana anställningar förekommer i unik omfattning inom vård- och omsorgssektorn. Enligt kommissionen kan åtgärder för att öka antalet heltidstjänster både förebygga bristen på vårdpersonal och bidra till att arbetsmiljön, attraktiviteten och rekryteringen förbättras.

De prognoser som redovisas visar att det en bit in på 2000-talet kommer att uppstå brist på läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och psykologer. Vidtas inga åtgärder kommer bristen på sjuksköterskor att uppgå till ca 20 000–25 000 år 2010. Bristen på läkare kan vara 2 500–4 000 och för psykologerna beräknas bristen kunna vara 1 400–3 000 samma år.

Ett huvudförslag från kommissionen är att öka sysselsättningsgraden. Andra förslag gäller åtgärder för att underlätta att invandrare anställs. Enligt kommissionen är det nödvändigt med en positiv marknadsföring av vård- och omsorgsyrkena som en bra arbetsmarknad.

Förslag från kommissionen var att öka antalet nybörjarplatser i läkarutbildningen med 200 och i sjuksköterskeutbildningen med 1 000. I anslutning till behandlingen av budgetpropositionen inför år 2000 beslutades att läkarutbildningen skall ökas i enlighet med kommissionens förslag senast höstterminen år 2002. Beslut har fattas att antalet platser vid sjuksköterskeutbildningen skall ökas från 3 500 till 4 500. Ökningen har påbörjats och antalet platser är i dag drygt 4 100.

## 4.2 Rekrytering av allmänläkare

Riksdagens mål för ökningen av antalet allmänläkare är att det skall tillkomma 220 specialister i allmänmedicin fram till och med år 2005. Därefter skall antalet öka med i genomsnitt 200 per år till och med 2008. Detta innebär ett nettotillskott med 1 100 allmänläkare under åren 2001–2005 och därefter med 600 fram till år 2008. Det mål riksdagen lagt fast innebär alltså att antalet specialister i allmänmedicin skall öka med 1 700 fram till och med år 2008.

Den 1 januari 2000 hade närmare 6 700 läkare specialistbevis i allmänmedicin. Närmare 600 av dessa var 65 år eller äldre och antalet specialister i allmänmedicin i yrkesverksam ålder kan alltså uppskattas till ca 6 100. Riksdagens mål avser dock heltidsverksamma specialister i allmänmedicin som arbetar inom primärvården. Omräknat till heltid uppgår allmänläkare som är verksamma inom primärvården till ca 4 300.

Innebörden av det mål som riksdagen lagt fast är således att antalet heltidsverksamma allmänläkare skall öka från 4 300 till 6 000 eller med ca 40 % fram till år 2009.

Från läkarutbildningen utexamineras totalt ca 750 läkare varje år. Den utökning med 200 utbildningsplatser i läkarutbildningen som genomförs år 2001 väntas komma att öka antalet läkare med grundexamen från och med år 2007 och med specialistexamen tidigast år 2013. Antalet nybörjarplatser vid de medicinska fakulteterna är i dag 825.

Det totala tillskottet av läkare med utländsk examen har under senare år varit ca 250 per år. På många håll görs insatser för att öka rekryteringen från andra länder. Det är svårt att i dag avgöra vilket resultat dessa åtgärder kan ge men bedömningen är att antalet kommer att öka med kanske ytterligare 100–200 per år. Läkarutbildningen och tillskott av läkare från andra länder kan alltså – enligt vad som nu kan överblickas – innebära att ca 1 200 nya läkare tillförs per år under perioden fram till år 2010.

Under åren fram till och med år 2004 beräknas antalet allmänläkare som avgår i ålderspension att ligga på en nivå av ca 70 läkare per år. Därefter stiger pensionsavgångarna fram till år 2006 för att lägga sig på en nivå om ca 200 per år fram till år 2010.

Utöver pensionsavgångarna sker också ett antal övriga avgångar. Det kan vara svårt att ha någon väl grundad uppfattning om hur många av läkarna som kan väntas sluta arbeta innan pensionsåldern. Enligt en enkät som Svensk Distriktsläkarförening (DLF) genomförde år 1998 skulle så många som hälften av de distriktsläkare som är över 55 år planera att minska sin tjänstgöring innan de uppnått pensionsåldern. Vid en uppföljning år 1998 var övriga avgångar lika många som antalet ålderspensioneringar. Det är därför realistiskt att räkna med att de årliga avgångarna av allmänläkare kommer att vara lägst 100 fram till år 2004 och sedan stiga till mer än 300 per år fram till år 2010.

Med hänsyn till väntade avgångar innebär riksdagens mål således att rekryteringsbehovet uppgår till ca 300 allmänläkare per år fram till år 2005 för att sedan stiga till ca 500 per år fram till och med år 2008.

Allmänmedicin har minskat både i antal och som andel av ST-utbildningen under 1990-talet. År 1993 svarade allmänmedicin för 26 % av alla utfärdade specialistbevis och fram till år 2000 sjönk andelen till 16 %. I absoluta tal har antalet utfärdade specialistbevis i allmänmedicin minskat från närmare 400 år 1993 till 234 år 1998. Tillskottet av nya specialister under de närmaste åren är till stor del styrt av de tidigare intagningarna till ST-utbildningen.

I förhållande till de väntade avgångarna ger utbildningen av allmänläkare inte något nettotillskott under de närmaste tre åren. Det finns därför risk att det uppstår ackumulerat underskott i förhållande till riksdagens mål med ca 700 allmänläkare fram till år 2003 (bortsett från utlandsrekryteringen). Därefter kan situationen förändras genom en målinriktad satsning på ST-utbildning i allmänmedicin. För att bemanningsmålet skall kunna uppnås

genom insatser inom den reguljära specialistutbildningen skulle dock allmänmedicinen behöva utgöra en betydande andel av alla ST-anställningar. Det är idag landstingen som genom verksamhetschefer och studierektorer som svarar för besluten om hur ST-anställningarna dimensioneras.

Sammanfattningsvis ställer den målsättning som riksdagen beslutat om utomordentligt stora krav på att det vidtas olika åtgärder för rekrytering av allmänläkare. Med hänsyn till pensions- och andra väntade avgångar uppgår rekryteringsbehovet lågt räknat till 3 000 nya heltidsarbetande allmänläkare fram till och med år 2008.

En frågeställning är också hur de så kallade stafettläkarna skall betraktas i detta sammanhang. Under senare år har det skett en utveckling mot att allt fler allmänläkare väljer att tjänstgöra vid uthyrningsföretag istället för att söka sig till fasta anställningar vid vårdcentralerna.

Enligt en enkätundersökning som DLF nyligen gjort bland sina medlemmar är det nästan 500 av Sveriges distriktsläkare som har arbetat som stafettläkare. Av dessa är det drygt 30 % som sagt upp sig från sin ordinarie tjänst eller begärt tjänstledigt. Enligt enkäten är det framför allt yngre distriktsläkare som valt att arbeta som stafettläkare. Bland de 87 % som besvarat enkäten uppgav en tredjedel att de redan arbetar som stafettläkare eller att de funderar på att göra det.

### 4.3 Rekrytering av distriktssköterskor

Svenska Kommunförbundet har beräknat att kommunerna och landstingen har behov av rekrytera närmare 65 000 sjuksköterskor mellan år 1997 och år 2010 (Personal och kompetens i förändring, 1999). Samtidigt beräknas utbildningarna examinera enbart omkring 37 000 sjuksköterskor. Bristen kan alltså komma att uppgå till 26 000 sjuksköterskor år 2010. Enligt Svenska Kommunförbundet kan rekryteringsbehovet vara ännu större eftersom en del av de nytexaminerade sjuksköterskorna börjar arbeta inom den privata vården, inom andra branscher eller går vidare till andra utbildningar.

År 1999 var medelåldern för sjuksköterskor anställda i kommunen 45 år och i landstinget 43 år. Medelåldern för sjuksköterskorna har ökat. År 1991 var 14 procent under 30 år medan



motsvarande andel år 1999 endast var 10 procent. Samtidigt har gruppen över 50 år ökat från 18 procent år 1991 till 30 procent år 1999.

En positiv faktor vad gäller rekrytering av distriktssköterskor är att en stor grupp sjuksköterskor önskar bli distriktssköterskor även efter en längre tids yrkesverksamhet. Många av de sjuksköterskor som arbetat en tid inom slutenvården – och skapat sig en trygghet i sin sjuksköterskeroll – ser det som en positiv utveckling att arbeta som distriktssköterska med stort eget ansvarstagande och ensamarbete. Det finns dock en rad hinder. Många av de aktuella sjuksköterskorna är 35 år eller äldre och är i den fas av livet då man ofta är mindre benägen att ta mer studielån eller kanske t.o.m. för gammal för att söka sådana. Det är ofta dessutom svårt att få den nödvändiga tjänstledigheten för utbildningen, som många gånger bedrivs på halvfart.

Ett annat hinder är att högskolorna har höjt behörighetskraven för specialistutbildningarna. Utöver grundläggande behörighet i engelska och svenska på gymnasienivå kräver många av utbildningarna särskild behörighet motsvarande upp till 40 eller 60 poäng i huvudämnet omvårdnad. Många av de sjuksköterskor som vill vidareutbilda sig till distriktssköterska har inte denna behörighet från sin grundutbildning och en del saknar den grundläggande behörigheten.

Det har under år 2001 kommit nya direktiv för specialistutbildningen för distriktssköterskor (SFS 2001:23). I direktiven anges inte några obligatoriska krav på akademisk examen men varje högskola ges möjlighet att utöver de beskrivna målen sätta upp egna mål och behörighetskrav.

De nya direktiven anger att utbildningen skall vara en yrkesexamen. Samtidigt har flera vårdhögskolor och universitet således på eget initiativ höjt kraven på akademiska förkunskaper. Inom sjuksköterskegruppen finns olika uppfattningar om detta. Vissa menar att grundutbildningen bör ge en akademisk examen och att vidareutbildningen skall ge en ren yrkesexamen. Andra menar att även vidareutbildningen skall ge en akademisk examen i form av en påbyggnad till magisternivå. Om det ställs krav på akademiska förkunskaper för att få tillträde till specialistutbildning för distriktssköterskor kan det allvarligt försvåra rekryteringen av distriktssköterskor.

Sammanfattningsvis bedömer utredningen att möjligheterna att rekrytera distriktssköterskor som förhållandevis goda. En förut-

sättning är dock att vidareutbildningen behåller sin attraktivitet och att vårdhögskolorna utformar behörighetskraven så att äldre sjuksköterskor inte utestängs från möjligheten att vidareutbilda sig till distriktssköterska. En annan förutsättning är att huvudmännen skapar praktiska förutsättningar för sköterskor att söka sig till vidareutbildningarna.

## 5 Läkarestuderandes attityder till allmänläkaryrket

### Inledning

Primärvården kommer inom de närmaste 10–15 åren att genomgå en generationsväxling. Detta gäller särskilt läkarna där huvuddelen av dem som skall ersätta pensionsavgångarna sannolikt måste rekryteras från grundutbildningarna. Om det skall bli möjligt är det nödvändigt att de unga läkare som står inför valet av specialitet uppfattar allmänläkaryrket som lockande. Olika rapporter visar att allmänmedicin ofta inte är de unga läkarnas förstahandsval, på en del håll är det i dag till och med är svårt att tillsätta de utbildningsanställningar som inrättas.

Utredningens direktiv anger att målet för det familjemedicinska institutets arbete skall vara att bidra till att primärvården utvecklas till en dynamisk och utvecklande arbetsmiljö. Olika frågor om hur allmänläkaryrket uppfattas bland unga läkare och om hur det bör utvecklas är av stor betydelse för hur det familjemedicinska institutet bör inrikta sitt arbete. Utredningen har låtit genomföra en enkät till unga läkare med syfte att fånga attityderna till allmänläkaryrket, deras syn på arbetsförhållanden och hur de anser att primärvården bör utvecklas för att bli en mer attraktiv arbetsplats.

Enkäten har genomförts bland de studenter som går på termin 11 under läkarutbildningen våren 2001. På detta stadium kan de anses ha fått en god bild av attityderna inom läkarutbildningen samtidigt som de står inför valet av inriktning inför framtiden.

För att kunna belysa skillnader mellan olika utbildningsorter har studien genomförts vid läkarutbildningarna i Stockholm, Linköping, Göteborg och Umeå. I Linköping och Umeå omfattar urvalet samtliga studerande. I Stockholm och Göteborg har enkäten skickats till ett urval om 45 respektive 58 studerande.

Studien har genomförts av Institutet för Personal- & Företagsutveckling (IPF) i Uppsala på uppdrag av utredningen.

Enkäten skickades till 190 studenter och 142 (75 %) svarade. Bland studieorterna hade Linköping lägst svarsfrekvens (68 %) och Stockholm den högsta (82 %).

### Allmänna uppgifter

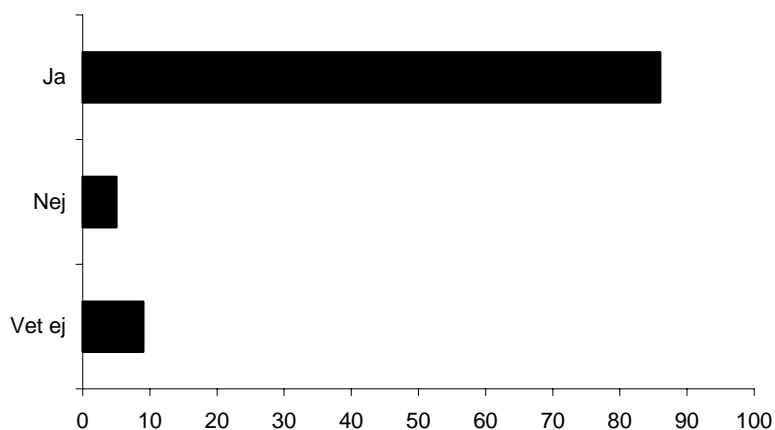
Av dem som besvarat enkäten var 59 % kvinnor och 41 % män. En klar majoritet, 67 %, var yngre än 29 år, 27 % i åldersgruppen 29–35 år och 6 % var 35 år och däröver.

92 % hade inte bytt studieort under utbildningstiden. 23 % uppger att de har annan yrkesutbildning än läkarutbildning. Huvuddelen av dessa har en annan yrkesutbildning inom vårdområdet.

### Behövs en väl utvecklad primärvård?

I enkäten ingick en allmän hälso- och sjukvårdspolitisk fråga om hur studenterna ser på primärvården i enlighet med den inriktning som anges i nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården.

*Figur 5.1* Andel i procent som anser att det behövs en mer välutvecklad primärvård med fler allmänläkare som basen i den svenska sjukvården.



Det är uppenbart att de blivande läkarna ansluter sig till riksdagens uppfattning om vilken roll primärvården bör ha. Nästan nio av tio studenter stöder en ökad satsning på primärvården och familjeläkarna.

### Hur många vill bli allmänläkare och vad bidrar till en positiv – negativ bild av yrket

Ungefär var sjätte svarade att de i hög grad var inställda på att bli allmänläkare då utbildningen påbörjades. Från rekryterings-synpunkt är det glädjande att motsvarande andel under den elfte terminen är dubbelt så hög – 31 % anger sig nu vara i hög grad inställd på att bli allmänläkare efter avslutad AT-tjänstgöring.

I enkäten ingick ett öppet svarsalternativ där studenterna ombads att ange faktorer som bidragit till att man blivit negativt respektive positivt inställd till allmänläkaryrket. Den helt dominerande anledningen till att man fått en negativ syn har att göra med arbetsförhållandena inom primärvården med hög grad av stress, tungt patientarbete och liknande faktorer. Vidare nämns att arbetet upplevs som ensamt och att lön och arbetstider är dåliga.

Av faktorer som anses ha bidragit till en positiv inställning dominerar placeringen på vårdcentral – den egna erfarenheten av arbetet. Många menar också att bl.a. lön och arbetstider – är en

positiv faktor liksom omväxlingen och variationen av arbetsuppgifterna. Att få möjlighet till kontinuitet i patientrelationen och att arbeta med en helhet nämns också.

### Vad karakteriserar allmänläkaryrket och vad är viktigt vid val av tjänst efter AT-tjänstgöring?

I enkäten har studenterna angivit vad de anser karakteriserar allmänläkaryrket.

*Tabell 5.1* Vad är det som i hög grad karakteriserar allmänläkaryrket?

	Andel som angivit alternativet "i hög grad"
Hög arbetsbelastning	71 %
Ansvarsfulla arbetsuppgifter	61 %
Fokus på helhetstänkande	37 %
Trygghet i anställning	36 %
Omväxlande arbetsuppgifter	29 %
Bra arbetstider	26 %
Svåra arbetsuppgifter	21 %
God lönenivå	20 %

Anm. I tabellen upptas de faktorer som fått högst andelar.

Enligt studenterna är hög arbetsbelastning mest utmärkande för allmänläkaryrket. Sammantaget är det emellertid mer positiva faktorer som karakteriserar yrket såsom ansvarsfulla och omväxlande arbetsuppgifter, fokus på helhetstänkande, bra arbetstider och relativt god lönenivå. Var femte uppfattar att arbetsuppgifterna som svåra.

*Tabell 5.2* Vad är det som i särskilt liten grad karakteriseras allmänläkaryrket

	Andel som angivit alternativen ”i ganska liten grad” och ”inte alls”
Karriärmöjligheter	86 %
Arbetet värderas högt av andra läkare	84 %
Arbetet värderas högt av andra än läkare i vården	84 %
Goda möjligheter till forskning	80 %
Arbete tillsammans med kollegor	71 %
Möjlighet att själv bestämma hur man lägger upp arbetet	52 %
Goda möjligheter att utveckla sin kompetens	45 %
Arbetet värderas högt av patienterna	32 %

Anm. I tabellen upptas de faktorer som fått högst andelar.

Små möjligheterna att göra karriär är något som studenterna anser karakteriserar allmänläkaryrket. Enligt studenterna har yrket låg status i den meningen att det värderas lågt av både yrkeskollegor och andra som arbetar inom vården. Studenterna har också uppfattningen att patienterna inte värderar arbetet högt. Liten möjlighet till kunskapsutveckling i form av forskning och kompetensutveckling utmärker allmänläkaryrket enligt ungefär hälften av studenterna. Ungefär lika stor andel anser att man har små möjligheter att själv lägga upp sitt arbete som allmänläkare.

*Tabell 5.3* Vad är viktigt för ditt val av tjänst efter avslutad AT-tjänstgöring?

	Andel som angivit alternativet ”i hög grad”
Omväxlande arbetsuppgifter	65 %
Bostadsort	49 %
Att arbetet värderas högt av patienten	47 %
Att kunna bestämma hur man lägger upp det dagliga arbetet	45 %
Att arbeta i team med kollegor	35 %
Lönenivå	30 %

Anm. I tabellen upptas de faktorer som fått högst andelar.

Omväxlande arbetsuppgifter är den faktor som studenterna anser vara viktigast vid val av tjänstgöring efter AT. Bostadsorten är också viktig liksom att arbetet värderas högt av patienten och att man själv skall kunna styra sitt vardagliga arbete. Att arbeta tillsammans med kollegor anser var tredje vara mycket viktigt och 30 % menar att lönenivån är av stor betydelse.

*Tabell 5.4* Vad är mindre viktigt för ditt val av tjänstgöring efter avslutad AT-tjänstgöring?

	Andel som angivit alternativen i ”ganska liten grad” eller ”inte alls”
Möjligheter till forskning	59 %
Möjlighet att arbeta utomlands som volontär	57 %
Möjlighet att bli privat entreprenör	50 %
Karriärmöjligheter	46 %

Anm. I tabellen upptas de faktorer som fått högst andelar.

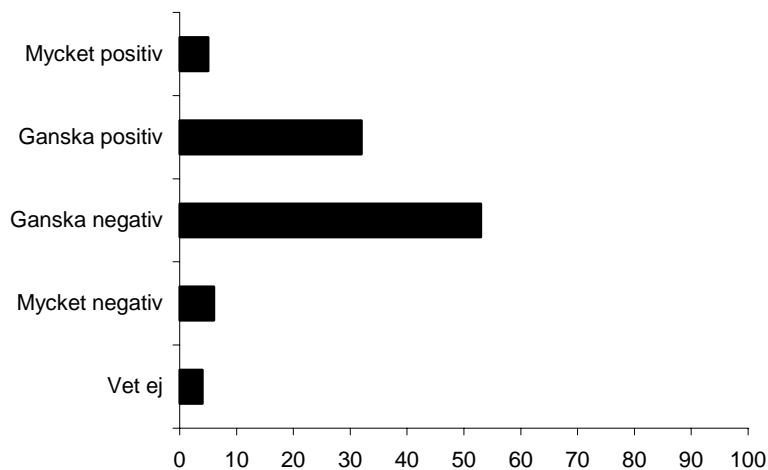
Ungefär 60 % anser att möjligheter till forskning är av liten betydelse vid deras val av tjänst efter AT-tjänstgöringen. Ungefär lika många anser inte att möjligheten att arbeta som volontär utomlands är betydelsefullt för deras val. Möjligheten att bli privat entreprenör anser hälften vara av liten betydelse (samtidigt anger så många som 20 % att den möjligheten i hög grad är viktig vid deras val av tjänstgöring efter AT). För drygt hälften är karriärmöjligheterna av liten betydelse vid valet av tjänstgöring efter AT.

### Vilken är attityden till allmänläkaryrket inom läkarutbildningen?

I enkäten ingick också en fråga om hur den allmänna inställningen till allmänläkaryrket är bland lärare/handledare och bland kurskamraterna.

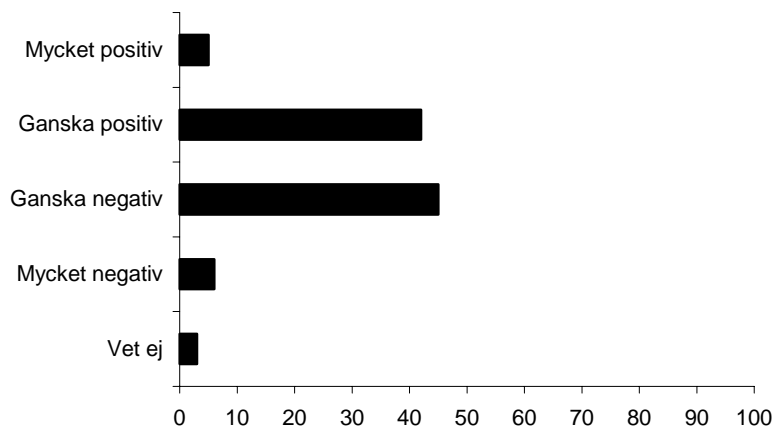


*Figur 5.2* Hur uppfattar du att den allmänna inställningen till allmänläkaryrket är bland dina lärare/handledare?



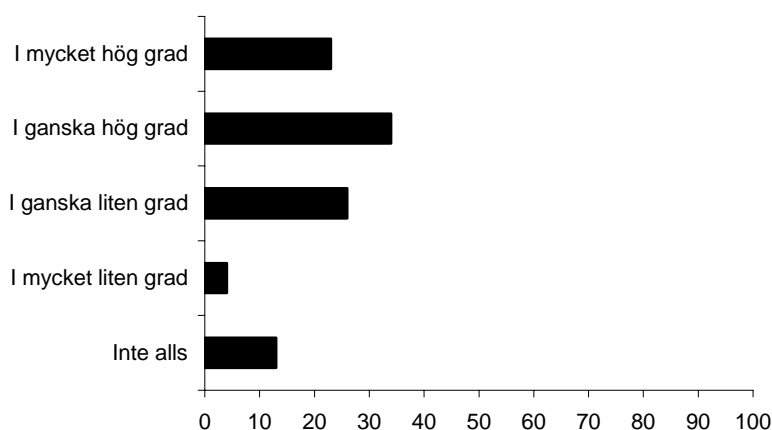
Påfallande många av studenterna uppfattar att det finns en negativ attityd till allmänläkaryrket bland lärare och handledare.

*Figur 5.3* Hur uppfattar du att den allmänna inställningen bland dina kurskamrater är till allmänläkaryrket?



Hälften (51 %) av studenterna uppfattar att inställningen till allmänläkaryrket bland kurskamraterna är negativ och något färre (47 %) anser den positiv.

*Figur 5.4* Anser du att man i läkarutbildningen mer uppmuntrar till att bli annan specialist än allmänläkare?

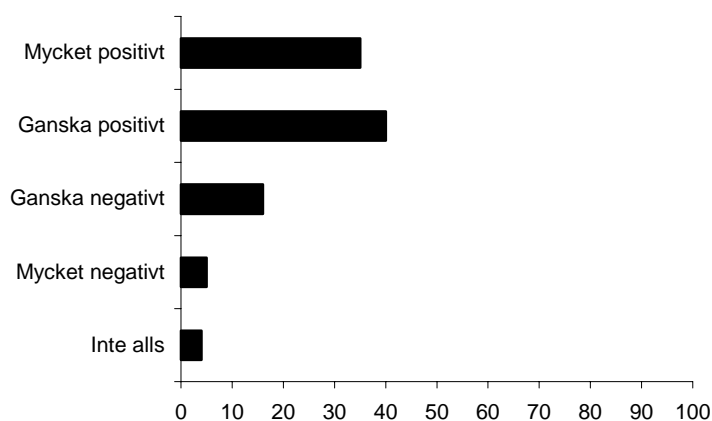


En stor majoritet av studenterna uppfattar att det finns en stark tendens till att man i läkarutbildningen allmänt uppmuntrar till val av annan inriktning än allmänläkaryrket. Bara drygt en av tio anser att det inte alls finns en sådan påverkan. De förhållningssätt som måste övervinnas illustreras av att mer än hälften av studenterna anser att man i läkarutbildningen i hög grad uppmuntrar mer dem att välja en annan inriktning än allmänläkare.

#### **Hur har praktiktjänstgöringen påverkat inställningen till allmänläkaryrket?**

Läkarutbildningen innefattar både teoretiska moment och praktiktjänstgöring. Självfallet formar båda dessa delar av utbildningen studenternas attityder till det framtida arbetet. I en fråga har studenterna fått ange hur de uppfattat sin praktiktjänstgöring inom allmänmedicin.

*Figur 5.5* Hur har din inställning till allmänläkaryrket påverkats av den praktiktjänstgöring du gjort under utbildningen?



Det framgår tydligt att studenterna uppfattat att den negativa bilden i den teoretiska delen av utbildningen inte överensstämmer med den bild de själva fått i den praktiktjänstgöring som de fullgjort inom allmänmedicin. Var tredje student anser att deras inställning till allmänläkaryrket påverkats mycket positivt vid deras praktiktjänstgöring inom allmänmedicin. Bara en av fem anser att praktiktjänstgöringen påverkat den egna inställningen negativt.

### Vilka förändringar bör genomföras för att förbättra rekryteringen?

Studenterna ombads ange vilka tre förändringar som de anser bör genomföras för att förbättra rekryteringen till allmänläkaryrket. En stor majoritet har besvarat frågan och det är påfallande att det finns förhållandevis klara uppfattningar om vilka åtgärder som bör vidtas.

De svar som dominerar är att arbetsförhållandena generellt sett måste förbättras. Man avser i första hand rimliga arbetsförhållanden med mindre arbetsbelastning och stress. Att få mer tid för patienterna så att idén om helhetstänkande och uppföljning lyfts fram. Man anger att det behövs mer resurser till primärvården. Andra krav är att organisationen bör förändras och att möjligheterna till privatägda vårdcentraler ökas.

Många framhåller att bättre lön är en viktig faktor för att förbättra rekryteringen.

Ensamarbete och upplevelsen av isolering måste minska och många menar att allmänläkarna kan avlastas genom ett bättre samarbete med sjukhus och andra vårdgivare. Vidare lyfts fram att andra yrkeskategorier bör knytas till vårdcentralerna.

En önskvärd förändring är också ökade möjligheter för läkarna att styra sin tid t.ex. genom att påverka patientbokningarna mer. En stor del av de svarande – nära 50 % – anser att det måste finnas större möjlighet till fördjupning och/eller forskning och det framförs att det bör ges möjligheter till subspecialisering även inom allmänläkaryrket.

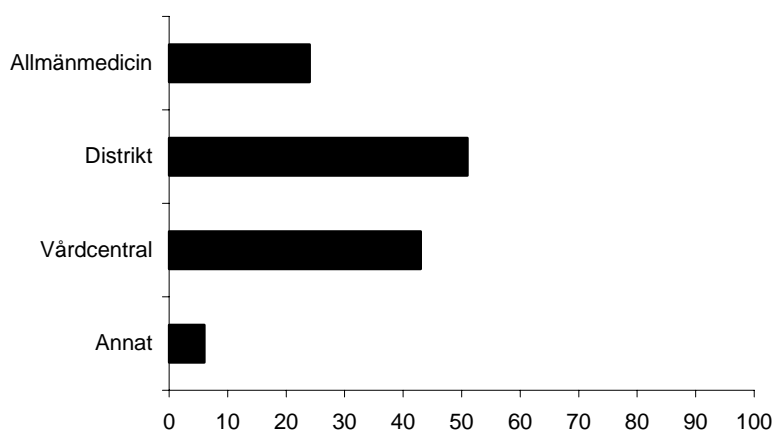
Mer tid för att sätta sig in i yrket under utbildningstiden efterfrågas. En stor grupp var mycket nöjda med sina vårdcentralplaceringar och med de kurser som getts inom allmänmedicin. Man anser att kursen dock varit för kort med tanke på att allmänmedicin är ett stort område. Dessutom efterfrågas mer kontakter med allmänmedicinare som t.ex. handledare.

När det gäller yrkets status framhålls ett ökat behov av att marknadsföra allmänmedicin som en specialitet både gentemot allmänhet och andra specialistläkare. Några anger att ett ökat samarbete mellan primärvård och sjukhus kanske kan förändra inställningen.

### **Hur benämns tjänstgöringen i allmänmedicin?**

För att ge en belysning av om studenterna uppfattar att allmänmedicinen har entydig benämning ställdes en fråga om vad allmänmedicin kallas under AT.

*Figur 5.6* Vad kallar du och dina kurskamrater de sex månaders AT-tjänstgöring som fullgörs i primärvården?



Endast var fjärde student anger att placeringen kallats vid ett namn som anknyter till allmänläkaryrket. Svaren kan anses illustrera den brist på enhetlig identitet som karakteriserar allmänläkaryrket. Studenter på samma studieort använder inte samma benämning utan i stort sett är variationerna lika stora inom varje studieort som mellan dem.

### Skillnader mellan studieorter

Undersökningen har lagts upp för att kunna spegla skillnader mellan de fyra studieorterna. De flesta av svaren fördelar sig i huvudsak på samma sätt inom studieorterna men det finns några intressanta skillnader.

En sådan skillnad gäller den andel som angivit att de i dag är inställda på att bli allmänläkare. Stockholm har här en betydligt högre andel (41 %) än övriga studieorter. Linköping har lägst andel med 23 %, i Göteborg är andelen 27 % och i Umeå 32 %. Anmärkningsvärt är att det i Stockholm var 6 % som var inställda på allmänläkaryrket när man började utbildningen och i Göteborg 7 %. På dessa studieorter har alltså andelen som kan tänka sig att bli allmänläkare ökat kraftigt under studietiden.

En tydlig skillnad är att studenterna i Stockholm och Göteborg uppfattar attityden till allmänläkaryrket bland lärare/handledare som mer negativ än studenterna i Linköping och Umeå. Likaså

uppfattar studenterna på dessa studieorter att man i mycket hög grad uppmuntrar dem till att bli annan specialist än allmänläkare. Särskilt påtagligt är detta i Stockholm.

Stockholm intar också en särställning när det gäller om den egna inställningen till allmänmedicin har påverkats av praktiktjänstgöringen. Här anger så många som 60 % att den påverkats mycket positivt och ytterligare 30 % ganska positivt.

Studenterna i Linköping och Umeå säger sig möta en mer positiv bild av allmänmedicin än vad studenterna i Stockholm och Göteborg gör.

Synen att arbetsbelastningen är hög är i huvudsak den samma i alla studieorterna. Problembilden är dock något mindre uttalad i Stockholm och Göteborg är på de två övriga orterna.

När det gäller faktorer som styr valet av tjänst efter AT-tjänstgöring har lönen klart större betydelse i Stockholm än i övriga orter. Likaså är möjligheten att arbeta som volontär viktigare i Stockholm än i övriga orter. Även möjligheten att bli privat entreprenör värderas högre i Stockholm.

### Skillnader mellan könen

Av dem som svarat på enkäten var 59 % kvinnor och 41 % män. Stockholm skiljer här ut sig med 67 % kvinnor medan övriga studieorter har ca 10 procentenheter lägre andel kvinnor.

Kvinnorna är i högre grad än männen inställda på att bli allmänläkare efter avslutad AT-tjänstgöring. 36 % av kvinnorna anger att de i hög grad är inställda på detta och bland männen anger 25 % att de i hög grad är inställda på att bli allmänläkare.

Kvinnorna uppfattar i högre grad än männen att det finns en negativ attityd/lägre värdering av allmänläkaryrket både bland handledare/lärare, andra läkare, annan vårdpersonal, patienter och kurskamrater. Det är mer än dubbelt så hög andel bland kvinnorna som har uppfattningen att inställningen till allmänläkaryrket påverkats mycket positivt av praktiktjänstgöringen.

Kvinnorna anger i betydligt högre grad än männen att deltidarbete för att hinna med annat än läkaryrket är en faktor som har betydelse vid val av tjänst efter avslutad AT-tjänstgöring.

## 6 Synpunkter och kommentarer från yrkesföreningarna

### 6.1 Inledning

Som ett led i utredningsarbetet har utredaren inbjudit olika yrkesföreningar inom primärvården att delta i arbetet genom en särskild referensgrupp (se bilaga 3). Med syfte att skapa underlag för övervägandena om inriktning och utformning av det familjemedicinska institutet har organisationerna givits tillfälle att ge både allmänna synpunkter och att kommentera det familjemedicinska institutet. I kapitlet redovisas de synpunkter och kommentarer som framförts. Referensgruppens medlemmar står för de synpunkter och kommentarer som redovisas.

I en skrivelse till Socialdepartementet (dnr S 2000/2988/HS) har Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM) föreslagit att ett allmänmedicinskt institut skall byggas upp för att ge stöd till specialistutbildning, fortbildning, forskning och utveckling inom allmänmedicinen. Skrivelsen utgör en viktig grund för regeringens förslag om inrättande av ett familjemedicinskt institut. Skrivelsen sammanfattas i avsnittet.

Riksföreningen för Distriktssköterskor har i en skrivelse till utredningen lämnat synpunkter på den nationella handlingsplanen och om ett nationellt allmänmedicinskt institut. Synpunkterna har inarbetats i avsnittet.

En av de personalkategorier som finns i primärvården men som inte har inbjudits att ingå i referensgruppen är de biomedicinska analytikerna. Det främsta skälet till detta är att dessa bör få huvuddelen av sitt kunskapsbehov tillgodosett genom kliniker (motsvarande) inom den specialiserade medicinska serviceverksamheten. Även om teamen i primärvården kan vara en viktig del av labbpersonalens kunskapsbas så är de specialiserade

laborationsverksamheterna sannolikt än mer viktiga samverkansparter vad gäller kunskap och kunskapsspridning.

Barnsjuksköterskorna är en stor personalgrupp inom den svenska primärvården. De arbetar praktiskt taget uteslutande med barnhälsovård. Beroende av hur verksamheten är organiserad lokalt kan distriktssköterskor svara för dessa uppgifter. Mot den bakgrunden har det bedömts att de synpunkter som framförs av distriktssköterskorna även täcker de insatser som utförs av barnsjuksköterskorna.

## 6.2 Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)

### Allmänt

Huvudproblemet inom svensk sjukvård i dag är att allmänmedicinen sviktar över hela landet, framför allt på grund av bristen på allmänläkare. Det leder till en orimligt hög arbetsbelastning för dem som stannar kvar hos sina patienter men också till inskränkningar av det allmänmedicinska uppdraget genom t.ex. valet att tjänstgöra på tillfälliga vikariat.

Det finns risk att tillgången till allmänläkare ytterligare kommer att minska om inte reella möjligheter finns att leda, utveckla och ta ansvar för det egna arbetet utifrån det allmänmedicinska uppdraget.

För allmänläkaren som arbetar inom ett ungt specialistområde krävs en särskilt hög potential för reflektion, analys, diskussion och utveckling av disciplinens uppgifter och innehåll. Därför krävs det också att den enskilde allmänläkaren bottnar i sin professionalitet. Alltför många allmänläkare saknar i dag möjligheter till och stöd för professionell utveckling.

### Fortbildning, kompetensutveckling m.m.

För att allmänläkaren skall kunna arbeta allmänmedicinskt måste det skapas förutsättningar för kontinuerlig professionell utveckling. Denna individuella fortbildning och utveckling måste byggas upp, styras och organiseras av engagerade allmänläkare. Att vara allmänläkare är ett omfattande uppdrag och kräver att uppdragsgivaren ställer erforderliga resurser till förfogande.

Föreningen vet att det hos majoriteten av allmänläkare finns en stark efterfrågan på fortbildning. Fortbildning för den enskilde



läkaren kommer, om inget annat alternativ ges, att i framtiden liksom i dag till stor del domineras av läkemedelsindustrin som därmed kan fortsätta att utöva inflytande på enskilda och grupper av allmänläkare utifrån företagets intressen.

Goda möjligheter till professionell utveckling kan i ett läge med allmänläkarbrist vara rekryteringsbefrämjande. Genom att särskilt satsa på professionell utveckling inom allmänmedicin skapas en positiv bild av primärvården, vilket är viktigt för de läkare som fullgör grund- och vidareutbildning, för de specialister i allmänmedicin som just nu inte arbetar som allmänläkare samt för sjukhusspecialister samt invandrande läkare som överväger att vidareutbilda sig till allmänläkare.

Under åren 1994–1998 samt 2000–2001 har SFAM erhållit ekonomiskt stöd för fortbildning och kvalitetsutveckling. Grundtankarna i programmet har varit att de för allmänläkarna relevanta kunskaperna i första hand genereras i vardagsarbetet och att det är den enskilde allmänläkaren som själv måste välja fortbildningsmetod om verksamheten ska vara effektiv.

Exempel på fortbildnings och kvalitetsarbete som kommit till stånd är:

- 230 lokala FQ-grupper där nästan hälften av alla allmänläkare deltar. Åtta studiebreve med kunskaps- och arbetsmaterial som stöd för FQ-gruppernas arbete.
- Ett råd för läkemedelsterapi.
- Kvalitetsrådet som har utarbetat en policy och förankrat kvalitetsfrågorna samt skapat användbara metoder för att mäta kvalitet på ett relevant sätt inom allmänmedicin.
- 200 allmänläkarkonsulter som bidrar till att samverka med sjukhusläkare utvecklas.
- Metoder och instrument för kollegial granskning och värdering av de egna kliniska färdigheterna.
- Olika fortbildningsaktiviteter har granskats, värderats och certifierats inom ramen för kompetensutvecklingsrådet.
- Föreningens hemsida har utvecklats med lättillgänglig information, studiebreve m.m. En ny primärvårdsklassifikation (diagnosregister) har arbetats fram av informatikrådet.
- En 5-poängskurs i pedagogik m.m. har hållits för att utveckla kompetensen i att planera och genomföra utbildningar.
- En frivillig specialistexamen har utvecklats och ca 300 allmänläkare har examinerats.

- Olika former av stöd till de studierektorer som lokalt ansvarar för specialistutbildningen i allmänmedicin, bl.a. återkommande nationella möten för att dela erfarenheter.
- Inspektörer som granskar utbildningsvärdet på vårdcentralerna.
- Olika nätverk för arbetet med bl.a. diabetes, riskbruk av alkohol, transkulturella frågor, palliativ medicin, hemsjukvård m.fl. har skapats.

De olika insatser som genomförts vilar på många olika händer och det finns behov av att det tillskapas en tydlig stödorganisation för professionell utveckling. SFAM har på angivet sätt tagit sin del av ansvaret för att utveckla svensk allmänmedicin. Men det har varit ett arbete i uppförsbacke då samtidigt uppdragsgivaren, landstingen, inte varit inställd på en utbyggnad av svensk allmänmedicin.

### Vad skall det familjemedicinska institutet arbeta med?

Mot den bakgrund som nyss beskrivits har SFAM föreslagit att det inrättas ett allmänmedicinskt institut och i det följande redovisas huvuddragen i förslaget.

Syftet med det allmänmedicinska institutet bör enligt SFAM vara att svensk allmänmedicin skall ha tillgång till en fortbildningsmiljö där positiva erfarenheter, modeller och idéer utvecklas och erbjuds, samtidigt som dåliga fortbildningsformer utmönstras.

Institutet skall ge varje allmänläkare i Sverige ökade möjligheter att vara delaktig i utvecklingen av svensk allmänmedicin, skall innebära tillgång till fungerande fortbildning och FQ-grupper och möjlighet att få stöd till att genomföra lokala fortbildningsinsatser. Institutet skall fungera som resurscentrum för att få enkel tillgång till information om olika sjukdomsgrupper, läkemedelsfrågor, fortbildning, kvalitetsutveckling etc. Den egna kompetensen skall kunna valideras och personliga fortbildnings- och utvecklingsplaner skall kunna tas fram utifrån resultatet. Institutet skall stödja småskaliga, patientnära kvalitets- och forskningsarbeten.

Ett mycket stort antal allmänläkare är engagerade i grupper, nätverk m.m. inom ramen för det fortbildnings- och kvalitetsarbete som beskrivs ovan. Arbetet bedrivs med stöd av SFAM och är huvudsakligen ideellt. En av institutets huvudsakliga uppgifter bör enligt SFAM vara att konsolidera detta redan etablerade nätverk och ge det en tydlighet och en ekonomisk plattform. En annan

huvuduppgift bör vara att marknadsföra allmänmedicin i samhället och inom sjukvården.

SFAM föreslår vidare att två fonder för allmänmedicin inrättas. En för att stödja den patientnära forskningen. En för allmänmedicinsk professionell utveckling. En tredje huvuduppgift som föreslås för institutet är att administrera dessa fonder.

### 6.3 Riksföreningen för distriktssköterskor

#### Allmänt

Riksföreningen för distriktssköterskor pekar på åldersfördelningen bland distriktssköterskor som ett allvarligt potentiellt problemområde. Varannan distriktssköterska är över 50 år och mindre än 10 % är under 40 år. Samtidigt skiljer sig "distriktssköterskekarriären" från många andra yrkesgruppers eftersom det är vanligt att yrkesvalet görs så sent som i 40–50 årsåldern – efter det att man arbetat som sjuksköterska inom annat område. Det är fortfarande relativt attraktivt att bli distriktssköterska men om utbildningarna inte byggs ut riskerar vi att få en bristsituation till följd av de stora pensionsavgångarna.

Vid flertalet högskolor är det 3 – 4 sökande till varje utbildningsplats på specialistutbildningarna till distriktssköterska. Detta är en betydligt mer gynnsam situation än för flertalet andra specialistutbildningar för sjuksköterskor.

Reglerna för antagning till distriktssköterskeutbildningen är ett särskilt problem i sammanhanget. Flera universitet och högskolor kräver särskild behörighet i omvårdnad/vårdvetenskap för antagning till utbildningen. Många sjuksköterskor saknar denna behörighet. De som gick sin grundutbildning för ca tio år eller längre tid sedan kan också sakna allmän behörighet att söka till universitet och högskola eftersom det då inte krävdes treårigt gymnasium för att utbilda sig till sjuksköterska.

Ett annat problem är att vissa arbetsgivare till följd av svårigheterna att bemanna verksamheterna inte är särskilt benägna att ge tjänstledighet för vidareutbildning till distriktssköterska. Av samma skäl är det också ofta svårt att få ledighet till annan fort- eller vidareutbildning.

Det finns en tydlig skillnad i attraktivitet mellan landstingets och kommunernas primärvård. Många distriktssköterskor uppfattar det

som mer lockande att tjänstgöra i landstingets primärvård där arbetsuppgifterna är mer omväxlande. I jämförelse med kommunernas hemsjukvård upplevs också arbetsbelastningen som bättre anpassad i landstingets primärvård. Framför allt upplever många som är verksamma inom kommunerna att de inte får den förståelse för sitt arbete som de behöver för att kunna utveckla en bra vård. Bakgrunden till detta kan vara att kommunerna inte ser hälso- och sjukvård som en primär uppgift i sin verksamhet vilket kan försvåra för distriktssköterskan/sjuksköterskan i vårdkedjan.

Det har inte tillräckligt uppmärksammats att utvecklingen mot vård i eget boende ställer särskilda krav på ökad medicinsk kompetens, helhetssyn och förmåga att samordna insatserna med hänsyn till den enskilde patientens och de anhörigas situation. Hemsjukvården är ett kompetensområde som distriktssköterskan ofta kan tillgodose bättre än andra grupper av sjuksköterskor. Även om många av de kommunalt anställda sjuksköterskorna är erfarna distriktssköterskor är det alltför vanligt med nyutbildade sjuksköterskor som saknar erfarenhet vilket bidrar till att arbetsbelastningen blir hög. Det delade huvudmannskapet gör att teamtillhörigheten ofta inte är tydlig och att sådan ibland t.o.m. saknas.

Situationen är dock mycket olika på olika håll i landet. På en del håll fungerar det utmärkt medan det på andra håll finns stora problem. En viktig målsättning är att få mer likartade förhållanden över landet. Särskilt viktigt är att den medicinska kompetensen höjs inom kommunernas hälso- och sjukvård bl.a. genom att de som saknar specialistutbildning erbjuds sådan.

Distriktssköterskans arbete måste uppvärderas inte bara genom löneökningar utan också genom en bättre arbetsmiljö. Teamarbetet behöver utvecklas inte bara för att hitta alternativa sätt att arbeta som kan innebära att allmänläkarna kan avlastas uppgifter nu när det är brist på läkare utan också för att förbättra vårdkedjan och samarbetet mellan olika vårdnivåer.

#### **Fortbildning, kompetensutveckling m.m.**

Behovet av fortbildning av distriktssköterskor är relativt väl tillgodosett. Universitet och högskolor svarar för huvuddelen av fortbildningen. Svensk sjuksköterskeförening har ett särskilt utbildningsinstitut. Lokalt i landet anordnas fortbildningsdagar och kurser inom olika specialområden. Det förekommer FQ-grupper.

Omvårdnadshandledningen är en del av fortbildningen. De FoU-centrum som finns i vissa landsting bidrar och ett system för mentorskap har etablerats på en del håll.

Primärvårdens Utveckling Nationell Kvalitet – PUNK – är en kvalitetshandbok för distriktssköterskeverksamhet som utvecklats gemensamt av riksföreningen, Vårdförbundet och Socialstyrelsen. Den syftar bl.a. till att öka samarbetet över yrkesgränser, mellan vårdnivåer och mellan de olika huvudmännen. Till exempel innehåller den instrument för egengranskning av barnhälsovård, mottagnings- och hembesöksverksamhet samt enkätformulär för kartläggning av patienternas upplevelser av vården. I anslutning till handboken har också utvecklats en primärvårdsbaserad modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen – primärvårds-VIPS. För vissa stora sjukdomsgrupper har kvalitetsindikatorer tagits fram, bl.a. för hypertoni, smärta, inkontinens och demens.

Kompetensstegen är en modell för distriktssköterskornas kompetensutveckling som skapats av riksföreningen. Stegen skall ge möjlighet till utveckling – karriär – utan att man behöver lämna det kliniska arbetet vid den egna arbetsplatsen. Andra syften med kompetensstegen är att förbättra omvårdnaden genom att ansvar och befogenheter bättre kopplas till kompetens samt att skapa förutsättningar för ökad arbetstillfredsställelse genom möjlighet till personlig utveckling. Stegen innebär också att planeringen av fortbildningen tillsammans med ledningen underlättas.

Det största problemet vad gäller fortbildning är svårigheterna att frigöra sig från det ordinarie arbetet. Många tvingas att ta sin fritid i anspråk för att få möjlighet att delta. Det förekommer att ekonomiska resurser som avsatts till utbildning och utvecklingsarbete inte kan tas i anspråk på grund av det saknas möjlighet att sätta in vikarier eller motsvarande.

Riksföreningen har lämnat förslag på områden som särskilt bör uppmärksammas i kompetensutvecklingen för distriktssköterskor. Pedagogik är ett område som hittills fått allt för litet utrymme. Information om hälsofrämjande åtgärder, undervisning om sjukdomar för patienter, närstående och omgivning är viktiga delar av yrkesområdet och pedagogisk fortbildning är angelägen för att utveckla insatserna.Handledning för medarbetare både i den egna verksamheten och hos vårdgrannar är också viktig i distriktsköterskans arbete och kan utvecklas genom utbildning i pedagogiska metoder.

Distriktssköterskan förväntas ta ett självständigt ledar- och samordningsansvar på tre nivåer: – för sin egen utveckling, – i förhållande till befolkning, familj m.fl. och – i arbetslaget och i samverkan med andra samhällsaktörer. För att kunna fullgöra dessa uppgifter krävs en kontinuerlig kunskapsutveckling inom organisation, administration, ekonomi och ledarskap. För att de hälsoinriktade arbetet skall utvecklas krävs också kunskaper inom det folkhälsovetenskapliga området.

Inom barnhälsovården arbetar distriktssköterskan självständigt med hälsoövervakning och prevention. Samhällsförändringarna innebär att det socialpreventiva arbetet får en allt större plats vid sidan av de mer renodlat medicinskt förebyggande insatserna.

Inom mottagningsverksamheten skall distriktssköterskan självständigt kunna ansvara för behandling och omvårdnad samt bedriva gruppriktat arbete när det gäller tobaksavvänjning och olika sjukdomsgrupper som astma, hypertoni och diabetes.

Utvecklingen mot allt kortare vårdtider inom akutsjukvården ställer allt högre krav på de insatser som görs inom hemsjukvården. Allt fler patienter slutar sitt liv inom hemsjukvården. Utöver de medicinska och omvårdnadsmissiga kunskapsområdena är informationsöverföring och vårdplanering liksom undervisning, handledning, delegering m.m. viktiga områden att uppmärksamma i utbildningarna.

#### Vad skall det familjemedicinska institutet arbeta med?

Förväntningarna är att det familjemedicinska institutet skall utarbeta modeller, riktlinjer och metoder för arbete med tvärprofessionell kvalitetsutveckling och utbildning samt handledning. Institutet skall fungera som kunskapsbank och se till att forskning görs tillgänglig för anställda i primärvården. Det skall också fungera som plattform för forskning – initiera ämnen för forskning genom att bevaka trender i samhället som påverkar befolkningens hälsa och behov av hälso- och sjukvård. Vägledning vid ansökningar om forskningsanslag kan också vara en uppgift för institutet.

Institutet måste vara tillgängligt för alla yrkesgrupper i primärvården oavsett huvudman. En uppgift kan också vara att underlätta samverkan mellan olika nivåer inom hälso- och sjukvården.

## 6.4 Svenska barnmorskeförbundet

### Allmänt

I likhet med distriktssköterskeutbildningen är antalet sökande till barnmorskeutbildningarna stort. Samtidigt har den allmänt sett höga arbetsbelastningen för barnmorskor lett till stora bemanningsproblem som även påverkar primärvården. Även bland barnmorskorna är medelåldern hög vilket kommer att ställa krav på ökade insatser för rekrytering i samband med de stora pensionsavgångarna under kommande tioårsperiod.

Barnmorskan har relativt hög status inom primärvården. Arbetet är mycket självständigt och arbetsuppgifterna tydligt definierade. Vården utvecklas både i samspel mellan barnmorskor och i samarbete med andra specialister, i första hand gynekologerna och de sköterskor som arbetar inom barnhälsovården. I delar av landet – särskilt i norr – har många barnmorskor både barnmorske- och distriktssköterskeexamen. I dessa fall sköter de både MVC och BVC och får därigenom en betydelsefull roll för hela familjen.

Barnmorskan arbetar ofta ensam. Hennes kompetens och kunnande om familjen används sällan i det dagliga teamarbetet på vårdcentralen. Till skillnad mot övriga personalkategorierna inom primärvården är barnmorskans uppgifter i huvudsak inriktade på förebyggande hälsoarbete. Samarbetet mellan kvinnoklinikerna, förlossningen m.m. och primärvården behöver utvecklas ytterligare.

Enligt barnmorskeföreningen är begreppet familjemedicin oklart och behöver förtydligas. Det beskriver dåligt barnmorskans verksamhet. Om begreppet avgränsas till allmänmedicin finns en risk att det sker en icke önskvärd inskränkning. Det behöver betonas att den vård som bedrivs inom primärvården innefattar mycket mer än den som förmedlas av allmänläkarna. Inom primärvården finns och bör finnas även specialistkunskap inom skilda områden.

Det är väsentligt att kvinnor stöds när det gäller att värna sin egen reproduktiva hälsa. Det kan ske i form av samtal, närvaro, information och rådgivning.

### Fortbildning, kompetensutveckling m.m.

Det finns några områden som är särskilt betydelsefulla inför framtiden och inom vilka det finns behov av fördjupad kunskap. Ett sådant gäller möjligheterna till förbättrad kommunikativ förmåga – särskilt i det mångkulturella mötet. Arbetet med att stödja kvinnans olika coping-strategier behöver utvecklas i samarbete med andra vårdgivare.

Utvecklingen mot att allt äldre kvinnor föder barn och mot att fler av dem som tidigare inte kunnat få barn blir gravida ställer krav på ökade kunskaper.

Det drog- och tobakspreventiva arbetet behöver utvecklas liksom insatserna för misshandlade kvinnor. Likaså behövs mer kunskaper om ätstörningar och sexuella problem som kan relateras till kvinnoidentitet och kvinnosyn.

Förbättrat teamarbete både inom primärvården och med den slutna vården är ett viktigt utvecklingsområde. Viktiga samarbetspartner är barn- och ungdomspsykiatri, socialtjänsten m.fl.

Det finns i dag inget samlat förhållningssätt till fortbildning för barnmorskor. Möjligheterna att få delta i sådan beror mycket på egna initiativ och arbetsgivarens välvilja. Kurserna anordnas framför allt i storstadsregionerna och få är universitetsanknutna.

### Vad skall det familjemedicinska institutet arbeta med?

Barnmorskeföreningen välkomnar initiativet till ett familjemedicinskt institut som ett kunskapscentrum för den vård som bedrivs inom primärvården. Det finns ett behov av att ny kunskap genereras på området och att den sprids.

Det är framförallt inom de mer övergripande vårdfrågorna som institutet bör ha en roll. Den mer fördjupade kunskapsutvecklingen sker i andra forum, i första hand i anknytning till den akademiska forskningen.

Allmän kunskap om bemötandet av patienter, utveckling av teamarbetet och vårdkedjor är exempel på områden där ett familjemedicinskt institut har en naturlig roll. Institutet kan fungera som en kunskapsbank för metodutveckling, nya arbetsformer och utvärdering av verksamheten.



## 6.5 Riksföreningen för Medicinskt Ansvariga Sjuksköterskor

### Allmänt

Problemen med att rekrytera sjuksköterskor till den kommunala hälso- och sjukvården är redan i dag mycket stora. Många kommuner är beroende av uthyrnings- eller bemanningsföretag för att få den dagliga verksamheten att rulla. Det förekommer att hela avdelningar på sjukhem måste bemannas av inhyrda sjuksköterskor. Förhållandena skiljer sig dock mycket mellan olika delar av landet och problemen med att rekrytera sjuksköterskor är störst i storstäderna.

Utmaningen är att göra det mer attraktivt att arbeta inom den kommunala vården och omsorgen. Den ständiga bristen på personal sliter hårt på dem som trots allt är kvar och om inget görs riskerar vi att hamna i en ond cirkel som ytterligare förvärrar problemen. Kompetensen och hantverksskickligheten urholkas. Särskilt mellanchefer har ett mycket svårt uppdrag.

Möjligheterna ligger i att arbeta lokalt för att skapa en bra arbetsplats. Det behövs också tydligare direktiv och styrning från huvudmännen/beställarna så att samverkan fungerar oberoende av vårdgivare och över huvudmannaskapsgränserna. De möjligheter som finns att "tjäna pengar" på att skjuta över ansvaret till en annan huvudman måste minska genom att vårdkedjorna tydliggörs.

### Fortbildning, kompetensutveckling m.m.

Både tillgången till och efterfrågan av fortbildning skiftar kraftigt mellan olika delar av landet. Svårigheter att få tag i vikarier när någon går på en kurs och att resor och övernattningar är dyra är exempel på hinder för fortbildning. Det finns behov av mindre omfattande kurser än sådana som omfattar 5 poäng, t.ex. vecko-kurser.

Olika former av karriärstegar och kompetensutvecklingsprogram prövas runt om i landet. En brist är dock att dessa är kopplade mer till eldsjälär än till en strukturerad och samlad syn på fortbildning.

Fortbildning och andra insatser för kunskapsutveckling som är gemensamma för kommun och landsting förekommer i mycket liten utsträckning. Ett exempel är dock den modell för kliniska

adjunkter inom omvårdnad inom Sydvästra produktionsområdet och Huddinge kommun som bedrivs av Allmänmedicin Stockholm.

### Vad skall det familjemedicinska institutet arbeta med?

Enlig Riksföreningen för Medicinskt Ansvariga Sjuksköterskor bör det familjemedicinska institutets huvuduppgift vara att sprida kunskap om hur man på bästa sätt – professionellt och kostnads-effektivt – möter hälso- och sjukvårdsbehoven i den öppna vården oavsett personalkategori, organisation och huvudmannaskap.

Institutet skall sätta individens och vårdtagarens behov i centrum genom att stödja arbetet med vårdkedjor och vårdprogram och verka för att dessa förankras i teamet/organisationen. Institutet bör vidare genom exempelvis stipendier och projektmedel stödja vårdgivarna så att de lokalt kan sätta av tid för utveckling och implementering av nya arbetsmetoder. Härvid är hemsidan ett bra medium.

Andra viktiga uppgifter för det familjemedicinska institutet kan enligt föreningen vara att bidra till att metoder för kvalitetsjämförelser för den första linjens sjukvård tas fram samt att sprida kunskap om och utvärdera utbildningar som riktar sig till verk samma inom öppenvården.

Föreningen menar sammanfattningsvis att institutet skall ha en roll att "diagnostisera" problemen och föreslå åtgärder inom den svenska primärvården och till viss del bekosta den samverkansbehandling som är nödvändig mellan vårdgivare och huvudmän.

## 6.6 Legitimerade sjukgymnasters riksförbund

### Allmänt

Det är i dag inte svårt att rekrytera sjukgymnaster till landstingets primärvård, särskilt inte i utbildningsstäder. Rekryteringen till kommunernas rehabiliteringsenheter är svårare bl.a. därför att arbetsuppgifterna där är mer oklart definierade. Sjukgymnasterna inom primärvården upplever arbetet som stimulerande inte minst på grund av dess självständiga karaktär. De har dock en ökande arbetsbelastning då resurserna inte växt i takt med de nya uppgifterna. Attraktionskraften kan komma att minska om nya

resurser inte tillförs. Det dåliga löneläget för landstingsanställda sjukgymnaster bidrar till att minska attraktionskraften.

Utvecklingen mot allt kortare vårdtider inom sjukhusvården innebär att primärvårdens sjukgymnaster har fått ta över uppgifter som tidigare utfördes inom de olika klinikerna på sjukhusen. Utvecklingen har skett delvis oplanerat och det finns behov av utvecklade vårdprogram och riktlinjer för vad som skall utföras på olika vårdnivåer. Att landstingen begränsar möjligheterna till etableringar av och övergång till privat praktik ökat trycket på primärvården.

Arbetets självständighet understryks av att de flesta landsting inte har något remisstvång till sjukgymnaster inom primärvården. Självständigheten kan ibland också vara ett problem när det innebär ett ensamarbete utan möjlighet till stöd och diskussion om patienter med stora medicinska behov och svåra sociala förhållanden. Mer tid för teamarbete för dessa patienter skulle kunna avlasta allmänläkarna.

Sättet att organisera sjukgymnastiken inom primärvården varierar stort mellan olika delar av landet. På en del håll organiseras sjukgymnastiken i sammanhållna enheter för hela landsting eller sjukvårdsområden medan den på andra håll är integrerad i vårdcentralerna. Till detta kommer att primärvården ofta replierar på privata enheter. Förutsättningarna för kompetensutveckling och tvärprofessionell samverkan påverkas starkt av det sätt på vilket verksamheten är organiserad lokalt.

Patienter med smärtproblematik, rygg-, led- och muskelbesvär – som ofta har psykosomatiska problem – är en stor och växande patientgrupp inom primärvårdens sjukgymnastik. Dessa patienter ställer höga krav på teamarbete och det finns ofta försäkringsmedicinska frågeställningar för dessa patienter. Äldre med framför allt fysiska men också med psykiska funktionshinder är en annan dominerande patientgrupp inom primärvården.

Sjukgymnasternas huvuduppgift inom primärvården är bedömning och behandling inklusive information och rådgivning m.m. Därutöver är också både primär- och sekundärpreventiva insatser viktiga uppgifter för sjukgymnasterna.

### Fortbildning, kompetensutveckling m.m.

Arbete med rörelseavvikelser, dess orsaker och följder är sjukgymnastens generella professionella kompetens. Både det självständiga arbetet och den stora bredden av patientgrupper i primärvården ställer stora krav på kompetens och kompetensutveckling hos primärvårdens sjukgymnaster. Kunskaperna måste kontinuerligt uppdateras bl.a. därför att nya vetenskapliga rön kommer allt snabbare.

Behov av och förutsättningar för att vidmakthålla och utveckla kunskaper varierar med organisationsformen för primärvårdens sjukgymnastik. Inom primärvårdens sjukgymnastik finns ibland specialistfunktioner vid sidan av den generalistkompetens som alla sjukgymnaster i primärvården skall ha. De med specialist- och generalistkompetens kan då svara för att aktuell kunskap samlas och sprids lokalt. För de sjukgymnaster som arbetar integrerat inom vårdcentralerna och kommunerna ställs större krav på att få delta i olika särskilda fortbildningar.

Kliniska adjunks- och lektorstjänster har börjat inrättas inom primärvården i samverkan med universiteten i syfte att närma den vetenskapliga utvecklingen till den kliniska praktiken.

Kompetensutvecklingen sker i hög grad på högskolorna och universiteten vid poängkurser och i magister- och forskarutbildningsprogram. Framför allt inom ortopedi, medicin och akupunktur finns också ett kursutbud av annat slag. Däremot är det brist på kompetensutveckling och fortbildning som rör primärvården specifikt, t.ex. i teamarbete och prioriteringar.

I takt med den ökade tillströmningen av patienter har frågorna om prioritering fått ökad aktualitet. Detta ställer höga på kunskaper. Prevention och inriktning mot att ge patienterna ett ökat ansvar för egenvård är sätt att möta utvecklingen och här behövs kompetens inom t.ex. pedagogik. Patienttillströmningen kan också mötas genom en avgränsning av arbetsuppgifterna där resurserna i ökad grad läggs på de patienter som har störst nytta av insatserna. Detta kräver kunskap om forskning och vetenskap för att de insatser som är evidensbaserade skall kunna prioriteras men det krävs också att sjukgymnasternas förmåga att säga nej till efterfrågade behandlingar stärks.

## Vad skall det familjemedicinska institutet arbeta med?

Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbunds förhoppning är att det familjemedicinska institutet skall bli en gemensam arena för alla verksamma inom primärvården och där reviren mellan olika yrkesgrupper äntligen är rivna. Institutet har en naturlig roll i att initiera olika former för tvärprofessionell kompetensutveckling – t.ex. arrangera tvärprofessionella workshops – och att föra ut information om var i landet sådan pågår. Förbundet föreslår vidare att institutet skall verka för att samtliga medarbetare i primärvården som har högskole- och universitetsinstitutioner för sina ämnen, använder dessa institutioner för den yrkesspecifika kompetensutvecklingen och för att bilda nätverk. Självklart kan detta ske i samarbete med yrkesförbunden.

En viktig uppgift ligger inom forskning och utveckling – inte att bedriva sådan utan att sprida kunskap om vad som pågår. Områden som bör uppmärksammas är bl.a. metoder för kvalitetsutveckling, hur arbetsklimatet inom primärvården kan förbättras, ledarskap samt samarbete. Institutet bör fungera som en sammanhållande funktion för alla de FoU-enheter som finns inom primärvården i landet – för inspiration samt för idé- och erfarenhetsutbyte. Att utveckla en IT-lösning för att föra ut och kommunicera om verksamhetsnära forskning är en annan uppgift.

Förbundet föreslår vidare att institutet skall inrätta en fond för att stödja forskning, utveckling och utbildning inom primärvården. Projekt för vilka team söker bör prioriteras. Förbundet framhåller att primärvården bäst marknadsförs av en bra fungerande och tillgänglig vård. Utan sådan väljer patienten en annan vårdnivå. Särskilda arrangemang för att marknadsföra primärvården – t.ex. i form av primärvårdens dag – kan vara en uppgift för institutet.

## 6.7 Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter

### Allmänt

Arbetsterapeuten inom primärvården är en generalist med unik kunskap om aktivitetens betydelse för att främja patientens möjligheter att leva ett värdefullt liv i enlighet med sina önskemål och behov. Arbetsterapeutens insatser är både rehabiliterande, utredande, behandlande och förebyggande.

Över hela landet pågår kvalitetsarbete i form av att utveckling av arbetsterapiprogram för olika patientgrupper, projekt med hemrehabilitering, dokumentation och journalföring, arbete inom det ortopediska området samt vårdkedjeanalyser. Inom Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter pågår en ständig förbättring av den arbetsterapeutiska verksamheten utifrån en antagen kvalitetspolicy.

Det finns förhållandevis god tillgång till arbetsterapeuter i studieorterna medan det i övriga delar av landet kan vara svårt att besätta arbetsterapitjänster. Svårigheterna på dessa orter ökar successivt. Det finns ett stort intresse från arbetsterapeuterna att arbeta inom primärvården men det har under senare inte skett någon nämnvärd ökning av antalet tjänster. Samtidigt har arbetsbelastningen ökat och det rapporteras att många arbetsterapeuter uppfattar sig som hårt pressade.

Arbetsterapeuternas ställning inom primärvården är delvis oklar och resurserna varierar stort mellan olika delar av landet. I samband med Ädelreformen fördes ett stort antal av primärvårdens arbetsterapeuter över från landstingen till kommunerna. Frågan om de arbetsterapeutiska insatserna skall ingå i landstingets primärvård fick olika lösning i olika delar av landet. I t.ex. landstingen i Uppsala, Jämtland och Värmland saknas helt arbetsterapeutisk kompetens i landstingets primärvård. Variationerna i bemanning är också stora. I vissa delar av landet anges att det bör finnas en arbetsterapeut per 3 000 invånare medan det på andra håll endast finns en tjänst per 20 000–30 000 invånare.

Arbetsterapeuternas kontakter med patienter och anhöriga fungerar väl. Bland politiker och chefer är intresset för och kunskaperna om arbetsterapi varierande vilket bl.a. kan bero på att arbetet är ett ensamarbete.

Synen på arbetsterapeuten bland övriga medarbetar inom primärvården varierar. I de sammanhang då ett biomedicinskt synsätt tar överhanden reduceras ofta arbetsterapeuten till att vara en hjälpmedelsdistributör. Där ett fungerande teamarbete utvecklats finns en mer utvecklad syn på arbetsterapeuten som en självklar kompetens och resurs med hög status. Det förekommer dock att ett visst revirtänkande har utvecklats inom olika yrkesgrupper som omöjliggjort utveckling och samarbete.

## Fortbildning, kompetensutveckling m.m.

Det finns enligt Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter ett stort behov av fortbildning inom arbetsterapi – både vad avser den egna kompetensen och arbetet i teamet. När det gäller den egna kompetensen behövs fortbildning inom pedagogik, prevention och palliativ vård. För att förverkliga riksdagens intentioner om en stark och välfungerande primärvård har det familjemedicinska institutet en viktig uppgift i att medverka till en kunskapsutveckling och kunskapsspridning samt till en rekrytering och marknadsföring av primärvården.

Av primärvårdens arbetsterapeuter har ca 75 % enbart fullgjort grundexamen. Övriga har därtill en påbyggnad eller fördjupning, t.ex. magisterexamen inom arbetsterapi.

Ett problem i fråga om fortbildning är att många arbetsterapeuter arbetar ensamma och att det är mycket svårt – både ekonomiskt och praktiskt – att få ledighet för utbildning. Många är hänvisade till att genomföra fortbildning på egen bekostnad och utanför arbetstid.

Gemensam fortbildning i teamet kan överbrygga revirtänkande och öka samsynen. Ett särskilt angeläget område för fortbildning är den stora och växande gruppen av smärtpatienter som konsumerar mycket sjukvård och har många sjukskrivningar. Både behandlingsmetoder och omhändertagandet av dessa patienter behöver utvecklas gemensamt av teamet. Andra angelägna områden för fortbildning är palliativa patienter, astma- och KOL-patienter.

## Vad skall det familjemedicinska institutet arbeta med?

Det familjemedicinska institutet bör enligt Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter arbeta med att skapa praktiska förutsättningar för samarbete mellan olika personalkategorier med syfte att bättre utnyttja den samlade kompetensen. Institutet bör också verka för att primärvårdens kompetens utvecklas och förbättras både när det gäller kvalificerad vård, behandling och rehabilitering men också för ökad kunskap om ”nya” sjukdoms- och patientgrupper, t.ex. stressrelaterade sjukdomar och smärtpatienter.

Institutet bör vidare verka för ökad flexibilitet i kontakterna mellan slutenvården och landstingens respektive kommunernas primärvård.

En annan viktig uppgift för institutet är att verka för att *alla* personalkategorier i primärvården ges reella möjligheter att delta i fortbildning på arbetstid och att särskilda medel anslås för detta.

## 6.8 Sveriges Läkarsekreterarförbund

### Allmänt

Det finns risk för att det kommer att uppstå problem med att rekrytera läkarsekreterare. Läkarsekreterarna har i huvudsak samma åldersprofil som andra personalkategorier i vården och pensionsavgångarna kommer att vara stora under den närmaste tioårsperioden. Antalet utbildningsplatser är för litet i förhållande till behoven. Det finns också en trend att många läkarsekreterare söker sig bort från vården.

Sveriges Läkarsekreterarförbund anser att grundutbildningen bör höjas och förläggas till högskolan. Redan i dag finns utbildningen som högskoleutbildning på några orter och det skulle vara positivt om denna trend fortsätter.

Något som kan bidra till rekryteringsproblemen är att läkarsekreterarna ofta upplever att de inte räknas som "fullvärdiga" team-medlemmar på sina arbetsplatser. Samtidigt upplever många att de gör en viktig insats men som bara uppmärksammas när uppgifterna av något skäl inte utförs. Läkarsekreterarnas önskemål och krav tas alltför ofta inte på allvar.

Behoven av att utveckla former och innehåll i primärvårdens inre arbete och organisation är stora. Det goda ledarskapet saknas ofta och både rekrytering och utbildning av ledare behöver utvecklas. På vissa arbetsplatser har man överfört läkarsekreterarnas arbetsuppgifter till andra personalgrupper och förbundet anser att detta är ett stort slöseri med resurser, särskilt med tanke på den stora bristen på personal.

### Fortbildning, kompetensutveckling m.m.

Generellt sett är tillgången till fortbildning för läkarsekreterare mycket dålig. På enstaka håll har det gjorts punktinsatser som i första hand har gällt en allmän uppfräschning av kunskaperna i grundutbildningen och på senare år med fokus på IT.



Läkarsekreterarnas tillgång till fortbildning är nästan alltid beroende av det egna initiativet och av om respektive chef är välvilligt inställd. Det är allmänt sett svårt att få ledighet för utbildning, även till de egna förbundsdagarna. Detta upplevs som frustrerande särskilt då kollegor från andra professioner har helt andra möjligheter att delta i konferenser, seminarier etc.

Exempel på fördjupningsområden som skulle kunna bidra till att läkarsekreterarna kan fördjupa och bredda sina arbetsuppgifter är hälso- och sjukvårdsjuridik, personal- och ekonomiadministration, webbsidor och systemförvaltning.

### Vad skall det familjemedicinska institutet arbeta med?

Sveriges Läkarsekreterarförbund anser att det familjemedicinska institutet bör vara en instans som försöker påverka och vända upp och ned den invanda hierarkin inom primärvården. Att våga uttala och lyfta upp olika problem till ytan är en viktig roll för institutet. Ett exempel är frågan om varför just läkare anses bäst lämpade att vara chefer.

Det familjemedicinska institutet bör arbeta fram en mer systematisk modell för fortbildning. Till exempel skulle fortbildning kunna vara obligatorisk vartannat år efter grundutbildning/anställning och innefatta vissa definierade moment. Utöver denna typ av organiserad fortbildning måste självfallet utbildning finnas för nya arbetsuppgifter.

Institutet skulle också kunna vara en resurs med någon form av sammanhållande roll för primärvårdens läkarsekreterare.

Även när det gäller kvalitetsarbete bör institutet stödja och bistå de enheter som arbetar med detta ute landet. En uppgift kan också vara att stötta vårdcentraler när det gäller att öka tillgängligheten för allmänheten. Brister i tillgängligheten är i dag ett stort problem i storstadsregionerna.

## 6.9 Undersköterskor inom landstingens primärvård

### Allmänt

Antalet undersköterskor har minskat kraftigt inom landstingens olika områden. Trots att undersköterskor besitter en hög kompetens, formell som reell, har konverteringar av underskötersketjänster till andra befattningar pågått under en längre tid. Många undersköterskor får inte använda den kunskap och kompetens de har utan har fräntagits arbetsuppgifter. Motiven har oftast varit väldigt diffusa. Få nya tjänster har inrättats.

### Fortbildning, kompetensutveckling m.m.

I dag är det gymnasieskolans omvårdnadsprogram som ger grundkompetens för den som skall arbeta i vården. För undersköterskor finns det inte någon systematiserad fortbildning eller specialistutbildning på nationell nivå. Lokalt har en del initiativ tagits för att skapa fortbildningar. Goda exempel finns när det gäller kvalificerad yrkesutbildning. Det är en form av eftergymnasial utbildning, där en tredjedel av tiden bygger på kvalificerad tillämpning av de teoretiska kunskaperna på en arbetsplats – lärande i arbetet med problemlösning i en pedagogisk helhet.

Dessutom finns i dag en högskolelinje inom vård – och omsorgsvetenskap. Detta är en spetsutbildning inom omvårdnad där undersköterskans kunnande vidareutvecklas.

### Vad skall det familjemedicinska institutet arbeta med?

Det familjemedicinska institutet bör arbeta med att synliggöra den kompetens som undersköterskor har där den breda kunskapen och flexibiliteten fokuseras. Den viktigaste uppgiften ligger i att utveckla och höja statusen för undersköterskorna. Om undersköterskan respekteras, får möjlighet att ansvara för och utveckla arbetets innehåll samt erbjuds bra arbetsvillkor och en bra arbetsmiljö, kommer detta att avspeglas i kvaliteten i den vård som erbjuds den enskilde.

Former för en kontinuerlig fortbildning både för yrkesgruppen i sig och för teamet bör utvecklas.

Institutet bör verka för att behov och förutsättningar i landstinget primärvård uppmärksammas i grundutbildningarna.

## 6.10 Svensk kuratorsförening

### Allmänt

Kuratorerna är en relativt ny yrkesgrupp inom primärvården. Bakgrunden är att det under 1980-talet fanns en oklarhet om socionomernas organisatoriska ställning. Man ville satsa på förebyggande arbete med socialt utsatta grupper och trodde att detta skulle kunna utvecklas genom samordning av sjukvård och socialvård. Såväl landstingens kuratorsverksamhet som den kommunala socialvården var underdimensionerad. I stället för att tillföra extra resurser i form av kuratorer i primärvården bestämdes att all social verksamhet skulle inordnas under kommunerna. Detta innebar att kommunernas socialsekreterare också skulle serva de vårdcentraler som låg inom deras upptagningsområde. Utvärderingar visade emellertid att modellen inte fungerade bl.a. beroende på skilda vårdkulturer och på att vårdcentralens patienter och socialbyråernas klienter hade olika behov och problematik.

Förändringarna under 1990-talet har gjort att allt fler patienter med psykiatrisk och psykosomatisk problematik förutsätts kunna tas om hand i primärvården. Detta i kombination med bl.a. ökade sjukskrivningar aktualiserade åter behovet av särskilda primärvårdskuratorer. Ett antal s.k. "Dagmarprojekt" med försöksanställda socionomer genomfördes. Utvärderingar har visat att kuratorsfunktionen är ett värdefullt inslag i primärvårdsteamet och många av projekten har permanentats.

Primärvårdskuratorerna arbetar mestadels med olika typer av psykologiska kristillstånd, lättare depressioner, ångest och olika psykosomatiska symtom/tillstånd. Beroendeproblematik och arbetsrelaterade problem är också vanligt förekommande arbetsuppgifter.Handledning av medarbetare i primärvården är en annan viktig uppgift. Anhöriga är också en viktig målgrupp.

Det finns ingen tillförlitlig statistik över hur många kuratorer som arbetar inom primärvården. Det finns inte heller någon formaliserad samverkan mellan kuratorer inom samma landsting, men ett antal informella nätverk har uppstått. Svensk kuratorsförening har en speciell sektion för primärvårdskuratorer.

Rekryteringssituationen är olika i olika landsting. Det största problemet är att antalet tjänster är för få. Kuratorerna tvingas ofta serva allt för många läkare/vårdcentraler vilket omöjliggör ett fungerande teamarbete. Lönesättningen är också ett problem.

### Fortbildning, kunskapsutveckling m.m.

Allmänt sett finns ett stort utbud av olika fortbildningar som kan vara av värde för arbete inom primärvården. För att vidareutveckla primärvårdskuratorernas arbete finns behov av sådana utbildningar t.ex. i form av vissa psykoterapeutiska behandlingsmetoder (särskilt kognitiv korttidsterapi och gruppbehandling), kvalificerad handledarutbildning (för att handleda övrig vårdpersonal), samt fortbildning med FoU-inriktning. Problemet är här att allt för lite resurser finns avsatta för utbildningsändamål. Många har på eget initiativ och med privata medel skaffat sig adekvat fortbildning i psykoterapi m.m.

Ett annat angeläget område är viss medicinsk fortbildning. Även om de medicinska insatserna utförs av andra personalkategorier är viktigt för kuratorerna att ha kunskap om orsakerna till och konsekvenser av olika sjukdomstillstånd samt om vad behandlingar kan innebära för patientens livskvalitet.

Tillgång till kvalificerad handledning (enskild eller i grupp) med utgångspunkt i specifika patientfall samt utrymme för FoU-verksamhet och metodutveckling i tjänsten viktigt.

En kvalitetshandbok för kuratorer – med förslag till indikatorer och metoder för kvalitetssäkring – har tagits fram med medel från Socialstyrelsen. Den behöver introduceras och användas mer.

Exempel på tvärprofessionella fortbildningar som det finns behov av är: teamarbetet kring gemensamma patienter, utvärdering och kvalitetsutveckling, metoder för patientnära forskning.

### Vad skall det familjemedicinska institutet arbeta med?

Det familjemedicinska institutet bör enligt Svensk kuratorsförening vara ett centrum för kunskapsutveckling och kunskapslagring. En plattform för kompetensutveckling för de olika yrkesgrupperna inom primärvården, inom- och tvärprofessionellt. För att bygga ett sådant centrum behövs medel och tjänster. Vad gäller

inomprofessionell kompetensutveckling behövs samordning (i vissa fall "skräddarsydda" fortbildningar), ekonomiskt anslag och utrymme i tjänsten. För tvärprofessionell kompetensutveckling behöver fortbildningar tillskapas och finansieras. Av största vikt är att institutet också stimulerar, initierar och stödjer FoU-verksamhet av olika slag.

## 6.11 Sveriges psykologförbund

### Allmänt

Psykologin är en ung vetenskap som utvecklats snabbt. Psykologutbildningen är en generalistutbildning som lägger grunden för fortsatt specialisering. Som enda profession erhåller psykologer en grundläggande psykoterapeutisk kompetens i sin examen. Specialistordning för psykologer fastställdes 1996. Specialistområden är t ex klinisk psykologi, neuropsykologi och handikapppsykologi.

Inom hälso- och sjukvården är professionen relativt ny. Inom barn- och vuxenpsykiatri, barnhälsovård och habilitering är psykologen dock i dag en självklar teammedlem. Sambandet mellan fysisk och psykisk hälsa har med åren blivit allt tydligare och behovet av psykologisk kompetens även inom primärvården har börjat tillgodoses alltmer.

Psykologer som varit involverade i arbetet inom primärvården har framför allt varit det genom olika tillfälliga projekt. På vissa håll integrerades emellertid tidigt psykologer i primärvården för arbete med psykisk ohälsa, men det finns fortfarande få psykologer med anställning på vårdcentraler. Uppskattningsvis kan det röra sig om ett drygt 10-tal.

Många landsting har avtal med privata psykologer, vilka ofta kompletterar landstingets vårdutbud med psykoterapeutiska insatser. Hur många psykologer som på detta sätt är engagerade i primärvårdsarbetet är svårt att uppskatta. En del landsting har fristående psykoterapierheter med anställda psykologer. På andra håll finns kommunanställda psykologer som arbetar mot vårdcentraler. En del landsting har också psykologer anställda för att arbeta med rehabilitering, vilka även är en resurs för primärvården.

De senaste åren har det kommit rapporter från olika delar av landet som beskriver psykologiska verksamheter i primärvård. Resultaten är genomgående mycket positiva.

Enligt förbundet bör psykologen ingå som en naturlig del av teamen inom primärvården för att uppnå en integrerad multiprofessionell samverkan. Hälsa- och sjukvårdslagens mål om en god hälsa och om en helhetssyn i vården innebär enligt förbundet att det måste utvecklas ett arbetssätt där den medicinskt/biologiska kompetensen kompletteras med den psykologiska. Det psykologiska kunskapsområdet är inte tillfredställande representerat i dagens primärvård. Detta innebär att den breda arsenal av metoder som kan användas för att förstå, förebygga och behandla psykisk ohälsa, psykosomatiska tillstånd eller psykisk överlagring på somatisk ohälsa inte kommer till användning på ett sätt som motsvarar patienternas behov. Psykologer kan dessutom tillföra kunskaper för att förstå och lösa problem som relaterar till beteenden eller livsstil och som är av vikt att bemästra för att lyckas med prevention av sjukdom, hälsofostran och hälsobefrämjande arbete.

I det direkta patientarbetet utreder psykologen och ställer diagnos utifrån sin professions specifika kompetensområde samt bedömer vilken åtgärd eller psykoterapeutisk insats som är lämplig. Psykologen behandlar självständigt, eller som en del i ett multiprofessionellt team, med olika psykologiska behandlingsmetoder inklusive psykoterapi, som på en vårdcentral främst gäller korttidsterapeutiska metoder. I rehabiliteringsarbete är bedömning av patientens psykologiska rehabiliteringspotential av stor vikt för framgång.

Psykologer arbetar med sjukdomar som klassificeras inom området "psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar". Inom primärvården handlar det t.ex. om förstämningssyndrom, neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom, beroendetillstånd, beteendestörningar och personlighetsstörningar samt smärttillstånd. Ett växande område är livsstilssjukdomar med behov av förebyggande arbete i form av stresshantering, rökavvänjning, m.m. Ett viktigt bidrag som psykologerna också kan ge är av mer övergripande slag i form av att utveckla åtgärdsplaner, utbildning, handledning, uppföljning och utvärdering av olika åtgärder.

Det är fortfarande förhållandevis lätt att rekrytera psykologer men under de närmaste åren kommer antalet pensionsavgångar att

öka dramatiskt. Om utbildningarna inte byggs ut står vi inför en bristsituation.

#### Fortbildning, kompetensutveckling m.m.

Psykologerna har naturligtvis samma behov av fort- och vidareutbildning som andra yrkesgrupper. Det finns ett väl utbyggt utbud av olika fortbildningar bl.a. i form av en struktur för specialistutbildning (specialistordning) som administreras av Sveriges psykologförbund. Några avgränsade särskilda fortbildningsbehov för de psykologer som arbetar inom primärvården har inte kunnat identifieras. Fortbildningsbehov för de psykologer som arbetar inom primärvården definieras främst av nya metoder som utvecklas för att diagnostisera och behandla specifika störningar.

#### Vad skall det familjemedicinska institutet arbeta med?

Enligt Sveriges psykologförbund bör det familjemedicinska institutet ha inriktning mot behoven i verksamheten och inte fungera som ett allmänt policyskapande och marknadsförande organ. En viktig uppgift är förmedla forskning och annan kunskap. Institutet bör arbeta med program för fortbildning för enskilda yrkesgrupper men också med fortbildning som är yrkesgruppsöverskridande. Att sprida "goda exempel" och idéer utifrån "good practice" är också en uppgift som bör prioriteras. Detta senare bör bl.a. kunna ske genom att stödja upprättandet av nätverk mellan yrkesgrupper och mellan institutioner inom primärvården. Vidare kan institutet bidra till att dåligt utvecklade områden uppmärksammas och att insatser initieras. Det yttersta syftet är således att bidra till att primärvården utarbetar modeller och metoder som ger kvalitetshöjning av vården på en utökad tvärprofessionell basis, för befolkningens bästa.

## 7 Internationell utblick

Fram till mitten av 1970-talet dominerade den alltmer specialiserade sjukhusmedicinen utvecklingen inom hälso- och sjukvården både i vårt land och i många andra länder. Baksidan av utvecklingen visade sig i problem som den ökande fragmentiseringen gav upphov till i form av dubbelarbete, onödiga utredningar m.m. Som en reaktion växte sig kraven på en lokal, generell – familjemedicinsk – bassjukvård sig allt starkare.

Familjemedicinen har utvecklats starkt internationellt de senaste tjugofem åren. Inspirationen har i mycket hämtats från Storbritannien, Nederländerna och Danmark som alla har lång tradition med familjeläkare som basen inom hälso- och sjukvården. Det system med familjeläkare som i dag tillämpas i Danmark har stora likheter med det system som fanns redan i slutet av 1800-talet.

Även om Sverige kom igång sent uppvisade utvecklingen här stora likheter med den internationella fram till början av 1990-talet. Den särskilda specialistutbildningen för allmänläkare tillkom under 1980-talet och det inrättades sex professorer. Antalet allmänläkartjänster fördubblas mellan åren 1970 och 1990. Därefter har utvecklingen stagnerat samtidigt som den snarast accelererat i många andra länder. Sjukvårdens kostnadsexplosion i USA och den snabba välfärdstillväxten i Asien gav en snabb och omfattande tillväxt av familjemedicinen. I de tidigare sovjetstaterna dominerades öppenvården av specialiserade polikliniker med barnläkare, medicinare, gynekologer och psykiater. På många håll har beslut nu fattas om att dessa skall ersättas av familjeläkarsystem. Listsystem har börjat införas och nya professorer i familjemedicin inrättas vid universiteten.

Även i USA blev modellerna med familjeläkare som första linjen inom den försäkringsfinansierade vården allt vanligare under 1990-talet. Skälet är framför allt de lägre kostnaderna; vissa modeller har



visat att kostnaderna kan minska med 20–30 % i förhållande till sjukvårdssystem som är baserade på subspecialisering. I mitten av 1990-talet var familjemedicin ett av de populäraste valen för unga läkare i USA.

I Asien fanns familjemedicinen tidigare huvudsakligen i gamla engelska kolonier men från 1980-talet har den börjat vinna inträde i vardagssjukvården. Den finns i dag representerad vid universitet i Filippinerna, Korea, Indonesien, Malaysia, Japan, Thailand, Taiwan och fr.o.m. år 1994 även i Kina. Familjeläkare börjar bli allt vanligare i dessa länder, framför allt i mindre städer och kring universiteten.

Utredningen har via en enkät försökt skapa sig en bild från olika länder för att belysa vissa frågeställningar särskilt för familjeläkarna. Enkäten har i första hand riktats till länder i vår omedelbara närhet men några fjärran länder har också tagits med för att berika bilden. Enkäten omfattar Finland, Norge, Danmark, Tyskland, Holland, Storbritannien, Schweiz, Portugal, USA, Australien och Singapore. Enkäterna har besvarats av ledande familjeläkare i respektive lands läkarsällskap.

Tabell 7.1 Sammanfattande karakteristika för primärvården i olika länder.

	Tyskland	Portugal	Schweiz	Finland	Danmark	Norge	Holland	England	USA	Singapore	Australien	Sverige
Obligatorisk fortbildning	+	-	+	-	-	+	+	-	+	(+)	+	-
Fortbildning poäng/år	50	-	80	-	50	50	50	40	60	25	50	-
Certifieringsorganisation	Läk Org	Läk Org	Läk Org	Läk Org	Läk Org	Läk Org	Läk Org	Läk Org	Läk Org	Läk Org	Läk Org	Läk Org
Kvalitetsprogram	-	-	-	-	+	+	+	-	+	-	+	-
Lokala FQ-grupp	+	-	?	+	+	+	+	+	?	+	+	+
Fortbildn. fond/konto	0	+	?	-	+	(+)	-	+	-	-	-	-
Listsistem	-	-	-	+/-	+	+	+	+	+/-	-	-	-
Grindvakt	-	+	-	-	+	+	+	+	+/-	-	+	-
Studentintresse	-	+	?	++	+	++	++	-	(+)	+	+	-
Allm.prof/10 milj inv.	12	9	?	18	16	22	18	17	10	15	20	7
Genomsnittlig årslön tkr	750´	350´	?	550´	650´	800´	650´	650´	1 400´	900´	800´	500´
Status 1 - låg 10 - hög	2	3	?	4	7	8	5	4	6	3	3	2

Självfallet kan inte en tabell som ovanstående anses ge någon "vetenskaplig" bild av förhållandena i olika länder. Syftet är enbart att antyda olika samband och att illustrera den variationsbredd som karakteriserar den familjemedicinska verksamheten internationellt.

### *Familjemedicinens status*

Sambanden vad gäller familjemedicinens status, lön och interna "ranking" i läkarkretsar i respektive länder uppvisar en tydlig bild. Hög andel professorer vid universiteten, hög lön och ett stort intresse för familjemedicinen bland medicinstudenterna är gemensamma nämnare. Obligatorisk fortbildning och tillgång till utbildningsfonder eller konton förefaller dock inte vara avgörande för disciplinens status. Enskilt ansvar, entreprenörskap och list-system är gemensamma nämnare för de länder som har de familjeläkarsystem som är mest uppskattade.

### *Fortbildning och recertifiering*

Den betydelse som fortbildningen tillmäts och sättet att organisera den på skiljer sig ganska mycket mellan länderna. En tydlig trend är att allt fler länder redan gjort eller planerar att göra fortbildningen obligatorisk och att den förenas med recertifiering. I Norge, Tyskland, Holland, Schweiz, USA och Australien förlorar den familjeläkare som inte följer det beslutade utbildningsprogrammet sin specialistkompetens. Flera av dessa länder har poängsystem där läkarna kan samla poäng genom att delta i olika ackrediterade utbildningsmoment, kurser, kongresser, seminarier, smågruppsmöten etc. Poängen beräknas ofta på så sätt att en timmes deltagande = 1 poäng. Poängen skall vara uppnådda inom 3–5 år och då skall läkarna ha poäng motsvarande ca 50 timmar per år för att få behålla sin specialiststatus. I USA och Australien ingår dessutom en examen vart 5:e år med bl.a. en skrivning.

Modellen för finansiering av denna obligatoriska fortbildning varierar men gemensamt är att läkarna själva svarar för en stor del av kostnaderna inom ramen för den egna verksamheten. I Holland, USA och Australien svarar de för hela kostnaden. Skälet till denna finansiering är det anses som ett krav på läkarna, och som del i uppdraget som de har ersättning för, att de fortbildar sig.

### *Kvalitetsarbete*

Kvalitetsarbetet inom familjemedicinen har utvecklats kraftigt under 1990-talet. Arbetet har ofta haft karaktären av projekt som sedan utvärderats. De "Guidelines and Standards" som tagits fram i

Holland har fått flera efterföljare. Tendensen under de senaste åren har varit att det utvecklas lokalt beslutsstöd för den enskilde familjeläkaren snarare än nationella riktlinjer. I vissa länder såsom Danmark, Norge, Holland, USA och Australien finns dock kvalitetsprogram som utgår från nationella kriterier och som understöds av särskilda fonder. I övriga länder finns inte motsvarande tankar om att utveckla nationella riktlinjer – i alla fall inte inom de närmaste åren. Små kollegiala grupper – som de svenska fortbildnings- och kvalitetsgrupperna – har snabbt fått genomslag i de flesta länder. Denna form av fortbildning och kvalitetsarbete har visat sig vara både effektivt och uppskattat. I många länder är det ett ensamarbete att vara familjeläkare och därför är regelbundna lokala möten med kollegor en uppskattad del av vardagen.

### *Organisation*

Familjeläkarens arbete är i de flesta länder organiserat utifrån principen att varje läkare har en fast lista av patienter. Genom att befolkningen väljer en fast läkare och bekräftar detta med sin namnteckning på en lista, får både familjeläkaren och individen goda förutsättningarna för den kontinuerliga lokala hälso- och sjukvården. Läkaren får ett mandat, ett förtroende, från den enskilde och denna garanteras tillgång till den eget valda läkaren vid sjukdom och rådgivning. I och med att de ekonomiska ersättningarna utgår från listan finns det också en tydlighet om att patienten är familjeläkarens uppdragsgivare. Denna modell för organisationen av familjeläkarverksamheten har rekommenderats av WHO (World Health Organisation) och WONCA (World Organisation of National Colleges and Academies of General Practice and Family Medicine) i en gemensam deklaration år 1994.

När utbyggnaden påbörjades under 1970-talet var det i Norden bara Danmark som hade ett listsystem som grund för sin primärvårdsorganisation. I dag är Sverige det enda land som inte har något enhetligt sådant system. Island införde listsystemet på 1980-talet, Finland lagstiftade om "egenläkare-systemet" på 1990-talet och i Norge införs ett enhetligt list- "fastlegesystem" år 2001. Det finska systemet är inte fullt genomfört men det innebär att den familjeläkare som vill ta på sig ett listansvar kan göra det och därmed starta egen praktik. Den finska familjeläkaren fortsätter att arbeta på den kommunala vårdcentralen men enbart med sina egna listade

patienter. Systemet har vuxit snabbt och idag har mer än 1 000 finska familjeläkare blivit "egen läkare" med lista och enskilt kontrakt.

Norge har efter fem års försöksverksamhet med fastlegesystemet i fyra fylken beslutat genomföra det i hela landet. Den 1 juli 2001 träder det formellt i kraft och det pågår en intensiv listningsverksamhet i hela Norge. I likhet med Sverige har Norge haft en stor brist på allmänläkare och farhågorna var stora inför införandet av systemet. Det fanns prognoser som visade på en brist på ca 800 läkare eller upp emot 20 % om rekommendationen en allmänläkare per 1 500 invånare skulle uppnås. En annan likhet med vårt land var att primärvården präglades av en uppgivenhet under senare år.

Enligt de preliminära rapporter som utredningen har kunnat ta del av kan genomförandet av fastlege- och listsystem komma att få mycket positiva effekter för den norska primärvården. I de kontakter utredningen haft har det sagts att man i dag talar om att det snarare är brist på patienter än läkare, d.v.s. den initiala effekten har blivit att läkarna kan ta emot fler patienter på sina listor än det finns invånare i Norge. Det anges också att reformen har vänt på stämningarna så att det i dag är "arbetsglädje och framtidstro som präglar den norska primärvården".

### *Teamarbetet*

Teamarbete i den familjemedicinska basorganisationen förekommer mycket lite i andra länder med undantag av Finland. De flesta familjeläkare arbetar enbart med läkaruppgifter. Många familjeläkare arbetar inom en enläkarmottagning och det är vanligt att läkaren har hjälp av sin hustru med kombinerade sekreterar- och sjuksköterskeuppgifter. Grupp-mottagningar med 2-6 läkare blir allt vanligare men oftast är arbetsuppgifterna desamma. Under 1990-talet har det skett en förändring mot att sjuksköterskor, s.k. practice nurses, har tillkommit på mottagningarna. De har främst i uppdrag att bistå mottagningen med allmänna arbetsuppgifter men ofta också med en inriktning mot de lokala förebyggande programmen inom hjärt/kärl- och välfärdssjukdomar. Någon direkt ansvarighet till den svenska distriktssköterskan finns inte annat än i Finland.

Det finns vanligtvis inte heller sjukgymnaster, arbetsterapeuter eller kuratorer inom den familjemedicinska basorganisationen i

övriga länder. Psykiatrisjuksköterska, kurator eller psykolog kan i vissa fall finnas i basteamet t.ex. i Storbritannien och Australien. Dessa länder saknar dock i allt väsentligt en lokal specialiserad psykiatrisk öppenvård. Arbete med att förbättra det lokala teamarbetet kring enskilda patienter, framför allt i hemsjukvården, pågår i de flesta länder. Gemensamma fortbildningar och teamkonferenser är vanliga sätt att stärka samarbetet.

När det gäller teamarbete över yrkesgränserna har således andra länder mer att lära från vårt land än tvärtom.

## 8 Allmänna överväganden och förslag

### 8.1 Inledning

När det familjemedicinska institutet startar sin verksamhet är det en ny verksamhetsform som introduceras i den svenska hälso- och sjukvården. Institutets tillkomst grundas i hög grad på det initiativ som svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM) tog i anslutning till förarbetena inför den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården. Enligt riksdagens beslut skall institutet ses i sammanhanget av att kunskapsutvecklingen inom primärvården behöver stärkas och personalen få möjlighet till kompetensutveckling och fortbildning. Institutet skall vara ett nationellt stöd och en struktur för detta.

I utredningens direktiv anges att målet för institutet är att primärvården skall utvecklas till en dynamisk och utvecklande arbetsmiljö och att institutets roll är att vara ett centrum för kunskap och kunskapsspridning. Primärvården innefattar både landstingens och kommunernas hälso- och sjukvård och institutet skall rikta sin verksamhet till alla personalkategorier inom denna.

Det ligger i sakens natur att en ny verksamhet inte genast finner sin definitiva form. De första årens verksamhet kommer med nödvändighet att ha karaktär av pilotarbete för att hitta de mest effektiva arbetsformerna. Det betonas också i direktiven att institutet skall präglas av flexibilitet. En utgångspunkt för utredningen har därför varit att inte i onödan binda upp institutet genom olika detaljförslag. Målsättningen har i stället varit att ange en allmän ram och inriktning för institutets arbete. Hur det skall läggas upp detalj bör avgöras av den ledning som tillsätts för institutet. Ledningen bör också ha huvudansvaret för att avgöra frågorna om institutets framtida utveckling.

I det följande redovisas de allmänna utgångspunkterna för utredningens arbete.

Det finns ett stort antal organisationer, myndigheter m.fl. som arbetar med frågor om kunskap och kunskapsspridning inom primärvården – både nationellt, regionalt och lokalt. En målsättning för utredningen har varit att definiera det familjemedicinska institutets arbete utifrån en analys av vilka områden som är mest angelägna att utveckla och samtidigt avgränsa ansvarsområdet till aktiviteter som inte redan utförs av andra instanser.

Bl.a. i arbetet utredningens referensgrupper har visat att det finns ett stort behov av en nationellt samlande instans för kunskapsutbyte i frågor om utveckling av primärvårdens innehåll, utformning m.m. som utgår från alla de personalgrupper som är verksamma inom primärvården. Utredningens bedömning är att institutets viktigaste roll är att vara ett centrum för kunskapsutveckling för alla personalkategorier inom primärvården. En annan viktig uppgift som följer av detta är att institutet skall vara ett centrum för kunskapsutbyte mellan kommunernas och landstingens primärvård. En ytterligare betydelsefull uppgift för institutet gäller frågorna om kunskapsutbyte mellan verksamheter med olika driftsformer.

Utredningen har gjort iakttagelsen att många av de insatser som görs på nationell nivå inriktas på relationen mellan olika delar av primärvården snarare än på helheten, det unika och samlande. Det familjemedicinska institutet bör här kunna fylla en viktig och delvis eftersatt uppgift av stor betydelse för den svenska primärvårdens fortsatta utveckling.

En förutsättning för att det familjemedicinska institutet skall kunna bli ett samlande organ är att det ges en förhållandevis oberoende ställning. Samtidigt är det viktigt att de organisationer som har det formella ansvaret för primärvårdens utveckling får en tydlig roll i institutets arbete. Utredningens har haft ambitionen att föreslå en form för det familjemedicinska institutets verksamhet i vilken både ansvarsförhållandena och institutets oberoende ställning markeras.

Utredningens utgångspunkt är alltså att det familjemedicinska institutet skall vara en samlande instans för kunskap och kunskapsutbyte i frågor om utveckling av primärvårdens innehåll, utformning m.m. Något som karakteriserar detta område är att det är ett gränsland mellan det allmännas och ett frivilligt eller enskilt ansvar. Nästan all grundutbildning sker på initiativ av den enskilde men



även betydande delar av fortbildningen och den allmänna kunskapsutvecklingen inom det professionella verksamhetsområdet sker på enskilt initiativ och i frivilliga former. Ett uttryck för detta är bl.a. att de fackliga och andra frivilliga organisationer som bildats av personalen för att tillvarata deras intressen ofta har ett stort engagemang i frågor om kunskap och kunskapsutveckling. Samtidigt är det otvetydigt huvudmännen – landstingen och kommunerna – som har det grundläggande ansvaret för att primärvårdens personal kan upprätthålla den kunskapsnivå som krävs för att verksamheten skall kunna drivas med god kvalitet.

Även om det kanske finns olika uppfattningar om omfattning och balans har utredningen uppfattat att det råder en stor enighet om att den nuvarande strukturen för kunskapsutveckling med både ett huvudmannansvar och ideellt frivilligt engagemang har stora fördelar. Utredningen ser för sin del också stora fördelar med systemet eftersom en effektiv kunskapsutveckling alltid måste ske utifrån personalens villkor och bygga på ett personligt engagemang. Utredningen bygger i sina förslag vidare på nuvarande struktur och en målsättning har varit att institutet skall stödja, stimulera och vidareutveckla den modell som redan nu tillämpas för kunskapsutvecklingen och kunskapsspridningen. En förutsättning för att institutet skall kunna fullfölja denna roll är att det uppfattas som en oberoende instans.

En ambition i arbetet med förslagen har också varit att institutet skall fungera som en kraftkälla och en samlingsplats för utveckling – att det skall utgå från den vardagliga verksamheten som utgörs av *det hängivna familjemedicinska teamet i vardagen*. Målet är att institutet skall fungera som en kreativt sammanhang för dem som har viljan att utveckla den familjemedicinska verksamheten.

## 8.2 Fokus på möjligheter och utveckling

**Sammanfattande bedömning:** Den positiva utveckling som skett och sker inom svensk primärvård har fått alltför litet utrymme i de olika sammanhang där primärvården uppmärksammas. Det familjemedicinska institutets arbete bör fokuseras på primärvårdens – den familjemedicinska verksamhetens – möjligheter och unika förutsättningar. En central uppgift för institutet blir att – genom kunskap och kunskapsspridning –

bidra till att intentionerna i den nationella handlingsplanen förverkligas.
---

### Överväganden och förslag

De rapporter, utredningar m.m. om primärvården som publicerats under de senaste decennierna har i stor utsträckning tagit sin utgångspunkt i olika typer av problem. Frågan är om de problembilder som lyfts fram beskriver hela sanningen. Finns det en annan sida och ett annat sätt att se på primärvården och dess utveckling där den kan beskrivas som en framgång? Har alla dessa problembeskrivningar blivit självuppfyllande och alla rapporter om kriser tillåtits dölja de framgångar som har uppnåtts? Enligt utredningens bedömning är det så. Problembilderna måste kompletteras med andra bilder som beskriver framgångarna. En målsättning måste vara att skapa en syn på primärvården och dess förutsättningar som i sin tur kan leda till att en utvecklingsoptimism kan sprida sig runt om i landet.

I den landstingsfinansierade primärvården arbetar ca 4 300 allmänläkare och ca 6 000 distriktssköterskor. I kommunernas primärvård finns ca 10 000 sjuksköterskor. (För övriga personalgrupper saknas tillförlitliga uppgifter om antalet anställda). Det är givet att dessa skördar många framgångar i sitt vardagliga arbete. Ett exempel är att en allt större del av befolkningen – framför allt bland de äldre – i dag uppfattar primärvården som det självklara förstahandsvalet. Viktigast är dock att både landstingens och kommunernas primärvård visat sig kunna motsvara de ökade krav som följt av vårdens strukturomvandling med ett ökat antal äldre och kraftigt minskat antal vårdplatser inom akutsjukhusen. Samtidigt har tillgängligheten i primärvården förbättrats. Primärvårdens utbyggnad har heller inte stått stilla. Det mål för antalet verksamma allmänläkare som riksdagen satte år 1995 har i huvudsak uppnåtts och resurserna har på många håll byggts ut trots att besparingar gjorts inom hälso- och sjukvården som helhet. Också äldresjukvården har byggts ut.

Hälso- och sjukvården har ibland beskrivits som ett stort och trögnavigerat fartyg. När kursen skall läggas om och rodet vrids, tar det tid innan fartyget börjar ändra sin kurs och det kan dröja ganska länge innan man nått den nya kursen. Kanske är denna långsamhet i förändringen skälet till att problemen snarare än

möjligheterna och framgångarna kommit att sättas i förgrunden. Med lite olika takt inom olika delar av vården och i olika delar av landet har utvecklingen trots allt börjat gå i en riktning där allt fler ser primärvården som basen inom hälso- och sjukvården.

Genomförandet av den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården innebär att primärvården står inför nya stora utmaningar de närmaste tio åren. Utmaningar kan betraktas på olika sätt, men det är inte svårt att se de utmaningar som primärvården står inför som mycket positiva. En utmaning ligger i att läkarresurserna enligt riksdagens beslut skall fortsätta att byggas ut med upp emot 40 % under en ganska kort tidsperiod. Satsningar i den storleksordningen ger ett stort utrymme för nytänkande, tillväxt och stimulans men självfallet kan det temporärt uppstå kapacitetsproblem och primärvården kommer att behöva lära sig att leva med att vara en framtidsbransch – med allt vad det innebär – under ett antal år framöver.

En annan utmaning är att det parallellt med förstärkningen kommer att ske en snabb generationsväxling i personalen. Särskilt påtaglig kommer den att vara för allmänläkarna eftersom huvuddelen av läkarna väljer sitt verksamhetsområde och sin specialitet redan under grundutbildningen. Många av distrikts-sköterskorna och andra personalgrupper inom primärvården rekryteras bland vårdpersonal som varit verksam länge inom andra områden än primärvård och är därför ofta inte helt unga när de börjar sitt arbete i primärvården.

Om det skall vara möjligt att attrahera den unga generationen måste vårdcentralerna antagligen kunna erbjuda nya och kreativa arbetsformer. En viktig uppgift för den personal som har lång erfarenhet blir att hitta goda former för att dela med sig av sina erfarenheter till de nya medarbetarna. En generationsväxling kan också ge förutsättningar för en förnyelse och vitalisering av verksamheten som är viktig att ta till vara. I första hand har den generation som nu arbetar i primärvården ett ansvar för att utforma den vardagliga verksamheten på ett sådant sätt att de unga väljer och stannar inom primärvården.

Utvecklingen mot mångfald i driftsformer är en annan intressant utmaning som primärvården står inför. Fortfarande bedrivs en relativt liten andel av verksamheten i andra driftsformer än landstinget eller kommunen. Även om allvarig kritik kan riktas mot den modell med upphandling som tillämpas på en del håll i landet för att den kan slå sönder kärnan i en fungerande primärvård –

kontinuiteten i den personliga relationen med patienten – bör utvecklingen kunna ge bättre förutsättningar för att primärvården kommer att karakteriseras av entreprenörskap och lokalt inflytande. På många håll genomförs också en decentralisering av ansvar och befogenheter inom den landstingsdrivna primärvården. Eftersom nya resurser samtidigt tillförs kan utvecklingen komma att leda till att primärvården blir en del av hälso- och sjukvården som präglas av något som kan liknas vid en nybyggar- och entreprenörsanda. Det stora egna ansvaret i vardagen är ett utmärkande drag för familjemedicinen. Utvecklingen mot mångfald och lokalt inflytande kan göra primärvården en till unik plattform för dem som har en vilja att under mer fria former utveckla verksamhetsformer och verksamhetsinnehåll.

Sammanfattningsvis kan konstateras att den svenska primärvården i dag befinner sig i en unik situation med ett antal positiva krafter som kan ge en mycket snabb och genomgripande förändring på förhållandevis kort tid. Några av dessa krafter är att

- det finns en bred politisk enighet om att primärvården skall utvecklas till att bli basen inom hälso- och sjukvården både nationellt, i landstingen och i kommunerna,
- det finns särskilda ekonomiska resurser reserverade för att fullfölja satsningen på primärvård i ett första steg fram till år 2004,
- det finns en stark vilja till förnyelse.

Det är i första hand landstingen och kommunerna som har det praktiska ansvaret för att dessa positiva krafter för att åstadkomma en utveckling tillvaratas. Även Socialstyrelsen har ett ansvar främst för frågor om uppföljning av handlingsplanen och för att ge underlag för dimensionering av utbildningar. Däremot har i dag ingen instans ett formellt uppdrag att lyfta fram och vidareutveckla frågorna om medborgarnas rätt till en egen familjeläkare, personalens kunskaper och engagemang och om utformningen av och innehållet i den praktiska verksamheten.

Mot denna bakgrund föreslår utredningen att det familjemedicinska institutets arbete skall fokuseras på primärvårdens möjligheter och unika förutsättningar. Institutets huvuduppgift skall vara att samla, utveckla och sprida kunskap som på olika sätt kan stödja huvudmän och verksamheter då det gäller att genomföra intentionerna i den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården. Kunskap bör i sammanhanget ses i vid

mening och innefatta alla de kunskapsområden som kan vara av betydelse för primärvårdens utveckling.

### 8.3 Vision, verksamhetsidé och huvuduppgifter

#### Överväganden och förslag

Utredningens bedömning är en viktig orsak till att primärvården har haft svårt att utvecklas i skuggan av de specialiserade medicinska verksamheterna är att den hittills inte lyckats skaffa sig en tydlig identitet. Det kan illustreras bl.a. av att primärvårdens läkare har olika benämning på olika håll i landet – distriktsläkare, husläkare, familjeläkare och allmänläkare – medan exempelvis kirurger, barnläkare och gynekologer alla har en fast och entydig identitet både för de professionellt verksamma i vården och för allmänheten. Socialstyrelsen har pekat på att begreppet vårdcentral är oklart och måste få en fastare innebörd. Ett annat exempel på bristande tydlighet är försöken med primärkommunal primärvård som innebär att hälso- och sjukvårdens bas organisatoriskt skiljs från övriga delar av den specialiserade sjukvården. Ytterligare en illustration till att primärvårdens kärna inte har tydliggjorts är att den på en del håll utsätts för upphandlingar och som innebär att den långsiktiga relationen med patienten – kontinuiteten i personkontakterna – riskerar att gå förlorad.

Otydligheten förstärks av att primärvården i hög grad har definierats av de effekter huvudmännen hoppas att den skall ge, snarare än med utgångspunkt i det som är unikt för och det egentliga innehållet i verksamheten. Den gängse beskrivningen av primärvården är att den skall avlasta sjukhusen, förbättra folkhälsan, minska sjukskrivningar och läkemedelskostnaderna etc. Att familjeläkaren och distriktssköterskan erbjuder den enskilde patienten en personlig, långsiktig och mångsidig hälso- och sjukvård på mottagningen och i hemmet framhålls sällan i debattinlägg och programförklaringar.

Att regeringen har valt att benämna institutet ett "familje-mediskt institut" innebär enligt utredningen att dess huvuduppgift skall vara att stärka den allmänmedicinska generalistkompetensen i enlighet med målet som uttrycks i den nationella handlingsplanen (se nedan). Detta hindrar inte att institutet skall rikta sina insatser till alla som arbetar inom den svenska

primärvården, dock med den reservationen att arbetet bör ta sin utgångspunkt i primärvårdens kärna (det generella) och inte i det speciella (det specialiserade).

Enligt utredningens mening är det bra att regering och riksdag nu introducerat begreppet familjemedicin eftersom det kan klargöra att generalistperspektivet är den grund som den svenska primärvården vilar på. Ett nytt begrepp ger också nya möjligheter att beskriva och tydliggöra kärnan i primärvården.

Av regeringens proposition 1999/2000:149 (s. 31) framgår att *"regeringens önskan med denna handlingsplan för utvecklingen av hälso- och sjukvården är att stärka primärvården med sin allmänmedicinska generalistkompetens"*. Utredningen har tolkat detta som att institutet skall fokusera sitt arbete på primärvårdens generalister – familjeläkaren och distriktssköterskan – samt på de generalistinsatser som görs av barnsjuksköterskor, barnmorskor, sjuksköterskor i den kommunala primärvården, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, kuratorer, psykologer, undersköterskor, läkarsekreterare och andra yrkesgrupper inom primärvården. Utredningen vill betona att denna prioritering inte utesluter att institutet också skall arbeta med andra uppgifter i primärvården, särskilt genom att stärka samverkan i teamet över organisationsgränser.

Primärvården har olika uppbyggnad och olika inriktning på olika håll i landet. När variationerna speglar de lokala förutsättningarna kan detta vara en styrka men samtidigt ger variationsbredden – enligt vad som nyss sagts – en risk för en otydlighet som kan hämma utvecklingen. Utredningen har därför formulerat en vision för den familjemedicinska verksamhet som är primärvårdens kärna.

Enligt utredningens mening finns ingen motsättning mellan att beskriva kärnan inom primärvården på detta sätt och att olika specialist- och övriga insatser samtidigt utvecklas från den lokala primärvårdens förutsättningar. Tvärtom är det från flera utgångspunkter en fördel att primärvårdens kärna tydliggörs, bl.a. eftersom de olika funktioner som lokalt inryms i primärvården då bättre kan definieras både till innehåll och funktion i förhållande till kärnverksamheten.

Visionen har varit föremål för omfattande diskussioner i utredningens expertgrupp och i referensgrupperna och med utgångspunkt i dessa föreslås att institutet skall arbeta utifrån följande vision för den familjemedicinska verksamheten.

*Den enskildes behov, valfriheten och allas lika rätt är grunden för den familjemedicinska verksamheten. Familjeläkaren och distrikts-sköterskan är sjukvårdens generalister som har en specialiserad kunskap om individen och dennes situation. Tillsammans med övriga medarbetare i primärvården ger de en personlig, långsiktig och mångsidig hälso- och sjukvård på mottagning och i hemmet. I arbetet med att förebygga, lindra, bota och rehabilitera samarbetar teamet med övrig hälso- och sjukvård. I uppgiften ingår att vid behov vara företrädare för, rådgivare till och samordnare för den enskilde.*

Med utgångspunkt i denna vision föreslås att verksamhetsidéen för det familjemedicinska institutet skall vara:

*Det familjemedicinska institutet skall stärka och tydliggöra den svenska familjemedicinen.*

Utifrån direktiven och de diskussioner som förs i expert- och referensgrupper föreslår utredningen att det familjemedicinska institutets huvuduppgifter skall vara

- att sammanställa, utveckla och sprida kunskaper,
- att skapa kontakter och kommunikation mellan alla primärvårdens intressenter,
- att verka för bra arbetsförhållanden och god rekrytering i hela svenska primärvården,
- att utveckla arbetsformerna och fördjupa teamarbetet i primärvården,
- att initiera fortbildning,
- att utveckla och stärka samarbetet mellan primärvård och övrig specialistvård,
- att stödja genomförandet av den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården.

Utredningens övriga överväganden och förslag skall ses som ett försök att konkretisera hur institutet kan arbeta med att fullfölja dessa huvuduppgifter, så att visionen kan förverkligas i den lokala verksamheten. Det bör framhållas att utredningen med begreppen familjemedicin och primärvård avser både landstingens och kommunernas verksamheter.

## 9 Förslag till arbetsområden för det familjemedicinska institutet

### 9.1 Fortbildning

**Sammanfattande bedömning och förslag:** Vid den fortsatta förstärkningen av primärvården måste tid och resurser reserveras för fortbildning och annan kunskapsutveckling. Fortbildningen måste utvecklas mot att den vardagliga verksamheten och det enskilda initiativet sätts i centrum.

Det familjemedicinska institutet bör vara en struktur och ett nationellt stöd för fortbildningen för alla personalkategorier och teamet inom primärvården. Att utveckla olika former av utbildningar som kan vara gemensamma för medarbetare inom både kommun och landsting bör vara en prioriterad uppgift för institutet. Institutet bör verka för att det utarbetas underlag för kvalitativa mål för fortbildningen inom primärvården. Vid uppföljningen av de delar av den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården som avser fortbildning och annan kunskapsutveckling bör Socialstyrelsen samverka med det familjemedicinska institutet.

Det familjemedicinska institutet bör ges i uppdrag att utveckla ett förslag till modell för ett mer strukturerat och sammanhållet system för fortbildning.

### Överväganden och förslag

#### *Allmänt*

Enligt utredningens direktiv skall det familjemedicinska institutet vara ett centrum för kunskap och kunskapsspridning och härvid bl.a. initiera fortbildning av personal inom primärvården.



Med fortbildning avser utredningen de formella och informella aktiviteter som ingår i den livslånga läroprocess som personalen inom primärvården deltar i för att upprätthålla och utveckla sin kompetens efter fullgjord grundutbildning. Den har två syften. Det ena är att utveckla kunskaper, färdigheter och attityder i och för en arbetsmiljö som ställer allt högre krav på kompetens, flexibilitet och förändring. Det andra är att utveckla och konsolidera kunskapsområdet och den professionella identiteten. Båda dessa mål är nödvändiga att uppmärksamma. Ett tredje syfte med fortbildning kan också vara att skapa förutsättningar för primärvårdens medarbetare att möta kollegor och motverka att arbetet i primärvården kan upplevas som ensamt.

Den viktigaste drivkraften i all kunskapsutveckling är den egna viljan att vidareutveckla och underhålla den professionella kompetensen. Det mesta av lärandet sker i det vardagliga egna arbetet, men det krävs en yttre ram – en struktur – med ett rikt utbud av mer formella fortbildningsaktiviteter för att stödja den kontinuerliga professionella utveckling som sker i vardagsarbetet.

I utredningens referensgrupper har framhållits att fortbildningen är otillräcklig och företrädare för alla personalgrupper har för utredningen betonat att det är alltför svårt att få avsätta tid till fortbildning och annan kunskapsutveckling.

Utredningen anser att ökad fortbildning är en förutsättning för att den nationella handlingsplanens intentioner skall kunna genomföras. Den förstärkning av personalresurserna som kommer att ske under de närmaste åren kan inte i sin helhet in-tecknas för patientinriktat arbete. Ökad tid måste reserveras för fortbildning och kunskapsutveckling i olika former. Landstingen har genom utvecklingsavtalet (se avsnitt 2.1) åtagit sig att svara för att kunskapsutvecklingen inom primärvården stärks genom stöd till forsknings- och utvecklingsarbete samt genom förbättrade möjligheter till fortbildning och annan kompetensutveckling. Kommunerna har åtagit sig att svara för att fler sjuksköterskor erbjuds möjlighet att fördjupa sin medicinska kompetens.

SFAM och Svenska Distriktsläkarförbundet (DLF) har rekommenderat att 15 % av arbetstiden bör avsättas för fortbildning. Undersökningar visar att familjeläkarna i dag endast avsätter 3,5 timmar per vecka (1,5 timme arbetstid och två timmar på fritid) – och en tredjedel avsätter mindre än en timme (se avsnitt 3.3).

Antalet studier om effekter av fortbildning är tämligen litet. De som genomförts tyder dock på att efterföljande utvärdering och

förändringar med ledning av dessa är viktiga, att lärandet underlättas om fortbildningen kopplas till den vardagliga verksamheten och om initiativet kommer från individen själv. Det förefaller vidare som om ingen enskild fortbildningsform generellt sett kan sägas vara överlägsen någon annan.

### *Nuvarande insatser*

För familjeläkarna är förutsättningarna för fortbildning förhållandevis goda. Det är främst SFAM som med sitt vittförgrenade nätverk skapar dessa förutsättningar, men även Provinsialläkarstiftelsens kurser, läkemedelskommittéer, läkemedelsindustrin m.fl. bidrar.

Ett stort problem i utbudet av fortbildning för läkare är att läkemedelsindustrin har ett dominerande inflytande över denna utbildning. Att läkarnas fortbildning i hög grad är kopplad till läkemedelsindustrin gäller överlag men för familjeläkarnas fortbildning är problemet mer accentuerat än för många andra kategorier av läkare. De utbildningar som läkemedelsindustrin står bakom har mestadels hög kvalitet och föreläsarna är ofta auktoriteter inom sina respektive specialistområden, men i flertalet fall ges utbildningarna i form av traditionella, lärarstyrda föreläsningar med en markerad specialistinriktning. De industrifinansierade kurserna är naturligt nog också avgränsade till läkemedelsområdet och speglar inte den bredd av olika behandlingsinriktningar som finns inom det familjemedicinska området.

För allmänläkarna har de små kollegiala så kallade FQ-grupperna (se avsnitt 6.2) visat sig vara den bästa formen av uppgifts- och självstyrt lärande och den harmoniserar väl med den nya läkarrollen. Där modellen prövats för andra personalkategorier än läkare har den visat sig fungera bra även för dessa.

Även för sjuksköterskor finns ett förhållandevis brett utbud av utbildningar. Framför allt är det Svensk sjuksköterskeförening och riksföreningarna för de specialistutbildade sjuksköterskorna som arrangerar seminarier, konferenser och temadagar. Genom vårdhögskolorna och universiteten finns ett utbud av kurser med varierande omfattning. Kurserna kan vara inriktade mot ett specifikt ämnesområde som till exempelvis astma, diabetes och smärta eller vara av mer allmän karaktär som exempelvis handledning eller forskningsmetodik. Det förekommer även att läke-

medelsindustrin anordnar kurser för distriktsköterskor och andra sköterskor inom primärvården.

För studier på högskolenivå krävs grundläggande behörighet. Många av de äldre sjuksköterskorna saknar sådan vilket innebär att de utestängs från denna möjlighet till fortbildning och kompetensutveckling.

Inom vissa landsting finns allmänmedicinska centrum, FoU-enheter eller motsvarande som är riktade till primärvårdens olika yrkeskategorier. Andra landsting saknar sådana enheter. Deras organisation och uppdrag varierar. FoU-enheterna är ofta inriktade mot handledning, utvärdering och uppföljning medan många av de allmänmedicinska enheterna har ett mer direkt uppdrag att svara för fortbildning och kompetensutveckling. Fortbildningen för distriktsköterskor och andra sjuksköterskor i primärvården har ofta formen av temadagar och seminarier om olika ämnesområden. Kommunens sjuksköterskor ges ibland möjlighet att delta i dessa utbildningar. De utgör då ofta den enda möjligheten till utbildning för kommunens sjuksköterskor. Förutom utbildning ges även annan kompetensutveckling i form av metodutveckling, utveckling av kvalitetsindikatorer m.m. vid dessa enheter.

Under våren 2001 har Riksföreningen för distriktsköterskor gjort en förfrågan till sina lokalavdelningar om utbildning och kompetensutveckling. Av redovisningen framgår bl.a. att det inom några landsting tillämpas ett system med ett visst antal garanterade timmar för utbildning varje år.

#### *Det familjemedicinska institutets roll*

Även om det således finns ett ganska omfattande utbud av olika utbildningar finns behov av utveckling. Det saknas en nationell struktur för kunskapsutveckling och utbildning inom primärvården (bortsett från de insatser som görs för allmänläkarna av Provinsialläkarstiftelsen). Tillkomsten av Institutet för läkarnas professionella utveckling (ILPU) skall – liksom inrättandet av det familjemedicinska institutet – ses mot denna bakgrund. Vad gäller familjeläkarnas utbildning bör det familjemedicinska institutet och ILPU gemensamt kunna hitta formerna för och göra en ansvarsfördelning (se avsnitt 11.1). Enligt utredningens mening måste dock det familjemedicinska institutet både informera om all utbildning till all personal inom primärvården och kunna ta

initiativ för att säkra att utbudet motsvarar behoven hos alla personalkategorier i primärvården.

Till det familjemedicinska institutets uppgifter när det gäller fortbildning bör självklart höra att utveckla och anordna utbildningar som kan vara gemensamma för olika personalgrupper inom primärvården. I dag saknas en teamgemensam utbildningsarena för dem som arbetar tillsammans inom primärvården och här får institutet en naturlig roll i att inventera utbildningsbehov och verka för att angelägna utbildningar initieras.

### *Utvecklingsbehov*

Enligt utredningens uppfattning krävs det utöver ökad tid för fortbildning också en förändrad syn på fortbildningen. Om fortbildning och annan kunskapsutveckling skall vara effektiv måste den i ökad utsträckning vara självstyrd och den enskilde individen måste ges tillfälle att utveckla ett problembaserat lärande med utgångspunkt i sitt vardagliga arbete.

De närmare målen för fortbildningen måste utgå från en tydlig definition av det familjemedicinska arbetet och en analys av de olika roller som olika personalkategorier har i detta arbete. Som framgår av 8.3 utgår utredningen från att familjemedicinskt arbete är de generalistinsatser som utförs av familjeläkare, distriktsköterska och övriga medarbetare i primärvården.

Primärvårdens olika yrkesgrupper har var för sig skapat former för kompetensutveckling m.m. som kan anses vara orienterad mot generalistkompetensen eller det unika inom primärvården. Utredningen anser att det är viktigt att dessa insatser och utvecklingen av dem sker gemensamt för olika personalgrupper. Om primärvården skall kunna uppfylla sin roll inom hälso- och sjukvården krävs att den utvecklar en tydlig identitet inför både övriga delar av hälso- och sjukvården och allmänheten. Identiteten måste vara baserad på integritet och kompetens vilket bäst skapas genom fortbildning.

Genomförandet av den nationella handlingsplanen kommer att ställa primärvårdens personal inför både ökade och nya krav på kunskaper. Syftet med handlingsplanen är bl.a. att förändra sjukvårdsstrukturen och därmed måste primärvården skaffa sig överblick och kunskaper om vårdens struktur och hur den kan påverkas. Familjeläkaren, distriktsköterskan och övriga medarbetare i

vårdteamen kommer att få en allt viktigare roll som lots, rådgivare och samordnare inom hälso- och sjukvården. Enligt vad utredningen kunnat finna saknas i allt väsentlig ett kursutbud inom dessa områden och det familjemedicinska institutet bör ta initiativ till att ett sådant utbud tillskapas.

Det är huvudmännen som har det grundläggande ansvaret för att fortbildningen har den omfattning och det innehåll som är motiverad utifrån verksamhetens behov. Den praktiska verksamheten bör dock växa fram i en dialog mellan de anställda och arbetsgivaren. Så vitt utredningen har kunnat konstatera finns det i dag inte någon samlad syn fortbildningen inom primärvården. SFAM har för sin del fastställt vissa målsättningar och utvecklat ett utbildningsprogram. Erfarenheterna visar att sådana mål och program kan vara ett viktigt stöd för att bygga upp en fungerande utbildningsstruktur lokalt. Utredningen föreslår mot denna bakgrund att det familjemedicinska institutet verkar för att underlag för kvalitativa lokala mål för utbildning inom primärvården utarbetas, både för de enskilda yrkesgrupperna och för mer teamorienterad utbildning. Arbetet bör ta sin utgångspunkt i de åtaganden som huvudmännen gjort i avtalet om utvecklingsinsatser inom vården och omsorgen för åren 2002–2004.

Socialstyrelsen har i uppdrag att svara för den nationella uppföljningen av avtalet. Utredningen föreslår att Socialstyrelsen skall samverka med det familjemedicinska institutet i de delar av uppföljningen som handlar om kunskapsutveckling.

I utredningens referensgrupper har behoven av en mer strukturerad form för utbildning diskuterats. SFAM föreslog i sin skrivelse till regeringen – som är ett av underlagen för beslutet att tillskapa institutet – att en allmänmedicinsk fond för utbildning inrättas. SFAM föreslog att ca 40 000 kronor per år och allmänläkare bör avsättas för utbildning och kvalitetsutveckling.

Utredningen har övervägt SFAM:s förslag om utbildningsfond. Utredningen har också tagit del av de norska och danska erfarenheterna av ett motsvarande system. Enligt utredningens uppfattning finns det stora fördelar med en modell där utbildningen knyts till en fast finansiering och är kopplad till individuella konton. De danska och norska modellerna är baserade på att den enskilda allmänläkaren upprättar en personlig utbildningsplan. Fördelen med ett sådant system är bl.a. att det skapar en fast struktur för utbildningen och det ger goda möjligheter för en

detaljerad uppföljning oberoende av inom vilken driftsform verksamheten bedrivs.

Förutsättningen för att sådana modeller skall införas i vårt land är att de enskilda landstingen fattar beslut om det. Utredningen föreslår att det familjemedicinska institutet ges uppdraget att utveckla förslag till ett strukturerat system för fortbildning som kan tillämpas av landstingen. Arbetet kan genomföras gemensamt med intresserade landsting.

## 9.2 Teamet

**Sammanfattande bedömningar och förslag:** Det familjemedicinska institutet skall stimulera och utveckla modeller för teamgemensam kunskapsutveckling både inom och mellan landstingens och kommunernas primärvård som utgår från patientens behov. Detta skall bland annat ske genom att institutet samlar erfarenheter och sprider kunskap om goda exempel på hur svåra problem har kunnat lösas genom teamarbete i svensk primärvård. I arbetet skall vård och stöd till gamla, multisjuka, psykosomatisk sjuka och invandrare särskilt prioriteras.

### Överväganden och förslag

Det familjemedicinska institutet har en unik roll i att lyfta fram teamet inom primärvården. Även om teamarbete är en väsentlig del av arbetet inom all hälso- och sjukvård är arbetet i team något som utmärker primärvården. Delvis unika förutsättningar för teamarbete skapas framför allt genom den långsiktiga relationen till patienterna där alla i teamet har god kunskap om och känner patienten oavsett om man för tillfället har en behandlingskontakt eller ej.

Det är en stor brist att det inte finns någon arena för dessa frågor och här kan det familjemedicinska institutet fylla ett tomrum. Kunskapsutvecklingen har hittills skett inom varje profession för sig och det har inte funnits någon nationell struktur för att ta tillvara och utveckla de möjligheter som ligger i att fokusera gemensam kunskapsuppbyggnad inom teamet.

Enligt utredningens mening har teamtanken haft särskilt svårt att utvecklas i kontakterna mellan kommunerna och landstingens primärvård. Både inom hemsjukvård, rehabilitering och de särskilda boendena förutsätter en god vård att olika personalkategorier fungerar som ett samverkande team över huvudmannaskapsgränserna med patientens behov i centrum. Som anges i avsnitt 9.6 finns det stora utvecklingsbehov inom detta område och det familjemedicinska institutet får en mycket viktig funktion att fylla när det gäller att stimulera och utveckla modeller för teamgemensam kunskapsutveckling över gränserna mellan kommunens och landstingens primärvård.

Enligt utredningens mening är fokus på patientens behov en viktig förutsättning för utvecklingen av teamarbetet. Teamarbetet måste byggas upp utifrån patientens behov och önskemål. Försök till att uppifrån diktera fram teamarbete t.ex. genom uttalanden om att landsting och kommun skall samarbeta eller att läkare, sköterskor, sjukgymnaster, kuratorer, undersköterskor etc. *skall* samarbeta, misslyckas ofta. Erfarenheten visar att olika former av centralt fastlagda vårdprogram sällan blir framgångsrika i det vardagliga arbetet. Det finns anledning att pröva nya former t.ex. att olika medarbetare samlas i gemensamma seminarier eller fortbildningar utifrån särskilda patientfrågeställningar t.ex. den våldsamma patienten, den förvirrade patienten, den döende patienten.

I den moderna svenska primärvården har behoven av team-samverkan blivit allt tydligare vid vård och stöd till gamla, multi-sjuka, psykosomatisk sjuka och invandrare.

- Omvårdnad, rehabilitering och behandling av de allra äldsta kräver multikompetens och bred samverkan för att de den enskilde klienten/patienten skall få den bästa vården. Många gamla vill och kan vårdas i hemmet, men det kräver att akuta insatser kan göras dygnet runt. Samverkan mellan landstingens och kommunernas personal behöver utvecklas och lokala flexibla team skapas. För äldre patienter med kroniska sjukdomar och som vårdas i hemmen eller i serviceboende, är det goda samarbetet i teamet mellan de professionella vårdgivarna som sköter om patienten av särskilt stor betydelse. Primärvården måste karakteriseras av att alla i teamet stödjer varandra och hjälper patienterna med vård och stöd på ett prestigelöst sätt utan alltför skarpa yrkesgränser. Ett utvecklat teamarbete kan utöver bättre vård till den enskilde patienten, också innebära att personalen upplever arbetet som mer positivt.

- Multisjuka är ett begrepp som syftar på de patienter som har drabbats av flera sjukdomar samtidigt. Dessa har en komplicerad medicinsk problematik som inkluderar polyfarmaci och läkemedelsinteraktioner, svårbehandlade smärtor, psykiska problem som demens och depression som försvårar kontakten, samt stora omvårdnadsbehov i det dagliga livet. Ingen enskild aktör i primärvården kan lösa deras problem, endast samverkan och gemensamma insatser från många olika medarbetare kan klara av dessa patienter.
- Psykosomatiska sjukdomar är ett modernt, omtvistat begrepp. Patienter med psykosomatiska sjukdomar finns i en ökad omfattning inom primärvården. De är ofta trötta, ledsna, oroliga och lider av "obegripliga" symptom och smärtor. Medicinska utredningar visar inga tecken på fysisk sjukdom men lidande och symptom kvarstår. Teamarbete med såväl medicinsk- som social- och beteendevetenskaplig kompetens är nödvändigt för att kunna hjälpa dessa patienter till ett bättre liv. "Utbrändhet" är den senaste i raden av dessa komplicerade tillstånd och är föremål för olika definitioner. En definition säger att "utbrändhet" kännetecknas av att individen lider av en total fysisk, psykisk och emotionell utmattning. Att det krävs olika yrkeskompetenser för att behandla dessa individer är uppenbart. Inom detta område finns det även behov av att försäkringskassans och arbetsförmedlingens tjänstemän kompletterar hälso- och sjukvårdens teamarbete. Lokala grupper för samverkan kring dessa patienter har ofta visat sig vara en effektiv arbetsmetod.
- Det nya mångkulturella Sverige ställer även det krav på "mångkompetens". Sjukdomar och sjukdomsupplevelser har starka kulturella samband. Nya, tidigare i Sverige nästan okända sjukdomar som t.ex. thalassemi, malaria och masksjukdomar ingår i dag i diagnosarsenalen i primärvården. I Sverige ovanliga språk, religioner och kulturer möter många anställda på vårdcentraler och i hemmen. Samverkan och multikompetenta team är nyckeln till framgång när de nya svenskarna skall tas om hand i vardagssjukvården.

Det familjemedicinska institutet bör genom att samla erfarenheter och sprida kunskap om goda exempel på hur svåra problem har lösts etc. och bidra till och förstärka teamarbetet i svensk primärvård. Organisationsgränser, huvudman etc. måste komma i andra hand, patienten behov och möjligheter skall vara centralt. Det



familjemedicinska institutet bör initiera och stödja kurser och seminarier där olika medarbetare i primärvården deltar och tillsammans utvecklar samarbetsmodeller och delar varandras erfarenhet kring vardagsproblemen, handläggningen av enskilda patienter och möjliga lösningar. Av särskild vikt är att dessa utvecklings- och utbildningsaktiviteter för att stärka av teamarbetet genomförs oberoende av huvudmannaskap, t.ex. bör alltid kommunala sköterskor inkluderas när det gäller vård av äldre. De traditionellt landstingsanställda medarbetarna i primärvården måste släppa sina invanda mönster och revir och välkomna den stora och viktiga kommunala primärvården i det fortsatta utvecklingsarbetet.

### 9.3 Tydliggöra förutsättningar för rekrytering

**Sammanfattande bedömning och förslag:** Utredningen gör bedömningen att det familjemedicinska institutet kan få en viktig roll i att tydliggöra de verksamhets- och innehållsmässiga förutsättningarna för att den långsiktiga personalförsörjningen skall kunna tryggas. Arbetet bör inriktas på att samla och föra ut kunskap och erfarenheter om de faktorer som kan underlätta rekrytering.

Det familjemedicinska institutet kan tillsammans med Landstingsförbundet genomföra ett utvecklingsarbete om primärvårdens plats i ST-tjänstgöringen.

Utredningen föreslår att regeringen ger de medicinska högskolorna i uppdrag att i samverkan med det familjemedicinska institutet utveckla sina kunskaper om allmänmedicin och arbete inom primärvården.

#### Överväganden och förslag

Som framgått ställer både utbyggnadsplanerna och generationsväxlingen stora krav på insatser för rekrytering om behovet av personal skall kunna tillgodoses under de närmaste åren. Rekryteringsproblemen kommer sannolikt att vara störst för allmänläkare och för sjuksköterskor samt för omvårdnadspersonal inom den kommunala primärvården.

Det är huvudmännen och verksamheterna som har det grundläggande ansvaret för rekrytering. Riksdag och regering uppmärk-

sammar ofta rekryteringsfrågorna och statliga myndigheter som Arbetsmarknadsverket och Socialstyrelsen har både i sina instruktioner och genom särskilda uppdrag också uppgifter inom detta område t.ex. när det gäller förmedlingsverksamhet, prognoser, mål och dimensionering av utbildningar. Fackliga organisationer och andra intresseorganisationer är också involverade i frågorna om rekrytering.

Praktiskt taget samtliga nämnda organisationer och myndigheter arbetar över ett bredare område än enbart primärvården. Ingen organisation har heller till uppgift att lyfta fram frågor om teamet.

Det familjemedicinska institutet kommer att vara en plats/arena där kunskap om förutsättningar och möjligheter i den framtidsinriktade primärvården samlas. En långsiktigt väl fungerande rekrytering till primärvården förutsätter att verksamheterna utvecklas så att de uppfattas som attraktiva inom hälso- och sjukvården som helhet – vilket i sig förutsätter att också arbetsmiljön inom primärvården utvecklas. Många av utredningens förslag syftar till att institutet skall stimulera och underlätta för primärvården att hamna i de goda cirkelarna där en förbättring kan leda till utveckling inom andra områden.

Institutets allmänna verksamhet kan således komma att ge goda förutsättningar för att identifiera de olika faktorer som är av betydelse för att förbättra rekryteringen. Samtidigt gäller också det motsatta – dvs. att kunskaper om olika gruppers uppfattningar om hur primärvården fungerar och om vilka förändringar som de anser nödvändiga för att de skall välja att arbeta inom den, kan användas som underlag för planeringen av institutets allmänna verksamhet. Denna modell har redan tillämpats vid den enkätundersökning till 11-terminarna i läkarutbildningen som gjorts på utredningens uppdrag (se kapitel 5).

Enligt utredningen är det naturligt att det familjemedicinska institutet arbetar med frågor om rekrytering. Syftet bör vara att tydliggöra de verksamhets- och innehållsmässiga förutsättningarna för att en långsiktig rekrytering av familjeläkare, distrikts-sköterskor och övrig personal inom primärvården skall tryggas. Detta arbete skall i första hand inriktas mot att ge underlag som kan underlätta rekrytering.

Utmärkande för personalrekryteringen är att den sker i konkurrens. Landstingen konkurrerar sinsemellan om t.ex. familjeläkarna och lokalt konkurrerar landstingens och kommunernas primärvård om t.ex. distriktssköterskorna. Utvecklingen mot

mångfald i vården innebär också att antalet lokala konkurrerande aktörer växer.

Konkurrensen är självfallet en grundläggande positiv kraft som kan stimulera och påskynda förändringsarbetet mot bättre och väl fungerande verksamhetsformer i primärvården. Samtidigt kan den leda till att utvecklingsarbetet i allt för hög grad fokuseras på den egna organisationen och att man blir mindre benägen att aktivt medverka till att de landvinningar som görs får önskvärd spridning. Institutet kan här ha en viktig roll genom att på det nationella planet lyfta fram det som är av allmänt intresse och bidra till att de positiva erfarenheterna används mer generellt.

### *Allmänmedicin i läkarutbildningen*

Specialisttjänstgöringen – ST – är den viktigaste grunden för rekrytering av blivande läkarspecialister. Mot den bakgrunden vill utredningen föra fram några iakttagelser om ST-tjänsterna.

Det var tidigare Socialstyrelsen som ansvarade för och fastställde innehållet i specialistutbildningarna. Socialstyrelsen lägger fortfarande fast målen för utbildningarna men landstingen har numera, via verksamhetschefer och studierektorer, övertagit mycket av det praktiska ansvaret för innehåll och utformning av specialisttjänstgöringarna för läkare.

I dag randutbildar sig blivande specialister i allmänmedicin c:a två år på sjukhus i olika breda kliniska specialiteter som invärtesmedicin, kirurgi, ortopedi, barnmedicin, gynekologi och öron-, näs- och halssjukdomar. Någon motsvarande tjänstgöring inom allmänmedicin i primärvården ingår inte i andra specialisters utbildning.

Syftet med den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården är att åstadkomma en grundläggande strukturförändring så att primärvården blir basen inom hälso- och sjukvården. Specialisttjänstgöringens inriktning och utformning är av stor betydelse för hur sjukvården utvecklas och det är viktigt att de speglar både dagens svenska sjukvård och framför allt de förändringar som är önskvärda.

De allt kortare vårdtiderna på 1990-talet och den starka expansionen av öppna vårdformer gör att vården av patienterna i allt högre grad är en gemensam angelägenhet för både allmänläkare och sjukhusspecialister. Mycket av den rehabilitering som förr

skedde inom sjukhusen ges nu i öppna vårdformer. Många behandlingar som påbörjas inom den slutna vården fullföljs nu inom primärvården. Behandlingsplaneringen, behovet av information m.m. har i ökande grad blivit frågeställningar som är gemensamma för primärvården och sjukhusen.

Kvalitetsbrister i samverkan mellan sjukhusen och primärvården har varit mycket omdiskuterade under senare år. Ett orsak till dessa kvalitetsproblem kan vara att förändringarna i sjukvårdsstrukturen inte har fått någon avspeglning i uppläggning och inriktning av läkarutbildningen. De läkare som utbildas för arbete inom sjukhus får i dag inom utbildningens ram mycket begränsad kunskap om primärvårdens möjligheter och förutsättningar.

De blivande sjukhusläkarna måste få betydligt större kunskaper och erfarenheter från primärvård om den skall kunna utvecklas till basen inom hälso- och sjukvården. Den enkätundersökning bland 11:e-terminare som genomförts på utredningens uppdrag visar med stor tydlighet att studenterna uppfattar att det finns negativa attityder till arbete inom allmänmedicin både bland handledare/lärare och de yrkesverksamma kollegorna. Dessa attityder och förhållningssätt är av stor betydelse eftersom båda dessa grupper är viktiga förebilder för de studerande. Särskilt viktiga är de för de unga studenter som inte har några andra erfarenheter av sjukvård att falla tillbaka på än dem som formats av utbildningen. Betydelsen av att de studerande får större kunskaper om och mer erfarenhet av primärvård understryks av att 11:e-terminarna anger att den egna praktiken i primärvården varit den faktor som mest positivt påverkat deras syn på primärvården.

Enligt utredningens mening är det önskvärt att blivande sjukhusläkare ges minst sex månaders randutbildning i primärvården. Detta skulle bidra till att blivande sjukhusläkare fick en bredare medicinsk bas i sin utbildning och framför allt bättre kunskap om hur vården av patienter sker i primärvården – dess förutsättningar och möjligheter. Vårdkedjan för den enskilde patienten skulle stärkas liksom samarbetet mellan sjukhusen och primärvården i landsting och kommuner.

För primärvården skulle införandet av sådan sex månaders randutbildning för sjukhusspecialister få flera positiva effekter. Primärvården skulle tillföras läkararbetskraft i storleksordningen 200 årsarbeten och samtidigt ges förbättrade möjligheter till samarbete/samplanering med sjukhusen. Om en del av tjänstgöringen förläggs till den kommunala primärvården skulle de

blivande läkarnas kunskap om värden inom t.ex. särskilda boenden kunna ökas.

Vidare skulle mer jämbördiga villkor skapas i konkurrensen om de unga läkarna. Dt sker i dag inte sällan avhopp från ST-tjänster i allmänmedicin till sjukhusen i samband med randutbildningar på sjukhusen. Dessa ST-läkare blir "rekryterade" under sjukhustjänstgöringen. Med motsvarande randutbildningar i primärvården för sjukhusens ST-läkare skulle dessa kunna "rekryteras" av primärvården. Dessutom stärks allmänmedicinens ställning i svensk sjukvård om landstingen inkluderar randutbildning inom primärvården i specialistutbildningarna för de breda sjukhusspecialiteterna.

Enligt vad utredningen förstår finns inga skäl som talar emot att förlägga t.ex. sex månaders randutbildning inom primärvård för ST-tjänster som är inriktade mot de breda sjukhusspecialiteterna. Snarare är det tvärt om så att det finns både medicinska och kvalitativa skäl som talar för att en sådan förändring. En möjlighet kan vara att det familjemedicinska institutet i samverkan med Landstingsförbundet utvecklar idéer och modeller för hur utbildningen kan utformas.

Enligt utredningens mening är den negativa inställningen till allmänmedicin i läkarutbildningarna ett allvarligt problem (se kapitel 5). Även om inte alla läkare skall bli allmänläkare är det utomordentligt viktigt att de ansvariga i läkarutbildningen förmedlar en positiv inställning till primärvården. Det är också av stor betydelse att man i utbildningen uppmuntrar studenterna till att bli allmänläkare eller åtminstone att studenterna uppfattar utbildningen som neutral i förhållande till allmänmedicin.

Universiteten och högskolorna har stor frihet vid utformningen av sina utbildningar. Denna frihet skall man slå vakt om. Med tanke på att medicinstudenternas syn på allmänläkaryrket i hög grad påverkats positivt av praktiktjänstgöringen inom primärvården kan man anta att bristande kunskap om arbetet i primärvården hos lärare och handledare är en orsak till de negativa attityder som studenterna uppfattar finns till allmänmedicin.

Mot ovan givna bakgrund föreslår utredningen regeringen att ge de medicinska högskolorna i uppdrag att i samråd med det familjemedicinska institutet upprätta program inom vilka verksamma inom högskolorna kan utveckla sina kunskaper om allmänmedicin och arbetet inom primärvården. Utredningen anser att

frageställningen är av stor vikt och att regeringen uppmärksammar frågan ges så att arbetet kan starta under våren 2002.

#### 9.4 Primärvårdens arbetsmiljö

**Sammanfattande bedömning:** Det är av avgörande betydelse att arbetsmiljön i den svenska primärvården kan utvecklas. Det familjemedicinska institutet bör ha en aktiv roll i att samla och sprida kunskap om goda arbetsmiljöer och om vilka faktorer som bidrar till eller hämmar utvecklingen av sådana. Enligt utredningens mening bör primärvården utvecklas mot att verksamheterna ges en högre grad av självständighet, i form av enskilda entreprenader eller inom ramen för landstingens och kommunernas verksamhet.

#### Överväganden och förslag

I enlighet med direktiven skall ett mål för det familjemedicinska institutet vara att skapa förutsättningar för att landstingens och kommunernas primärvård att utvecklas till en dynamisk och utvecklande arbetsmiljö för alla personalkategorier.

Den enkät som utredningen genomfört bland de studerande på läkarlinjens 11:e termin visar att studenterna uppfattar att brister i arbetsmiljön – i form av hög arbetsbelastning, stress m.m. – är det mest utmärkande för primärvården. En annan negativ faktor som lyfts fram är att man uppfattar arbetet som ensamt.

Positiva faktorer i arbetsmiljön som studenterna pekar på är omväxlande arbetsuppgifter och bra arbetstider. Samarbetet med vårdgrannarna lyfts också fram som en positiv aspekt när det fungerar bra, men när samarbetet inte fungerar bidrar det till en negativ upplevelse av arbetsmiljön. Vid en jämförelse mellan hur studenterna å ena sidan uppfattar allmänläkaryrket och vad de å den andra sidan anser vara viktigt när de skall välja tjänstgöring efter avslutad AT framgår att möjligheterna att själv kunna lägga upp och utföra det dagliga arbetet uppfattas vara allt för små i dagens primärvård. Omväxlande arbetsuppgifter liksom möjligheten att arbeta i team tillsammans med kollegor och andra yrkesgrupper uppfattas som positivt i allmänläkaryrket och är av betydelse för yrkesvalet.

Resursförstärkningarna i enlighet med nationella handlingsplanen kan ge de grundläggande förutsättningarna för en bättre arbetsmiljö. Sannolikt är dock ökade resurser inte en tillräcklig förutsättning. Avtalen, dvs. uppdragsbeskrivningarna för verksamheterna, behöver utvecklas och institutet kan här ha en viktig roll i att samla och sprida kunskap som underlag för den lokala diskussion som avtalen måste bygga på. Att samla och utbyta kunskap om organisation och ledarskap blir också uppgifter för det familjemedicinska institutet i detta sammanhang.

Utvecklingen mot mångfald ger nya förutsättningar för primärvården som bör tas tillvara på bästa möjliga sätt. Det finns behov av att kunskaper om exempelvis olika organisationsmodeller samlas och sprids. Utredningen vill betona att det system med återkommande upphandling, som nu tillämpas i flera landsting, varken gynnar arbetsmiljön eller verksamheten. Det finns en risk att den långsiktiga relationen med patienterna bryts. Om entreprenadavtalen endast sträcker sig över något eller några år ges inte den trygghet som behövs för att personliga relationer med patienter och vårdgrannar skall kunna byggas upp. Erfarenheter i utlandet visar att avtalen inom den familjemedicinska verksamheten måste läggas upp så att de gynnar kontinuitet i kontakterna mellan vårdgivaren och patienten och uppmuntrar personalen att se långsiktigt på verksamheten – gärna över decennier. Upphandlingar kan således motverka att de långsiktiga relationer som enligt propositionen om den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården skall karakterisera familjeläkarens och distriktssköterskans verksamhet (prop. 1999/2000:149, s. 26).

Hur arbetsmiljön utvecklas blir avgörande för om man skall lyckas rekrytera ung entusiastisk och kompetent personal till svensk primärvård. Det generationsskifte vi står inför kan också innebära att andra frågor än tidigare kommer att vara viktiga. Det är också viktigt att den personal som redan arbetar inom primärvården upplever att arbetsmiljön förbättras så att de inte väljer att sluta i förtid.

Det är av stor betydelse att frågorna om arbetsmiljön uppmärksammas utifrån en bred ansats. Via enkäter, intervjuer, seminarier och diskussioner kan kunskapen fördjupas om hur en attraktiv och väl fungerande arbetsmiljö skapas. Givetvis bör exempel på vårdcentraler, mottagningar och arbetsteam som fungerar väl bli utgångspunkt för analys och diskussion. Från sådana erfarenheter kan det konkretiseras hur arbetsmiljön kan utvecklas.

Via intervjuer och diskussioner med personal som lämnar primärvården kan man ta reda på varför de slutat arbeta inom primärvården eller valt att arbeta inom uthyrningsföretag. Sannolikt är den dåliga arbetsmiljön huvudorsaken till avgångarna i många fall. Det familjemedicinska institutet kan bidra i analysen av orsakerna till avgångarna. En målsättning kan vara att huvudmännen intervjuar så många som möjligt av dem som slutar i svensk primärvård de kommande åren eller att dessa på annat sätt får redogöra för sina erfarenheter och skälen till avhoppet eller valet att övergå till uthyrningsföretag. Institutet bör verka för att sådan och annan kunskap om frågorna om arbetsmiljön samlas och sprids på ett systematiskt sätt.

Erfarenheter i Sverige visar att verksamheter som givits en hög grad av självständighet – antingen som enskilda entreprenörer eller i annan form – ofta har lyckats skapa en kreativ och god arbetsmiljö. Den pågående utvecklingen av mångfald i svensk primärvård kan komma bidra till att utveckla arbetsmiljön i primärvården. Småskalighet, småföretagande och lokalt ansvar är uppenbarligen väsentliga när en väl fungerande och god primärvård ska byggas upp. Också erfarenheter från utlandet talar entydigt för detta. En djupgående och konsekvent decentralisering också inom den primärvård som drivs av landstingen och kommunerna är en viktig möjlighet i arbetet med att skapa goda arbetsmiljöer i primärvården. Ägarförhållandet har sannolikt inte någon avgörande betydelse för arbetsmiljön. Lokal självständighet och lokalt inflytande är kanske den avgörande faktorn i detta sammanhang. Det familjemedicinska institutet bör dokumentera och sammanställa svenska och utländska erfarenheter som underlag för arbetet med arbetsmiljön i primärvården skall bli attraktiv, stimulerande och väl fungerande.

## 9.5 Vård av äldre

**Sammanfattande bedömning:** Vård av äldre kommer att vara något av ett huvuduppdrag för den familjemedicinska verksamheten kommande decennier och det familjemedicinska institutet bör ha ett allmänt uppdrag att följa utvecklingen på området. Innehållet i vården och organisationsfrågor bör uppmärksammas av institutet. Särskilt bör frågor om den vård som ges i patientens bostad uppmärksammas. En särskild arbetsgrupp



inom institutet bör följa äldrefrågorna med uppdrag att ta de initiativ om kunskapsutveckling som kan vara motiverade.

### Överväganden och förslag

Även om vi under det närmaste åren kommer att ha en förhållandevis gynnsam åldersutveckling i den meningen att antalet äldre med stora vårdbehov inte ökar i samma takt som under tidigare decennier är vården av äldre en ödesfråga inför framtiden. När de stora 40-talistgenerationerna når de åldrar där vårdbehoven ökar kommer hälso- och sjukvården att utsättas för stora påfrestningar. Primärvården måste då ha hittat sin funktion som basen i hälso- och sjukvården och de vårdsökande måste vara väl införstådda med att primärvården har denna funktion.

Vård av äldre är redan i dag en dominerande del av primärvården. Syftet med den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården är att minska den nuvarande obalansen mellan primärvårdens resurser och dess åtagande bl.a. inom äldreområdet. Det finns därmed två viktiga utgångspunkter för det familjemedicinska institutets arbete inom äldreområdet. Dels måste ett långsiktigt förändringsarbete påbörjas med syfte att förbereda primärvården inför de krav den måste leva upp till i ett längre perspektiv. Dels behöver de mer näralliggande frågorna om hur de nya resurser som tillförs under de närmaste åren kan användas för att utveckla vården av äldre fokuseras.

Som framgår av avsnittet 9.6 om kommunernas primärvård finns behov av att särskilt belysa hur det familjemedicinska institutet skall arbeta gentemot den kommunala hälso- och sjukvården. Att dessa oklarheter kan redas ut är viktigt för att vården av äldre skall kunna utvecklas. Samtidigt kan konstateras att det också inom landstinget finns oklarheter i vården av äldre med stora och omfattande vårdbehov. Förändringen mot kortare vårdtider på sjukhus och mot att en allt större del av vården sker i öppna vårdformer har inte fått den uppmärksamhet som utvecklingen motiverar. Snarare är det tvärt om så att vissa av de strukturförändringar som skett inom primärvården har försvärat arbetet med de äldre som har stora vårdbehov.

Utvecklingen från områdesansvar till ett listsystem innebär att antalet samverkansparter för bl.a. familjeläkaren och distriktsköterskan i vården av äldre ökar starkt. Eftersom många äldre inte

själva kan ge för behandlingen nödvändig information leder de kortare vårdtiderna och utvecklingen mot att allt fler vårdgivare är involverade till att det ställs allt högre krav på informationsöverföring m.m. Det kan hävdas att bristen på samverkan och informationsöverföring är det viktigaste kvalitativa problemen inom svensk hälso- och sjukvård. Ett annat problem utgörs av att de krav på ökad tillgänglighet till primärvården som framförts i många landsting kan tränga undan de äldre som har behov av sådana omfattande vårdinsatser som inte kan tidsplaneras.

Brister i läkarinsatserna i särskilt boende har varit ett återkommande tema i ett stort antal rapporter om vård av äldre. I och med genomförandet av Ädelreformen övergick i de flesta fall ansvaret för läkarinsatserna vid sjukhemmen från särskilt anställda geriater till de allmänläkare som arbetar vid en näraliggande vårdcentral. Resurserna ökade dock inte i motsvarande grad och framför allt har resurserna inte följt med den snabbt ökande vårdtyngden inom de kommunala äldreboendena.

Både landstingen och kommunerna behöver utveckla primärvårdens organisation så att den bättre motsvarar de krav som bör ställas på vård av äldre med omfattande behov. I enlighet med det utvecklingsavtal som den nationella handlingsplanen grundar sig på skall landstingen och kommunerna prioritera dessa frågor de närmaste åren. Det familjemedicinska institutet bör kunna ha en viktig roll när det gäller att samla och sprida kunskap om olika organisatoriska frågor i vården av äldre.

Exempel på frågor som bör uppmärksammas är hur fasta rutiner för samverkan kan etableras på ett sätt som motsvarar dem som t.ex. finns på en vårdavdelning. Också frågor om sekretess bör tas upp.

Organisationsfrågor m.m. i vården av äldre är alltså ett område som bör uppmärksammas i institutets arbete. Samtidigt kan konstateras att detta område trots allt ägnats förhållandevis stor uppmärksamhet om man jämför med frågorna om det medicinska innehållet i insatserna till äldre patienter med stora vårdbehov. Hemsjukvård i form av att distriktssköterskan och läkaren besöker sin patient i bostaden – både ordinär och särskild – är grundläggande i sammanhanget. Antalet hembesök av läkare har minskat under senare år. Socialstyrelsen konstaterar i sin redovisning av äldreuppdraget (se avsnitt 3.2.1) att

Vård i hemmet är en kunskapsmässig gräzon som hittills huvudsakligen definierats och redovisats efter organisationsform, konsum-

tion och personalens bakgrund snarare än vårdtagarnas behov. Hemvårdens teorigrund är närmast obefintlig.

Ett annat område som brister enligt Socialstyrelsen är läkemedelsanvändningen hos äldre – både i särskilt och eget boende. Problem gäller såväl förskrivningens omfattning inklusive riskerna för interaktion mellan läkemedel som själva hanteringen av läkemedlen.

I sitt slutbetänkande Världig vård vid livets slut (SOU 2001:6) konstaterar Kommittén om vård i livets slutskede att det finns behov av att utveckla den palliativa vården inom primärvården. Utredningen anser att det inom varje primärvårdsområde, kommundel eller motsvarande behöver ges särskild utbildning i palliativ vård till särskilda resursteam som skall stödja den reguljära verksamheten.

Sammanfattningsvis kan utredningen konstatera att vård av äldre med stora vårdbehov är en ödesfråga i samhället i stort – både de närmaste åren och i ett längre perspektiv. För primärvården är äldreuppdraget något av ett huvuduppdrag och detta accentueras under kommande år. Samtidigt visar analyser att insatserna för utveckling både av innehåll och organisation är otillräckliga i förhållande till behovens omfattning.

Utredningen föreslår att frågor om primärvård för äldre med stora vårdbehov bör vara ett område som det familjemedicinska särskilt skall prioritera i sitt arbete med kunskap och kunskaps-spridning. Institutet bör ha en särskild arbetsgrupp som kan uppmärksamma olika kunskapsbehov. I arbetsgruppen bör ingå representanter för de olika yrkeskategorier som är aktuella inom landsting och kommun.

Det familjemedicinska institutet bör särskilt analysera frågan om vård i den enskildes bostad och verka för att den kunskap som finns inom området – både nationellt och internationellt – sprids. Om institutet identifierar kunskapsluckor eller andra angelägna utvecklingsbehov bör det ta initiativ till att utvecklingsarbeten påbörjas.

## 9.6 Kommunernas primärvård

<p><b>Sammanfattande bedömning och förslag:</b> Det finns stora behov av kunskapsutveckling och kunskaps-spridning inom den kommunala primärvården. Det familjemedicinska institutet bedöms kunna fylla en viktig roll för den kommunala hälso- och</p>
---

sjukvården. Utredningen har dock på den korta tid som stått till förfogande inte kunnat utarbeta ett förslag till hur det familjemedicinska institutet bör arbeta gentemot den kommunala primärvården.

Utredningen föreslår därför att det familjemedicinska institutet ges i uppdrag att skyndsamt belysa hur institutets inriktning mot kommunernas primärvård skall utformas.

## Överväganden och förslag

Som en del av utredningens uppdrag ingår att föreslå hur det familjemedicinska institutet skall fungera som ett centrum för kunskapsutveckling och kunskapsspridning för den personal som arbetar inom den kommunala primärvården.

Kommunerna har förhållandevis sent fått ett ansvar för hälso- och sjukvård – genom Ädelreformen år 1992 och genom Psykiatireformen år 1995 (se avsnitt 2.2 och 3.2.1). I riksdagsbeslutet i anslutning till proposition 1994/95:195 lades fast att all kommunal sjukvård skall ses som en del av primärvården.

Ett syfte med båda reformerna var att starkare markera de sociala aspekterna i vård och stöd av äldre och funktionshindrade och att skapa bättre förutsättningar för samordning mellan de sociala och medicinska insatserna. De sociala frågorna har också uppmärksamats och fått en ganska framskjuten plats i de redovisningar som gjorts av Socialstyrelsen (se avsnitt 3.2.1). Allmänt konstateras emellertid att det finns stora brister i det medicinska omhändertagandet. Trots det har det enligt vad utredningen kunnat notera inte närmare kartlagts eller lagts fram mer konkreta förslag om hur den anställda personalen skall kunna upprätthålla en medicinsk kompetens som motsvarar de krav som patienternas behov motiverar.

Utredningen har under den korta tid som stått till förfogande inte kunnat skaffa sig någon heltäckande bild av frågorna om den medicinska kunskapen och kunskapsutvecklingen för den personal som arbetar inom den kommunala primärvården. Avsaknaden av konkreta förslag och praktiska initiativ som relaterar till de problem som redovisas angående det medicinska omhändertagandet ger dock tillsammans med de synpunkter som framförts av de personalrepresentanter som ingått i utredningens referensgrupp bilden av att det finns omfattande utvecklingsbehov.

Den medicinska frågeställning som mest uppmärksammats är läkarinsatserna inom de särskilda boendena. Den har främst diskuterats från resurssynpunkt varvid framhållits att landstingen inom detta område inte har tagit det ansvar de har enligt hälso- och sjukvårdslagen. Vissa åtgärder har dock vidtagits. Som exempel kan nämnas det för Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet gemensamma projektet "Läkarmedverkan inom kommunal vård och omsorg för äldre".

Allmänt sett har frågor om kompetensförsörjning, fortbildning, kunskapsutveckling, forskning m.m. inom äldreomsorgen ägnats stor uppmärksamhet under senare år. Genom besluten i anslutning till den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken har staten för åren 1999–2001 avsatt sammanlagt 208 miljoner kronor till fortbildning. Medlen kan dock inte användas för fortbildning av medicinsk eller omvårdande personal utan är reserverade för arbetsledare.

Inom ramen för handlingsplanen för äldrepolitiken har regeringen för åren 1999–2001 avsatt totalt 60 miljoner kronor för forskning om äldre och åldrande och i den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården har ytterligare 60 miljoner kronor reserverats för dessa ändamål under åren 2002–2004.

Enligt utredningens bedömning har fokuseringen på de sociala behoven i äldreomsorgens förändring kommit att leda till att det medicinska kunskapsinnehållet inom äldreomsorgen inte fått den plats som de äldres behov motiverar. Det medicinska innehållet i äldreomsorgen har integrerats i en verksamhet som till övervägande del utgår från ett annat perspektiv och som har en annan kultur än den medicinska. Detta förfaller ha haft till effekt att den kommunala primärvården i hög grad kommit att ställas utanför den huvudfåra för medicinsk kunskapsutveckling som finns inom landstingens verksamheter. Problemen understryks av att antalet anställda inom varje lokal verksamhet och yrkesgrupp är relativt litet och att det därför kan vara svårt för den enskilda kommunen att uppmärksamma kompetens- och utvecklingsbehoven inom varje grupp.

Utredningen anser att en verksamhet med den form som det familjemedicinska institutet föreslås få kan spela en mycket viktig roll när det gäller att stimulera för landstingens och kommunernas primärvård gemensam kunskapsuppbyggnad. Med den tid som stått till utredningens förfogande har det dock inte varit möjligt att

närmare beskriva hur ett sådant arbete kan bedrivas eller lägga förslag om det.

De personalgrupper som har en högskoleutbildning inom det medicinska fältet utgör målgrupper för det familjemedicinska institutets verksamhet. Till målgrupperna hör också övriga yrkesgrupper som arbetar i primärvården och som utför arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård med stöd av delegation. Det totala antalet vårdbiträden och undersköterskor i kommunernas äldre- och handikappomsorg uppgår till ca 160 000 personer. De allra flesta utför hälso- och sjukvårdsuppgifter på delegation från legitimerad personal. Naturligtvis behöver även arbetsledare och administratörer goda kunskaper om hälso- och sjukvård. De teamutbildningar m.m. som institutet kommer att utveckla formerna för kan bidra till en mycket angelägen höjning av kompetensen inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Ett av huvudproblemen inom den svenska hälso- och sjukvården är att samverkan mellan kommunernas och landstingens primärvård och mellan primär- och sjukhusvården inte fungerar tillfredsställande. Det finns sannolikt en mycket stark värdegemenskap mellan alla som arbetar inom hälso- och sjukvårdens olika delar som bl.a. bygger på en vilja av att kunna använda alla tänkbara kunskaper till patientens bästa. Denna värdegemenskap måste tas tillvara bättre i framtiden.

Det familjemedicinska institutet kan bidra till att utveckla samarbetet utifrån ett lokalt perspektiv. Gemensamma utbildningar och gemensamma insatser som fokuserar på kunskap och kunskaps-spridning är en väg att hitta andra och mindre konfliktladdade former för möten och kontakter mellan alla som är professionellt engagerade i vården av samma patienter. Utredningen föreslår att det familjemedicinska institutet ges i uppdrag att närmare klargöra hur en gemensam lokal kunskapsutveckling för bl.a. landstingens och kommunernas primärvård skall stimuleras. Utgångspunkten för arbetet bör vara att identifiera de delar av kunskapsutvecklingen som lämpligen bör ingå i det familjemedicinska institutets arbete.

## 9.7 Information till befolkningen

**Sammanfattande bedömning och förslag:** Information till befolkningen om primärvårdens - den familjemedicinska verksamhetens - nya möjligheter är en väsentlig del av handlingsplanens genomförande och institutet bör stödja landstingen och kommunerna i de uppgifter de åtagit sig inom detta område. Institutet bör medverka till att utveckla den lokala information till befolkningen.

### Överväganden och förslag

En förutsättning för att primärvården skall utvecklas till basen inom hälso- och sjukvården är att befolkningen väljer att använda primärvården som första instans. Majoriteten av den äldre befolkningen med sammansatta sjukdomar gör det redan i dag. I de delar av landet där primärvården svarar för det dominerande utbudet av hälso- och sjukvård intar primärvården naturligt rollen som första linjens sjukvård. Även om primärvården under senare har fått en allt starkare ställning också i storstäder och universitetsorter ser långt ifrån alla den där som det självklara förstahandsvalet. Det finns en spridd uppfattning att det är en rättighet att söka den specialist man vill och att även den specialiserade hälso- och sjukvården bör fungera som första instans.

Uppfattningarna om olika vårdformer speglar i hög grad de erfarenheter som den enskilde haft i sina och närståendes kontakter med hälso- och sjukvården. Attityderna har påverkats av att det, samtidigt som resurserna inom primärvården varit otillräckliga, har funnits ett omfattande utbud av annan öppen hälso- och sjukvård med god tillgänglighet och hög kvalitet. Primärvårdens dilemma är att den har den dubbla funktionen i att både fungera som akut- och mottagningsverksamhet och att de akuta insatserna inte alltid kan planeras så att tillgängligheten svara mot önskemålen.

Information om primärvården till befolkningen är ett tämligen utvecklat område. Primärvården haft bristande resurser och det har därför inte varit lämpligt att genom information skapa förväntningar som inte kan infrias. Resursförstärkningarna i samband med genomförandet av den nationella handlingsplanen kan komma att förändra situationen i grunden. Information kommer att ha en

viktig funktion för befolkningens attityder och mönster för att söka vård förändras i takt med att resurserna byggs ut.

Information till allmänheten har uppmärksammats i den nationella handlingsplanen och i utvecklingsavtalet där sjukvårdshuvudmännen åtagit sig att svara för att alla invånare får tillgång till information om primärvården – valmöjligheter, tillgänglighet och funktion. Det är sjukvårdshuvudmännen som har det praktiska ansvaret för information till befolkningen. Det familjemedicinska institutet skall stödja huvudmännen i detta arbete. Bl.a. bör de insatser som institutet föreslås göra för att tydliggöra den familjemedicinska verksamhetens värdegrund, innehåll m.m. bidra till att förbättra informationen till befolkningen.

Ett problem vid genomförandet av den nationella handlingsplanen är att primärvården inte kommer att kunna byggas ut i samma takt på alla håll i landet samtidigt. Allmänheten kan t.o.m. komma att få den uppfattningen att problemen inom primärvården ökar i samband med att handlingsplanen genomförs. Över hela landet kommer landstingen samtidigt att inleda en omfattande rekrytering av personal till primärvården. Den initiala effekten blir sannolikt att de vårdcentraler som redan har en förhållandevis god verksamhetssituation lyckas knyta nya läkare, distriktssköterskor och andra yrkesgrupper till sig. Samtidigt riskerar andra vårdcentraler att hamna i en ond cirkel som innebär att personal flyr från en allt tyngre verksamhet. Det finns flera exempel på att denna process redan startat och den kommer att förstärkas när fler landsting och kommuner försöker genomföra resursförstärkningarna.

Under handlingsplanens inledande år riskerar vi alltså att få minst två olika primärvårdar i landet. En som snabbt kan utveckla sina arbetsformer och service till befolkningen och en som inledningsvis kan hamna i en krissituation med allvarliga problem med att över huvud taget kunna upprätthålla sin service. Erfarenheterna visar att medier och den allmänna debatten i hög utsträckning fokuserar på problem och kriser medan den positiva utvecklingen ofta inte uppmärksammas över huvud taget. Här bör det familjemedicinska institutet tillsammans med andra organ ha en viktig roll i att försöka nyansera problembilderna och föra ut information om den positiva utvecklingen.



## 9.8 Det familjemedicinska institutets hemsida

**Sammanfattande bedömning:** Det familjemedicinska institutet bör prioritera arbetet med att bygga upp en hemsida. Hemsidan bör fungera som en mötesplats för alla som är intressenter inom den svenska primärvården. Hemsidan skall rikta sig till det familjemedicinska teamet, till massmedia, till sjukvårdens arbetsgivare, till studerande och till allmänheten.

### Överväganden och förslag

Att bidra till att kunskap görs lätt tillgänglig blir en huvuduppgift för det familjemedicinska institutet. Något som utmärker primärvården är att den bedrivs i en decentraliserad form. Det finns totalt ca 1 500 mottagningar inom landstingets primärvård. I kommunerna finns ett stort antal särskilda boenden samt många enheter för hemsjukvård och rehabilitering. Den decentraliserade verksamhetsformen skapar särskilda behov och förutsättningar för kommunikation och erfarenhetsutbyte. Att primärvården i hög grad karakteriseras av ensamarbete ställer också särskilda krav. Den moderna teletekniken har genom Internet revolutionerat möjligheterna till ömsesidig kommunikation. Hälso- och sjukvården har redan – och kommer framför allt att få – stor nytta av de tekniska landvinningarna. Inte minst gäller detta för primärvården i de mer glesbefolkade delarna av landet.

En hemsida på Internet ger möjlighet att snabbt och enkelt sprida information och kunskap. Den kan fungera som en mötesplats för alla verksamma inom primärvård. Genom dess interaktiva möjligheter skapas förutsättningar för ömsesidig dialog och debatt.

Den viktigaste målgruppen för det familjemedicinska institutets hemsida blir de yrkesgrupper och studenter som är verksamma inom landstingens och kommunernas primärvård. Men hemsidan kan också vara av värde för allmänheten och massmedier.

Hemsidan ska i design, innehåll och språk ge uttryck för visionen för den familjemedicinska verksamheten och tydliggöra dess idé och kärna. Ett syfte med hemsidan bör vara att förstärka och utveckla yrkesidentiteten. Ett annat syfte kan vara ge allmänheten/patienterna en tydlig och intresseväckande bild av den familjemedicinska verksamheten.

Hemsidan bör ha en professionell del som är lösenordsskyddad och en del öppen för allmänheten. I den professionella delen

- skall man kunna hämta och dela med sig av kunskap inom varje yrkesgrupp,
- skall samarbetet stärkas mellan olika yrkeskategorier och utveckla teamarbetet,
- skall man kunna knyta och hålla kontakt mellan vårdpersonal och studenter,
- skall det finnas ett utbud för fortbildning och kvalitetsutveckling.

Vidare kan det ingå Internetbaserade verktyg för beslutsstöd i vardagsarbetet. Det bör också vara möjligt att via hemsidan ta/få hjälp av kolleger, och/eller medlemmar ur andra yrkeskategorier, för att lösa konkreta patientfall. Fria och moderatorledda diskussionsforum bör utvecklas som kan ge möjlighet till interaktiva moment. Lärandet över yrkesgränser och utveckling av teamets gemensamma arbetsformer bör stimuleras via hemsidan.

Andra möjligheter ligger i att resultat av undersökningar och riktlinjer baserade på kunskapsbaserad medicin, t.ex. från Cochraneinstitut och SBU, kan presenteras. Institutet kan ha en viktig roll i urvalet av rapporter så att utbudet kan relateras till vad som kan tillämpas och konkretiseras inom den familjemedicinska verksamheten. För att effektivisera utbildningarna och stärka kontakten med studenter och med dem som deltar i vidareutbildning kan utbildningsmoment som utförs via hemsidan utvecklas i samarbete med universitet och högskolor. Studenter kan t.ex. via hemsidan erbjudas en fadder som man kan kommunicera med.

Den professionella delen kan också innehålla fortbildningskurser och länkar till andra bra ("ackrediterade") fortbildningsmöjligheter. Registrering av poäng i ett ev. framtida system för fortbildning är också en möjlighet. Anmälning-/antagningsprocedurer till olika fortbildningar kan ske via hemsidan. Hjälpmedel för kvalitetsutveckling kan skapas och hemsidan bör innefatta länkar till användbara kvalitetsinstrument.

Det familjemedicinska institutets hemsida bör utformas så att allmänhet och massmedier kan få söka kunskap om vad den familjemedicinska verksamheten kan göra "för dig och din familj".

Däremot bör den inte behandla frågor eller råd om sjukdomar och hälsoproblem. Detta bör skötas av den enskilda familjeläkaren och distriktssköterskan eller andra hemsidor som utformats för sådana ändamål. Det finns emellertid behov av utveckla en funktion som kan förklara och tydliggöra vad familjemedicinen är och vad den har att erbjuda – att beskriva det som är unikt och intressant.

En annan funktion för det familjemedicinska institutets hemsida kan också vara att skapa förutsättningar för att snabbt ge synpunkter på aktuella hälso- och sjukvårdsfrågor i ett familjemedicinskt perspektiv. Det kan röra sig om sådant som kommit upp i den allmänna debatten och där det finns behov av kommentarer, t.ex. larmrapporter av olika slag. Osaklig kritik eller missuppfattningar kan bemötas.

En ytterligare funktion kan ligga i att sprida 'goda nyheter' och rapporter med positiva exempel och händelser inom primärvården. Hemsidan kan utvecklas till att fungera som ett slags familjemedicinens telegrambyrå. Vidare kan resultat av undersökningar och riktlinjer baserade på vetenskaplig grund presenteras på ett för allmänheten intresseväckande sätt.

## 9.9 Närsjukvård

<p><b>Sammanfattande bedömning:</b> Enligt utredningens bedömning kan det förändringsarbete med närsjukvård som bedrivs i en del landsting vara en viktig plattform för att påskynda processen mot att primärvården utvecklas till att bli basen inom hälso- och sjukvården. Det familjemedicinska institutet bör följa utvecklingen och samla och sprida kunskaper om närsjukvården.</p>
---

### Överväganden och förslag

Begreppet närsjukvård används i ett antal landsting för att beskriva en delvis ny inriktning av förändringsarbetet inom hälso- och sjukvården. Den grundläggande idén är att en så stor del av vården som det är möjligt och lämpligt skall förmedlas i ett sammanhang som patienten upplever vara "nära" eller lokalt. Bassjukvård och kärnsjukvård är andra begrepp som också används för att beskriva i huvudsak samma inriktning och i många fall innefattar närsjuk-

vården ett utvecklat samarbete med kommunerna, försäkringskassan, apoteken m.fl.

I Stockholms läns landsting ansvarar de olika sjukvårdsområdena för det praktiska arbetet och närsjukvården har olika inriktning i olika delar av landstinget. I en rapport till landstingets Hälso- och sjukvårdsnämnd (Närsjukvård i Stockholms län 2000-05-23) har dock angivits vissa allmänna principer för närsjukvårdens utveckling. I enlighet med dessa skall husläkarmottagningarna med den verksamhet som bedrivs av husläkarna och distriktssköterskorna vara kärnan i närsjukvården. Inom ramen för närsjukvården skall samverkan utvecklas med bl.a. barn- och ungdomsvården, äldre- vården, psykiatrins öppenvård, missbruksvården, rehabiliteringen och specialistmottagningarna. Närsjukvården skall skapa förutsättningar för bättre hälsa för befolkningen genom satsningar på hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande och sjukvårdande insatser inom samtliga i närsjukvården ingående verksamheter. Den skall skapa bättre förutsättningar för forskning, utveckling och utbildning utifrån ett lokalt perspektiv. Ett mål är att patienten endast skall behöva uppsöka akutsjukhus för slutna vård eller viss högspecialiserad vård. I samverkan mellan närsjukvårdens olika delar skall tillgängligheten anpassas till befolkningens behov och patienten snabbt få diagnos och behandling. Närsjukvården skall fungera som ett vårdnätverk med ansvar för ca 20 000–50 000 invånare där det skall räcka med en kontakt för att slussas till rätt instans. Husläkarvården skall enligt rapporten ges ett tydligt uppdrag att medverka i styrning av det lokala utbudet och i uppföljningen av närsjukvården.

Regionstyrelsen i Skåneregionen har i rapporten Skånsk livskraft vård och hälsa (2001-02-01) redovisat vissa utgångspunkter för närsjukvården i Skåne. Närsjukvården skall enligt rapporten stå för grundtryggheten i hälso- och sjukvården. Det läggs fast att primärvården är basen i närsjukvården och att en av de viktigaste uppgifterna för familjeläkaren och övriga yrkeskategorier i primärvården är att ansvara för kontinuitet och sammanhang i vården samt fungera som vägledare för patienten. Inom ramen för närsjukvården skall samarbetet mellan primärvården och övrig specialistvård samt med den kommunala hälso- och sjukvården utvecklas. För att förbättra servicen skall det inom närsjukvården erbjudas öppen vård inom ett stort antal olika specialiteter. Det anges att närsjukvårdsidén skall vara utgångspunkten då regionen planerar

för att uppfylla avtalet om utvecklingsinsatser inom vården och omsorgen för åren 2002–2004.

Motsvarande förändringsarbete pågår bl.a. i Östergötlands läns landsting, Landstinget Dalarna, Gävleborgs läns landsting och Västerbottens läns landsting. Landstinget i Östergötland är bland dem som kommit längst. I utvecklingen av närsjukvården har här de lokala sjukvårdsdistrikten ett centralt ansvar för uppläggnings- och inriktningen av arbetet. En gemensam ansats i alla landsting som arbetar med närsjukvård är att man genom att stärka den lokala hälso- och sjukvården skall utveckla servicen och tryggheten för befolkningen samt förbättra samverkan. Några samlade beskrivningar av utvecklingsarbetet med närsjukvård och liknande finns f.n. inte.

Utredningen anser förändringsarbetet med närsjukvård vara en viktig plattform för att uppnå de mål som angivits i den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården. En förutsättning är dock att förändringsarbetet har sin utgångspunkt i att primärvården – den familjemedicinska verksamheten – är basen inom hälso- och sjukvården. Härvidlag är den modell som beskrivits av Stockholms läns landsting – och som fått sin mest konsekventa tillämpning i det Sydvästra sjukvårdsområdet – särskilt intressant. I den betonas att husläkarens och distriktsköterskans verksamhet är kärnan i närsjukvården och att utvecklingen mot att primärvården blir hälso- och sjukvårdens bas därmed kan snabbas på. Genom att husläkarna – verksamhetscheferna – är delaktiga i arbetet med att utforma avtalen om närsjukvård kan modellen också bidra till att tydliggöra primärvårdens roll inom den specialiserade hälso- och sjukvården. Att primärvården medverkar i arbetet med avtalen med övrig hälso- och sjukvård innebär också att dess roll som samordnare och företrädare för patienten kan utvecklas. I avtalen kan relationen mellan primärvården och övrig hälso- och sjukvård regleras, t.ex. hur remisser skall hanteras.

Även om huvuddelen av processen mot att primärvården blir hälso- och sjukvårdens bas måste bygga på ett internt utvecklingsarbete inom den lokala familjemedicinska verksamheten får betydelsen av olika administrativa förändringar som understödjer en sådan utveckling inte underskattas. Några mer utvecklade erfarenheter från vårt land finns inte utöver det arbete som påbörjats inom Sydvästra sjukvårdsområdet i Stockholm. Erfarenheterna från GP-Fundholding i England, där husläkarna

medverkat i arbetet med att planera och beställa den specialiserade hälso- och sjukvården, visar emellertid att man där kunnat stärka primärvårdens roll som basen i sjukvården och effektivisera vården.

Som betonats är en av huvuduppgifterna för det familjemedicinska institutet att medverka till att den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården kan genomföras i praktisk verksamhet. Utredningen gör bedömningen att försök med att låta den familjemedicinska verksamheten – inom ramen för närsjukvården eller på annat sätt – medverka i det administrativa förändringsarbetet kan bidra till att påskynda processerna i enlighet med handlingsplanens intentioner. Mot denna bakgrund föreslår utredningen att det familjemedicinska institutet skall följa närsjukvårdens utveckling, samla kunskap om det förändringsarbete som bedrivs och att sprida de kunskaper som kan vara relevanta i sammanhanget.

## 10 Associationsform, organisation, lokalisering

### 10.1 Huvudmannskap, associationsform och fortsatt verksamhet

**Sammanfattande bedömning och förslag:** Landstingen och kommunerna har det grundläggande ansvaret för de verksamhetsområden som det familjemedicinska institutet kommer att verka inom och utredningen gör bedömningen att huvudmannskapet måste spegla dessa ansvarsförhållanden om institutet skall kunna arbeta effektivt. Staten, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet föreslås därför bli huvudmän för det familjemedicinska institutet.

Utredningen finner att associationsformen för institutet bör vara en ideell förening och föreslår att de tre huvudmännen blir föreningens medlemmar. Beslut om bl.a. stadgar och styrelsens sammansättning tas av medlemmarna inför föreningens bildande. Staten förutsätts utse föreningens ordförande. Två rådgivande organ bör knytas till föreningens styrelse, ett med representation för olika yrkesgrupper, olika driftsformer och för högskolorna och ett expertråd med ledande företrädare för andra specialiserade medicinska verksamhetsområden.

En löpande utvärdering och omprövning av verksamheten bör göras inom ramen för institutets löpande arbete. Huvudmännen kan lämna föreskrifter om hur verksamheten skall utvärderas inför år 2005 och institutets styrelse bör avgöra de närmare formerna för utvärderingen med utgångspunkt i vad medlemmarna föreskriver. Föreningens medlemmar avgör frågan om eventuell fortsatt verksamhet och hur institutet i så fall skall finansieras.

Verksamheten vid det familjemedicinska institutet föreslås omfattas av offentlighetsprincipen.

## Överväganden och förslag

Utredningen skall enligt direktiven överväga i vilken associationsform institutet bör drivas, vilka som skall vara företrädare i den form som föreslås samt vilket inflytande och ansvar dessa skall ha.

Som angivits i kapitel 8 föreslår utredningen att det familjemedicinska institutets huvuduppgift blir att vara ett stöd för huvudmännen i deras arbete med att fullfölja den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården inom de områden som i vid mening gäller kunskapsutveckling och kunskapsspridning inom det familjemedicinska verksamhetsområdet. Det är landstingen och kommunerna som har huvudansvaret för att en god kunskapsnivå upprätthålls inom verksamheterna och att den motsvarar de krav som bör ställas. Även om personalen/de olika yrkeskategorierna samt de verksamhetsansvariga kan ses som viktiga uppdragsgivare för och intressenter i det familjemedicinska institutet kommer det alltså att arbeta inom områden som landstingen och kommunerna har huvudansvaret för. Genom att reservera medel för institutet har staten åtagit sig att skapa en struktur och ett nationellt stöd för sjukvårdshuvudmännens arbete inom dessa områden.

Utredningens bedömning är att huvudmannaskapet för institutet måste spegla de beskrivna ansvarsförhållandena om institutet skall kunna arbeta effektivt. Mot denna bakgrund föreslås att staten, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet skall vara huvudmän för det familjemedicinska institutet.

Beslutet om att inrätta ett familjemedicinskt institut bygger i hög grad på ett initiativ av Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM). I enlighet med den allmänna inriktningen av SFAM:s förslag har utredningen övervägt om de yrkesförbund (mot-svarande) som företräder personalen inom primärvården också bör vara huvudmän. Det skulle medföra viss parallellitet med det utbildningsinstitut för vilket Svenska Läkaresällskapet kommer att bli huvudmän tillsammans med Sveriges Läkarförbund och Landstingsförbundet. Den samlade bedömningen är emellertid att huvudmannaskapet för institutet snarare bör spegla de formella och ekonomiska ansvarsförhållandena än det stora och i huvudsak frivilliga engagemang och intresse som olika yrkesföreningar visar i de frågor som institutet skall arbeta med.

Även med det föreslagna huvudmannaskapet för verksamheten kommer yrkesföreningarna att vara den grundläggande plattform



på vilken institutet bygger sin verksamhet. Yrkesföreningarna och de frivilliga initiativ som tas inom dessa blir grunden för institutets praktiska arbete. En central uppgift för institutet blir att lyfta fram, stödja och underlätta sådana initiativ. Syftet med den föreslagna utformningen av huvudmannaskapet är att tydliggöra att finansierarna – huvudmännen har det odelade ansvaret för kunskapsutveckling och arbetsmiljö inom primärvården. Med det föreslagna huvudmannaskapet kan det familjemedicinska institutet bli ett naturligt centrum för att utveckla dialogen mellan sjukvårdshuvudmännen – de administrativt och politiskt ansvariga – och de olika yrkesgrupperna – personalen – inom primärvården.

En förutsättning för det föreslagna huvudmannaskapet är att Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet önskar samverka på angivet sätt tillsammans med staten. De representanter för förbunden som knutits till utredningen har för sin del angivit att de ställer sig positiva till den föreslagna formen för huvudmannaskap för det familjemedicinska institutet under den tid då staten svarar för finansiering av verksamheten.

### *Associationsform*

I utredningens uppdrag ingår att föreslå associationsform för det familjemedicinska institutet. Mot bakgrund av att institutet skall verka inom områden som landstingen och kommunerna har ansvaret för och förslaget att staten därför inte skall vara ensam huvudman för verksamheten är det inte lämpligt att institutet blir en statlig myndighet. En privaträttslig associationsform bör därför väljas.

När staten engagerar sig i en privaträttslig associationsform skall enligt riksdagens beslut främst formerna aktiebolag och ideell förening användas (prop. 1995/96:61, bet. 1995/96:LU7, rskr. 1995/95:79). Redan av detta skäl kan stiftelseformen uteslutas. Mot stiftelseformen talar även att verksamheten vid institutet blir anslagsfinansierad och att stiftelselagens (1994:1220) krav på en stiftelse därför inte torde kunna uppfyllas. Stiftelseformen skulle dessutom vara olämplig i detta sammanhang därför att den inte har den flexibilitet som eftersträvas.

Utredningens bedömning är således att det familjemedicinska institutet bör bedrivas antingen som aktiebolag eller som ideell

förening. Några principiella skillnader mellan dessa två associationsformer är följande.

- För aktiebolag finns en utförlig lagstiftning genom aktiebolagslagen (1975:1385). För ideella föreningar saknas visserligen lagstiftning, men det finns ändå väl utvecklade principer för verksamhetsformen. Dessa principer kommer bl.a. till uttryck i praxis och i den juridiska litteraturen. I båda fallen kan man i stor utsträckning vid behov specialanpassa organisationen efter ändamålet med den avsedda verksamheten.
- Aktiebolagsformen är främst avsedd att skapa förutsättningar för näringsverksamhet med vinstsyfte. Den ideella föreningen kännetecknas av att den främjar ett ideellt syfte eller bedriver en ideell verksamhet.
- Även ett aktiebolag kan ha ett annat syfte än att vara vinstgivande. Normalt uppfattas det dock bedriva mer kommersiellt inriktad verksamhet medan den ideella föreningen markerar en ideellt inriktad verksamhet.
- En förutsättning för att bilda ett aktiebolag är att ägarna tillskjuter ett aktiekapital. Den ideella föreningen ställer inte något liknande krav på sina medlemmar.

Tekniskt och juridiskt är det möjligt att bedriva det familjemedicinska institutet i båda dessa angivna associationsformer och de praktiska skillnaderna är små. Verksamheten och syftet med det familjemedicinska institutet kommer att ha en ideell karaktär. Även om aktiebolagsformen kan användas för icke vinstdrivande verksamhet är den formen främst avpassad till kommersiell verksamhet. Detta talar mot aktiebolaget och för den ideella föreningen som verksamhetsform för det familjemedicinska institutet. Aktiebolagsformen har inte bedömts ha sådana fördelar i övrigt att det skulle väga upp den nämnda nackdelen. Mot bakgrund härav gör utredningen bedömningen att den ideella föreningen är den associationsform som är att föredra för det familjemedicinska institutet.

Som följer av de förslag om huvudmannskapet som redovisats ovan bör föreningsmedlemmarna från starten vara staten, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet.

Bildandet av en ideell förening innehåller olika frågor av avtals- och föreningsteknisk natur. Föreningens stadgar kommer att ange ramarna för verksamheten. Utformningen av dessa blir en

förhandlingsfråga mellan parterna – de blivande medlemmarna – inför bildandet av föreningen. Ett konsortialavtal bör träffas mellan staten, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet för att reglera medlemmarnas inbördes ansvar för verksamhet, finansiering m.m.

Det fortsatta arbetet med att bilda det familjemedicinska institutet kommer att bestå av en beredning inom Regeringskansliet av utredningens förslag med utgångspunkt i de synpunkter som framförs av remissinstanserna. Förhandlingarna om hur institutets stadgar m.m. skall utformas bör genomföras inom ramen för detta beredningsarbete.

I utredningens direktiv anges att utredningen skall överväga vilket ansvar och inflytande de olika parter som ingår i den föreslagna associationsformen skall ha. Det är naturligt att styrelsen för den ideella föreningen utses av de tre medlemmarna i den ordning som normalt gäller för ideella föreningar, dvs. genom föreningsstämmebeslut. Medlemmarna kan, t.ex. i ett inbördes gällande konsortialavtal, enas om viss fördelning av styrelseplatserna, varvid det är möjligt att de olika medlemmarna får nominera olika antal styrelseledamöter. Ett skäl för detta kan vara att de olika medlemmarna lämnar olika stort finansiellt bidrag till föreningens verksamhet.

De förutsättningar som gäller härvid är att staten har avsatt 20 miljoner kronor per år under tre år fram till och med år 2004. Mot denna bakgrund kan hävdas att staten under denna period bör ha ett större inflytande än de två övriga medlemmarna genom att staten får fler platser i styrelsen. Tillämpas denna modell bör styrelsens sammansättning omprövas i samband med att besluten om en eventuellt fortsatt verksamhet från år 2005 fattas. Denna typ av frågor kan emellertid parterna träffa överenskommelse om i beredningen av utredningens förslag och utredningen avstår därför från att redovisa något förslag i denna fråga. Med hänsyn till ansvars- och uppgiftsfördelningen förutsätter utredningen emellertid att staten utser ordförande i styrelsen för det familjemedicinska institutet. Utredningen avstår också i övrigt från att lämna detaljerade förslag om styrelsens sammansättning men vill framhålla att institutets oberoende är av stor betydelse. Vidare bör verksamhetens inriktning mot kunskapsutveckling och kunskaps-spridning återspeglas i styrelsens sammansättning; utredningen har härvidlag kunnat notera att det finns intressanta erfarenheter att hämta från de nordiska grannländerna.

### *Två rådgivande organ*

Erfarenheterna från de referensgrupper som har upprättas för att stödja utredningen visar att brett sammansatta grupper är mycket värdefulla inom de områden som det familjemedicinska institutet kommer att arbeta. Det bör därför inrättas ett rådgivande organ med företrädare för olika yrkesgrupper, med verksamhetsansvariga vid olika driftsformer och med representanter för högskoleutbildningar inom institutets arbetsområde för att ge styrelsen underlag för beslut. Olika yrkesgrupper har olika behov och privat och offentligt drivna verksamheter har skilda förutsättningar – och mot denna bakgrund finns det skäl för styrelsen att samråda med företrädare för olika yrkeskategorier och verksamhetsformer. Högskolorna har en viktig roll i fråga om aktuell och relevant kunskap.

Utredningen föreslår också att det skapas ett expertråd med ledande företrädare för andra specialiserade medicinska verksamhetsområden. En förutsättning för att primärvården skall utvecklas till att bli basen i hälso- och sjukvården är att dess roll och funktion i förhållande till övriga verksamhetsområden i hälso- och sjukvården kan tydliggöras. Institutets insatser för kunskapsutveckling behöver anpassas både till den allmänna medicinska utvecklingen och till de förändringar som sker inom övriga medicinska verksamhetsområden. Detta arbete bör baseras på en dialog mellan företrädare för den familjemedicinska verksamheten och övriga specialiserade verksamhetsområden inom hälso- och sjukvården. Ett expertråd med företrädare för breda medicinska specialistområden kan få en viktig uppgift när det gäller frågorna om hur institutets arbete med kunskapsutveckling bör inriktas. Detta expertråd kan även vara ett forum för mer allmänna frågor om hur samarbetet mellan den familjemedicinska verksamheten och övriga specialiserade medicinska verksamhetsområden kan utvecklas.

### *Utvärdering och fortsatt arbete*

Enligt direktiven skall utredningen föreslå hur och av vem som institutet skall utvärderas. Det anges att utvärderingen skall ligga till grund för beslut om eventuell fortsatt verksamhet efter år 2004. Utredningen skall vidare redovisa förslag till långsiktig finansiering av institutet.

Med de medlemmar som föreslagits är det naturligt att det är styrelsen för den ideella föreningen som avgör detaljerna i hur institutet utvärderas inför år 2005. Utvärderingen bör avse hur effektivt det familjemedicinska institutet varit i sitt arbete med att stödja landstingen och kommunerna i genomförandet av den nationella handlingsplanen. Både landstingen, kommunerna och staten bör ges tillfälle att värdera institutets arbete. Eftersom också de berörda yrkesgrupperna är viktiga parter i sammanhanget bör även dessa ges tillfälle att kommentera och värdera det arbete som utförts. Huvudmännen kan genom ett särskilt föreningsstämmebeslut lämna föreskrifter om hur verksamheten skall utvärderas.

Föreningens medlemmar avgör frågan om fortsatt verksamhet efter år 2004 och hur institutet i så fall skall finansieras. Som betonats är de första årens verksamhet att se som ett pilotarbete. Beslut om fortsatt verksamhet och former för finansiering bör baseras på de erfarenheter som vinnas under de första årens verksamhet och genom den utvärdering som styrelsen bör ta initiativ till enligt ovan. Utredningen har därför inte bedömt det som angeläget att redovisa förslag i dessa frågor. Till detta bidrar att institutet kan komma att nära samarbeta med de lokala sjukvårdshuvudmännen bl.a. i frågor om finansiering av delar av verksamheten (se avsnitt 10.2) och att det inte nu är möjligt att överblicka i vilken grad institutets verksamheter kan komma att finansieras genom intäkter.

Ett familjemedicinskt institut har inte något egenvärde utöver de resultat som det kan visa upp. Om de utvärderingar som genomförs inför år 2005 skulle visa att institutet inte har uppnått resultat som kan motivera kostnaderna är det naturligt att i första hand överväga förändringar i verksamheten. Om sådana förändringar inte skulle bedömas kunna leda till önskvärt resultat finns det inte några motiv till att driva institutet vidare.

### *Offentlighetsprincipen skall tillämpas*

Det förslag till inriktning och utformning av det familjemedicinska institutet som redovisats innefattar enligt utredningens bedömning inte någon form av myndighetsutövning för institutets vidkommande. Någon lagreglering för myndighetsutövning inom institutet anses således inte nödvändig. Som framgår av proposition 1999/2000:149 är avsikten att det familjemedicinska institutet skall

få ett organisationsstöd varav en del föreslås fördelas som bidrag med stöd av en allmän bestämmelse i föreningens stadgar (se avsnitt 10.2). Enligt utredningens bedömning rör det sig inte om sådan fördelning av bidrag som utgör myndighetsutövning.

Enligt utredningens bedömning är den verksamhet som kommer att bedrivas av det familjemedicinska institutet av sådan karaktär att offentlighetsprincipen bör tillämpas. Utredningen gör den bedömningen att verksamheten har sådan karaktär att sekretessbelagda uppgifter endast undantagsvis kan förekomma. Det sekretessbehov som kan uppkomma torde tillgodoses genom bestämmelser i sekretesslagen (1980:100). En bestämmelse om att all verksamhet hos institutet skall omfattas av offentlighetsprincipen bör därför föras in i förteckningen i bilagan till sekretesslagen över organ som utan att vara myndigheter ändå skall omfattas av offentlighetsprincipen.

## 10.2 Arbetsformer och bemanning

**Sammanfattande bedömning och förslag:** Utredningen gör bedömningen att det är lämpligt att det familjemedicinska institutet får tre olika verksamhetsområden. Institutet bör ledas av styrelsens ordförande. Utöver en mindre grupp av anställda med ansvar för drift av verksamheten bör särskilda ämnessakkunniga för primärvårdens olika yrkesgrupper knytas till institutet. Ett 40-tal lokala medarbetare med förankring i olika verksamhetsområden i olika delar av landet och i olika driftformer bör knytas till institutet. Institutets styrelse skall efter ansökan kunna bevilja ekonomiskt stöd till initiativ som tas inom institutets verksamhetsområde.

### Överväganden och förslag

Utredningen skall lämna förslag till bemanning och arbetsformer för det familjemedicinska institutet. I direktiven betonas att det är viktigt att utredningens förslag bidrar till att institutet präglas av effektivitet och flexibilitet.

Utgångspunkten för utredningens förslag är att det familjemedicinska institutet kommer att arbeta inom ett område som totalt sett har mycket stor omfattning. I förhållande till både

primärvårdens omfång och de insatser som redan görs i fråga om kunskapsutveckling och kunskapsspridning kommer det familjemedicinska institutet själv att förfoga över små resurser. Institutet måste därför finna nya samverkansformer som är inriktade mot att stödja och vidareutveckla arbete som redan bedrivs både i landsingen, kommunerna, intresseorganisationer och i andra centrala organ.

Institutets egen organisation skall baseras på de funktioner som krävs för att hålla samman och underlätta detta arbete.

I enlighet med detta föreslås att institutets verksamhet skall bestå av:

1. En stab eller grundorganisation som har det praktiska ansvaret för den löpande verksamheten. Den svarar för de allmänna uppgifter som institutet skall ha.
2. Ett nätverk av deltidsanställda vid institutet bestående av företrädare för olika yrkesgrupper och som speglar primärvårdens bredd både geografiskt och i form av olika driftsformer m.m.
3. Bidrag till nationella och lokala initiativ som ligger i linje med institutets uppgifter.

### Det familjemedicinska institutets grundorganisation

Ordföranden i den ideella föreningen föreslås leda institutet. Institutet föreslås alltså ha en arbetande styrelseordförande, som i enlighet med vad som föreslås i 10.1 bör utses av regeringen.

I övrigt bör institutets ledning bestå av en administrativt ansvarig kanslichef, en ansvarig för fortbildnings- och kvalitetsfrågor och en ansvarig för nätverk och kunskapsspridning inklusive IT-frågor.

De i ledningen som har en professionell bakgrund i vården bör om möjligt rekryteras med förutsättningen att de skall behålla en förankring i vårdarbetet. Tjänstgöringsgraden får avgöras utifrån vad som är praktiskt lämpligt.

Tjänster föreslås inrättas för en informatör/journalist och för en assistent. Vad gäller den tekniska skötseln och vidareutvecklingen av hemsidan skall ledningen för institutet avgöra om dessa skall handhas av en särskild anställd eller av konsulter.

### *Ämnessakkunniga*

Det bör även knytas ett antal ämnessakkunniga till grundorganisationen.

Institutet bör ha en vetenskaplig sekreterare med uppgift att bevaka forskningsfronten och svara för kopplingarna till universitet och högskolor. Vidare bör det finnas ämnessakkunniga inom allmänmedicin samt i distriktssköterskans/barnsjuksköterskans/barnmorskans kunskapsområden, i sjuksköterskornas inom den kommunala sjukvården, i sjukgymnasternas, i arbetsterapeuternas, i kuratorernas, i undersköterskornas och i psykologernas kunskapsområden.

De ämnessakkunniga bör rekryteras med förutsättningen att de kan behålla sin förankring inom vårdarbete, högskolorna m.m. Omfattningen av de ämnessakkunnigas tjänstgöring bör relateras till hur många som arbetar inom de olika yrkesgrupperna.

Den totala kostnaden för denna del av det familjemedicinska institutets verksamhet har beräknats uppgå till ca 10 miljoner kronor, inklusive hyror.

### **Lokala företrädare för familjemedicin**

En viktig funktion för det familjemedicinska institutet blir att förankra den önskvärda utvecklingen lokalt. Institutets verksamhet skall vara baserad på och förankrad i de praktiska familjemedicinska verksamheterna. En uppgift blir också att sprida kunskap till primärvården i hela landet.

Utredningen föreslår att ett nätverk av ett 40-tal lokala företrädare för familjemedicin knyts till institutet på kontraktbasis. Dessa lokala företrädare skall spegla den stora bredd som den svenska primärvården har vad gäller yrkesgrupper, huvudmän och driftsformer och vara kontaktlänkar för kunskaps- och informationsutbyte mellan institutet och de lokala verksamheterna.

Så vitt bekant har denna modell för inte prövats i andra sammanhang inom hälso- och sjukvården och etableringen av en sådan verksamhet är alltså att se som ett utvecklingsarbete som måste få finna sina mer detaljerade former allt eftersom erfarenheter vinnas. Utredningen föreslår att de lokala företrädarna till en början tjänstgör vid institutet  $\frac{1}{2}$  - 1 dag per vecka och att



institutet lämnar ersättning för förlorad arbetsinkomst för den tid som de avsätter.

Den årliga kostnaden för nätverket beräknas uppgå till ca 5 miljoner kronor. Om det visar sig vara möjligt kan modellen också utvecklas mot att landstingen och kommunerna delfinansierar eller kompletterar nätverket och dess verksamhet. Förutsättningen för detta är självfallet att huvudmännen i samråd med de lokala medarbetarna definierar de arbetsuppgifter som detta medför utifrån det lokala perspektivet.

### Ekonomiskt stöd till olika initiativ

Som angivits karakteriseras stora delar av verksamhetsområdet för det familjemedicinska institutet av att det finns i ett gränsland där både frivilliga krafter och huvudmännen tar ansvar och initiativ till olika insatser.

Utredningen ser det som naturligt att en del av det familjemedicinska institutet inriktas på att ekonomiskt stödja sådana initiativ till kunskapsutveckling och kunskapsspridning som SFAM:s olika verksamheter utgör ett exempel på. I detta sammanhang kan t.ex. också de insatser som Provinsiälläkarstiftelsen och Riksföreningen för Distriktssköterskor nämnas.

Inom det allmänmedicinska området har SFAM i några fall etablerat kontakt med landsting som förklarat sig villiga att stödja initiativ som inte enbart riktar sig till det egna landstinget utan som är nationella projekt. Exempelvis har Västernorrlands läns landsting etablerat ett samarbete om specialistexamen i allmänmedicin och Västra Götaland har anmält intresse för att stödja utvecklingen av det fortbildningskansli som finns i Skaraborg. Utredningen ser mycket positivt på sådana initiativ.

Utredningen föreslår att det av anslaget till familjemedicinska institutet reserveras medel för att stödja både redan befintliga och nya initiativ till kunskap och kunskapsspridning för de olika personalkategorierna inom den familjemedicinska verksamheten. Självfallet skall detta också gälla den kommunala sjukvården.

Bidragsgivningen skall vila på ett ansökningsförfarande. Beslut i bidragsfrågor skall fattas av institutets styrelse.

Totalt föreslås att familjemedicinska institutet avsätter ett anslag om ca 5 miljoner kronor per år för detta ändamål. Anslaget bör

också kunna användas för andra ändamål inom institutets verksamhetsområde om styrelsen så beslutar.

### 10.3 Lokalisering

**Sammanfattande bedömning och förslag:** Det familjemedicinska institutet kommer att vara en mötesplats för den svenska primärvården. Samverkan med andra organisationer och myndigheter kommer också att vara en del av arbetet. För att institutet skall kunna arbeta effektivt föreslås att grundorganisationen lokaliseras till Stockholmsområdet.

Institutets bör anknytas till forskning och utbildning på annat sätt än genom att det lokaliseras i anslutning till något enskilt forsknings- eller utbildningscentrum.

I direktiven anges att utredningen skall lämna förslag till lokalisering av det familjemedicinska institutet. Det anges att lokaliseringen bör väljas så att institutets verksamhet naturligt kan anknyta till såväl forskning och utbildning som till tillämplad hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Landstingsrådet i Norrbottens läns landsting Toivo Hofslagare pekar i en skrivelse till socialministern den 25 januari 2001 på att Norrbotten har goda förutsättningar att skapa ett välfungerande familjemedicinskt institut och att Norrbotten läns landsting är mycket positivt till en lokalisering till Norrbotten. I skrivelsen framhålls bl.a. att primärvården i Norrbotten tagit aktiv del i utvecklingen av allmänmedicin och att viljan att utveckla verksamheten har lett till att många föregångare inom allmänmedicin finns i Norrbotten. Regeringskansliet har överlämnat skrivelsen till utredningen.

Landstingsrådet i Landstinget Dalarna Christer Wahlbäck har i skrivelse till utredningen den 30 april 2001 angivit att det är lämpligt att lokalisera institutet till Falun. Skälen till varför Falun kan vara en lämplig lokalisering av institutet anges bl.a. vara att ett centrum för klinisk forskning där vårdvetenskap och medicinsk vetenskap kombineras har startats där i samverkan med Uppsala universitet och att landstinget överväger att etablera en enhet för utvecklings- och kunskapsstöd till primärvård/närsjukvård till Falun.

## Överväganden och förslag

Det familjemedicinska institutet bör givetvis lokaliseras så att det ges så goda förutsättningar som möjligt att arbeta effektivt för att fullfölja sitt uppdrag. En central del av uppdraget är att institutet skall ha en sammanhållande funktion för familjemedicin och utveckling av primärvården. Det är viktigt att denna inte enbart gäller över yrkes- och organisationsgränser utan också geografiskt så att verksamheten fungerar som *hela landets* familjemedicinska institut. Lokaliseringen bör tydligt markera detta.

Institutet kommer att ha många breda kontakter med aktörer av skilda slag. Ett stort antal av dessa kontakter kommer att ske via IT-medier och hemsidan kommer att vara viktig för verksamheten. En fördel med IT-medierna är att de ger ökad handlingsfrihet vid lokalisering av en verksamhet. Även om kompetens för att utveckla och underhålla hemsidan kanske inte finns i hela landet torde det vara möjligt att bygga upp en väl fungerande bas för de IT-baserade kontakterna oberoende av var i landet institutet lokaliseras.

Det är emellertid inte tillräckligt med att kontakter sker genom IT-medier. Institutet skall också vara en arena där olika aktörer träffas vid seminarier, konferenser och möten av olika slag. En förutsättning för att denna del av verksamheten skall fungera på avsett sätt är att institutet lokaliseras nära ett väl utbyggt kommunikationscentrum som har goda förbindelser med hela landet.

Utöver kontakter med verksamma inom olika delar av primärvården kommer en uppgift för institutet att vara att samverka och kanske företräda den familjemedicinska verksamheten/primärvården i olika sammanhang där den nationella hälso- och sjukvårdspolitiken formas. Dessa externa kontakter kan innefatta allt från att arrangera presseminarier till att ingå i arbetsgrupper tillsammans med företrädare för t.ex. Socialstyrelsen och vetenskapliga eller fackliga organisationer.

I de mer praktiska och löpande frågorna måste institutet etablera samverkan med bl.a. Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU) och Institutet för läkarnas professionella utveckling (ILPU). Särskilt med ILPU kommer det sannolikt att vara nödvändigt att upprätta ett löpande samarbete i olika frågor, exempelvis om verksamhetsutveckling och avgränsning av arbetsuppgifter instituten emellan.

De nyss nämnda myndigheterna och organisationerna finns alla i Stockholm. Även institutets kontakter med företrädare för de tre föreslagna huvudmännen – staten, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet kan antas huvudsakligen äga rum i Stockholm.

I direktiven anges att vid lokaliseringen särskilt skall övervägas hur institutet kan hitta en naturlig anknytning till bl.a. forskning och utbildning. Både för forskning och utbildning finns ett stort antal olika centrum i landet. Allmänmedicinska institutioner och utbildning för allmänläkare finns vid universiteten i Stockholm, Uppsala, Linköping, Malmö, Lund, Göteborg och Umeå. Utbildningen av övriga personalkategorier och forskningen om deras arbetsområden är än mer spridd.

Utredningen anser att det skulle vara mindre lämpligt att lokalisera det familjemedicinska institutet i anslutning till något av dessa centrum. Forskning och utvecklingsarbete – liksom i viss mån utbildningen - har lite olika profil vid olika institutioner/centrum. Friheten att välja och vidareutveckla profilmråden är en styrka för forskningen. Samtidigt innebär den att olika centrum kan komma att förknippas snarare med en avgränsad verksamhetsinriktning än med en gemensam och samlande. Det familjemedicinska institutet bör som angivits fungera som en samlande instans för utveckling av familjemedicin och primärvård. Utredningen föreslår därför att anknytningen till forskning och utbildning sker på annat sätt än genom att institutet lokaliseras i anslutning till sådan verksamhet. Skäl som talar för detta är också att verksamheten vid flera av de centrum som skulle kunna vara aktuella är avgränsad till en eller några av de personalkategorier som arbetar inom primärvården.

En aspekt som bör vägas in vid överväganden om lokalisering av verksamheten är att institutet skall sprida kunskap också om forskning och utveckling som sker i andra länder. Detta kan till stor del göras genom IT-medier men en uppgift för institutet bör vara att arrangera olika seminarier och utbyten där utländska forskare medverkar. En sådan verksamhet underlättas självfallet av att institutet är lokaliserat till en ort med tillgång till en stor internationell flygplats.

Ett annat förhållande som bör beaktas vid övervägandena om lokalisering är att utredningens förslag och riksdagens beslut om att anvisa särskilda medel är avgränsade till tre års verksamhet. Med de förslag till huvudmannaskap och associationsform som redovisas

i avsnitt 10.1 följer att den ideella föreningens styrelse bör besluta om formerna för en verksamhet från och med år 2005, inklusive frågan om framtida lokalisering.

Mot denna bakgrund föreslås utredningen att institutets grundorganisation förläggs till Stockholmsområdet som ger de bästa förutsättningarna för en effektiv verksamhet.

## 11 ILPU, SK-kurser, Provinsiälläkarstiftelsen

### 11.1 Institutet för läkares professionella utveckling och SK-kurser

**Sammanfattande bedömning och förslag:** Det familjemedicinska institutet har en självklar roll i att utveckla fortbildningen till all personal inom primärvården, inklusive läkare. Uppdragen till ILPU och det familjemedicinska institutet kan komma att delvis överlappa varandra. Institutens styrelser bör gemensamt lägga fast en ändamålsenlig arbets- och uppgiftsfördelning.

Utredningen har inget att invända mot att ILPU övertar ansvaret för SK-kurserna från Socialstyrelsen. Även om det familjemedicinska institutet inte bör ges något direkt ansvar för SK-kurserna föreslås att institutet medverkar i arbetet på att SK-kurserna utvecklas för att stödja genomförandet av den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården. Regeringen bör uppdra till den organisation som ansvarar för SK-kurserna att samverka med det familjemedicinska institutet i dessa frågor.

Enligt direktiven skall utredningen belysa hur det familjemedicinska institutets verksamhet skall förhålla sig till den reglerade vidareutbildningen för t.ex. specialister. Socialstyrelsens utvärdering av de s.k. SK-kurserna för läkare skall beaktas och utredningen skall belysa hur institutet förhåller sig till det av Sveriges Läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet planerade utbildningsinstitutet ILPU.

## Institutet för läkares professionella utveckling (ILPU)

Sveriges Läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet har utarbetat ett förslag om ett utbildningsinstitut, som man önskar bilda tillsammans med Landstingsförbundet – Institutet för läkares professionella utveckling (ILPU). Landstingsförbundet beslutade i mars 2001 att medverka i institutet.

Verksamhetsidén för ILPU är att främja läkarnas professionella utveckling och därvid verka för en fortbildning som styrs av användarnas behov. Tanken är att ILPU skall ta på sig en uppgift som ingen central instans i dag har ansvaret för. ILPU skall främja god fortbildning för specialistkompetenta läkare bl.a. genom att

- ge en samlad överblick över olika fortbildningsaktiviteter,
- kvalitetsgranska existerande fortbildningsutbud,
- inventera fortbildningsbehovet utifrån utvecklingen inom hälso- och sjukvården,
- ta initiativ till kompletterande aktiviteter.

Ett syfte med ILPU är att på ett mer systematiskt sätt tillvarata den samlade kunskap som finns i Sveriges Läkarförbunds specialistföreningar och Svenska Läkaresällskapets sektioner.

Det anges också att det är en viktig uppgift att utveckla tvärprofessionella aktiviteter. ILPU skall vara en samarbetspartner vid utbildning som inte enbart riktar sig till läkare utan planeras gemensamt för flera personalkategorier inom vården.

ILPU är berett att överta ansvaret för kurser under läkarnas specialisttjänstgöring, de så kallade SK-kurserna (se nedan), vilket innebär att planera, upphandla, kvalitetsgranska och informera om dessa kurser.

Sveriges Läkarförbund, Svenska Läkaresällskapet och Landstingsförbundet kommer att bilda en ideell förening och denna kommer i sin tur att äga ett aktiebolag som driver delar av verksamheten. De tre grundarna skall vara företrädare med lika antal ledamöter i styrelsen för föreningen respektive bolaget och ordförandeskapet skall rotera. Om institutet ges ansvaret för SK-kurserna kommer staten att erbjudas representation i föreningens styrelse.

Till styrelsen kommer två rådgivande grupper att knytas: ett pedagogiskt/vetenskapligt råd och ett intressetråd. Institutet kommer att ha 4–5 anställda.

Administrationen av verksamheten med SK-kurserna är tänkt att finansieras genom statsbidrag och fortbildningsverksamheten skall

finansieras genom avgifter från de producenter som får sina utbildningar granskade och marknadsförda genom institutet. Generella bidrag kan också tänkas från organisationer som är beredda att stödja verksamheten. Målet är att institutet skall komma att vara självfinansierat. Under ett uppbyggnadsskede skall de tre grundarna svara för finansieringen. Den första treårsperioden skall de tre huvudmännen bidra med 3 miljoner kronor vardera till verksamheten.

ILPU beräknas kunna starta sin verksamhet under hösten år 2001.

## SK-kurserna

Sedan början av 1990-talet sker specialistutbildningen för läkare i huvudsak genom praktiskt arbete i kombination med egna studier och deltagande i olika kurser. Socialstyrelsen lägger fast ramen för utbildningarna genom målbeskrivningar och handledarna – verksamhetscheferna där utbildningen fullgörs – har stor frihet att besluta om specialisttjänstgöringens uppläggning. Den teoretiska delen av utbildningen utgörs bl.a. av olika kurser och Socialstyrelsen har i uppdrag att planera och administrera kursutbudet, de s.k. specialistkompetenskurserna (SK-kurserna).

För planering av kursutbudet har Socialstyrelsen en rådgivande arbetsgrupp med representanter för Landstingsförbundet, Sveriges Läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet. Representanter för de medicinska fakulteterna är adjungerade. Arbetsgruppen utarbetar på basis av ett underlag från specialistföreningarna årligen en kravspecifikation och kursarrangörerna – i första hand medicinska fakulteter – utses genom ett anbudsförfarande.

Kurserna är indelade i tre olika kategorier. A-kurserna riktar sig till alla läkare och gäller ämnen som administration, ledarskap och samtals/konsultationsteknik. B-kursernas innehåll kan vara värdefulla för flera specialiteter. C-kurserna riktar sig till blivande specialister inom en specialitet. Kursutbudet presenteras i en katalog. År 2001 erbjuds 23 A-kurser, 59 B-kurser och 76 C-kurser. Av C-kurserna är 21 riktade till ST-läkare i allmänmedicin. Det totala antalet kursplatser uppgår till ca 4 000 varav närmare 500 är platser i C-kurser inom allmänmedicin.

Hur B- och C-kurserna fördelas mellan olika specialiteter avgörs i huvudsak av det beräknade antalet ST-läkare inom de olika



specialiteterna och det är specialitetsföreningarna som svarar för prioriteringarna när anbuden från kursarrangörerna värderas. Antagningarna görs efter ansökan av ST-läkarna och prioriteringen sker utifrån om den sökande redan har specialistkompetens och efter dennes tjänstgöringstid.

Det är Socialstyrelsen som bestämmer budgetutrymmet för SK-kurserna. Budgetåret 1996/97 avsatte Socialstyrelsen ca 21 miljoner kronor för ändamålet. Därefter har besparingar genomförts och år 2001 är budgetramen ca 15,8 miljoner kronor.

I kursutvärderingarna ger deltagarna genomgående höga betyg till A- och B- kurserna. Detta gäller även huvuddelen av C-kurserna i allmänmedicin.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag utrett innehåll i, finansiering av och huvudmannaskap för SK-kurserna. Uppdraget rapporterades till regeringen i november 2000.

Enligt Socialstyrelsens förslag till regeringen bör någon grundläggande förändring av systemet med kurser som ett led i specialisttjänstgöringen för läkare inte göras. Det föreslås inte heller några principiella förändringar av systemets uppbyggnad. Socialstyrelsen framhåller dock att den utveckling som skett under senare år mot att också andra kurser än de formella SK-kurserna används i specialisttjänstgöringen är positiv och bör vidareutvecklas.

Socialstyrelsens föreslår emellertid att huvudmannaskapet för SK-verksamheten läggs över på ILPU. Den statliga styrningen skall liksom hittills främst ske genom Socialstyrelsens målbeskrivningar.

Enligt Socialstyrelsen bör kursavgifter och sponsring från bl.a. läkemedelsindustrin kunna användas för åstadkomma en angelägen ökning av kursutbudet. Huvuddelen av verksamheten skall dock finansieras genom statliga medel och de 15,8 miljoner kronor som avsatts för kursverksamheten skall disponeras som en särskild anslagspost för att utbetalas till ILPU. Förslag redovisas till de lag- och författningsförändringar som föranleds av att ILPU så som en privaträttslig organisation skall kunna fullgöra sina uppgifter.

Socialstyrelsen föreslår att den nya verksamheten skall påbörjas vid årsskiftet 2001/2002. Beredning av förslaget pågår inom Socialdepartementet. Enligt underhandsuppgifter kan ett ev. genomförandet av förslaget komma att senareläggas till årsskiftet 2002/2003.

## Överväganden och förslag

I enlighet med utredningens direktiv skall det familjemedicinska institutet vara ett centrum för kunskap och kunskapsspridning. Det anges särskilt att institutet skall initiera fortbildning av personal inom primärvården. I propositionen om den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården anges skälet till att ett familjemedicinskt institut skall inrättas vara att kunskapsutvecklingen inom primärvården måste stärkas och att personalen skall få möjlighet till kompetensutveckling. Institutet skall vara en struktur och nationellt stöd för detta. I propositionen betonas att ILPU inte skall ta över planering och utbildningar från specialistföreningar och sektioner. Syftet med ILPU är att läkarorganisationerna i samarbete med myndigheter och arbetsgivare skall ansvara för och sammanställa information om det totala kursutbudet, innehållsdeklarera utbildningar, verka för god kvalitet samt lyfta fram förbisedda utbildningsbehov. Regeringens slutsats är "Läkarnas utbildningsinstitut konkurrerar därför inte med det av SFAM presenterade allmänmedicinska institutet" (prop. 1999/2000:149, s 51).

Det kan alltså konstateras att det under kort tid tagits två initiativ till institut på nationell nivå för att utveckla fortbildningen till personalen bl.a. inom primärvården. I enlighet med de förutsättningar som angivits av riksdagen och de bedömningar som tidigare redovisats i avsnitt 9.1 är fortbildning och annan kunskapsutveckling till personalen inom det familjemedicinska verksamhetsområdet en av huvuduppgifterna för det familjemedicinska institutet. Även om de två initiativen inte konkurrerar kan de komma att överlappa varandra inom viktiga områden.

Att två initiativ tagits parallellt inom samma område kan ses som en stark indikation på att fortbildning och annan kunskapsutveckling till personalen inom hälso- och sjukvården är allvarligt eftersatt och att behovet av utvecklingsinsatser är mycket stort. De redovisningar som gjorts i utredningens referensgrupper understryker att så är fallet inom primärvården. Med hänsyn till de stora utvecklingsbehoven och bredden av hälso- och sjukvårdens verksamheter måste det anses vara mycket positivt att både ILPU och det familjemedicinska institutet inrättas.

De bägge instituten kommer av allt att döma att starta sin verksamhet förhållandevis nära i tid. Det är därför knappast möjligt – och kanske heller inte lämpligt – att nu redovisa några mer

detaljerade förslag om eller bedömningar av arbetsfördelningen mellan instituten.

Utredningen föreslår att de två institutens styrelser gemensamt lägger fast hur de skall förhålla sig till varandra och hur samarbetet skall utformas. Arbetet bör genomföras så snart som möjligt efter det att det familjemedicinska institutet startat sin verksamhet.

Skäl som talar för att avgränsningsfrågorna hanteras på detta sätt är att det är lämpligt att besluten om samarbetsformerna och avgränsningen instituten emellan skall baseras på en dialog mellan berörda parter. Ett annat skäl till att frågorna bör hanteras på föreslaget sätt är att betänkandet skall remissbehandlas. Utredningens förslag kan alltså komma att justeras inför och vid riksdagsbehandlingen och det kan därför vara angeläget att avgränsning och samarbetsformer övervägs – inte utifrån utredningens förslag – utan från de beslut som riksdagen kommer att fatta om det familjemedicinska institutet.

Det finns dock skäl att peka på några frågeställningar som bör vara vägledande i fråga om institutens avgränsning och samarbetsformer. En skillnad mellan det familjemedicinska institutet och ILPU är att det senare i princip är inriktat på läkarnas teoretiska utbildning efter AT/legitimation medan det familjemedicinska institutet skall arbeta gentemot alla personalkategorier inom primärvården inkl. den kommunala primärvården. Även om ILPU i viss mån kan komma att rikta sig till andra personalkategorier än läkare kommer det så vitt kan bedömas nu inte att arbeta med fortbildning och kunskapsutveckling för andra enskilda yrkesgrupper än läkarna.

En annan skillnad mellan ILPU och det familjemedicinska institutet är att det senare skall ta sin utgångspunkt i behovet av att utveckla generalistperspektivet och primärvården som basen i den svenska hälso- och sjukvården. Det familjemedicinska institutet kommer därför att betydligt mer påtagligt sätt än ILPU att arbeta inom ett område där det finns stora behov av en grundläggande kunskapsutveckling.

När det gäller läkarnas teoretiska utbildning efter AT/legitimation är det också viktigt att i detta sammanhang beakta att ILPU i hög grad kommer att basera sitt arbete på specialistföreningarna. Genom de insatser som det familjemedicinska institutet kommer att genomföra tillsammans med SFAM kommer SFAM att få goda möjligheter att arbeta med de uppgifter som kommer att fullgöras av ILPU.

Utredningen har inget att invända mot att huvudmannaskap och ansvar för administration för SK-kurserna övergår från Socialstyrelsen till ILPU. Det är en fördel att administration och utveckling av SK-kurserna sker i ett bredare sammanhang där förutsättningar finns för samordning av SK-kurserna med andra insatser för utveckling av läkarnas allmänna vidareutbildning och fortbildning.

Med stöd i utredningens direktiv har riksdagens avsikt inte tolkats så att det familjemedicinska institutet skall vara direkt ansvarig för frågor om allmänläkarnas specialistutbildning. Utredningen anser emellertid att institutet bör ha en mycket aktiv roll vid utveckling av SK-kurserna för allmänläkarna. Kvalitet och inriktning av SK-kurserna är av utomordentligt stor betydelse både för rekrytering av och vidareutveckling av familjeläkararbetet och utredningen föreslår att institutet skall lägga stor vikt vid insatser för utveckling av SK-kurserna i allmänmedicin.

ST-läkare inom allmänmedicin som utredningen haft kontakt med har framfört allvarlig kritik av att utbudet av SK-kurser inte motsvarar krav som bör ställas. 21 % av årets C-kurser – dvs. kurserna riktade till en specialitet – rubriceras som allmänmedicin. Av dessa kurser kan emellertid bara någon enstaka anses utgå från ett generalist- eller familjemedicinskt perspektiv. Så gott som samtliga kurser gäller alltså avgränsade specialistområden och syftar till att öka kunskaperna om hur enskilda sjukdomar eller sjukdomsgrupper skall behandlas. Dessa kurser är självfallet angelägna men det finns också stora behov av att utveckla och systematisera kunskaperna om allmänmedicinens kärna – generalistkunskaperna och det unika i det familjemedicinska arbetet.

Utöver att kursutbudet inom allmänmedicinen behöver breddas behöver också dimensioneringen av C-kurserna anpassas till den ökning av antalet ST-tjänster inom allmänmedicin som redan genomförts och planeras. Det har stor betydelse att SK-kurserna i allmänmedicin utvecklas oberoende av läkemedelsindustrin och andra intressenter och erfarenheterna visar att dessa också har ett relativt svagt intresse att stödja generalistorienterad utbildning.

Ett annat betydelsefullt område för utveckling av kursutbudet inom SK gäller A-kurserna – dvs. kurserna som riktar sig till alla läkare i specialistutbildningen oberoende av specialitet. Enligt de riktlinjer som riksdagen fastställt skall dessa kurser i högre grad än övriga inriktas mot områden som är prioriterade inom hälso- och sjukvårdspolitiken. Med andra ord skall dessa kurser utformas så

att de bidrar till en utveckling bl.a. i enlighet med den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården. I dag finns inte någon kurs som belyser primärvårdens roll som basen i hälso- och sjukvården eller dess funktion som samordnare. En utveckling av sådana kurser är angelägen för att skapa förståelse och kunskap om den roll som primärvården kommer att ha i den framtida hälso- och sjukvården och institutet föreslås verka för att sådana kurser utvecklas.

Sammanfattningsvis föreslår utredningen vad gäller SK-kurserna att det familjemedicinska institutet skall prioritera utveckling av kurser som stöder genomförandet av den nationella handlingsplanen. Institutet behöver härvid samverka med huvudmannen för SK-kurserna. Om huvudmannaskapet kommer att ligga kvar hos Socialstyrelsen under år 2002 bör regeringen i regleringsbrev uppdraga åt Socialstyrelsen att samverka med det familjemedicinska institutet i dessa frågor. I samband med att beslut fattas om att ansvaret för SK-kurserna övergår till ILPU bör särskilt anges att ILPU skall samverka med det familjemedicinska institutet i utvecklingen av SK-kurser inom ovan nämnda områden.

## 11.2 Provinsialläkarstiftelsen

**Sammanfattande bedömning:** I frågor om fortbildning för familjeläkarna kommer det familjemedicinska institutet och Provinsialläkarstiftelsen att arbeta med frågor som nära ansluter till varandra. Stiftelseformen begränsar förutsättningarna att förändra verksamheten. En samordning är önskvärd och det kan vara lämpligt att stiftelsen tar initiativ till att stadgarna ändras så att familjemedicinska institutet blir företrätt i dess styrelse. Till att börja med kan frågan om representation lösas genom att en representant för institutet adjungeras till stiftelsens styrelse. Likaså kan stiftelsen överväga om sekretariats- och kansli-funktionerna bör samordnas inom ramen för det familjemedicinska institutet.

I direktiven anges att utredningen skall analysera hur det familjemedicinska institutets verksamhet kan förhålla sig till Provinsialläkarstiftelsen, som har till uppgift att främja distriktsläkarnas fortbildning m.m.

## Provinsialläkarstiftelsen

Hösten 1961 beslutade riksdagen att det statliga s.k. provinsialläkarväsendet fr.o.m. den 1 juli 1963 skulle övergå till landstingskommunalt huvudmannaskap. I samband därmed träffades ett avtal mellan den dåvarande Provinsialläkarföreningen och staten om en särskild fond för "provinsialläkarnas förkovran i yrket", Provinsialläkarfonden. En ny s.k. tjänsteläkartaxa fastställdes som skulle tillämpas fram till övergången. Enligt taxan skulle provinsialläkaren så länge han eller hon var statligt anställd betala 1 kr 50 öre till fonden för varje patientbesök, som inte avsåg förnyelse av recept.

Vid halvårsskiftet 1963 hade de 800–900 provinsialläkarnas bidrag till fonden gjort att denna uppgick till ca 4,5 miljoner kr. Ett femtiotal läkare valde att kvarstå i statlig tjänst och fortsatte att bidra till fonden. När den siste statligt anställde provinsialläkaren lämnade sin tjänst i mitten av 1970-talet uppgick fondens kapital till ca 7 miljoner kr.

I enlighet med den nya stiftelselag, som trädde i kraft den 1 januari 1997, ombildades fonden till en stiftelse, Provinsialläkarstiftelsen. Kammarkollegiet beslöt den 7 juli 1997 om s.k. permutation och nya stadgar fastställdes.

I allt väsentligt är stadgarnas innehåll i sak detsamma som tidigare. Målgruppen är distriktsläkarna eller motsvarande och i stadgarna sägs att stiftelsens ändamål är att främja distriktsläkares (eller motsvarande) utbildning genom bidrag till kostnader för deras fortbildning samt för studieresor och andra ändamål som kan anses falla inom ramen för deras yrkesutveckling.

I enlighet med stadgarna utser regeringen styrelsen, som enligt stadgarna skall bestå av högst fem ledamöter. Ledamöterna utses efter förslag av respektive Socialstyrelsen, Landstingsförbundet, Sveriges läkarförbund och Svenska distriktsläkarföreningen. För tiden till den 1 januari 2002 är som ordinarie ledamöter förordnade generaldirektören Göran Håkansson, ordförande, och medicinalrådet Mats Ribacke, utredaren vid Landstingsförbundet Kerstin Sjöberg, distriktsläkaren Anna Källkvist samt distriktsläkaren Benny Ståhlberg. Som sekreterare tjänstgör förre hälso- och sjukvårdsdirektören i Norrbottens läns landsting Olle Orava.

Stiftelsens medel förvaltas på uppdrag av stiftelsens styrelse av Kammarkollegiet. Vid årsskiftet 2000/2001 uppgick stiftelsens tillgångar till 8 597 079 kr, varav bundet eget kapital 7 408 379 kr. Intäkter av förvaltad kapital uppgick under år 2000 till 512 070 kr.

Efter avdrag för kostnader för stiftelsens förvaltning och styrelsens arbete uppgick årets resultat till 337 482 kr.

Från att till att börja med ha prövat framställningar från enskilda läkare om bidrag bedriver stiftelsen numera kursverksamhet. Kursverksamheten är inriktad på sådan verksamhet som annars inte bedrivs på lokal eller regional nivå och som avser primärvårdens områden. Distriktsläkarnas företrädare i styrelsen svarar genom sina organisationer för beredningen och framtagningen av kurserna. Vid två årliga sammanträden fastställer styrelsen utbudet. Kurserna annonseras i Läkartidningen och Distriktsläkarföreningen informerar sina medlemmar om kurserna. Föreningen svarar också för urvalet av kursdeltagare.

Endast avkastningen av kapitalet får användas för verksamheten. För att hålla kursutbudet på en rimlig nivå och söka motsvara det stora intresse som finns för kurserna har fr.o.m. år 1997 införts kursavgifter. Avgifterna uppgår till 2 000 kr för kurser på 1–2 dagar och 3000 kr för längre kurser. I och med att avgifter tas ut uppgår stiftelsens budget till ca 1 miljon kr per år.

Antalet kurser uppgår till mellan 15 och 20 per år. Deltagarantalet rör sig mellan 15 och 20 per kurs. Kurserna bedrivs huvudsakligen i internatform om två till fyra dagar. Kurserna arrangeras och hålls av både allmänläkare och andra läkare. Det finns ett stort intresse både att ge och att delta i kurserna. På grund av det begränsade utbudet är det endast ca 30–40 % av dem som anmäler sig som kan beredas plats. Stiftelsen har därvid inte funnit någon annan urvalsmetod än antalet tjänsteår, även om det från många synpunkter hade varit önskvärt att även kunna bereda yngre läkare tillgång till kurserna. Kurserna utvärderas och får genomgående goda vitsord av deltagarna. Förutom kursinnehållet uppskattas också möjligheten att allmänt möta och diskutera med erfarna kollegor.

Under år 2000 gav stiftelsen följande kurser: Laborera rätt och lagom (fyra tillfällen); transkulturell allmänmedicin (två tillfällen); depressioner och suicidalitet i primärvården; primärvård och folkhälsoarbete i internationellt perspektiv (två tillfällen); demenssjukdomar, symtom, utredning och behandling; palliativ medicin; allmänläkarnas framtida arbetsformer (två tillfällen); hjärtsjukdomar i primärvården; läkekonst – etik – kaos och vetenskap.

## Överväganden och förslag

Provinsialläkarfonden bildades för att främja dåvarande provinsialläkarnas behov av vidareutbildning. Provinsialläkarstiftelsen fyller nu inom ramen för sina begränsade resurser detta behov när det gäller distriktsläkarna eller motsvarande. Enligt vad utredningen erfarit är det utbud av kurser som ges av Provinsialläkarstiftelsen mycket uppskattat, verksamheten är långsiktig och fungerar väl. Faktorer som bidrar till detta är att läkarna genom sina företrädare i styrelsen har ett avgörande inflytande på utbudet och utvecklingen av kurser. Värdefullt är också att stiftelsen är helt fristående.

Utredningen har i uppdrag att analysera hur det familjemedicinska institutets verksamhet förhåller sig till stiftelsens verksamhet. Av tidigare överväganden framgår att institutet får en central roll när det gäller fortbildningen av bl.a. familjeläkarna (distriktsläkarna). Det kunde därför synas naturligt att söka integrera stiftelsens verksamhet i institutets, särskilt som stiftelsens utvecklingsmöjligheter kraftigt begränsas av det förvaltade kapitalets omfattning.

Emellertid har de medel som förvaltas av stiftelsen avsatts under särskilda förutsättningar och genom stiftelseformen markeras den självständighet som denna förvaltningsform har. Så länge den målgrupp finns som avses med stiftelsen och så länge inte kostnaderna för förvaltningen är orimliga torde det inte finnas förutsättningar för stiftelsen att upphöra och medlen att övergå till annan huvudman. Stiftelsens medel är också förbehållna enbart en av de yrkesgrupper som omfattas av institutets verksamhet. Som redan sagts finns också särskilda värden i det sätt stiftelsen verkar på.

Med den gemensamma inriktning som det familjemedicinska institutet och stiftelsen har när det gäller fortbildningen inom primärvården torde emellertid mycket vara att vinna på en samordning. En dialog om utbildningsbehoven för de berörda läkarna kan därvid äga rum som kan vara till nytta både för institutet och för stiftelsen i respektive verksamhet. En sådan dialog skulle enklast kunna skapas genom att institutet är företrätt i stiftelsens styrelse. För att institutet skall kunna vara företrätt genom ledamotskap i styrelsen krävs ändring av stadgarna. Detta förutsätter beslut av regeringen eller tillstånd av Kammarkollegiet efter ansökan av stiftelsen. Under den tid som institutet hittar sin fasta



form kan det vara lämpligt att frågan om representation i stiftelsens styrelse löses genom att en representant adjungeras till styrelsen.

Det bör också kunna övervägas att samordning sker genom att sekreterar- och kansliuppgifter för stiftelsen förläggs till institutet. Detta är emellertid en sak som stiftelsen har att besluta om i samråd med institutet.

## 12 Övriga förslag

### 12.1 Forskning

**Sammanfattande bedömning och förslag:** Utredningen anser att en snabb förstärkning av den universitetsanknutna primärvårdsforskningen är nödvändig för att primärvården skall kunna utvecklas till att bli basen inom hälso- och sjukvården. En särskild utredning bör tillsättas med uppdrag att lämna förslag till hur forskningen inom primärvården kan utvecklas i ett samspel mellan universiteten och landstingen. Utredningen kan genomföras inom det familjemedicinska institutet eller av en särskild kommitté. Regeringen bör snarast fastställa direktiv till en sådan utredning.

#### Överväganden och förslag

Det ingår inte i utredningens uppdrag att lämna förslag om forskning inom primärvården. Det är genom forskning som kunskapsmassan utvecklas och om denna fallerar faller också fortbildning och kunskapsspridning platt till marken. Forskningen har också en mer allmän betydelse för förverkligandet av den nationella handlingsplanens mål för hälso- och sjukvårdens utveckling.

Avtalet om utvecklingsinsatser inom vården och omsorgen för åren 2002–2004 mellan staten, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet innebär att landstingen skall svara för att kunskapsutvecklingen inom primärvården stärks genom stöd till forsknings- och utvecklingsarbete. I regeringens proposition om den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop.1999/2000:149) sägs att avtalet bör skapa förutsättningar för att stärka kunskapsutvecklingen inom landstingen.

Under åren 2002–2004 avsätts ett särskilt statligt stöd till den kommunala vården och omsorgen för fortsatt uppbyggnad av regionala FoU-center där landsting och kommuner tillsammans med universitet och högskolor bedriver FoU-verksamhet med syfte att utveckla äldreomsorg och äldre sjukvård. Beslutet innebär ett fortsatt stöd i enlighet med vad som beslutades i den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken (prop. 1997/98:13).

Regeringen konstaterar att utvecklingen mot allt kortare vårdtider inom slutenvården som innebär att en allt större del av patienterna tas omhand och följs upp inom primärvården, har fått anmärkningsvärt litet genomslag inom den medicinska och kliniska forskningen. Enligt regeringen är den patientorienterade, kliniska och behandlingsinriktade forskningen otillräcklig. Det saknas också forskning om primärvårdens funktion inom hälso- och sjukvården och om vårdprocesser och samverkan.

Regeringen angav i propositionen att den hade för avsikt att återkomma till frågan om primärvårdsinriktad forskning i den forskningspolitiska propositionen som avgavs hösten år 2000. Frågor om primärvårdsforskning berörs i den forskningspolitiska propositionen men några förslag utöver vad som anges i den nationella handlingsplanen lämnas inte där.

Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM) föreslår i sin skrivelse till regeringen (dnr S 2000/2988/HS) om ett allmänmedicinskt institut att en fond för den allmänmedicinska patientnära forskningen inrättas eftersom det nuvarande systemet inte lockar allmänläkarna till forskning eller stödjer deras forskning.

I en skrivelse till utredningen från samtliga professorer i allmänmedicin i Sverige framförs krav på att utredningen skall utreda förutsättningarna för att betydligt mer statliga medel satsas på den allmänmedicinska forskningen. Professorerna pekar på att primärvårdsforskningen kommit igång relativt sent och att den starkt missgynnas av att forskningsmedel fördelas främst på grundval av de sökandes tidigare forskningsaktivitet. Den hamnar därigenom i en ond cirkel. Den allmänmedicinska forskningen har haft utomordentligt svårt att konkurrera med andra medicinska verksamhetsområden inom Medicinska Forskningsrådet när det gäller forskningsanslagen.

Om primärvårdsforskningen skall kunna utvecklas behövs enligt professorerna en stark och livskraftig infrastruktur i form av resursstarka allmänmedicinska institutioner. Exempel redovisas från Australien där en målmedveten satsning på allmänmedicinsk

forskning kunnat vända trenden från vikande rekrytering och flykt av allmänläkare med lång erfarenhet.

Utredningen instämmer i dessa bedömningar. Sammantaget kan det konstateras att situationen för den allmänmedicinska forskningen och övrig forskning inom primärvården är i det närmaste pinsamt underutvecklad. Visserligen genomför landstingen olika målinriktade satsningar på forskning och utveckling inom primärvården men dessa är inte på något sätt tillräckliga. Liksom inom övriga medicinska verksamhetsfält måste den grundläggande kraften komma från institutionerna vid universiteten. I dag finns 8 professurer i allmänmedicin vid landets sex institutioner. Som en jämförelse kan nämnas att det bland Karolinska Institutets närmare 200 professurer finns en enda professur i allmänmedicin. I den enkätundersökning som genomförts på utredningens uppdrag angav endast en av 20 studerande på läkarlinjens 11:e termin att det fanns goda möjligheter till forskning inom allmänmedicin och närmare 30 % angav att det inte alls fanns möjlighet till forskning inom primärvården.

Hälso- och sjukvården är en kunskapsintensiv verksamhet där forskningen har ett stort symbolvärde vid sidan av dess kunskapsgenererande funktioner. Forskningens omfattning och kvalitet har en avgörande betydelse för den ställning och den roll som ett verksamhetsområde kan få i förhållande till andra delar av hälso- och sjukvården. Om det inte genomförs en målinriktad satsning på primärvårdsforskningen vid universiteten uppstår en uppenbar risk att de övriga insatser som görs inom ramen för den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården inte kommer att kunna ge de effekter som förväntas. Skall primärvården snabbt kunna utvecklas till att bli basen inom hälso- och sjukvården krävs därför att det parallellt med de beslutade insatserna sker en snabb och målmedveten satsning på primärvårdsforskning av både tillräcklig kvalitet och omfattning.

Forskning av hög kvalitet växer inte fram enbart genom att resurser tilldelas universiteten. Det krävs att verksamheterna och verksamheternas förutsättningar att bedriva forskning utvecklas parallellt. Här kan landstingens ansvar för att inom ramen för den nationella utvecklingsplanen satsa på forskning ge unika möjligheter under de närmaste åren. Ett villkor är dock att det sker en motsvarande parallell satsning från statens sida på de universitetsanknutna resurserna.

Utredningen föreslår att det – antingen inom ramen för det familjemedicinska institutet eller genom en särskild kommitté – genomförs en utredning om hur den statligt finansierade forskningen skall byggas ut så att den i en växelverkan med landstingens satsning på forskning kan bidra till att primärvården utvecklas till basen i hälso- och sjukvården. Direktiv till en sådan utredning bör fastställas så snart som möjligt av regeringen.

Även om utvecklings- och forskningsbehoven är stora så kan även ett förhållandevis begränsat resurstillskott till den statligt finansierade forskningen ha stor effekt i ett kortare perspektiv. Som angivits krävs åtgärder för att stimulera framväxten av en allmänmedicinsk forskning som kan motsvara den roll och funktion som primärvården förväntas få. På sikt finns det emellertid inte några skäl för att primärvårdsforskning behandlas på annat sätt än annan medicinsk forskning. Förslaget är således att utredningen bör inriktas – inte mot en permanent statlig särfinansiering av primärvårdsforskning – utan mot ett stöd som kan bidra till att forskningen snabbt kommer igång och får större omfattning.

# Författningskommentarer

## **Förslag till lag om ändring i sekretesslagen (1980:100)**

Verksamheten hos Familjemedicinska institutet bör präglas av samma principer om öppenhet som gäller för myndigheter.

Tryckfrihetsförordningens regler om rätt att ta del av allmänna handlingar hos myndigheter (offentlighetsprincipen) gäller, enligt 1 kap. 8 § sekretesslagen, också handlingar hos vissa privaträttsliga organ. Vilka dessa organ är anges i en bilaga till lagen. I bilagan anges också i vilken verksamhet hos dessa privaträttsliga organ som offentlighetsprincipen skall gälla. Bilagan föreslås nu kompletteras med Familjemedicinska institutet avseende all verksamhet vid institutet.

# Särskilda yttranden

## Särskilt yttrande av experterna Margareta Albinsson och Mona Ringbjer

Inledningsvis vill vi poängtera att det är mycket värdefullt att ett institut inrättas vars uppgift är att följa och bidra till primärvårdens utveckling. Primärvården får genom institutet en egen arena för dess specifika behov. Det är därför angeläget att när innehåll och form för institutet fastställs att ett brett synsätt anslås och att ett patientfokus, folkhälsoinriktning och tvärprofessionellt arbete sätts i fokus. Institutet kan få en unik möjlighet att överbrygga yrkesmässiga-, specialitets- och huvudmannagränser.

I kommittédirektiven lyfts flera angelägna utvecklingsområden fram, i likhet med Nationella handlingsplanen, såsom äldres behov, personer med psykisk ohälsa och barn- och ungdomar med särskilda behov. Vi vill peka på att dessa gruppers behov kräver ett tvärprofessionellt synsätt där flera kunskapsområden måste samordnas. För att dessa grupper skall få tillgång till allmänläkarens och distriktssköterskans unika kompetens måste övriga yrkesgruppers kompetensområden sammantaget bli en naturlig del i institutets arbete. I utredningsförslaget finns ett uttalat fokus på behovet av familjeläkare både avseende rekrytering och kunskapsutveckling och det är viktigt. Men detta gör enligt vår mening att det tvärprofessionella team arbetet kommer i skymundan och inte blir ledstjärnan för institutet. Det finns också en risk för att flera kunskapsområden försummas och därmed hindras utvecklingen av primärvårdens unika möjligheter att möta patienterna utifrån ett psykologiskt, medicinskt och socialt synsätt.

Visionen bör inriktas på den samlade kompetens som krävs så att primärvården kan möta befolkningens behov av bassjukvård och bli ett naturligt första handsval. Vi anser att ingången i den föreslagna

visionen är mer exkluderande än inkluderande och det finns en risk att fastna i gränsdragningar mellan yrken, specialinriktningar och sjukvårdshuvudmännens. Vi upprepar tidigare förslag till Vision som överlämnats till utredningen i april 2001. Syftet med det familjemedicinska institutet är att genom kunskap och kunskaps-spridning skapa förutsättningar för primärvården att utvecklas, så att individer ska kunna få en tidig bedömning, behandling och rehabilitering, grundat på prioritering av behovet, av ett professionellt individanpassat team med ett hälsofrämjande förhållningssätt.

Rekryteringen av personal har fått ett oproportionellt stort utrymme i utredningsförslaget. Visserligen är framtida rekrytering av personal en av de mest kritiska faktorerna för primärvårdens utveckling men institutets huvuduppgift måste vara utveckling av kunskap, verksamhetsformer och arbetsformer. Detta möjliggör att primärvården blir ett attraktivt område att verka i.

Institutet huvudinriktning skall vara att medverka till att skapa en teamgemensam utbildningsarena för de som arbetar tillsammans inom primärvården oavsett huvudman. Vad det gäller den yrkesspecifika utbildningen så ser vi inte att detta är institutets huvuduppgift utan måste ske på annat sätt.

Utredningen föreslår att institutet ges i uppdrag att utveckla ett förslag till modell för ett mer strukturerat och sammanhållet system för utbildning. Ett system för livslångt lärande bör diskuteras i ett större sammanhang och ska inte ligga inom ramen för institutets verksamhet.

Utredaren föreslår att det familjemedicinska institutet ges i uppdrag att belysa hur institutets inriktning mot kommunernas primärvård skall utformas. Den primärkommunala hälso- och sjukvården är ett lika naturligt inslag, som landstingens primärvård, i institutets verksamhet och vi anser att detta inte behöver utredas ytterligare.

Nationella handlingsplanen använder begreppet familjemedicin för att beskriva de psykologiska, medicinska och sociala sammanhangen. Familjehälsa hade varit ett bättre begrepp för att beskriva dessa sammanhang.

Vi ställer oss bakom förslaget av formerna för institutet.

Sammanfattningsvis vill vi att institutets uppdrag skall ha ett patient-, folkhälsoinriktat- och tvärprofessionellt fokus och inte enligt utredarens förslag som har ett fokus på organisationsgränser och gränser mellan yrkesgrupper. Vi ställer oss därför inte bakom utredarens förslagna inriktning.



## Särskilt yttrande av experten Carita Jonsson Sundberg

Jag vill med detta särskilda yttrande kommentera utredarens förslag till inriktning av det familjemedicinska institutet samt reservera mig emot utredarens förslag till vision för institutet.

### *Direktiven*

Enligt Kommittédirektiv (Dir. 2000:86), skall målet för institutet vara att skapa förutsättningar för landstingens och kommunernas primärvård, att bli en bas där dynamik och utvecklande arbetsmiljö erbjuds alla personalkategorier som är verksamma i primärvården. Målet skall nås via kunskap och kunskapsspridning. Kontinuerlig utveckling av primärvården eftersträvas där särskilda grupper utpekats, t.ex. äldre som vårdas i särskilt boende och i hemsjukvård, psykiskt funktionshindrade och barn-och-ungdomar.

Direktiven betonar att primärvården behöver läkare men också att primärvården behöver tillgång till andra yrkeskategorier, såsom sjukgymnaster, arbetsterapeuter, socionomer och psykologer m.fl. Direktiven vill att alla yrkeskategorier skapar goda relationer till patienterna och att man samverkar över organisationsgränserna t.ex. inom och mellan olika huvudmän.

Här betonas vikten av att utveckla ett fungerande teamarbete.

### *Team*

Jag tycker att utredaren inte belyser övriga samarbetspartners tillräckligt i denna utredning. På några få ställen i utredningen nämner man teamet och de övriga yrkeskategorierna samt deras behov. Det är alldeles uppenbart att fokus har lagts på yrkeskategorin läkare vilket får till följd att övriga yrkeskategorier, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, socionomer och psykologer har marginaliserats i utredningen. Det finns inga förslag i texten angående hur personal skall integreras i teamen, ej heller mellan olika huvudmän samt olika driftsformer. Utredaren tycks inte se denna uppgift som självklar för institutet. Detta är något som jag beklagar djupt då jag ser det som en huvuduppgift för det framtida familjemedicinska institutet.

### *Begreppet familjemedicin*

Familjemedicinen som begrepp innebär att individen/patienten skall ses i ett medicinskt, psykologiskt och socialt sammanhang. Utredningen har i för liten utsträckning sett till individens bästa, patientens behov. För att uppnå intentionerna med nationella handlingsplanen krävs en ömsesidig respekt mellan yrkeskategorierna och deras olika kompetenser. All personal är nödvändig i primärvården liksom deras särskilda behov av fortbildning och kompetensutveckling. Primärvården måste arbeta flexibelt, ödmjukt och lyhört för både personal och patienter. Vid en jämförelse med den palliativa vården, ser jag att man där utgår från en etisk plattform, en aktiv helhetsvård/helhetssyn och tvärprofessionell personal. Här strävar man mot samverkan mellan olika vårdgivare mot gemensamma mål, medveten kompetensutveckling och utbildningsinsatser för personalen. Jag ser det som mycket viktigt att en liknande satsning görs för all personal inom primärvården.

### *Rekrytering*

Utredningen fokuserar i för hög grad på uppgiften att rekrytera personal till primärvården. Detta är något jag ifrågasätter. Huvuduppgiften kan inte vara att lägga betoning på rekrytering och bemanning även om det blir allt svårare att få tag i kompetent personal samt att behålla dessa. Utredningen nämner inte mycket om alternativa organisationsformer eller olika typer av ledarstil som ett tänkbart alternativ till att locka personal till primärvården.

### *Visionen*

Jag vill reservera mig emot utredarens förslag till vision där det betonas att "familjeläkaren och distriktsköterskan är sjukvårdens generalister som har en specialiserad kunskap om individen och dennes situation". Enligt min mening behöver samtliga personal inom primärvården tänka i ett generalistperspektiv, ha generalistkunskap för att kunna möta individen/patienten på ett optimalt och effektivt sätt. Utredaren förtydligar inte begreppet "generalist" varför det blir lätt att missförstå vad som avses. Att arbeta i primärvården kräver ett tänkande som avspeglar helheten och detta kan inte vara förbehållet några få yrkeskategorier.

## Särskilt yttrande av experten Meta Wiborgh

Den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården presenterar en analys, som visar att svensk hälso- och sjukvård behöver genomgå en strukturförändring. Enligt analysen är det största och tydligaste problemet en underdimensionerad primärvård. Det huvudsakliga syftet med planen är att ge hela sjukvården en mer ändamålsenlig struktur genom en konsekvent uppbyggnad av primärvården.

I handlingsplanen framkommer att bristen på allmänläkare är ett nyckelproblem. Graden av framgång när det gäller rekrytering av allmänläkare är avgörande för om hela handlingsplanen kan genomföras på ett framgångsrikt sätt. Regeringen har också betonat att man inte velat låta dagens bristsituation av allmänläkare föranleda en ändring av HSL där det slås fast att den fasta läkarkontakten i primärvården endast kan fullgöras av en specialist i allmänmedicin. Förverkligandet av det familjemedicinska institutet är en viktig del i rekryteringsstrategin. I utredningen finns sammantaget en rad olika goda förslag som kan fylla detta syfte. Samtidigt finns en otydlighet på några punkter, som gör att jag oroas över om institutet skall kunna fylla avsedd funktion. Den entusiasm som allmänläkarna haft inför förverkligandet av det familjemedicinska institutet kan i så fall bytas mot en besvikelse vilket vore ödesdigert för handlingsplanens genomförande.

Det nationella system för fortbildning som Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM) byggt upp under 90-talet, och som resulterat i ett landsomfattande nätverk, med en rad kompetensgrupper, FQ-grupper, lokala SFAM-föreningar m.m. behöver ett garanterat stöd för att kunna fortleva och utvecklas. Även om den framlagda utredningen ger förhoppningar om att det föreslagna institutet skulle kunna utgöra ett sådant stöd, innehåller den inga uttalade garantier för detta.

I den nationella handlingsplanen liksom i utredningsdirektiven för det familjemedicinska institutet lyfts SFAM:s idéskiss för ett allmänmedicinskt institut fram. Idéskissen synes vara inspiration för både det familjemedicinska institutet och ILPU (Institutet för läkares professionella utveckling).

Jag anser att det är nödvändigt att det familjemedicinska institutet får till uppgift att tillsammans med professionen bygga vidare på det av SFAM uppbyggda nationella systemet för kontinuerlig professionell utveckling.

Enligt min mening är det rimligt att de som utför vården har en stark ställning i institutet. Jag vill här särskilt betona generalisternas avgörande betydelse för primärvården, allmänläkarna/familjeläkarna och distriktssköterskorna. Regeringen och riksdagen har ju också särskilt markerat detta i sina beslut, genom att hänvisa till familjemedicin och sjukvårdens generalister.

En ideell förening där enbart Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet och staten är medlemmar är inte ändamålsenlig för en utveckling som skall leda svensk sjukvård på nya vägar. Det är hög tid för stat, kommun och landsting att ge professionerna ansvar, befogenheter och resurser att driva utvecklingen. Detta menar jag att regeringen kan åstadkomma genom att hälso- och sjukvårdens generalister ingår bland den ideella föreningens medlemmar.

# Bilaga 1

## Kommittédirektiv

Tillskapande av ett familjemedicinskt institut

Dir  
2000:86

---

Beslut vid regeringssammanträde den 30 november 2000.

### **Sammanfattning av uppdraget**

En särskild utredare tillkallas med uppgift att utreda formerna för ett familjemedicinskt institut. Målet för ett sådant institut skall vara att skapa förutsättningar för landstingens och kommunernas primärvård att utvecklas till en väl fungerande bas i den svenska hälso- och sjukvården, som utgör en dynamisk och utvecklande arbetsmiljö för alla de olika personalkategorier som är verksamma i primärvården. Målet skall nås genom att institutet verkar som ett centrum för kunskap och kunskapsspridning, bl.a. genom att initiera fortbildning av personalen inom primärvården.

### **Bakgrund**

Primärvårdens uppgift är att utgöra befolkningens förstahandsval när de har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser och att svara för sammanhang och kontinuitet i det samlade vårdutbudet. För att primärvården skall klara denna uppgift krävs det att landstingens och kommunernas primärvård ges möjlighet att kontinuerligt utvecklas.

Det finns många angelägna utvecklingsområden. Bland annat kan nämnas frågan om hur rollen som patientens samordnare och rådgivare kan stärkas. Andra områden gäller primärvårdens roll för dem, framför allt äldre, som vårdas i särskilt boende och i hemsjukvård liksom primärvårdens roll för psykiskt funktionshindrade samt för barn- och ungdomar.

Primärvården är fortfarande en förhållandevis ung verksamhet inom hälso- och sjukvården. Dess roll som patientens samordnare och rådgivare har därmed på många håll ännu inte funnit sin fullt utvecklade form. Dock finns det väl etablerade modeller både internationellt och inom landet.

Hälso- och sjukvårdsyrkena är kunskapsintensiva områden där det sker en snabb utveckling av behandlingsmetoder och arbetsätt. För att uppnå en önskad utveckling av primärvården ställs därför krav på att utveckla kompetensen hos de olika personalgrupper som arbetar där.

Det är i detta sammanhang viktigt att framhålla att även om läkarna givetvis har en mycket viktig funktion i primärvården så innefattar den mycket mer än läkarinsatser. I vården behövs tillgång till en rad andra yrkeskategorier, särskilt för vård av olika grupper med kroniska tillstånd. Det gäller också i hemsjukvård, liksom i mödra- och barnhälsovård och i rehabilitering eller habilitering. Inom primärvården behöver alla yrkeskategorier skapa goda relationer med patienterna och samverka med varandra över organisationsgränserna, t.ex. inom och mellan olika huvudmän. Det är nödvändigt att utveckla ett väl fungerande teamarbete. Begreppet familjemedicin sätter fokus på den speciella yrkeskompetensen att se patienten som individ i sitt medicinska, psykologiska och sociala sammanhang.

I olika sammanhang har behovet av förbättrade möjligheter till fortbildning och kompetensutveckling för hälso- och sjukvårdspersonalen lyfts fram. Bland annat har Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) i en skrivelse till Socialdepartementet (dnr S 2000/2988/HS) föreslagit att ett allmänmedicinskt institut skall byggas upp i avsikt att ge stöd till specialistutbildning, fortbildning, forskning och utveckling inom allmänmedicinen.

Sveriges Läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet har gemensamt presenterat sina tankar om ett utbildningsinstitut för Socialdepartementet (dnrS1999/8662/HS). Huvuduppgiften för ett sådant institut skulle vara att läkarorganisationerna i samarbete med myndigheter och arbetsgivare skall ansvara för att samman-

ställa information om det totala kursutbudet, innehållsdeklarera utbildningar, verka för god kvalitet samt lyfta fram förbisedda utbildningsbehov.

Samtliga personalkategorier inom primärvården måste få sina behov av fortbildning tillgodosedda. Detta är ett ansvar för framför allt arbetsgivaren, men även för de olika yrkesgrupperna. Ansvaret för fortbildningsinsatser faller däremot utanför statens ansvar.

## Uppdraget

I den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården som regeringen lade fram för riksdagen i juni 2000 föreslog regeringen att ett familjemedicinskt institut skall tillskapas (prop. 1999/2000:149). För ändamålet avsätts 60 miljoner kronor under perioden 2002-2004. Regeringen återkommer med förslag i budgetpropositionen för respektive år.

Målet för ett familjemedicinskt institut skall vara att skapa förutsättningar för landstingens och kommunernas primärvård att utvecklas till en väl fungerande bas i den svenska hälso- och sjukvården, som utgör en dynamisk och utvecklande arbetsmiljö för alla de olika personalkategorier som är verksamma i primärvården. Målet skall nås genom att institutet skall verka som ett centrum för kunskap och kunskapsspridning, bl.a. genom att initiera fortbildning av personalen inom primärvården,

Mot den bakgrunden tillkallas en särskild utredare med uppgift att närmare utreda formerna för institutet. Utredaren skall utarbeta mål och verksamhetsidé för institutet. Utredaren skall vidare utreda förutsättningarna för institutet att verka som ett centrum för kunskap och kunskapsspridning i syfte att utveckla primärvården.

Utredaren skall överväga i vilken associationsform institutet bör drivas. I detta sammanhang bör övervägas vilka som skall vara företrädare i den form som föreslås samt vilket inflytande och ansvar dessa skall ha.

Den särskilde utredaren skall överväga och lämna förslag till institutets bemanning, arbetsformer och lokalisering samt till hur högskolornas kompetens skall kunna tas till vara i institutets verksamhet. Lokaliseringen bör väljas så att institutets verksamhet naturligt kan anknyta till såväl forskning och utbildning som tillämpad hälso- och sjukvårdsverksamhet. Det är viktigt att

förslaget bidrar till att institutet präglas av effektivitet och flexibilitet, inte minst i syfte att möta behovet av insatser för de olika personalkategorier som är verksamma i primärvården.

Utredaren skall belysa hur institutets verksamhet förhåller sig till den reglerade vidareutbildningen för t.ex. specialister. Utredaren skall här beakta Socialstyrelsens utvärdering av de s.k. SK-kurserna (specialistkompetenskurser) för läkare. Utredaren skall i detta sammanhang också belysa hur institutet förhåller sig till det av Sveriges Läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet planerade utbildningsinstitutet.

Provinsialläkarstiftelsen har till ändamål att främja distriktsläkares (eller motsvarande) utbildning genom bidrag till kostnader för deras fortbildning samt för studieresor och andra ändamål som kan anses falla inom ramen för deras yrkesutveckling. Utredaren skall analysera hur institutets verksamhet förhåller sig till stiftelsens verksamhet.

Utredaren skall successivt förankra sina förslag hos sjukvårdshuvudmännen och de olika yrkesgrupperna för att underlätta en smidig start av verksamheten fr.o.m. den 1 januari 2002.

Utredaren skall föreslå hur och av vem institutets verksamhet skall utvärderas. Utvärderingen skall ligga till grund för beslut om en eventuell fortsättning av verksamheten efter år 2004. Utredaren skall överväga och lämna förslag till en långsiktig finansiering av institutet.

### **Redovisning av uppdraget**

Utredaren skall redovisa sitt uppdrag till regeringen senast den 1 juni 2001.

(Socialdepartementet)



## Bilaga 2

### Kommitténs sammansättning

#### Expertgruppen

Göran Sjönell, utredare, Socialdepartementet	Carl-Eric Thors, expert Distriktsläkare/SACO Läkarförbundet
Karin Odencrants, sakkunnig Kansliråd, Utbildningsdepartementet	Håkan Wiitgren, expert Hälsa- och sjukvårdschef Praktikertjänst
Heléne Dahl Fransson, sakkunnig Kansliråd Socialdepartementet	Mona Ringbjer, expert Distriktsköterska (SSF)
Kjeld Hougaard, sakkunnig Överläkare Socialdepartementet	Meta Wiborgh, expert Allmänläkare (SFAM)
Leif Lundquist, sakkunnig Kansliråd Socialdepartementet	Carita Jonsson Sundberg, expert Psykolog/SACO Psykologförbundet
Mats Ribacke, sakkunnig Medicinalråd Socialstyrelsen	Liza diPaolo-Sandberg, expert Kommunalarbetareförbundet
Göran Håkansson, expert Generaldirektör Utlänningsnämnden	Svante Pettersson, sekreterare Socialdepartementet
Kerstin Sjöberg, expert Utredare Landstingsförbundet	Stina Andersson, konsult Undersköterska
Kent Löfgren, expert Förbundssekreterare Svenska Kommunförbundet	Eva Mertel-Högberg, konsult Sjuksköterska
Margareta Albinsson, expert Vice förbundsordförande Vårdförbundet	Mikael Stolt, konsult Distriktsläkare

# Bilaga 3

## Referensgrupper

Referensgrupp A – allmänläkare	Referensgrupp B – teamet
Meta Wiborg, Ordförande SFAM, Luleå	Berit Andersson, Distriktssköterska, Kivik
Karin Lindhagen, Uppsala	Margot Englund, Psykolog, Karlstad
Gösta Eliasson, Falkenberg	Catharina Gäfvells, Socionom, Huddinge
Carl Edvard Rudebeck, Västervik	Marianne Johansson, Barnmorska, Piteå
Anna Källkvist, Stockholm	Inga-Britt Lindström, Arbetsterapeut, Nacka
Olle Staf, Borgholm	Ulf Måwe, Allmänläkare, Luleå
Karin Ranstad, Nätraby	Helena Pettersson, Medicinskt ansvarig sköterska, Lidingö
Johan Berglund, Nätraby	Jonas Sjögren, Allmänläkare, Västerås
Birgitta Danielsson, Stockholm	Ulla Waern Jorild, Sjukgymnast, Uppsala
Anders Lundkvist, Örnköldsvik	Meta Wiborgh, Allmänläkare, Luleå
Jonas Sjögren, Västerås	Helena Zander-Ögren, Läkarsekreterare, Stockholm
Ulf Måwe, Luleå	
Birgitta Löthgren, Luleå	