

## 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 anställda 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 provat 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, Örnsköldsvik	Meta Wiborgh, Allmänläkare, Luleå
Jonas Sjögren, Västerås	Helena Zander-Ögren, Läkarsekreterare, Stockholm
Ulf Måwe, Luleå	
Birgitta Löthgren, Luleå	