Robert ell RT

Ulf Måwe

# ALLMÄNLÄKARES EFTERUTBILDNING

**Rapport skriven på uppdrag av Svensk Förening för Allmän-Medicin**

**1993**

*Beställningsadress:*
**Svensk Förening för Allmänmedicin**
**Sveriges Läkarförbund**
**Box 5610**
**114 86 Stockholm**
**08-790 33 05**
**08-790 33 95**

# Förord

Den 20 november 1992 beslöt Svensk förening för allmänmedicin att låta utreda frågan om efterutbildning för allmänläkare. Redan på SFAM-mötet i Kiruna 1991 presenterade ett förslag till nationellt program för efterutbildning återgivet i tidskriften Allmänmedicin 1991:12:237-9. I den motion till SFAM:s årsmöte som skrevs av Carl Edvard Rudebeck, Mikael Stolt och Göran Sjönell betonades att det krävs en nationellt sammanhållen efterutbildning i en tid av stora förändringar. De pekade speciellt på husläkarreformen. Denna har ju främst karaktären av övergång från ett budgetstyrt vårdcentralssystem till ett system med husläkare som fungerar "under marknadsliknande former". Efterutbildning kommer därför att bli nära kopplad till den typ av kvalitetssäkring som är en nödvändig och naturlig del i husläkarnas verksamhet.

Jag fick som ensamutredare uppdraget att lägga fram ett förslag till SFAM om vår efterutbildning/kvalitetssäkring. Min första reaktion var att ställa frågor som dessa: Hur håller vi yrkesnyfikenheten och inspirationen levande? Hur undviker vi att bli trötta, likgiltiga och utbrända? Hur gör vi för att på ett lustfyllt och livsbejakande sätt förnya, bebehålla och vidareutveckla vårt kunnande? Hur ska en efterutbildning göras stimulerande, tillväxtfrämjande och effektiv? Under utredningens gång har jag mer och mer förstått att min roll skulle bli att låta förslagen till efterutbildning/kvalitetssäkring växa fram i kontakter med kolleger inom och utom landet för att ta fastare form i arbetsgrupper och idéseminarier. Därför är denna rapport inte bara en redogörelse för hur efterutbildningen för allänmedicinare skulle kunna ta gestalt i ett nationellt program. Det är framför allt en rapport om hur tankar om efterutbildning blivit brett förankrade bland medlemmarna i SFAM och hur en sådana process skulle kunna bli en garanti för en efterutbildning som

- blir en naturlig del av allmänläkarnas professionella utveckling
- styrs av den enskilde allmänläkarens behov av vidgat och fördjupat kunnande
- utformas på individuella villkor.

Det speciella med allmänmedicinsk efterutbildning är att

- allmänläkare behöver ha kontakt med medicinska landvinningar på medicinens alla områden
- allmänläkare arbetar individuellt och därför har behov av förtroendefull kontakt med kolleger i olika former av efterutbildning/kvalitetsarbete
- allmänläkare arbetar under varierande förhållanden och efterutbildningen därför måste utformas på många olika sätt samtidigt som det bör finnas ett övergripande professionellt kontaktnät som ger allmänmedicinen dess karaktär och inriktning.

Vi står här inför ett "paradigmskifte" i efterutbildningen liksom vi gör i hälso- och sjukvården, speciellt i primärvården. I stället för att låta en myndighet eller en avdelning inom läkarförbundet eller SFAM svara för ett fortbildningsprogram, föreslås i denna rapport att de enskilda allmänläkarna ska utforma sina individuella efterutbildningsplaner. Det är samma grundtanke som i den allmänmedicinska konsultationen där patientens eget ansvar, egna frågor och egna bekymmer tas till utgångspunkt för läkares medverkan. Det är heller inte fråga om enbart kunskaper och färdigheter som i traditionell fortbildning utan om praktiskt kunnande (se bilaga 3, uppsatsen om det praktiska kunnandet), en tyst kunskap som förvärvas genom reflekterande samtal och kompetensutveckling i det dagliga mötet med patienterna.

Denna rapport är utformad för att vara en början i ett långsiktigt arbete på att utforma efterutbildning och kvalitetsarbete i primärvården enligt de riktlinjer som kommer att gälla när tankarna inom utredningen "HSU 2000" ska förverkligas.

Jag framför mitt varma tack till alla som med stor entusiasm bidragit i diskussioner och konkret arbete med att få fram denna rapport och förslagen till SFAM:s efterutbildnings/kvalitetssäkrings-program. Ett särskilt tack vill jag rikta till dem som utarbetat underlagsdokumenten i bilaga 3, till Björn Nilsson som bl.a. administrerat idéseminarierna, till Henry Egidius som i många avseenden fungerat som utredningssekreterare, skrivit ordlistan i bilaga 7 och färdigställt rapporttexten för tryckning, samt till Birgitta Burman på Svensk förening för allmänmedicin som ställt samman bilagorna och svarat för tryckning av rapporten.

Luleå i oktober 1993

Ulf Måwe

# Innehåll

**Förord** 3

**1 Uppdraget** 7

**2 Genomförandet** 8

**3 Resultatet** 11

**4 Förslag till beslut** 13
4.1 **SFAM:s** efterutbildningsprogram 13
4.1.1 Individuell efterutbildnings- och kvalitetssäkringsplan 13
4.1.2 Enskilda studier 14
4.1.3 Mentorskap/partnerskap 14
4.1.4 Efterutbildnings/kvalitetssäkringsgrupper 15
4.1.5 Allmänmedicinsk efterutbildning – nyckeln till kvalitetssäkring och prioriteringar 15

4.2 Verkställande organ: SFAM:s efterutbildningsutskott 16
4.2.1 Uppgifter under första verksamhetsåret 16
4.2.2 Regionalt stöd och samordning 16
4.2.3 Finansiering 17

4.3 Ett institut för allmänmedicin 17

4.4 Förslag till beslut i sammanfattning 18

**Bilaga 1 Utbildningar som del i genomförandet av SFAM:s efterutbildnigsprogram** 19

| | | |
|---|---|---|
| **Bilaga 2** | **Ledningsgrupp och arbetsgrupper enligt förslagen i kapitel 4** | 22 |
| **Bilaga 3** | **Underlagsdokument framtagna av särskilda arbetsgrupper** | 23 |
| | Den individuella utbildningen | 24 |
| | Om det praktiska kunnandet | 32 |
| | Mentorsbegreppet | 44 |
| | Gruppbaserad efterutbildning för allmänmedicinare i ett nationellt perspektiv | 48 |
| | Allmänmedicinsk efterutbildning - nyckeln till kvalitetssäkring och prioriteringar (FINANSIERING) | 56 |
| | Institut för allmänläkarnas efterutbildning | 64 |
| **Bilaga 4** | **Allmänläkares efterutbildning i andra länder** | 72 |
| | Efterutbildning för allmänläkare på Irland | 73 |
| | Efterutbildning för allmänläkare i Holland | 75 |
| | Efterutbildning för allmänläkare i Norge | 77 |
| **Bilaga 5** | **Förslag till initiering av Institutet för allmänmedicin** | 79 |
| **Bilaga 6** | **Till Socialdepartementet ang. initiering av Institut för allmänmedicin** | 83 |
| **Bilaga 7** | **Ordlista** | 84 |

# 1 Uppdraget

***Svensk Förening för Allmänmedicin uppdrog vid årsmöte i Östersund den 20 november 1992 åt Ulf Måwe att utreda behovet av efterutbildning för allmänläkare med beaktande av de nya förutsättningar som uppstått genom husläkarreformen, kraven på kvalitetssäkring m.m. (såsom framgår av § 15 i protokollet).***

***Paragraferna 14 och 15 i protokollet från årsmötet har följande lydelse:***

§ 14

**Motioner**

Angående efterutbildning av Carl Edvard Rudebeck, Mikael Stolt och Göran Sjönell. Carl Edvard Rudebeck presenterade motionen varefter följde yttranden av Mogens Hey, Leif Persson, Ylva Johansson, Barbro Hagander med flera. Efter kort diskussion antogs motionen, vilken innebär att föreningen tillsätter en enmansutredare, vilken på halvtid ges i uppdrag att sammanställa och komma med förslag om föreningens framtida efterutbildning. Till enmansutredare utsågs Ulf Måwe, Luleå, och kostnaderna för utredningen skall bestridas genom en tillfällig höjning av medlemsavgiften för 1993 med 200 kronor.

.....

§ 15

Ordföranden presenterade styrelsens verksamhetsplan för det kommande verksamhetsåret vilken kommer att omfatta bland annat följande punkter:

1. Husläkarfrågan.
2. Fortbildningen.
3. SPUR.
4. Kvalitetssäkring.
5. ST-kurser och datautveckling.

# 2 Genomförandet

***Uppdraget har genomförts enligt nedanstående redogörelse.***

Februari månad 1993 ägnades åt analys och konkretisering av befintliga policydokument. Utredaren sökte stämma av innehållet i dessa mot tankar och uppfattningar om nutida krav på efterutbildning för läkare och tog del av utvecklingsprojekt i bl.a. Stockholm och Malmö.

I mars skedde en avstämning av uppdraget inför SFAM:s styrelse. Dessutom planerades ett idéseminarium om efterutbildningen där olika dokument om efterutbildning skulle behandlas, bl.a. följande:

1 Gruppen om efterutbildning inom allmänläkarvården (GREJA), 1978.

2 Svenska Distriktsläkarföreningen 1983: Fortbildningsprogram för distriktsläkare i allmänmedicin.

3 Distriktsläkares arbetsmiljö: KULA 1977, LARM 1983 och FRAMÅT 1988.

4 Allmänläkares efterutbildning. SFAM:s ställningstagande, Kiruna 1991 (dokumenterat i Allmänmedicin 6/91: 237–239).

5 SFAM:s efterutbildningssymposium i Östersund 1992. Av det material som presenterades vid detta symposium finns Norgemodellen publicerad i Allmänmedicin 5/92: 224–225. Det övriga materialet är tillgängligt i stencilform.

6 Centrum för praktisk allmänmedicin i Stockholm: Efterutbildningsseminarium januari 1993. Erfarenheter om utbildningsgrupper i Irland, Stockholm och Malmö presenterades och diskuterades.

7 Strategies for continuing education. Artikel av Anna-Karin Furhoff.

8 Efterutbildningsmöte i Norrbottens SFAM-avdelning.

9 Rapporter om allmänläkares efterutbildning i flera länder har skrivits. Aktuella länder är Australien, Danmark, England, Irland, Kanada/USA, Nederländerna och Norge. Några av dessa återfinns i bilaga 4 (rapporterna om Irland, Holland och Norge).

Det beslöts också att korta presentationer av föreningens ambitioner skulle införas i Distriktsläkaren, Allmänmedicin och Läkartidningen. Genom dessa presentationer fick utredaren kontakt med kolleger som är intresserade av efterutbildningsfrågor. Lokala nätverk skulle kunna ta form.

I april–maj 1993 företog utredaren en längre resa i syfte att få del av uppfattingar och erfarenheter som gäller efterutbildning i allmänmedicinsk verksamhet. Det gällde att få nyckelpersoner på olika håll i Norden att uttrycka sina tankar om hur de skulle vilja ha efterutbildningen i framtiden. Företrädare för myndigheter, organisationer och universitetsinstitutioner kontaktades. Resan var viktig för avstämning av intryck, som erhållits vid läsning av utredning m.m. om efterutbildning, med synpunkter som man kan få när man talar med personer i aktivt arbete med vård och forskning. Det blev en uppladdningsfas inför de kommande idéseminarierna i Steningevik och Arlandastad. Tack vare de samtal som förts med var och en individuellt kunde idéseminarierna bli en mötesplats för olika erfarenheter och inriktningar. I förberedelsearbetet och under arbetet i smågrupper och storgrupp utkristalliserades den vision av efterutbildningens syfte, organisation och genomförande som tog form i flera steg under idéseminarierna.

Det första av dessa hölls i Steningevik i juni 1993 med ett trettiotal deltagare från olika delar av landet. Syftet var att utveckla och fördjupa idéer och engagemang i den allmänmedicinska efterutbildningen.

Henry Egidius, pedagogisk konsult bl.a. vid medicinska fakulteten i Lund/Malmö, inledde seminariet med en genomgång av de senaste två århundradenas megatrender beträffande kunskapssyn, filosofi och politik mot bakgrund av den allmänna samhällsutvecklingen i västvärlden. Förmågan att kunna reflektera kritiskt över egen verksamhet är en nyckelfunktion i utvärdering och kvalitetssäkring. Det är i det sammanhanget som efterutbildningen ska ses. *Kompetensutveckling sker i en lärande organisation.*

Diskussionerna under seminariet inleddes med att deltagarna individuellt skrev på kort de frågor som de ville ha belysta. Det gällde i första hand organisationen av primärvården efter genomförande av husläkarreformen, finansiering och myndighetskontroll.

Vid behandlingen av dessa frågor konstaterade man att det i prop. 1992/93:160 om husläkare m.m. tydligt står att efterutbildning ska betraktas som en driftskostnad och kostnaderna härför rymmas inom kapitationsersättningen. Nivån på denna bör täcka en rimlig utbildningsvolym och husläkarna ska som ett led i kvalitetssäkringen åläggas krav på att årligen redovisa vilken efterutbildning som de genomgått.

Vid idéseminariet arbetade deltagarna dels i storgrupp, dels i mindre grupper, i vilka några av deltagarna hade särskild kompetens inom visst problemområde eller särskilt satt sig in i ett sådant.

Grupperna visade sig ha svårt att föreställa sig hur en individuell utbildningsplanering skulle te sig i en prospektiv 5-årsperiod.

SFAM:s beslut i Kiruna 1991 hade vunnit allmän acceptans i grupperna. Man var enig om att husläkarna kan ingå i utbildningsgrupper och utbildningsnätverk. Individuell utbildningsplanering kan ske i grupper eller med hjälp av en mentor. En av grupperna drev tanken att medicinsk revision av husläkarnas arbete bör utföras fortlöpande av företrädare för professionen själv. Ett underlag till ett institut för allmänmedicin presenterades och det framhölls att regeringsrepresentanter uttryckt önskemål om att ett sådant institut bildas. Många deltagare framhöll att bildandet av ett sådant institut skulle bli ett efterlängtat svar på flera olösta frågor och kändes som en gemensam angelägenhet för svensk allmänmedicin. Enligt allas uppfattning skulle professionen äga och driva institutet bl.a. med hjälp av statsbidrag.

I diskussionerna om medicinsk revision och kvalitetsarbete framkom mycket tydligt att kopplingen mellan efterutbildning och kvalitetssäkring ska vara tydlig. Ansvaret för båda ska helt ligga på den enskilde allmänmedicinaren. Samtidigt gav man uttryck för behovet av ett välorganiserat professionellt stöd.

Ett nytt idéseminarium hölls i Arlandastad i början av september 1993. De arbetsgrupper som bildats vid det första idéseminariet presenterade preliminära versioner av sina ställningstaganden till de frågor som de sysslade med. Under loppet av seminariet fick grupperna tillfälle att arbeta vidare med sina texter, vilka därefter justerats så att de nu fått den form som de har i bilaga 3.

Inbjudna resurspersoner var Henry Egidius, som i skriftlig form gav grupperna synpunkter på deras framställningar, Björn Hoftved, chef för pedagogiska avdelningen vid Norska läkarföreningen, och Steinar Westin, professor vid institutionen för samhällsmedicinska ämnen i Trondheim, vilka beskrev efterutbildningen för allmänläkare i Norge och gav principiella synpunkter på efterutbildning och kvalitetssäkring.

Till andra dagen var ett tjugotal gäster inbjudna som i en särskild hearing hade tillfälle att ge synpunkter på de förslag till efterutbildning/kvalitetssäkring som diskuterats under första dagen. Bland gästerna fanns representanter för Socialdepartementet och HSU 2000, Socialstyrelsen, de allmänmedicinska institutionerna, Landstingsförbundet, SPRI, WONCA, enskilda landsting, Sveriges läkarförbund, läkemedelsindustrin, Apoteksbolaget m.fl.

I en sammanfattande diskussion med inlägg från ett flertal deltagare lät utredaren en skiss växa fram på en whiteboard över de förslag som konkretiserats under loppet av de båda idéseminarierna. Denna skiss, som presenteras i kapitel 3, kom att utgöra stommen i de förslag som sedan utformats mera i detalj i kapitel 4 i denna rapport och som stöds av gruppernas framställningar i bilaga 3.

Arbetet försenades och kunde inte bedrivas med full kraft förrän utredaren beviljats avsked vilket kunde träda i kraft först i slutet av september. Därför kom färdigställandet och tryckningen av rapporten att ske först veckan före årsmötet den 29 oktober 1993.

# 3 Resultatet

Skissen på nästa sida är en vision av allmänläkarnas efterutbildning i framtiden, en vision som tog form vid ett par idéseminarier som arrangerades på våren och hösten 1993 av Ulf Måwe och Björn Nilsson. (Se kapitel 2 i denna rapport.)

Det är en efterutbildning som inte har någon likhet med hittillsvarande kurser och föreläsningar. Den efterutbildning som det handlar om här står för den professionella utveckling och utveckling av professionen som ställs i kvalitetssäkringens tjänst, motiveras av kvalitetskrav och leder till att kvaliteten i den allmänmedicinska verksamheten kan hållas hög och säker.

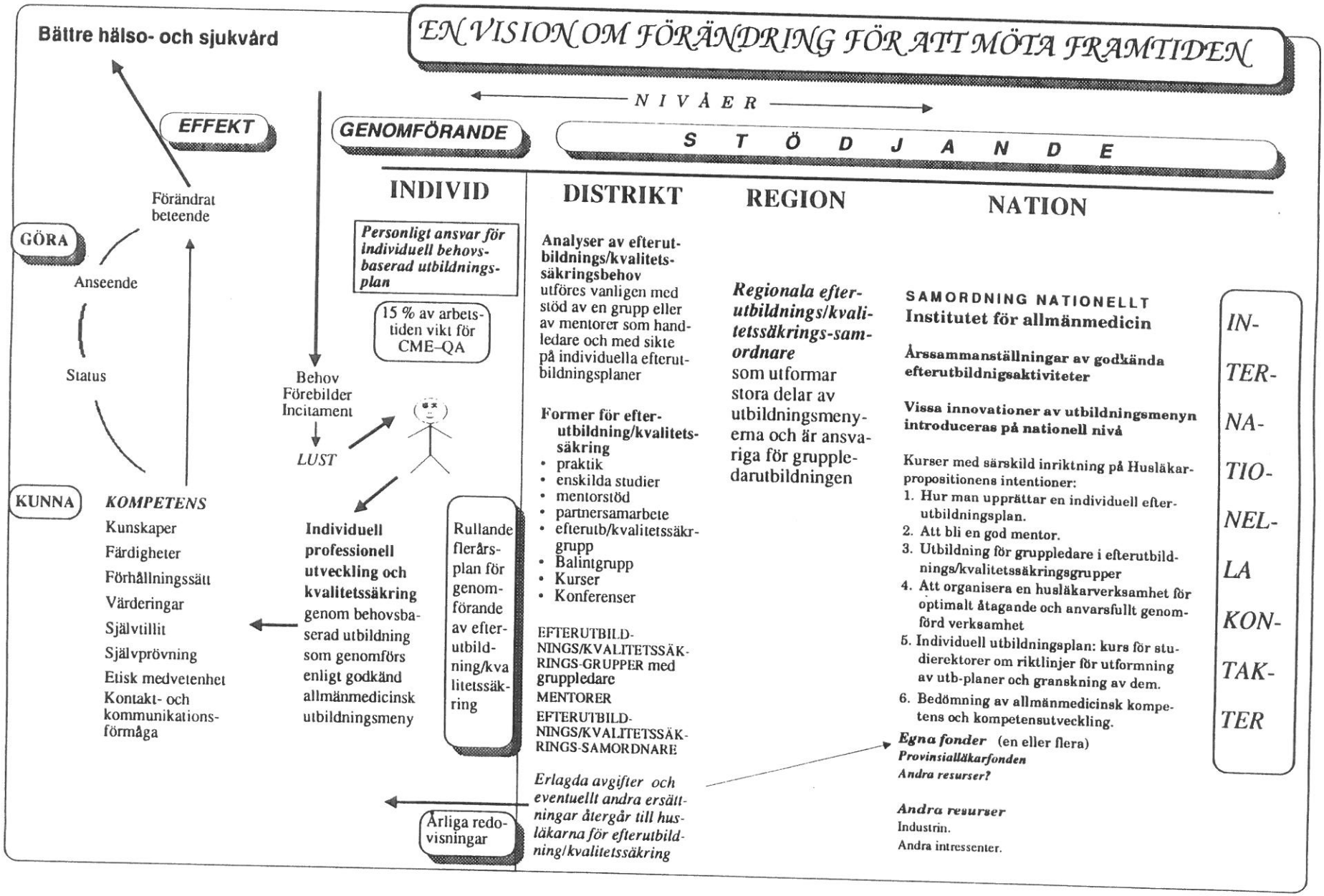
Vad som tydligt framtonar är det individuella utbildningsansvaret, vilket stämmer överens med husläkarreformens grundtanke. Var och en har själv ansvar för att bli en bra läkare (professionell utveckling) men tar samtidigt på sig uppgiften att bidra till att utforma och omforma primärvården i enlighet med nya krav som ställs på den (utveckla professionen). Här finns också en tro på att en inspirerande efterutbildning i form av livslångt lärande ska ge en sådan självtillit att läkarna upplever sitt arbete som meningsfullt och angeläget (personlig utveckling).

Då detta med personlig utveckling, självtillit och visioner om framtiden inte kan undervisas eller resoneras fram kommer mentorskap och partnerskap att spela stor roll i efterutbildningsprogrammen, bl.a. i form av reflekterande samtal och förtroendefulla utvecklingssamtal med såväl äldre som yngre och jämnåriga kollegor.

Detsamma gäller programmet för efterutbildning/kvalitetssäkring som helhet. Skissen och förslagen har vuxit fram i nätverk och kontakter både nationellt och internationellt. I föreliggande form är de tänkta som startpunkter för individer och grupper att utveckla lokalt och regionalt förankrade verksamheter för allmänläkarnas professionella utveckling – i samklang med samhällsutvecklingen och medborgarnas krav på en lättillgänglig, kompetent och personligt inriktad hälso- och sjukvård.

*Idéerna konkretiseras i de olika arbetsgruppernas rapporter och i de förslag till beslut som ges i kapitel 4 i denna rapport.*

**Allmänmedicinsk efterutbildning enligt *skiss* på whiteboard vid konferens i Arlandastad 19993-09-06–07**



# 4 Förslag till beslut

## 4.1 SFAM:s efterutbildningsprogram

***Svensk Förening för Allmänmedicin beslutar att anta utredningens förslag till efterutbildningsprogram.***

***Efterutbildningsprogrammet kommer att utgöra en viktig del av föreningens arbete med kvalitetssäkringsfrågor.***

### *4.1.1 Individuell efterutbildnings- och kvalitetssäkringsplan*

Hur varje enskild allmänmedicinare upprättar en individuell utbildningsplan beskrivs i handlingen "Den individuella efterutbildningen" (bilaga 3). Utbildning planeras utifrån idéskissen i kapitel 3.

1 För att få del i de förmåner som ingår i SFAM:s efterutbildningssystem ska den enskilde allmänmedicinaren upprätta en individuell efterutbildnings/kvalitetssäkringsplan.

2 Riktlinjer för en efterutbildnings/kvalitetssäkringsplan är att efterutbildningen direkt kopplas till kvalitetsarbetet i allmänmedicinarnas verksamhet och att kvalitetssäkring innefattar såväl kvalitetsbevarande som kvalitetsutvecklande åtgärder.

3 En efterutbildnings/kvalitetssäkringsplan upprättas i ett femårsperspektiv med detaljplanering ett år i taget.

4 En efterutbildnings/kvalitetssäkringsplan avses omfatta 15 % av årsarbetstiden, varav 5 % (cirka 2 veckor) beräknas för efterutbildning som kräver resa och 10 % (4 veckotimmar i genomsnitt) för lokalt eller regionalt ordnad utbildning.

5 Innehållet i en efterutbildnings/kvalitetssäkringsplan väljs från en av SFAM auktoriserad meny av efterutbildnings/kvalitetssäkrings-aktiviteter (efterutbildnings/kvalitetssäkringaktiviteter).

6 Varje genomförd efterutbildnings/kvalitetssäkrings-timme har ett visst grundvärde uttryckt i poäng.

7 För att komma i åtnjutande av de förmåner som är knutna till SFAM:s efterutbildningssystem ska allmänmedinaren kunna redovisa ett visst antal poäng för varje 5-årsperiod, varvid poängtalet ska ligga mellan en viss maximi- och miniminivå för varje enskilt år.

8 Genomförandet av en efterutbildnings/kvalitetssäkringsplan dokumenteras årligen på ett individuellt men systematiskt sätt.

9 SFAM:s efterutbildningsutskott tillsätter en arbetsgrupp (enligt förslag i bilaga 2) med uppgift att ge underlag för

- hur en individuell efterutbildnings/kvalitetssäkringsplan utformas,
- hur efterutbildnings/kvalitetssäkrings-aktiviteter beskrivs, kategoriseras och utvärderas,
- hur efterutbildnings/kvalitetssäkrings-aktiviteter poängsätts,
- hur en sammanställning av olika godkända efterutbildnings/kvalitetssäkrings-aktiviteter kan se ut.

### *4.1.2 Enskilda studier*

Inriktningen av *enskilda studier* som del av en efterutbildnings/kvalitetssäkringsplan framgår av dokumentet "Om det praktiska kunnandet" (bilaga 3).

1 För tillgodoräkning av *enskilda studier* som efterutbildnings/kvalitetssäkringsaktivitet krävs ett kritiskt reflekterande arbetssätt med beredskap för redovisning och diskussion i andra efterutbildnings/kvalitetssäkrings-former.

2 Riktlinjerna för studiernas form och innehåll kommer att utvecklas under 1994.

3 Den tid som ägnas åt *enskilda studier* kommer att poängvärderas, varvid minimi- och maximinivå kommer att anges.

4 SFAM:s efterutbildningsutskott tillsätter en arbetsgrupp för verkställande av förslagen i dokumentet *Enskilda studier* (bilaga 2).

### *4.1.3 Mentorskap/partnerskap*

Underlaget till nedanstående punkter finns i ett dokument (bilaga 3) som har tagits fram av en arbetsgrupp (bilaga 2). Utbildning i mentorskap/partnerskap är planerad (bilaga 1).

1 I en efterutbildnings/kvalitetssäkringsplan anges om mentor/partner-aktivitet valts som del av efterutbildnings/kvalitetssäkrings-aktiviteterna.

2 Mentor- eller partnersamtal är en av grundpelarna i SFAM:s efterutbildningssystem. Alternativet är att delta i en efterutbildnings/kvalitetssäkrings-grupp.

3 Mentor eller partner blir den allmänmedicinare som blivit vald härtill av en kollega.

4 Utbildning kommer att erbjudas och på sikt vara ett villkor för bedrivande av denna typ av efterutbildnings/kvalitetssäkrings-aktivitet (bilaga 1).

5 Mentor/partner-timmar kommer att åsättas poängvärde i SFAM:s efterutbildningssystem, varvid minimi- och maximinivå kommer att anges.

6 SFAM:s efterutbildningsutskott tillsätter en arbetsgrupp för verkställande av förslagen om mentorskap/partnerskap (bilaga 2).

#### *4.1.4 Efterutbildnings/kvalitetssäkringsgrupper*

Dokumentet "Gruppbaserad efterutbildning för allmänläkare i ett nationellt perspektiv" (bilaga 3) ger underlag för nedanstående förslag till beslutspunkter.

1 Den andra grundpelaren i SFAM:s efterutbildningsprogram utgöres av efterutbildnings/kvalitetssäkrings-grupper). Allmänmedicinarna anger i sina efterutbildnings/kvalitetssäkringsplan om de planerar att delta i sådan grupp. Mentorskaps/partnerskapsaktivitet är ett alternativ till att delta i efterutbildnings/kvalitetssäkrings-grupp för att komma i åtnjutande av de förmåner som är knutna till SFAM:s efterutbildningssystem.

2 Tillgång på av SFAM utbildade gruppledare bedöms bli god.

3 Varje efterutbildnings/kvalitetssäkrings-grupptimme ger ett visst poängvärde i beräkningssystemet, varvid minimi- och maximinivå kommer att anges.

4 SFAM:s efterutbildningsutskott tillsätter en arbetsgrupp för verkställande av förslagen i dokumentet "Gruppbaserad efterutbildning för allmänmedicinare" (bilaga 3).

#### *4.1.5 Allmänmedicinsk efterutbildning – nyckeln till kvalitetssäkring och prioriteringar (FINANSIERING)*

Dokumentet med rubrikens namn (bilaga 3) utgör underlag för nedanstående förslag till beslutspunkter.

1 SFAM:s efterutbildningsutskott tillsätter en arbetsgrupp (bilaga 2) för verkställande av förslagen i dokumentet *Allmänmedicinsk efterutbildning – nyckeln till kvalitetssäkring och prioriteringar* och i 4.3.3.2--4. Gruppen har följande uppgifter:

- att när förslagen till efterutbildning/kvalitetssäkring och ett allmänmedicinskt institut tagit fastare form, anlita ekonomisk kompetens för närmare beräkning av hur SFAM:s efterutbildningsprogram ska finansieras
- att verka för att uppdragsgivarna ska se det självklara i att efterutbildning är en lönsam investering såväl ekonomiskt som medicinskt/humanitärt.

## 4.2 Verkställande organ: SFAM:s efterutbildningsutskott

***Svensk Förening för Allmänmedicin beslutar att tillsätta ett efterutbildningsutskott (enligt förslag i bilaga 2) som har till uppgift att genom sina olika arbetsgrupper (enligt förslagen i bilaga 2) verkställa SFAM:s efterutbildningsprogram.***

### *4.2.1 Uppgifter under första verksamhetsåret*

1 SFAM:s efterutbildnings/kvalitetssäkrings-program (efterutbildnings/kvalitetssäkrings-program) förutsätter bl.a. tillgång på kunniga allmänmedicinare som utbildare (mentorer, gruppledare m.fl.). Samtidigt krävs utbildningsinsatser för klargörande och förankring av innehållet i SFAM:s efterutbildnings/kvalitetssäkrings-program. Sådan utbildning bör erbjudas på ett sammanhållet sätt och med en genomtänkt policy. En särskild ansvarig samordnare med stöd av pedagog utses (enligt förslag i bilaga 1).

2 SFAM fastställer under 1994 reglerna för vad som ska räknas som sådan kompetensbibehållande och kompetensutvecklande efterutbildning som ska vara auktoriserad efterutbildning i SFAM:s efterutbildningssystem.

3 Idéseminarier som förankrar och utvecklar programmet för för allmänmedicinarnas efterutbildning och kvalitetsarbete genomförs runt om i landet (enligt förslag i bilaga 1). Syftet är att programmet ska få en bred förankring hos föreningsmedlemmarnas uppdragsgivare och övriga intressenter i allmänmedicinsk kompetensutveckling genom efterutbildning. Bidrag till finansiering av dessa seminarier (liksom andra aktiviteter som bidrar till utveckling av SFAM:s efterutbildnings/kvalitetssäkrings-program) kan sökas t.ex. hos sjukvårdshuvudmännen eftersom de kan räknas som stimulansåtgärder för genomförande av husläkarreformen (enligt prop. 1992/93:160 om husläkare m.m., s 104).

### *4.2.2 Regionalt stöd och samordning*

1 SFAM:s efterutbildningsutskott tillsätter en arbetsgrupp och regionala samordnare som får till uppgift att stimulera bildandet av regionala *centra för praktisk allmänmedicin* (bilaga 2). Arbetsgruppen ska redovisa synpunkter på och erfarenheter av betydelsen av sådana centra som stöd för genomförande av SFAM:s efterutbildningssystem.

2 Arbetsgruppen kan också bidra till att
- ytterligare regionala och även lokala centra skapas för utveckling av praktisk allmänmedicin,
- initiativ tas till bildande av lokala SFAM-föreningar över hela landet,
- samordning uppmuntras och underlättas mellan lokala SFAM-föreningar och studierektorernas, SPUR-inspektörernas och examinatorernas verksamhet.

### *4.2.3 Finansiering*

Underhandskontakter ger vid handen att SFAM med stor sannolikhet kan räkna med ett initialt statligt bidrag som stöd för att bygga upp ett efterutbildnings/kvalitetssäkrings-program. (Se 4.3 Institut för allmänmedicin.)

1 SFAM beslutar att en särskild extra årsavgift om kr 200 ska uttas av medlemmarna öronmärkta för start av fondbildning, ersättning till sex regionansvariga allmänmedicinare, som har till uppgift att genomföra SFAM:s efterutbildnings/kvalitetssäkrings-program, samt för avsättning av medel till efterutbildningsutskottets disposition.

2 SFAM tar upp förhandlingar med olika intressenter om bidrag till finansiering av fonder för kvalitetssäkring genom efterutbildning.

3 SFAM utformar i samarbete med DLF förslag till finansiering av SFAM:s efterutbildnings/kvalitetssäkrings-program. Vägledande förslag finns i dokumentet "Allmänmedicinsk efterutbildning – nyckeln till kvalitetssäkring och prioriteringar" (bilaga 3).

4 I de fall avgiftsfinansiering av SFAM:s tjänster är möjlig bör sådan övervägas.

## 4.3 Ett institut för allmänmedicin

***Svensk Förening för Allmänmedicin har hos Socialdepartementet ansökt om medel som stöd för inrättande av ett institut för allmänmedicin.***

Bakgrunden är att utredaren av en regeringen närstående person blivit tillfrågad om att som sakkunnig formulera ett förslag till stöd för kompetensutveckling enligt intentionerna i lagen om husläkare. Bilagda handling "Förslag till initiering av Institut för Allmänmedicin" (bilaga 5) delgavs DLF:s och SFAM:s styrelser och presenterades för deltagarna i det första idéseminariet (juni 1993). Den 28 juni överlämnades den

till statsrådet Bo Könberg. Under idéseminarierna blev därför frågan om ett institut för allmänmedicin en av huvudpunkterna. en arbetsgrupp arbetade fram ett underlagsdokument åt SFAM, "Institut för allmänläkarnas efterutbildning" (ingår som dokument i bilaga 3). Nästa steg blev en inbjudan till författaren till "Förslag till initiering av Institut för Allmänmedicin" (bilaga 5) att den 1 september 1993 sammanträffa med statssekreterare Göran Rådö m.fl. för att diskutera detta ärende. Statssekreteraren bedömde att ett institut för allmänmedicin är en viktig professionell angelägenhet och önskade få en framställning om medel på grundval av det förelagda materialet. SFAM:s arbetsutskott beslöt då att göra en framställning till Socialdepartementet den 9 september och lämnade en ansökan om utredningsmedel den 22 september (bilaga 6). Svar på dessa skrivelser har inte erhållits vid tidpunkten för denna rapports tryckning.

## 4.4 Förslag till beslut i sammanfattning

***Svensk Förening för Allmänmedicin beslutar att anta utredningens förslag till efterutbildning för allmänläkare vilket innebär att föreningen fattar beslut om***

- efterutbildningsutskott (4.2)
- arbetsgrupperna för de olika formerna av efterutbildning/kvalitetssäkring (4.1)
- uppgifterna för 1994 (4.2.1)
- regionalt stöd och samordning (4.2.2)
- kvarstående årsavgift höjning med 200:- (bilaga 4.2.3)

# Utbildningar som del i genomförandet av SFAM:s efterutbildningsprogram

**Samordnare:** ***Björn Nilsson***
**Pedagog:** ***Henry Egidius***

| ***Prioriterad utbildning*** | ***Utbildningsansvarig*** |
|---|---|
| Idéseminarier | Ulf Måwe |
| "Så vill vi ha't – var ska vi ta't", Kvalitetsanalys av efterutbildning (se bilaga 1 A) | Britt Sjölin-Israelsson<br>Sonja Modin |
| Den individuella utbildningen | Stig Andersson |
| Kunskap och det praktiska kunnandet | Charlotte Hedberg |
| Mentorskap/partnerskap | Carl Edvard Rudebeck och Conny Svensson |
| Gruppledarskap i efterutbildningsgrupper | |
| Husläkarens arbete – från grå vardag till stimulerande utveckling | Jonas Sjögreen |

Bilaga 1 A

# "Så vill jag ha't".

## Funderingar kring hur jag vill ha min efterutbildning i ett husläkarperspektiv.

20 år som distriktsläkare har gett mig erfarenheter och iakttagelser som jag vill ha respekterade och ventilerade. Jag har också lärt mig att effektivt dölja mina blinda fläckar, i varje fall för mig själv och skickligt (?) manövrera runt dem. Familjen har ställt krav, orken har inte alltid räckt till eller också har jag prioriterat fritidsaktiviteter, som tankat mina batterier inför arbetet men medfört att tiden inte räckt till för studier av medicinska tidskrifter och böcker.

Kort sagt, jag behöver efterutbildning och den bör vara obligatorisk så att jag slipper försvara att jag prioriterar bort patientarbetet för att "springa på kurser och möten".

Efterutbildningen bör vara trevlig och efterlängtad. Det höjer min inlärningsmotivation. Jag kanske till och med kan finna tid att läsa in material i förväg då.

Undersökningen om läkarnas arbetsmiljö 1988 (LARM-rapporten) visade att distriktsläkare hade en högre arbetsbelastning per tidsenhet, var mera styrda och mer bundna än andra doktorer. Arbetet innebar ensamhet och stor psykisk belastning med risk för utbrändhet. Rädslan för en anmälan till ansvarsnämnden hängde över många kollegors huvuden. Ett husläkarsystem kan innebära en begränsning av arbetsbelastningen genom ett tak på listan. Samtidigt medför besöksersättningen ett tvång att hinna med ett visst antal per dag, oavsett om det är ett krissamtal eller en öronpatient. En privat husläkare styrs inte längre av sköterskan men av ekonomin. Konkurrens innebär ännu större ensamhet.

Med ovanstående som bakgrund anser jag att min efterutbildning bäst ser ut som följer:
Vart tredje-femte år kallas jag till en obligatorisk tvåveckorskurs med full ersättning. Denna är belägen på en trevlig plats med stimulerande miljö, gärna utomlands i värme. Det finns möjlighet att ta med familjen på egen bekostnad. På fritiden finns ordnat sociala arrangemang tillsammans med kollegor och deras familjer för att jag ska få kontakter som minskar yrkets ensamhet och utsatthet.

Kursupplägget bör se ut som följer:
*Första veckan* informeras jag och mina kollegor av slutenvårdsspecialister om det senaste som hänt inom deras område. Detta följs av diskussion kollegor emellan om vilken relevans detta har för vårt arbete: behandlingsmetod att anamma,

indikation för remiss och information till patienter om möjligheter etc.
*Andra veckan* startar med information om allmänmedicinska forsknings- och utvecklingsframsteg följt av diskussion. Verksamheten hitintills utvärderas via enkätformulär med poängsystem för föreläsarna enligt amerikansk kongressmetod så att utbildningen hålls på hög nivå och dålig pedagogik utrensas.
*De sista dagarna* ägnar jag mig åt att lägga upp min egen utbildningsplan som poängsätts. Ett visst antal minimipoäng bör vara avklarade fram till nästa utbildningsinternat. För att jag ska hitta mina blinda fläckar får jag deltaga i en skrivning exempelvis liknande den inför specialistexamen. Jag rättar den själv och diskuterar sedan i grupp eller med en personlig mentor/utbildningsledare en lämplig plan för de kommande åren. Om jag under året deltagit i ett kvalitetsprojekt typ Odense har jag med resultatet också som underlag.
Jag kanske behöver auskultera på ögonkliniken 1-2 veckor, deltaga i en Balint-grupp, gå en kurs i klinisk medicin etc.

Efterutbildningskursen bör även uppmuntra till kreativt tänkande och via deltagande representanter för de allmänmedicinska institutionerna bör mina eventuella tankar på forsknings- och utvecklingsprojekt stödjas. Att hämta kunskap ur den egna verksamheten är också ett slags efterutbildning.

"Var ska vi ta't"

Britt Sjölin-Israelsson

# Ledningsgrupp och arbetsgrupper enligt förslagen i kapitel 4

**SFAM:s efterutbildningsutskott**
Ulf Måwe ordförande
Dan Andersson
Christina Fabian
Mogens Hey
Birgitta Hovelius
Leif Persson
Carl Edvard Rudebeck
Göran Sjönell
Jonas Sjögreen
Jan Stålhammar
Gösta Tibblin

**Individuell efterutbildnings- och kvalitetssäkringsplan**
Sonja Modin ordförande
Björn Nilsson
Mikael Stolt

**Enskilda studier**
Stig Andersson ordförande
(Övriga ej utsedda)

**Mentorskap/partnerskap**
Charlotte Hedberg ordförande
Elisabeth Jaenson
Thomas Morgardt
Göran Måwe
Lena Svidén
Gustav Haglund

**Gruppbaserad efterutbildning**
Carl Edvard Rudebeck ordförande
Sune Fredenberg
Hans Hallberg
Elisabeth Jaenson
Cecilia Ryding
Conny Svensson

**Allmänmedicinsk efterutbildning – nyckeln till kvalitetssäkring och prioriteringar (FINANSIERING)**
Jonas Sjögreen ordförande
Karl-Axel Eriksson
Anna Källkvist
Dagrun Lihnell
Christer Merck
Marie-Louise Remnéus
Göran Sommansson
Birgitta W-Hammarström

**Institut för allmänmedicin**
*Regionalt stöd och samarbete*
Mogens Hey ordförande
Cecilia Björkelund
Anna Källkvist
Ingemar Lönnqvist
Jerker Löfgren
Christina Nerbrandt
Jan-Erik Olsson
Sture Löfgren
Britt Sjölin-Israelsson
Hans Örtengren

# Underlagsdokument framtagna av särskilda arbetsgrupper

## Innehåll i bilagan

A Den individuella utbildningen 24

B Om det praktiska kunnandet 32

C Mentorsbegreppet 44

D Gruppbaserad efterutbildning för allmänmedicinare i ett nationellt perspektiv 48

E Allmänmedicinsk efterutbildning – nyckeln till kvalitetssäkring och prioriteringar (FINANSIERING) 56

F Institut för allmänläkarnas efterutbildning 64

Bilaga 3 A

# Den individuella utbildningen

För att upprätthålla kvalitet inom det allmänmedicinska kompetensområdet, liksom för att utveckla en verksamhet med så omfattande krav, krävs kontinuerlig efterutbildning. Vi har emellertid en tendens att gå på utbildningar i ämnen där vi är specialintresserade och redan har stor kunskap. Det leder till specialister. För att ha en god kunskap i alla de olika delar som utgör allmänmedicinen krävs:

- att vi skaffar oss instrument för att utvärdera vår verksamhet ur olika aspekter
- att vi utifrån den kunskapen lägger upp en utbildningsplan med syfte att förbättra vår verksamhet
- att vi efter genomförd utbildning åter granskar vår verksamhet för att se om det skett en förändring liksom för att lägga upp nya utbildningsplaner.

Kvalitet, utveckling och utbildning kan med ett sådant arbetssätt integreras.

Samtidigt som det finns ett uttalat önskemål om en förbättrad efterutbildning inom allmänläkarkåren finns det flera svårigheter att ta hänsyn till när man planerar en adekvat efterutbildning. Exempelvis:

1 Hög belastning på mottagningen leder till svårigheter att ta sig tid för efterutbildning dagtid.

   - Det enskilda åtagandet kan inte tillåtas vara större än att man kan avsätta tid för efterutbildning. Den enskilda läkaren kan behöva stöd när det gäller att se behoven av utveckling och utbildning och att lägga upp utbildningen på så sätt att den blir en tillgång i verksamheten och inte upplevs som en belastning.

2 Krav från familjen att ta sin del av ansvaret, vilket medför svårigheter att avsätta tid utanför arbetstid.

   - Det bör finnas möjlighet att genomföra utbildningen under arbetstid. Den enskilda läkaren kan naturligtvis välja andra lösningar.

3 Ekonomiska svårigheter. Att ha mottagningslokaler och personal att ersätta samtidigt som man själv är borta så att inga patientintäkter kommer in är dyrt.

   - Genomförd utbildningsplan bör leda till positiva ekonomiska incitament som är i den storleksordningen att det kompenserar intäktsbortfallet, den del av kostnaden man måste stå för själv samt ett påslag som gör att det

även ekonomiskt lönar sig att genomföra utbildningsplanen.

4 Dagens utbildningsutbud är inte avpassade efter de behov som finns, utan bygger på andras önskemål att informera oss, t ex läkemedelsindustrins behov av att informera inom de områden där läkemedel är ett alternativ, specialistläkarnas behov av att lämna över vissa problem till allmänläkarna och lära oss att klara problemen, information i samband med ny lagstiftning m m.

- Utvecklingen av allmänmedicinska utbildningar måste stöttas. Specialisterna kan bjudas in för de delar där deras kunskap är relevant.

- Vi behöver lära av läkemedelsindustrins förmåga att skapa och marknadsföra utbildning som upplevs som lättillgänglig.

5 Allmänläkarens arbetssätt innebär ensamarbete. Den naturliga möjlighet för diskussion och stöd av kollegor som på sjukhuset förekommer vid röntgenronder, avdelningsronder m m finns inte. Allmänläkaren måste kunna diskutera patientproblem med kollegor inom rimlig tid.

- Med tanke på ensamarbetet bör i utbildningsplanen finnas krav att man kan tala om vart man vänder sig för diskussion i komplicerade fall där man behöver stöd, men specialistremiss inte behövs.

6 Det finns hos de flesta en större förmåga att se och acceptera vad man är bra på, än att ta till sig kunskap om vad man sköter mindre bra.

- Den enskilde husläkaren ska se till att verksamheten är av hög kvalitet. Man kan därför anse att det är obligatoriskt att mäta hur man sköter sin verksamhet. Genom att analysera mätningarna i dialog med någon man känner förtroende för, kan man få hjälp att se även sina svaga sidor. Utifrån det kan man tillsammans med denna person lägga upp en utbildningsplan som ska godkännas.

- När utbildningar ska godkännas bör de utbildningar som leder till att deltagarna känner hur de blir bättre och att de är duktiga premieras framför de utbildningar som är felsökande och får deltagarna att känna att de inte "räcker till".

7 Det är svårt att ändra sitt sedan många år invanda beteende i den enskilda konsultationen, även om man skaffat sig ny kunskap. Vid stress gör man det som är snabbast, dvs det man är van vid sedan tidigare. Man orkar inte heller förändra för mycket åt gången.

- Nya färdigheter måste införas under lugnare arbetsförhållanden. Man kan inte ändra allt på en gång utan för förändra en sak i taget i lagom takt.

- Man måste mäta om man ändrat sitt beteende och också mäta de förbättringar det lett till. Man måste märka att det nya arbetssättet "lönar

sig".

8 Svårigheter att få doktorer att ta sig tid att förbereda och leda lokala utbildningar/utbildningsgrupper.

- Starkare incitament ekonomiskt och prestigemässigt för att ge lokal utbildning. Utbildning, stöd och handledning beträffande de problem de kan möta behövs.

9 Behovet av att diskutera det som inte är "hårda" medicinska fakta. patient-läkar-relationen, hälsa-ohälsa m m. I vår utbildning är vi skolade att prestera medicinska lösningar på de problem vi presenteras för. Vår långa sjukhus-utbildning handikappar vår förmåga att ta in de icke medicinska faktorerna som påverkar hälsan i diskussionen även om vi vet att de finns i teorin. Vi har ingen utbildning när det gäller att handskas med denna typ av problem. Problemdiskussioner i en läkargrupp blir ofta mycket medicinskt inriktade pga detta. Vi behöver stimulera vår förmåga att i konsultationen/problemlösningen ta in andra faktorer.

- Balint-grupper är unika när det gäller att utveckla vår förmåga i den här frågan. Deltagande i Balint-grupp måste göras av intresse, men genom att ha med Balint-grupper i efterutbildningsutbudet kan man stimulera att denna verksamhet utvecklas.

10 Många problem inom primärvården löses bäst genom att nära samarbete mellan yrkesgrupper med olika kompetens. För att teamarbete ska fungera krävs vissa förutsättningar. De enskilda yrkesföreträdarnas uppgift i teamet måste vara klar och bygga på vars och ens yrkeskompetens. Målen för verksamheten måste vara klar liksom vilket ansvar man har.

Dåligt fungerande team kan vara katatrofalt för verksamheten och klimatet på arbetsplatsen. Väl fungerande teamverksamhet leder inte bara till bättre verksamhet utan också till ökad kompetens hos deltagarna, något som i sig är utbildande.

Vi har ingen utbildning i teamarbete, men blir som läkare ofta teamledare.

- För att klara det lokala teamarbetet krävs utbildning i förutsättningarna för detta arbetssätt, utbildningar som med fördel kan ske lokalt där teamen är verksamma.

- Uppstår problem i teamet måste handledare kunna gå in och stötta verksamheten.

**Utbildningsbehoven varierar under yrkeskarriären**

*Som nyutexaminerad:*
behöver man stöd att omsätta sitt teoretiska kunnande i den komplexa vardag som

är allmänläkarens. Verkligheten stämmer sällan med teorierna och till skillnad från i vetenskapens värld finns det här ofta inget rätt eller fel, det finns inte ens alltid en bra lösning på ett problem. Både patientens och vår egen förväntan på att vi ska bota kommer ofta på skam, vilket leder till frustration, en frustration vi måste lära oss hantera för att bli bra erfarna allmänläkare.

- Att behålla sin handledare, eller skaffa sig fortsatt handledning på den nya arbetsplatsen, gör att man kan få fortsatt stöd i de komplicerade situationer man ställs inför.

- Att delta i Balint-grupp kan både utveckla förmågan till en god konsultation, en god patient-läkarrelation och förmågan att förstå alla de icke medicinska faktorer som påverkar hälsa, ohälsa och sjuklighet.

*Som erfaren allmänläkare i mitten av sin yrkesverksamhet:*
behöver jag stöd av möjlighet till diskussion med andra erfarna kollegor när jag ställs inför svåra problem. Jag har erfarenhet och kunskap men behöver se var min styrka och svaghet ligger för att kunna utvecklas vidare.

- Att delta i efterutbildningsgrupp innebär att jag har ett forum där svårigheter kan diskuteras med kollegor, samtidigt som jag under diskussionerna eller i samband med analys av verksamhetsdata kan få en bild av min kompetens och mina behov av utveckling.

- Att ha en erfaren kollega som stöd kan ge liknande vinster som att delta i en efterutbildningsgrupp om man har regelbundna kontakter med delvis strukturerat innehåll.

*Som äldre allmänläkare:*
har jag lång erfarenhet och kunskap om patientarbete, men det har gått lång tid sedan jag gick den teoretiska utbildningen. Det finns risk för att jag inte har tillräcklig kunskap om den utveckling som skett utan behöver förnya min medicinska kunskap. Har jag klarat av större delen av min yrkesverksamma tid utan efterutbildning är det inte säkert att jag är beredd att erkänna att jag behöver utbildning. Under sådana förhållanden kanske kraven inte ska vara lika stora som för läkare med lång yrkesverksamhet framför sig.

**Exempel på olika aspekter på allmänmedicinsk verksamhet, som behöver belysas**

ur kvalitetsynpunkt och för utbildningsplanen. De behöver tas fram både för att lägga upp utbildningsplanen och för att utvärdera den.
- medicinsk diagnostik och behandling
- allmänläkarens myndighetsroll
- hälsoekonomiska aspekter
- konsultationsanalys och utvärdering
- yrkesetik
- att ha stödfunktioner för att dela eller få stöd för svåra beslut och inför

patienten kunna redovisa en allsidig orsak till beslutet, som då blir lättare att acceptera.
- att jag har någonstans att vända mig för diskussion i komplicerade fall där man behöver stöd, men specialistremiss inte behövs.

**Metoder att få fram fakta**

- Dialog med handledare, kollega eller grupp av kollegor
- Video
- Datorer
  - genom strukturerade journaler med möjlighet att sammanställa fakta som lagts in i datorn vid dokumentationen av den enskilda konsultationen
  - beträffande metoderna ovan finns analys och arbetsmetoder som är viktiga att ta till vara t ex ur boken "The consultation" av D. Pendelton
- Auskultation av kollega
- Självdiagnostiska test
- Studium av patienter där förloppet inte blir det vi förväntat
- Statistik och uppföljningssiffror som beställaren tillhandahåller om hur verksamheten fungerar ur deras synpunkt
- Diagnostiserande utbildningsveckor, där flera metoder kombineras för att analysera utbildningsbehovet de kommande åren.

**Utbildningsplanen**

För att nå fram till en utbildningsplan behöver de faktorer som kommit fram analyseras. Analysen bör ske tillsammans med någon eller några som man har förtroende för. Att enbart ensam analysera resultatet ger inte en lika allsidig bild som om man har en utomstående med, det ökar också risken för att man bortförklarar negativa faktorer i stället för att analysera dem mer på djupet och försöka förbättra dem.

Vem kan hjälpa till att lägga upp en utbildningsplan?

Det måste vara någon som man har förtroende för.
Det måste vara någon som har viss erfarenhet eller kunskap om hur man analyserar de underlag som kommit fram och hur man lägger upp en utbildningsplan.
Lämpliga är exempelvis:
- handledare
- mentorer
- erfaren kollega man har stöd av
- gruppledare i efterutbildningsgrupp där man deltar
- gruppmedlemmar ur efterutbildningsgruppen där man deltar.

När man lägger upp planen bör man ha tillgång till det godkända utbildningsutbud som finns.

Planens utformning

- Utbildningsplanen bör ha en viss struktur. Hur ska utbildningen genomföras?
- Uppgifterna som ligger till underlag för planeringen bör framgå, liksom vilka ämnen som ska ingå.
- Tidsplan bör läggas upp.
- Kostnaden ska beräknas.
- Vem planen gäller, och vem som hjälpt till att lägga upp planen måste framgå.
- Planen ska godkännas.

En detaljerad utbildningsplan görs för det närmaste året, samtidigt som en mer översiktlig långsiktig planering görs.

**Utbildningsformer**

som kan finnas på lokal, regional eller riksnivå, och som ska vara godkända för att få ingå i utbildningsplanen.

- Efterutbildningsgrupper
- Mentorer
- Balint-grupper
- Självinstruerande utbildningspaket
- Kurser
- Auskultation hos andra specialister, eller uppdateringskurser
- Auskultation hos och av kollega
- Att själv ge handledning eller utbildning i vissa frågor
- Att själv arbeta med utveckling och forskning inom vissa frågor.

**Uppföljning**

- För att få utbildningsbonus krävs en viss typ av uppföljning som är av intresse för beställaren. Däri ingår redovisning av att man genomfört utbildningsplanen.

- För att analysera effekten av utbildningen och fortsatta utbildningsbehov krävs en annan typ av uppföljning, som är identisk med den som låg som underlag för planen från början.

- Uppföljning i form av mätning av hur man faktiskt agerat i den enskilda konsultationen och mätning av de positiva effekterna när man använt de nya kunskaperna jämfört med när man återgått till sitt gamla invanda konsultationsbeteende, bör också ingå i uppföljningen.

- Resultatet av de två senare utvärderingarna är individuellt och ska användas av den enskilda läkaren i dialog med den eller de personer som varit med och lagt upp utbildningsplanen. Enstaka data kan dock sammanställas och lämnas till huvudmannen för kontroll av att kvalitetsarbete bedrivs.

## Sammandrag

### Den individuella utbildningen

För att den enskilde husläkaren ska kunna garantera god kvalitet på verksamheten bör en utbildningsplan vara obligatorisk. Den enskilda planen läggs upp efter mätning av hur verksamheten fungerar ur olika aspekter.

### Exempel på olika aspekter på allmänmedicinsk verksamhet som behöver belysas

- medicinsk diagnostik och behandling
- hälsoekonomiska aspekter
- yrkesetik
- att jag har någonstans att vända mig för diskussion i komplicerade fall där man behöver stöd, men specialistremiss inte behövs
- allmänläkarens myndighetsroll
- konsultationsanalys och utvärdering
- att ha stödfunktioner för att dela eller få stöd för svåra beslut, och inför patienten kunna redovisa en allsidig orsak till beslutet, som då blir lättare att acceptera, och vad det får för konsekvenser.

### Metoder för att få fram fakta

- Dialog med handledare, kollega eller grupp av kollegor
- Datorer, genom strukturerade journaler med möjlighet att sammanställa fakta som lagts in i datorn vid dokumentationen av den enskilda konsultationen
- Statistik och uppföljningssiffror som beställaren tillhandahåller om hur verksamheten fungerar ur deras synpunkt
- Video
- Auskultation av kollega
- Självdiagnostiska test
- Studium av patienter där förloppet inte blir det vi förväntat
- Diagnostiserande utbildningsveckor, där flera metoder kombineras för att analysera utbildningsbehovet de kommande åren.

### Utbildningsplanen

Analys av ovanstående bör ske tillsammans med någon eller några, och ligga till grund för utbildningsplanen.

Vem kan hjälpa till att lägga upp en utbildningsplan?

Det måste vara någon man har förtroende för.

Det måste vara någon som har viss erfarenhet eller kunskap om hur man analyserar de underlag som kommit fram och hur man lägger upp en utbildningsplan, exempelvis handledare, mentorer, gruppledare m fl.

Det bör finnas ett godkänt utbildningsutbud som man kan välja ur.

Planens utformning

- Struktur. Hur ska utbildningen genomföras?
- Tidsplan bör läggas upp
- Kostnaden ska beräknas
- Vem planen gäller, och vem som hjälpt till
- Detaljerad utbildningsplan görs för det närmaste året, samtidigt som en mer översiktlig långsiktig planering görs
- Uppgifterna som ligger till underlag för planeringen bör framgå, liksom vilka ämnen som ska ingå
- Planen ska godkännas.

**Utbildningsformer**

på lokal, regional eller riksnivå och som ska vara godkända för att få ingå i utbildningsplanen.

- Efterutbildningsgrupper
- Balint-grupper
- Kurser
- Auskultation hos och av kollega
- Att själv ge handledning eller utbildning i vissa frågor
- Mentorer
- Självinstruerande utbildningspaket
- Auskultation hos andra specialister, eller uppdateringskurser
- Att själv arbeta med utveckling och forskning inom vissa frågor.

**Uppföljning**

att utbildningsplanen genomförts, samt
effekterna av den nya kunskapen behöver analyseras.

**Ekonomiska incitament**

Genomförd utbildningsplan bör premieras genom ekonomiska incitament i någon form.

Bilaga 3 B

# Om det praktiska kunnandet

*Stig Andersson*

Shakespears kung Lear frågar sina tre döttrar: Vem älskar mig mest? I potten har kungen lagt krona och rike. De två äldsta döttrarna svarar med att bedyra sin far kärlek. Cordelia, den tredje dottern, svarar med tystnad.(1)

Stefi Pedersen talar i "Människa och ting" om samma sak. Kärlek, säger hon, kan inte begränsas till frågor och svar. Den når utöver ordens och språkets gränser. Den genomsyrar hela tillvaron och ger den en ny upplevelse. I och för sig förblir livet som det alltid har varit och dock är det annorlunda. "I förälskelsens ljus rodnar tingen", citerar hon Gunnar Björling.(2)

Detsamma gäller andra ord och begrepp som har med människans upplevelse av livet och dess mening att göra. De betecknar helhetsupplevelser med många dimensioner. Cordelias tystnad beror på den felaktiga frågan. Kung Lear kunde lika gärna ha sagt: Vad väger din kärlek till mig? Förenklade och vilseledande frågor om komplicerade ting leder antingen till meningslösa svar eller till tystnad. Man måste vara försiktig med att använda existentiella ord i vardagsspråket. De blir så lätt devalverade. Vi har många exempel på detta. Ta bara ordet "älska".

"Hälsa" och "ohälsa", eller "må bra" och "må dåligt" är begrepp av liknande valör. De kan inte enkelt definieras i språkliga eller vetenskapliga termer. Den amerikansk-israeliske hälsosociologen Aaron Antinovsky har utvecklat begreppet "känsla av sammanhang" (KASAM) för att förklara hur människor bäst kan leva med bevarad hälsa. KASAM betecknar en global hållning som gör att tillvaron, med allt som möter en, upplevs som begriplig, hanterbar och meningsfull.(3)

Det är i detta fält vi allmänläkare arbetar. Vad har vi då att komma med? Vad består vår kompetens av? Vilka kunskaper behöver vi för vårt arbete?

Inför dessa frågor liknar vår situation kung Lears döttrars. Ibland hörs ivriga bedyranden om vår förmåga. Andra gånger följer tystnad, som kan vara osäker och förlägen, på de uppfordrande frågorna. Den goda praktiken kan, liksom kärleken, inte deklareras. Den måste demonstreras. Vi bör dock inte likt Cordelia vara tysta. Låt oss föra en reflekterande diskussion kring den.

## Teori och praktik

När man diskuterar allmänmedicinens kunskapsinnehåll hamnar man gärna i ett motsatsförhållande. Det gäller relationen mellan teori och praktik. Den motsättningen har funnits så länge medicin har varit en akademisk disciplin. Den accentuerades under 1800-talet, då vetenskapen och universiteten strävade efter att framstå som fria och oberoende av samhället och politiken. Samtidigt gjorde naturvetenskapen stora framsteg. Biologi och medicin ställde alltmer anspråk på att vara "ren" naturvetenskap och anförde celläran, biokemin och bakteriologin som starka argument. Föreställningen att läkarens verkliga kunskap är teoretisk och naturvetenskaplig, inhämtad genom studier och experiment, växte sig därmed stark. Så småningom gav tillämpningen av kunskapen om människan som biologisk varelse också stora medicinska framgångar.

Samtidigt ställdes den akademiskt utbildade läkaren inför en motsägelse när han gick ut i praktiken. En komplex värld fylld av mänskliga och samhälleliga bekymmer mötte. I den räckte inte vetenskapliga teorier och normer långt. Utan förberedelse under sin utbildning hade läkaren att söka sig fram till egna lösningar och arbetssätt. Han gjorde ibland sina misstag. Det gav osäkerhet och tärde på självförtroendet. Eftersom åtgärderna ofta inte var vetenskapliga eller sanktionerade av den akademiska medicinen var de av låg rang och kunde kritiseras av teoretikerna.

Utvecklingen har under 1900-talet lett till en långtgående specialisering. Vad än praktikern gör, finns experter på just det området som kan mästra honom. Underlägsenhetskänslan ligger nära till hands. Relationen mellan specialisten och praktikern kan lätt bli ett lärar-elev-förhållande, något som Balint påpekat. Detta påverkar patient-läkar-relationen negativt samt ger "ansvarsutspädning" och försämrad terapeutisk kraft.(4)

När det gäller utbildning har efter 60-talet en viss omsvängning med ursprung från USA ägt rum. Kurstänkande i stället för ämnestänkande. Det innebär att kursen är basen för utbildningen, ej ämnena. Däri ligger en starkare betoning på praktiken. Kursen skall förbereda studenten för det praktiska arbetet. Kursprincipen innebär också att utbildningen läggs upp för att påverka och förändra verkligheten. Den uttrycker ett nyttotänkande, utilitarism, utifrån ideologiska motiv om hur verkligheten bör vara.(5)

Men även om den praktiska yrkeskunskapen vunnit erkännande inom medicinen kvarstår viktiga principfrågor för oss att ta ställning till. Dit hör fortfarande relationen mellan teori och praktik, hur begreppet praktiskt kunnande skall klarläggas, vad naturvetenskaplighet och biomedicinsk kunskap egentligen innebär samt hur praktiken och biomedicinen skall infogas i ett övergripande humanistiskt perspektiv.

**Om praktikerkunskap**

Med viss förtjusning har allmänläkarkåren anammat begreppet praktikerkunskap. Det kan även benämnas yrkeskunnande, förtrogenhetskunskap eller tyst kunskap. Det ger praktikern upprättelse för underlägsenhetskänslan inför teoretikern. Modell för begreppet är den specialiserade hantverkaren. Idéhistorikern Allan Janik och dataforskaren Bo Göranzon har analyserat det i sina böcker "Cordelias tystnad" respektive "Det praktiska intellektet".(1, 6)

Båda utgår från filosofen Wittgensteins analys av matematiken, språket och vetenskapen. Denne säger att matematiken och logiken utgör ett slutet system som inte har något med sanningen om livets oändliga variation att göra. Han ifrågasätter också språkets möjlighet att beskriva den verkliga naturens värld. I stället ger språket bilder av världen. Att uttrycka och beskriva bilderna är möjligt, men verkligheten låter sig inte fångas genom detta lika litet som det är möjligt att lyfta sig själv i håret. All kunskap kan inte uttryckas språkligt, framför allt inte den som har med existensens villkor att göra.

Kunskap i vid mening är kopplad till våra sinnesförnimmelser. Den upplevs således "kroppsligt" och kan ofta inte föras över till språk. Försök till exempel att i ord beskriva klarinettens klang, din mors doft eller smaken av ett äpple. Det kommer inte att bli konkret och igenkännande.

Detsamma gäller, hävdar Janik och Göranzon, för den kvalificerade yrkeskunskapen. Den är "kroppsligt förvärvad" och uppstår i en levande tradition av övning och disciplin, överförs från person till person genom lärlingskap och kräver ofta flera år att tillgodogöra sig. Många gånger gäller den ett lokalt kunnande knutet till en speciell verksamhet. Det är inte någon mystisk förmåga utan den består bland annat av en uppövad förmåga att se skillnader och likheter i verklighetens mångfald och att handla därefter. Denna förmåga följer av tusentals uppkomna situationer i ett yrke. Yrkeskunskapen ligger liksom på "utsidan" av vetenskapens faktabeskrivningar och låter sig inte fångas av dessa. Den gäller "veta hur" (knowing) och skiljer sig från "veta att" (knowledge).

Yrkeskunnandet uttrycks i handling och i val av handling. Vi vet inte vad vi menar förrän vi handlar, säger Janik. Man kan kalla det för "internaliserad kunskap". Tydligast framträder det när det gäller att handla i oväntade och oförutsedda situationer, där det visar sig som omdöme och "instinkt". Det gäller förmågan att inom sitt område samspela med verklighetens komplexitet och plötsliga överraskningar.

Alla möbelsnickare och alla hårfrisörer är inte lika skickliga. I längden ger iakttagelseförmågan, uppmärksamheten och reflexionen i arbetet utslag. Förmågan att lära av sina misstag är väsentlig liksom att söka lösningar på problemen i arbetsuppgiften allt eftersom de kommer. Hjärnfysiologiska undersökningar har visat att hantverkarens intellektuella centra är högaktiva under arbetets gång. Det är inte bara händerna som arbetar. "Det praktiska intellektet" kallas det av Göranzon. Det har en konstnärlig dimension. Hantverkaren arbetar med en starkt

präglad bild i sitt inre mönster. Han eller hon är ständigt uppmärksam och bedömer undan för undan det gjorda. Resultatet kan ofta inte mätas men väl bedömas. Kunden, användaren, patienten märker skillnaden i kvalitet.

**Läkaren och praktikerkunskapen**

Det är uppenbart att den goda läkaren både besitter praktikerkunskap och är teoretiker. Den teoretiska utbildningens syfte kan sägas vara att befria individen från arbetet att själv göra alla erfarenheter genom att utnyttja andra professionellas samlade erfarenheter och kunskaper. Ett slags "tankeekonomi" kallade Ernst Mach den. Praktikerkunskapen måste dock läkaren, liksom hantverkaren och musikern, tillägna sig själv. Läkaren lär sig genom att handledaren visar hur momenten går till och därefter genom att själv öva på ett uppmärksamt sätt.

Läkarens praktikerkunskap består bland annat av kännedom om lokalsamhället och dess invånare, om vilka personer han eller hon har att samarbeta med och deras intressen. Den består också av kännedom om utrustning och hur den begagnas, om hur journaler och intyg skrivs, hur konferenser och samarbete ordnas. Men framför allt gäller praktikerkunskapen mötet och kontakten med patienterna.

Allt fler läkare har blivit medvetna om samtalets och anamnesens betydelse för det kliniska arbetet och problemlösningen. 70-80 procent av diagnostiserandet sker här.(7) Många läkare vet nu också att information i sig har liten effekt när det gäller att påverka människor till förändring och till att följa ordinationer. Läkarens terapeutiska hållning är avgörande. Den är mångfacetterad, bygger på iakttagelseförmåga, intresse för patienten som person, övning och reflexion men också på studier och systematik. En god terapeutisk hållning kan kallas läkekonst. Lika litet som mästerskap uppkommer läkekonst av sig själv. Den kräver en attityd av ständigt lärande, vilket innebär att man noga och eftertänksamt följer upp sina patientfall. Också den insats som inte leder till målet blir då en erfarenhet att använda sig av, inte bara ett misslyckande.

Denna praktikerkunskap står inte i motsättning till vetenskap och teoretiska studier. Utvecklande läsning innebär att föra ett eftertänksamt samtal med textens författare, hela tiden refererande till egna erfarenheter och upplevelser. Det gäller inte att läsa för att komma ihåg eller för att snabbt "plöja igenom" en skrift. Det är i reflexionen över sin verksamhet som man når insikt i vad man gör och vad man menar. Teoretiska studier som stimulerar till detta bidrar till utveckling. Kunskapen blir på så sätt personlig.

Konsten kan vara en kunskapskälla för arbete med människor. Ofta betraktas den som fernissa som ger glans åt tillvaron eller som underhållning. Men konst är mycket mer. Den nyttjar språket, bilden, tonen, rytmen, rörelsen för sina uttryck. Aktiv kontakt med dessa uttrycksmedel kan skärpa ens iakttagelseförmåga och stimulera skapande tänkande. Läkaren arbetar i hög grad med språket som arbetsinstrument. Inget kan som litteraturen berika den enskildes språk. Det konstnärliga språket gestaltar och ger uttryck åt individer, tankar, känslor. Det kan ge läsaren starka upplevelser, som hjälper honom eller henne att uppfatta

personen hos patienten i undersökningsrummet, att upptäcka den andres perspektiv, att se det märkvärdiga mänskliga bakom sjukdomssymtom och diagnosbärare. Verkligheten är så skiftande och komplex att vi inte har möjlighet att uppfatta och ordna alla detaljer i ett begripligt mönster, som går att komma ihåg. Vi rör oss i en osedd värld. Men en god litterär värld utgör en formulerad och genomtänkt verklighet. Böcker ger inblick i främmande miljöer och andra tider. Psykologiska skeenden framläggs. Etiska konflikter renodlas. När vi läser kan världen bli synlig. Icke språklig konst överför inte meddelanden på samma sätt som litteratur, men den kan likväl förmedla viktiga budskap från vårt inre och från vår omvärld. En levande kontakt med konst hindrar den som arbetar med människor att få något beskäftigt eller uttröttat över sig.

**Praktikerkunskapen och teknologin**

Teknisk utrustning och teknologiska undersökningsmetoder utvecklas ständigt. Teknologin behöver inte komma i konflikt med läkarens praktikerkunskap men läkaren bör vara uppmärksam på att teknologin kan bli ett problem. Kommer teknologin i centrum för intresset, hotas praktikerkunskapen. Gör man det till rutin att beställa datortomografi på patienter med huvudvärk är man som praktiker illa ute. Däremot kan man dra nytta av datortomografen om man först genom anamnes och undersökning gjort sig en bedömning av vad patienten lider av och vad datortomografin kan bidra med i den fortsatta problembearbetningen. Det är läkarens välgrundade inre bild av problemet som ger säkerhet i arbetet, inte ogenomtänkta undersökningar.

**Den förutsättningsbundna observationen**

Praktikerkunskapen anknyter till den hippokratiska läkartraditionen formulerad för 2500 år sedan. Denna hade en klart praktisk och empirisk hållning. Detta till skillnad från den tidens fysik och astronomi, som var utpräglat teoretiska ämnen vars företrädare föraktade hantverket. Författaren till den hippokratiska avhandlingen "Om den gamla läkekonsten" från cirka 450 f.Kr. betonar iakttagelsen och vikten av att använda erfarenhet och förnuft. Som läkekonstens källa utpekas kockens kunskaper och i sina rekommendationer återkommer författaren gång på gång till levnadssättet och behovet av bra näring.(8)

Medicinens historia illustrerar tydligt kunskapsteoretikern Karl Poppers tes att all observation är "teori-impregnerad". Inlärda föreställningar och hypoteser styr iakttagelsen och läkaren tenderar att se det han eller hon förväntar sig. Genom århundraden har religion och magi varit starkt påverkande. Alkemin har spelat en stor roll. Den nya tidens naturvetenskap kom in i bilden med nya betraktelsesätt, ofta mycket framgångsrika, men även dessa styr observationen och har sina begränsningar.

Galenos, på 100-talet e.Kr., fick en avgörande betydelse för läkekonsten under femton hundra år. Han var en storartad observatör och exploratör, förde anatomin och fysiologin framåt, men var bunden av Hippokrates humorallära, dvs den om de fyra kroppsvätskornas betydelse, och den aristoteliska filosofin.

Paracelsus var 1500-talsmedicinens förnyare. Han såg koppen som ett kemiskt system och antog att livsprincipen, Archeus, styrde. Fyrsaftsläran förkastade han och såg i stället varje sjukdom som individuell vilken kunde botas på sitt sätt. Det tankesystem Paracelsus utgick från var alkemin med dess transmutationslära, dvs idén att olika element, grundämnen, kan bringas att övergå från primitiva till allt ädlare former, samt att mikrokosmos, människokroppen, aktivt korresponderade med makrokosmos. I ljuset av dessa teorier såg han sina patienter, deras sjukdomar och behandlingar.

På 1700-talet förnyades botaniken och Linnés klassifikationssystem blev modell för sjukdomsläran. Francois Boissier skrev "Nosologia methodica" vilken delade upp sjukdomarna i tio klasser, 295 familjer och 2 400 arter. Även Linné själv, som var professor i medicin, sammanställde en "Genera morborum", dvs en sjukdoms-klassifikation.

Med "Paris-skolan" under 1800-talets första del uppkom en ny epok i den praktiska läkekonsten. Laennec var det ledande namnet. Här utvecklades den kliniska observationen genom att den systematiskt sammanställdes med patologiskt-anatomiska fynd vid obduktion. Därigenom upptäcktes bland annat tuberkulos som entitet. Lasegue kritiserade sina samtida kolleger för att observera för litet och för dåligt. De förklarade allt med sina hypoteser och gick sedan kvickt från hypotes till behandling. Paris-skolan med sin betoning av den kliniska undersökningen spreds till andra medicinska centra och dess grundsatser är fortfarande en av praktikerns hörnstenar. Men i behandlingen höll sig läkarna fortfarande i stor utsträckning till Galenos läror.

Nu började också ett annat av den moderna naturvetenskapliga medicinens synsätt att spira. Jag tänker på statistiken. Fransmannen C A Louis betvivlade den kliniska erfarenheten och auktoriserade vanor som grund för behandling. Han förordade "la methode numerique". På detta sätt studerade han åderlåtningen och satte den ifråga. Joseph Dietl publicerade 1841 den första moderna kliniska studien genom att undersöka effekterna av behandling av lunginflammation hos 380 patienter. På 85 patienter gjordes åderlåtning med 20,4 procents dödlighet som följd. 106 patienter fick kräkmedel, 20,7 procent dog. 189 patienter behandlades inte alls. Endast 7,9 procent av dem avled. Slutsats: två tredjedelar av dödligheten vid lunginflammation orsakades av behandlingen, vilken ansågs baserad på läkares erfarenhet och tradition.

Denna undersökning och dess metod fick stor genomslagskraft. Den mer än 2000 år gamla "behandlingen" åderlåtning kom snabbt ur modet. Nya vetenskapliga landvinningar med bakteriologin, cellära, den begynnande biokemin samt epidemiologin medförde ändrade attityder hos läkarna. Särskilt "Wien-skolan" under 1800-talets andra hälft tog aktivt avstånd från behandling som kunde betraktas som kvacksalveri i naturvetenskapliga kretsar. En "terapeutisk nihilism" beredde ut sig inom invärtes medicin och allmänmedicin. Kirurgin däremot utvecklades snabbt främst tack vara narkosens genomslag.(9)

Inte förrän långt in på 1900-talet kom farmakologins genombrott. Det började med

sköldkörtelextrakt, insulin och vitaminer. Den avgörande triumfen kom med sulfan och penicillinet på 30-talet. Därmed är vi inne i den naturvetenskapliga medicinens blomningstid. Ett naturvetenskapligt synsätt genomsyrar sedan dess läkarutbildningen, praktiken och den professionella debatten. Men inom allmänmedicin, liksom inom psykiatri, barnmedicin, rehabilitering och andra delar av den medicinska praktiken, visar sig naturvetenskapen, biomedicinen, ha begränsningar som intellektuellt redskap inför de problem som läkaren ställs inför. De flesta allmänläkare upplever detta. En del grips av villrådighet. Många söker komplettera sin kompetens från kunskapsområden utanför biomedicinen. Begreppet praktikerkunskap tycks vara ett kunskapsteoretiskt redskap att ta till.

**Naturvetenskapen och allmänläkaren**

Jag skrev att kunskap i vid mening är kopplad till sinnesförnimmelse och tänkte då på praktikerkunskapen. Att diskutera relationen mellan praktikerkunskap och naturvetenskap är intressant eftersom naturvetenskapen till sin art är *empirisk,* vilket betyder att kunskap skall kunna hänföras till sinnesintryck.

Det finns goda skäl att granska allmänläkarens hållning till naturvetenskapen. Ofta betraktas det naturvetenskapliga som en samling fakta att lära in, något som kan te sig som en övermäktig kamp med en aldrig sinande informationsflod och mot glömskan, som ständigt kniper det man fiskat upp.

Naturvetenskap är dock något annat än en – ofta föränderlig – samling fakta. Det är att i naturens oerhörda mångfald och variation söka efter återkommande mönster, processer och strukturer. Grundläggande är metoden för hur kunskap vinnes. Verifierbarheten är naturvetenskapens kärna och den bygger på empirismen. Dess grundtes är den att alla våra teorier skall kunna återföras på sinnesintryck. Överordnade, icke direkt iakttagbara begrepp byggs upp på basen av sådant som är iakttagbart. Relationen varierar, men det är i princip möjligt att finna åtminstone någon form av härledningskedja mellan de studerade fenomenen, observation och teori. Ibland är den mycket lång med många teorisatser att utnyttja på vägen, och observationerna går ibland med hjälp av teknik och teorisatser långt utöver sinnesförnimmelsernas gräns. Exempel på detta är psykofarmakologi, där man med hjälp av laboratorieexperiment, datamodeller, positronemissionskamera, kliniska prövningar enligt statistiska regler m m kan koppla ihop förändringar i sinnesstämning med syntetiskt framställda molekyler. Bland teorisatserna i den sammankopplingen ingår "det biopsykiska grundpostulatet" enligt vilket varje psykiskt tillstånd och varje fortlöpande psykisk process har en bakgrund i det fysiologiska skeendet. Vidare finns neurotransmittorteorin och receptormodellen med.

Modeller spelar en viktig roll inom medicinen. De kan vara av olika slag:

- Avbildande modeller. Exempel är fysiologiska skisser och flödesschemata.

- Analogimodeller, som hämtar bilder från andra områden. Hjärtat som pump, hjärnan som dator, mördarceller, spänningshuvudvärk är exempel.

- Symboliska modeller som kemiska och matematiska former.

Det gäller att komma ihåg att modeller är modeller, förenklingar eller omskrivningar av verkligheten och inte verkligheten själv. Modeller kan ses som ett slags skelett till teorier.(10, 11, 12)

Modellen hör ihop med ett utmärkande drag hos naturvetenskapen, nämligen reduktionismen. Den innebär att man renodlar eller förenklar en del av en komplicerad verklighet för att studera en process eller effekterna av en intervention. Experimentet är typexemplet. Från vårt arbetsområde känner vi till betydelsen av att ha exklusionskriterier och inklusionskriterier för patienter som skall ingå i en kontrollerad klinisk prövning. Detta är metodologisk reduktionism, som är nödvändig för naturvetenskapligt arbete. Teoretisk eller ontologisk reduktionism är något annat och måste avvisas. Sådan reduktionism, som ofta är omedveten, gör man sig skyldig till om man hävdar att människan egentligen är ett flockdjur eller att hjärnan är en dator.

Medicinen är, vetenskapligt sett, inte något enhetligt naturvetenskapligt kunskapsområde. Den hämtar kunskap från ett flertal andra vetenskaper, såväl naturvetenskap som samhällsvetenskap och beteendevetenskap. Medicin är en *mångvetenskap* där olika kunskapsområden möts och detta är särskilt påtagligt för allmänmedicin.

**Orsaksproblemet**

En vanlig målsättning för naturvetenskaplig forskning är att hitta orsakssamband. Det är en fördel om sambandet är kvantitativt. Orsakssamband är viktiga inom medicinen. Känner man till orsaken till en företeelse kan den lättare förklaras. Ett kvantitativt orsakssamband tillåter förutsägelser och ger också möjlighet att påverka en process eller förebygga en ogynnsam effekt.

Läkaren står dock vanligen inför problemet att orsakssambanden till symtom, sjukdomar och skador är mycket komplexa. Enkla orsakskedjor är ovanliga. Orsaker kan sökas åt olika håll, t ex inom genetik, mikrobiologi, den fysiska miljön, den psykologiska och sociala miljön. Här kommer mångvetenskapen in. Oftast måste man räkna med olika återkopplingar enligt systemmodell. Komplexa system behöver dock inte vara oändligt komplicerade. Det kan finnas uppenbara mönster och regelbundenheter där man minst anar det. Det tycks ligga allmänna principer för självorganisering bakom.(14, 15)

Systemmodellen är fortfarande en metodologisk reduktionism. Vi kan inte säga att en levande organism *är* ett system i ontologisk mening. Systemmodeller kan till exempel inte närmare lösa problemet med de psykiska processernas natur och ännu mindre det med deras innehåll. Att de står i oupplösligt samband med neurofysiologiska processer i hjärnan är uppenbart. Hypoteserna för sambandet är flera.

Att tänka sig invecklade processer är inte lätt. Läkare har svårt att frigöra sig från 1800-talstanken att sjukdom är ett "ting" som invaderar kroppen och som ger

upphov till "händelser". (Ännu svårare är processtänkandet för de flesta patienter.)(17)

Både praktikern och forskaren måste försöka välja en adekvat nivå för att lösa sina problem och sedan välja metod. Detta är särskilt svårt i gränsområdet mellan de fysiska och psykiska processerna, ett dilemma som är välbekant för allmänmedicinaren.

**Diagnosbegreppet**

Traditionellt utgör läkarens förmåga att ställa diagnos grunden för hans eller hennes kompetens. Läkaren tar emot patienten med att ta anamnes och göra undersökning, beställer kanske prover och specialundersökningar. När resultaten är klara ställer läkaren sin diagnos. Denna utgör grunden för prognos och behandling.

Denna generella beskrivning har begränsad giltighet, särskilt inom allmänmedicin. För det första söker många patienter för symtom som inte kan hänföras till någon sjukdom eller syndrom i gängse mening. Vanligen sätter läkaren då en symtom-diagnos, dvs endast benämner symtomet. Andra patienter söker för problem som ej är symtom. Bengt Mattsson hänvisar till en amerikansk undersökning av allmänmedicinska konsultationer som visade att 35 procent orsakades av psykosociala problem, 10 procent av preventiva åtgärder och fem procent av administrativa skäl. Tillsammans således 50 procent.(16)

För det andra innebär gängse medicinska diagnoser kunskapsteoretiska problem värda att diskutera. Symtomdiagnoser är vanliga och säger inte mer än vad patienten berättat även om det uttrycks på latin, som "lumbago", "vertigo" och liknande. Syndrom är ofta förekommande som diagnoser. Ett syndrom innebär att ett antal symtom, kliniska tecken och ofta testresultat sätts samman till en beteckning utan att orsak(er) eller patogenes (sjukdomsmekanismer) är kända. Detta har systematiserats inom psykiatrin (DSM-systemen) och reumatologin. Syndromsjukdomar kan ses mer som uppfinningar än som upptäckter. De äger ingen djupare diagnostisk sanning än de yttre kännetecknen.

Slutligen har vi inom medicinen anatomiskt definierbara sjukdomar, om än ofta med utifrån dolda kriterier, vilket gör läkaren beroende av diagnostisk teknologi, t ex hjärtinfarkt, tumörer, multipel skleros, samt kausala diagnoser baserade på patofysiologiska mekanismer där fysiologi och biokemi står i centrum. Diabetes mellitus och hyperthyreos kan tjäna som exempel. Men även i dessa fall är etiologi och patogenes ofta oklara.(15)

Hur tester och specialundersökningar skall användas i det diagnostiska arbetet är i hög grad värt att diskutera. De är ofta av okontrollerat och obevisat värde. Läkaren som beställer en undersökning gör klokt i att dessförinnan ställa sig frågan vilken nytta den kan ge i just detta fall.(15)

Balint diskuterade för snart 40 år sedan diagnosbegreppet på ett sätt som

fortfarande är giltigt. Han konstaterade och kritiserade läkarnas preferens för fysiska diagnoser, om än bara symtomdiagnoser, i jämförelse med psykiska sådana. Likaså var han negativ till det diagnostiska temat att "utesluta" fysisk sjukdom genom undersökningar och sedan försäkra att inget fel förelåg. Detta sätt att arbeta ger en rankinglista, inte bara av diagnoser ("rest", "slasktratt") utan även av patienter. Detta bekräftades härom året i Nordisk Medicin av en norsk undersökning. Balint hävdade också att psykiska problem och störningar ofta inte uppmärksammas och därför underdiagnostiseras samt att diagnos i dessa fall många gånger inte är möjlig utan att viss terapi har gått före, nämligen det terapeutiska samtalet. Det behövs för att patienten skall våga bryta igenom de psykologiska försvarsmekanismer som från början döljer djupa problem. Balint lämnar dock olöst problemet hur psykosomatiska lidanden skall diagnostiseras. Kanske måste vi leva med detta dilemma.(4)

**Det naturalistiska felet**

Det ligger nära till hands för många läkare att begå "det naturalistiska felet". Man för över naturvetenskapliga principer till samhället. Det kan få förödande konsekvenser. Det är viktigt att skilja mellan "vad som är", naturvetenskapens område, och "vad som bör vara", moralens område. Den skillnaden är grundvalen för den mänskliga frihetens försvar. Frihetens fiender har ofta drömt om att sätta vetenskapen i moralens ställe.

Detta gäller både i stort och i smått. De tyska läkarnas verksamhet för och inom nazismens pseudobiologiska människosyn är det mest avskräckande exemplet. Men etiska komponenter ingår också i praktikens beslut och handlingar. Det gäller respekten för patientens autonomi och integritet. Det gäller hur läkaren handskas med biomedicinens metoder och produkter. Att ge en orolig demenssjuk person, som inte kan redogöra för sig själv, neuroleptikum så att hon också blir parkinsonistisk är både ovetenskapligt och oetiskt. Det gäller den terapeutiska hållningen: att vara tillgänglig, kunna lyssna, utveckla empati, undvika fördomar och nedvärdering av patienten även om han är missbrukare och misskötsam. Naturvetenskaplig kunskap räcker inte till för att fylla relationen mellan läkaren och patienten.

**Allmänläkarens kompetens**

En god allmänmedicinsk kompetens består av en fruktbar sammanflätning av erfarenheter från teoretiska studier och den egna praktiken. Vetenskapen, samhället och synsätt förändras ständigt, varför kraven på anpassning och fortbildning är stora. Kompetens innebär därmed bland annat förmåga och vilja att lära nytt och att förändra synsätt och metoder.

Vi lever i en föränderlig värld, sägs det ofta. Det är sant, men allt ändras inte. Människan som biologisk varelse förblir sig lik. Det är kunskapen om och synen på henne som undergår förändringar. Samhällets och omvärldens skiftningar påverkar människan kulturellt och psykologiskt. De grundläggande mänskliga behoven kvarstår dock. Likaså principen om hennes värde.

Ett överordnat humanistiskt perspektiv på vårt yrke måste hållas levande och oförändrat.

**Referenser**


1 Allan Janik: "Cordelias tystnad. Om reflektionens kunskapsteori". Carlssons bokförlag 1991, ISBN 91-7798-499-4.

2 Stefi Pedersen: "Människa och ting". Wahlström & Widstrand 1978. ISBN 91-46-13296-3.

3 Aaron Antonovsky: "Hälsans mysterium" ("Unraveling the Mystery of Health"). Naur och kultur 1991. ISBN 91-27-02193-9.

4 Michael Balint: "The Doctor, his Patient and the Illness". Pitman Medical Publishing Company, 1964.

5 Henry Egidius: "Kunskapssamhället i förändring". Stencil och föredrag, 1993.

6 Bo Göranzon: "Det praktiska intellektet". Carlssons förlag 1990. ISBN 91-7798-322-X.

7 Gerald Sandler: "The Diagnostic Art". UPDATE, 913-924, 1990.

8 Benjamin Farrington: "Grekisk vetenskap. Från Thales till Ptolemaios". Prisma Magnum 1988. ISBN 91-518-2238-5.

9 Robin Fåhraeus: "Läkekonstens historia. Från magi till vetenskap". Wahlström & Widstrand, 1970.

10 Bengt Molander: "Vetenskapsfilosofi". Bokförlaget Thales, 1988. ISBN 91-87172-19-4.

11 Torgny Sjöstrand: "Medicinens naturvetenskapliga grundval". Läkartidningen, vol 79, 207-209, 1982.

12 Germund Hesslow: "Bör psykiatrin vara naturvetenskaplig?". Läkartidningen, vol 79, 209-212, 1982.

13 Henri W Wulff: "Laegevidenskabelig forskning, reduktionisme og menneske-syn". Nordisk Medicin, vol 104, 310-313, 1989.

14 D A Rizzi: "Det medicinske orsagsbegreb". Nordisk medicin, vol 105, 340-342, 1990.

15 Henrik W Wulff: "Rational Diagnosis and Treatment". Blackwell Scientific Publications, 1981. ISBN 0-632-00713-3.

16 Bengt Mattsson: "Allmänmedicinens vetenskapliga grund. Ökad vikt vid kvalitativ forskning". Läkartidningen, vol 87, 968-970. 1990.

17 Eric J Casse: "The Place of the Humanities in Medicin".
The Hastings Centre 1984.

Bilaga 3 C

# Mentorsbegreppet

## Bakgrund, förslag till innehåll och form

*Charlotte Hedberg,*
*Elisabeth Jaenson, Göran Måwe, Thomas Morgardt, Mats Troedson, Lena Svidén.*
*Referens: "hedersmentor" Gustav Haglund.*

Mentor är i sagan om Odysseus en äldre vän och rådgivare för Telemakos, Odysseus son. I kritiska skeden tog gudinnan Pallas Athena plats i Mentors gestalt och denne blev då till en gudomlig vägvisare. Det moderna Mentor-begreppet rymmer rester från sagan; Mentor är den mer erfarne äldre kollegan som ger råd i yrket, råden ges under samtal av vänskaplig och personlig karaktär och Mentorn kan även bli till en andlig vägvisare. Den medicinska professionen har, med lärar-mästar-förhållande både inom klinisk verksamhet såsom överläkare, underläkare, och inom vetenskaplig forskarverksamhet haft inslag av Mentorskap.

Detta har naturligt sin förklaring i läkaryrkets karaktär av hantverkskunskap, där det rätta handlaget tränats upp tillsammans med mer erfarna kollegor. Läkaren möter komplicerade, sammansatta medicinska och etiska problem där det personliga omdömet – den rätta bedömningen – är av avgörande karaktär. Den professionella utvecklingen har därför också handlat om personlig mognad och tränats tillsammans med äldre kollegor i samtal och som förebilder. Den medicinska kultur som dagens allmänmedicinare utbildats inom har dock huvudsakligen präglats av specialistkulturens tekniska reduktionistiska syn på medicinska problem, med en rigid utbildningsgång och fasta regelsystem, där läkarens personliga utveckling ägnats mindre intresse. Åldersfördelningen inom läkarkåren har också bidragit till detta, de stora kullarna som utbildades under 60-talet och framåt hade inte samma tillgång till äldre kollegor som tidigare generation läkare och få av oss har haft erfarna kollegor som handledare eller mentorer.

Inom vår allmänmedicinska profession, där de medicinska väldefinierade tillstånden tillhör ovanligheterna och det personliga mötet med patienten är grunden för utövandet av läkekonsten, finns ett klart behov av personlig professionell handledning. Detta behov förstärks ytterligare av att allmänläkaren arbetar ensam och inte som på sjukhuskliniken tillsammans med andra kollegor.

Behovet har uppmärksammats och till viss del tillgodosetts under specialist-utbildningen, där läkaren kunnat få en handledare.

S k PLUS-samtal, Professionella UtvecklingsSamtal med vårdcentralschef eller primärvårdschef har förekommit på vissa arbetsplatser men möjligheten till detta bortfaller i och med att chefskapet försvinner med husläkarreformen.

Vidare har Balintgruppverksamheten gett den allmänmedicinska professionen ett väsentligt bidrag till utbildning inom utvecklingen av den s k professionella personligheten.

Dock har för den färdigutbildade allmänläkaren möjligheten att få en personlig professionell handledning saknats, och önskemål om detta framförs ofta i diskussioner om vidareutbildningens utformning.

Behovet av personlig professionell handledning har kanske även ytterligare förstärkts av de förändringar som allmänmedicinen genomgår i samband med husläkarreformen. Efterutbildningsgrupperna liksom mentorskap kan här fylla en stabiliserande funktion för den enskilde läkaren, där denne kan förankra och utveckla sin allmänmedicinska identitet i en föränderlig tid.

Då behovet av personlig professionell handledning finns under läkarens hela yrkesverksamma liv faller begreppet Mentorskap vid närmare reflektion isär i två delar: Den ena är det traditionella Mentorskapet där den äldre kollegan med större erfarenhet handleder och stödjer den yngre i början av dennes karriär och där den mer erfarne ibland också blir någon att identifiera sig med och ha som förebild. Den andra, som här kallas Partnerskap, är en dialog mellan två jämställda kollegor, där den ene har till uppgift att ge den andre en personlig professionell handledning. Partnerskap får här fylla den reella brist som finns på äldre kollegor inom allmänläkarkåren, men Partnerskap har en delvis annan utgångspunkt och fyller en annan funktion än det traditionella Mentorskapet. Partnerskap avser att fylla det behov som den erfarne läkaren har av en kollegial dialog på jämställd nivå där behovet av förebild är mindre men behovet av ett genuint intresse för ens personliga professionella utveckling kvarstår. En kollega som med engagerat intresse ställer de rätta frågorna (utan att för den skull kunna alla de rätta svaren) skapar förutsättningar för en personlig vägledning, en vägledning som föds i dialogen. En god dialog, ett reflekterande samtal, bär i sig en utveckling och föder nya insikter.

Mentorskap skall ses som ett alternativ eller komplement till grupputbildning i Balint-grupp och EFK-grupp. Partnerskap kan speciellt för de kollegor som ej vill medverka i gruppverksamhet utgöra ett gott alternativ. Allmänmedicinens kvalitet utgörs av den enskilde läkarens kvalitet.

Detta är bakgrunden till mentorgruppens arbete.

**Innehåll och form**
**Inledande diskussion:**

När det gäller att ge Mentorskapet resp Partnerskapet ett konkret innehåll och form stöter man genast på det problem som ligger i att ge det en alltför formaliserad karaktär. En relation som är av så pass personlig art kan då riskera att störas. Dock behövs en struktur för att behovet av personlig professionell handledning skall kunna erbjudas stora delar av allmänläkarkåren inom ramen för vidareutbildning.

Balintverksamheten, som ju också handlar om personlig professionell utveckling, kan enligt arbetsgruppen ge riktlinjer för hur sådan verksamhet bör utformas. Inom Balintgruppverksamhet inleds grupperna först efter en inledande prövotid utan förbindelser, därefter inleds en överenskommen kontraktstid, vanligtvis 1 år – detta kontrakt förnyas därefter 1-2 år i taget eller avslutas efter första året. Gruppledaren fungerar som "ordningsman", dvs återför hela tiden samtalet till uppdraget att spegla den professionella personligheten.

**Innehåll och form**
**Förslag:**

Mentor- resp Partnerskap är frivilligt och skall ses som ett erbjudande.

Mentorn resp Partnern ingår i en Mentorbank.

Mentorbanken utgörs av intresserade kollegor som genomgått en kortare seminarieutbildning.

De som ingår i Mentorbanken har någon gång per år seminarier och uppföljning av sin verksamhet.

Den som är intresserad av att ha handledning – Adepten – anmäler sig och efter några samtal bestämmer sig Mentor och adept för ett kontrakt på förslagsvis 1-2 år som sedan kan förnyas eller avslutas. Samtalen behöver inte vara mer än 2-4 per år men man kan förstås komma överens om tätare samtalskontakt.

Auskultation under konsultationen med efterföljande samtal kan vara ett erbjudande Mentorn eller Partnern ger sin adept.

Adepten kan tillsammans med sin mentor eller partner varje år ha en uppföljning eller utvärdering av samtalen. Denna utvärdering är då av kvalitativ art och kan handla om t ex huruvida den professionella identiteten stärkts eller ej, om problemlösningsförmågan förändrats och om medvetenheten om värderingar och attityders betydelse för förhållningssätt förändrats.

Mentorn eller Partnern är den som tillsammans med kollegan under handledning upprättar "den Individuella Utbildningsplanen" som ingår i Institutet för Allmänläkares vidareutbildning.

S k bonuspoäng inom ramen för utbildning/kvalitetssäkring kan tillfalla Mentor, Partner och Adept – detta avser gruppen diskutera vidare innan förslag följer.

Mentorgruppen avser under hösten vara ExpertMentorer åt andra kollegor samt själva be om Partnerskap för senare utvärdering och förslag.

Bilaga 3 D

# Gruppbaserad efterutbildning för allmänläkare i ett nationellt perspektiv

## INNEHÅLL

A Om dokumentets tillkomst

B Efterutbildningsgruppen

1 Allmänläkarens efterutbildning – Förutsättningar och kännetecken
2 Varför efterutbildningsgrupp för allmänläkare?
3 Praktiska och organisatoriska synpunkter på efterutbildningsgruppen. Gruppledarens roll.
4 Efterutbildningsgruppens roll i kvalitetssäkringen

C Förslag till åtgärder

## A OM DOKUMENTETS TILLKOMST

Den 18-19 juni 1993 hölls under Ulf Måwes och Björn Nilssons ledning ett idéseminarium om allmänläkarnas efterutbildning i Sverige. Seminariet hade sin bakgrund i Ulf Måwes uppdrag att för SFAM utarbeta ett förslag till efterutbildningsprogram. Vid seminariet konstituerade sig en grupp kring uppgifterna att fördjupa diskussionen om efterutbildningsgruppens roll och att ringa in SFAM:s möjligheter och uppgifter när det gäller att på den nationella nivån främja utvecklingen av gruppbaserad efterutbildning. Gruppen bestod av Sune Fredenberg, Olofström, Hans Hallberg, Falun, Elisabeth Jaenson, Malmö, Carl Edvard Rudebeck, Stockholm, Cecilia Ryding, Stockholm, och Conny Svensson, Stockholm. Föreliggande text är resultatet av gruppens arbete och den har förankrats i en vidare krets av allmänläkare i samband med det andra idéseminariet om efterutbildningen 6-7 september 1993.

# B EFTERUTBILDNINGSGRUPPEN

## 1 ALLMÄNLÄKARENS EFTERUTBILDNING – FÖRUTSÄTTNINGAR OCH KÄNNETECKEN

### Patientmötet är den viktigaste lärosituationen

Något tillspetsat kan sägas, att medan den medicinska grundutbildningen ger rätten att utöva läkaryrket, så blir läkaren så småningom till i själva patientarbetet. I praktikens växlingar mellan tanke, handling, eftertanke och kunskapssökande utvecklas den kompetens som skiljer erfarenhet från oerfarenhet. Patienten är allmänläkarens främsta lärare. Förutom att tillhandahålla själva grunden för kompetensutvecklingen är patientmötet en *ständig och probleminriktad* lärosituation. Om allmänläkaren har öppna sinnen ger varje arbetsdag nya erfarenheter och kunskaper. Här kan ingen planerad efterutbildning konkurrera. Vidare är man naturligtvis som mest motiverad och mottaglig för ny kunskap när behovet omedelbart påkallas av patientens behov.

### Utmaningen: att vinna mesta möjliga pedagogiska effekt ur det dagliga arbetet

En rutiniserad vardag kan ge ett rutiniserat tänkande och handlande, där det oväntade och obegripliga mer blir hot än utmaningar. Patientmötets utbildningskraft är delvis förborgad och den måste därför aktivt frigöras. Inget formaliserat efterutbildningssystem fungerar, om inte de enskilda allmänläkarna själva tar vara på vardagens möjligheter av direkta erfarenheter, reflektion och läsande. Den organiserade efterutbildningens mest angelägna uppgift är därför att inspirera till öppenhet, nyfikenhet och kritisk reflektion inför det egna arbetet.

### Allmänmedicinens möjliga kunskapsområde är gränslöst

Som allmänläkare ställs man ofta inför frågan – frågan ställs både av en själv och av andra – om man kan tillräckligt mycket och om man kan rätt saker.

Arbetets bredd gör att man nästan dagligen ställs inför symtom och problem som man inte träffat på tidigare. Patienter vecklar ut tidningsklipp med information om nya behandlingsmetoder som man inte känner till. Specialistkollegor erbjuder konsultinsatser och efterutbildningar i stor omfattning. I debatten får allmänläkaren ofta kännas vid kritik för kuskapsbrister. Det finns en risk att man som allmänläkare drabbas av ett kunskapskomplex, som innebär att kunskapen, genom att aldrig vara tillräcklig, mer blir en börda än en tillgång. Rastlöst jagar allmänläkaren kunskap utan plan och utan prioritering. Innehållet av en sådan efterutbildning blir ofta slumpmässigt och utfallet litet. Dessutom blir det lätt så att man odlar mest det som man behärskar bäst. *Efterutbildning, som inte är förankrad i vardagens behov, dvs behov som allmänläkarna själva identifierat, är meningslös.*

**Den allmänmedicinska kunskapen är förändrad och patientnära**

Sjukdomar är generella medan patienter är individuella. I den brytningen verkar varje läkare, men allmänläkarens betoning är just individualiseringen. Interkollegialt erfarenhets- och kunskapsutbyte är oersättligt, eftersom det är det enda som kan göra allmänmedicinen till en tydlig och sammanhållen profession. Det bör därför utgöra stommen i en planerad efterutbildning.

## 2 VARFÖR EFTERUTBILDNINGSGRUPP FÖR ALLMÄNLÄKARE?

Allmänläkarens arbete är vanligen intensivt och mångskiftande. Prioriteringar måste hela tiden göras och det ligger nära till hands att välja bort verksamheter som ligger utanför det direkta patientarbetet. Efterutbildningen måste därför finna en form som gör att den något så när smidigt kan fogas in i vardagsrutinen. Den bör ta fasta på tydliga och näraliggande behov och en kravspecifikation kan se ut på följande sätt:

Efterutbildningen för allmänläkare bör:
- inspirera den individuella läroprocessen
- ge interkollegial kunskapsöverföring
- identifiera behov – organisera utbildning utifrån dessa behov
- ge professionell identitet och interkollegialt stöd
- ingå som en viktig del i kvalitetssäkringen.

En grupp av kollegor som regelbundet träffas kan erbjuda en struktur och ett klimat som främjar den individuella kompetensutvecklingen. Med öppenhet och trygghet i gruppen kan frågor som samlas i det dagliga arbetet formuleras utan att prestigen riskeras. Problematiska situationer i patientarbetet blir utvecklingsmöjligheter istället för svagheter som man försöker dölja. På detta sätt skapas den helt avgörande länken mellan vardagsarbetet och efterutbildningen. När det sedan gäller att omsätta de identifierade behoven i utbildningsaktiviteter, kommer det att visa sig att gruppen i många stycken är ett lämpligt forum. Åtta till tio allmänläkare har tillsammans en mycket stor kunskap och erfarenhet. Det interkollegiala stödet är väsentligt. Som allmänläkare arbetar man i stor utsträckning ensam med sina patienter. De kollektiva arbetsformer, som naturligt finns på sjukhusen, saknar allmänläkaren i stor utsträckning. Aktiviteter gemensamt med andra kollegor är viktiga för att bygga upp en professionell samsyn och en yrkesmässig identitet. Efterutbildningsgruppen kan här bli ett viktigt medel. Man kan som enskild läkare också få ett viktigt stöd av sina kollegor när man av en eller annan anledning tillfälligt sviktar. Inte minst är detta aktuellt i den period av stora omvälvningar som den svenska allmänmedicinen och primärvården för närvarande befinner sig i.

# 3 PRAKTISKA OCH ORGANISATORISKA SYNPUNKTER PÅ EFTER-UTBILDNINGSGRUPPEN. GRUPPLEDARENS ROLL

## Gruppledarens roll

På de flesta allmänmedicinska arbetsplatser, där fler än en allmänläkare arbetar, finns någon form av gruppbaserad efterutbildning, antingen spontan eller schemalagd. Efterutbildningsgruppen går längre i sina ambitioner än vad läkarmöten på vårdcentralerna vanligen gör. Det gäller att medvetet och systematiskt ta till vara gruppens inneboende möjligheter, både när det gäller att identifiera och att täcka utbildningsbehoven. Invanda mönster på en arbetsplats, som innebär att någon är utsedd att vara chef och därmed tenderar att dominera de flesta sammankomster, samt att vissa kollegor är aktiva medan andra är tillbakadragna, bör om möjligt försöka brytas i utbildningsgruppen. Väsentligt är att åstadkomma en regelbundenhet i gruppens arbete, vilket förutsätter att den prioriteras högt av samtliga medlemmar. Gruppen uppstår inte heller av sig själv. Några måste ta initiativ och ett stöd behöver komma utifrån, både från den egna professionen och från arbetsgivaren/beställaren. Frågor som omedelbart inställer sig när man startar en grupp är bl a följande:

- Vilka ska ingå i gruppen?
- Hur länge avser gruppen att hålla ihop?
- Vem ska leda gruppen?
- Hur långt mandat har gruppledaren?
- Hur ofta ska man träffas?
- Hur långa ska mötena vara?
- Ska man träffas på arbetstid eller fritid?

De praktiska förutsättningarna varierar mycket mellan olika platser och områden i landet. Stela mallar för hur gruppen ser ut och organiserar sitt arbete bör självklart undvikas. Nyckeln till att gruppen verkligen blir ett medel för att stärka de enskilda medlemmarnas kompetens i de allra flesta fall är dock att den har en ledare som särskilt rekryterats och utbildats för uppgiften. Gruppledarens uppgift är inte att kunna mer allmänmedicin än sina kollegor utan att ta ett särskilt ansvar för att gruppen hålls ihop och för att arbetsprocessen blir konstruktiv. I gruppledarens åtagande bör därför bl a följande uppgifter ingå:

- Verka för att medlemmarna utvecklar ett ansvar för och ett engagemang i gruppens arbete. Det är angeläget att närvaron är hög och att tider hålls.

- Balansera inbyggda mönster i gruppen. Detta blir lättare att uppnå om gruppen rekryterar sina medlemmar från olika arbetsplatser, men detta är inte alltid möjligt.

- Se till att gruppens samlade kompetens kommer till sin rätt. Alla har viktiga bidrag och det är gruppledarens ansvar att utveckla den andan i gruppen.

- Introducera och variera pedagogiska metoder. Att delta i en efterutbildningsgrupp ska vara roligt och då är variation en väsentlig förutsättning.

- Hålla kontakt med andra gruppledare för att få perspektiv på sitt eget arbete och också nya impulser.

- Ta initiativ till att samordna efterutbildningsaktiviteter med andra grupper. Ibland är det mer ändamålsenligt att samla ett större antal allmänläkare till utbildning. Efterutbildningen ska inte låsas till den egna gruppen. Förutsättningarna är goda för att tillsammans med andra gruppledare prioritera gemensamma aktiviteter utifrån de erfarenheter och behov som utkristalliseras i de enskilda grupperna.

- Ansvara för någon form av basdokumentation av gruppens verksamhet. Värdering är också nödvändig, både intern och extern. Den externa är en förutsättning, om efterutbildningsgruppen ingår som en del i ett beställarfinansierat efterutbildningssystem. Att möjligheter att värdera efterutbildningsgruppernas arbete finns är också väsentligt för att kunna utveckla och förbättra innehållet.

**Verksamhetens innehåll**

- Själva livsnerven i efterutbildningsgruppen är den fortlöpande identifieringen av utvecklings- och utbildningsbehov. Det gäller att få ett fritt flöde mellan vardagsarbetets problemsituationer och gruppens aktiviteter. Falldiskussioner är en sådan given länk. Mer systematiska tillvägagångssätt för identifiering och prioritering för utbildningsområdena finns också.

- Falldiskussionerna är i sig en viktig utbildningsaktivitet, oberoende av om de uppenbarar mer övergripande utbildningsbehov eller ej. De enskilda patientmötena är basen i allmänläkarens arbete och därmed för kompetensutvecklingen. Ju oftare gruppen träffas, desto lättare blir det att få med falldiskussionerna. Vid längre mötesintervall behövs särskilda grepp för att förhindra att viktiga problemsituationer faller i glömska.

- Även om den viktigaste kunskaps- och erfarenhetsreservoaren är gruppmedlemmarna själva är gruppen ett mycket lämpligt forum för diskussioner med inbjudna experter av olika slag. Dessa sammankomster får mer dialogkaraktär än de större sammandragningar, som är vanligt förekommande i allmänläkarnas efterutbildning.

- Granskning av den egna verksamheten – audit – kan med fördel göras som en del i efterutbildningsgruppens verksamhet. Etablerade metoder finns. Med enkla medel kan vitt skilda aspekter av arbetet granskas och jämföras inbördes mellan kollegor. Resultaten ger material för diskussion och där så är motiverat kan gemensamma handlingsprogram utarbetas.

- Att sitta tillsammans med en kollega i hans eller hennes arbete är en mycket verksam, interkollegial utbildningsmetod. Den egna repertoaren breddas och man får ett nytt perspektiv på det egna arbetet, både som observatör och som observerad. Inom en efterutbildningsgrupp går det lätt att organisera "medsittning" av detta slag. För de två agerande kollegorna ger medsittningen ett gemensamt och autentiskt erfarenhetsmaterial att reflektera utifrån. Erfarenheterna kan med fördel lyftas in i gruppen. Ju fler av gruppmedlemmarna som har suttit med hos varandra, desto rikare diskussion och större gemenskap.

- Att videoinspela eget arbeta och få detta belyst i en diskussion med kollegor är också en mycket verksam utbildningsmetod. Här finns inom allmänmedicinen stor erfarenhet, och metoder för analys och former för diskussion kollegor emellan är väl etablerade. Efterutbildningsgruppen är ett naturligt forum för analys av, och diskussion om, videoinspelade patient-läkar-möten.

- Att granska en kollegas verksamhet i dess helhet, dvs inte bara själva patientarbetet utan också förhållanden som mottagningsrutiner, tillgänglighet, telefonarbete och samarbete med andra personer inom och utom den egna mottagningen, är också en beprövad efterutbildningsmetod. Den sätter läkarens värderingar i fokus och yrkesetiken är naturligtvis ett centralt problemområde för den allmänmedicinska efterutbildningen. På samma sätt som vid medsittning och videoanalys kan det vara lättare att genomföra en sådan granskning inom efterutbildningsgruppens ram.

Ovanstående är att betrakta som några viktiga exempel på aktiviteter som kan genomföras i efterutbildningsgrupperna. Ju fler grupper som kommer igång, desto starkare blir förnyelsen av efterutbildningen och därmed också av metoderna.

## 4 EFTERUTBILDNINGSGRUPPENS ROLL I KVALITETSSÄKRINGEN

Efterutbildningen för allmänläkare och kvalitetssäkringen inom allmänmedicinen har samma mål, nämligen att tillförsäkra patienterna en god vård. Allmänläkarnas efterutbildning är den del av det samlade kvalitetssäkringsarbetet som syftar till att vidmakthålla och utveckla allmänläkarens professionella kompetens. Därmed är efterutbildningen också den viktigaste komponenten i den allmänmedicinska kvalitetssäkringen, förutsatt att efterutbildningen tar sin utgångspunkt i viktiga behov och också ger önskade förändringar i allmänläkarnas handlande. Efterutbildningsgruppen ger möjligheter till en sådan återkoppling till det dagliga arbetet. Det avgörande steget är inte att utarbeta den perfekta metoden för kvalitetssäkringen. En sådan metod finns inte. Däremot hänger alla kvalitetssäkringssystem i luften om inte den enskilde allmänläkaren är engagerad och benägen till utveckling. Med sitt uttalade mål att just främja en sådan attityd blir efterutbildningsgruppen basen i kvalitetssäkringen. I ekonomiska termer betyder detta att delar av de medel som avsätts för kvalitetssäkringsarbetet bör tillföras efterutbildningen. Det handlar här om att ge allmänläkarna verkliga möjligheter att avsätta arbetstid för efterutbildning samt att arvodera gruppledarna för deras viktiga arbete.

## C FÖRSLAG TILL ÅTGÄRDER

SFAM kan främja utvecklingen av efterutbildningsgrupper i Sverige på två sätt:

1 Genom att på den politiska nivån få beställarna i de olika landstingen att inse det möjliga värdet av en decentraliserad, problemorienterad efterutbildning samt att härvid särskilt betona det avgörande sambandet mellan efterutbildningsgrupper och kvalitetssäkringsarbete. Benämningen "Efterutbildning – Kvalitetsgrupper" (EFK) uttrycker detta samband.

2 SFAM kan genom en utveckling av sin egen organisation och genom egna aktiviteter ge viktiga impulser till att efterutbildningsgrupper startas och hålls vid liv i hela landet. Den viktigaste omedelbara åtgärden är att bidra till att en kader av gruppledare rekryteras och utbildas. I det följande skisseras en kurs för gruppledare som skulle tjäna detta syfte.

### Kurs för gruppledare i efterutbildningsgrupper

För att rekrytera och utbilda gruppledare bör SFAM genomföra ett antal nationella kurser för blivande gruppledare. En första kurs bör kunna hållas andra kvartalet 1994 och därefter två kurser hösten 1994 och två kurser hösten 1995. Kursen förläggs till olika platser i landet så att en lämplig spridning sker. Kurslängden föreslås bli tre dagar. Finansieringen bör SFAM själv stå för med en budgetering motsvarande en tredagars SK-kurs. Deltagarantal i varje kurs: 25 personer. Kursen föreslås innehålla följande ämnen:

Det allmänmedicinska kompetensområdet

Allmänmedicins centrala kompetensområde. Förhållandet mellan teori och praktik i allmänmedicinen. Viktiga "randkunskaper".

Allmänmedicinsk efterutbildningsideologi

- Patientarbetet som utbildningssituation, patienten som lärare
- Det interkollegiala kunskaps- och erfarenhetsutbytet
- Metoder för att identifiera kunskaps- och utvecklingsbehov
- Efterutbildning och kvalitetssäkring.

Konkreta efterutbildningsmodeller. Erfarenheter från Sverige och andra länder

Om grupprocesser

Efterutbildningsgruppens öppna innehåll tillsammans med de varierande praktiska förutsättningarna ställer stora krav på gruppledaren. Gruppen är inget neutralt instrument utan har sin egen dynamik som man måste ha förutsättningar att förstå som gruppledare. På kursen ges en introduktion inom området med viss praktisk tillämpning.

Innehåll och metoder i efterutbildningsgruppens arbete

Genomgång av olika aktiviteter som falldiskussioner, medsittning, videoinspelningar, granskning av verksamheten med hjälp av audit, fördjupning inom delområden och utarbetande av handlingsprogram samt diskussion med inbjudna experter.

Redovisning och värdering av gruppens arbete

Gruppledarens roll i den samlade efterutbildningen

Samarbete med andra gruppledare. Möjliga uppgifter i efterutbildningen på distrikts- och sjukvårdsområdesnivå. Lokala kurser.

Uppläggning av kursen

I kursen varvas föreläsningar och ett urval av metoder prövas i grupparbetena. För att kursen ska ge önskad utdelning behövs inom en nära framtid att en lokal och regional organisation för efterutbildningen etableras. Uppföljande kurs bör organiseras. Gruppledarna bör få möjligheter till gemensamt erfarenhetsutbyte och en kontinuerlig utbildning lokalt. Under en övergångsperiod bör möjligen också uppföljande, nationella kurser organiseras.

Bilaga 3 E

# Allmänmedicinsk efterutbildning – nyckeln till kvalitetssäkring och prioriteringar (FINANSIERING)

## Bakgrund

Kvalitet och kvalitetssäkring samt prioriteringar är starka trendbegrepp bland annat inom sjukvården. Även om husläkarlagen välkomnas av många har också kritik riktats mot reformen med farhågor om en kommersialisering av vården med försämrad kvalitet och olämpliga prioriteringar som följd.

I ett husläkarsystem med en mer tydlig rollfördelning mellan producenten (husläkaren) och konsumentföreträdaren (landstingen) finns legitima krav från den senare att kunna kontrollera den beställda varan (vården). Hittills har det rått en besvärande begreppsförvirring inom området. Termerna kvalitetsmätning, kvalitetssäkring, kvalitetsförbättring och kvalitetsutveckling har använts på ett godtyckligt sätt. Ofta har alla former av mätande och kontrollerande felaktigt benämnts kvalitetssäkring.

Det tycks finnas en utbredd föreställning att uppdragsgivarna och tillsynsmyndigheten genom den kommande datoriseringen av husläkarverksamheten kommer att kunna få ut mätvärden som ger en objektiv bild av kvaliteten och att man därigenom skulle få en god kontroll av verksamheten.

Det är viktigt att klargöra att innebörden i de olika begrepp som används i samband med kraven på kvalitet i vården. Man bör också understryka skillnaden mellan vad som kan betecknas konsumentkontroll, en funktion som uppdragsgivaren har legitima krav att själv utöva, och vad som utgör en medicinsk värdering och kvalitetssäkring, vilket helt faller inom den medicinska professionen.

När denna diskussion förs är det nödvändigt att poängtera att allmänmedicinen och de seriösa husläkarna har allt att vinna på en öppenhet inför kvalitetskontroll, annars förloras trovärdigheten. Det är dock lika viktigt att värderingen, kvalitetssäkringen och kvalitetsutvecklingen av det medicinska området inte kan överlämnas till politiker och administratörer utan måste hållas strikt inom den allmänmedicinska professionen.

Samtidigt måste vi förklara att skälet till denna hållning är rationellt (vi ensamma har kompetensen) och att en interkollegial dialog och värdering är nödvändig för att göra en riktig analys och därmed nå ett gott resultat i kvalitetsarbetet.

**Kvalitetssäkring**

Innebörden i begreppet kvalitetssäkring är att de som producerar varan, i vårt fall sjukvårdsproduktion, själva skall säkra kvaliteten och detta kan ske endast inom verksamheten och på uppdragstagarnas eget ansvar.

Med kvalitetssäkring menas alla de åtgärder som vidtas för att säkra en viss kvalitetsnivå enligt ett kvalitetssäkringsprogram som omfattar

- fastställande av kvalitetsnivå, vilket inte enbart innefattar rena mätningar utan också värderingar av t ex bemötande av patienter, hur välgrundade ordinationerna är etc.

- sammanställning, bland annat i form av analyser, jämförelser, bedömningar och slutsatser som man kan dra härav

- ställningstagande, i form av en utvärdering, en sammanfattande bedömning

- åtgärder i form av avhjälpande av kvalitetsbrister

- utvecklingsarbete i form av kvalitetsutveckling (kvalitetsarbete, kvalitetshöjande åtgärder)

- uppföljning i form av kvalitetskontroller.

Om man godtar dessa begrepp innebär det att politiker och administratörer kan ställa krav på *att* kvalitetssäkring sker, men självfallet kan de inte vara involverade i annan kvalitetssäkring än den som rör deras eget arbete.

Kvalitetssäkring är således en metod att stimulera verksamheten till att producera god kvalitet, det är inte en kontrollmetod för landstingen, Socialstyrelsen eller SPRI.

Om inte detta accepteras kommer utvecklingen snarare att generera statistikekvilibrister än goda husläkare.

**Uppdragsgivarens "konsumentkontroll"**

Uppdragsgivaren (köparen, konsumenten, konsumentföreträdaren) har självklart rätt att kontrollera den köpta varan. Dvs landstingen måste ha ett underlag för beslut om var man skall köpa sjukvårdstjänsterna eller vilka uppdragstagare man vill teckna kontrakt med.

De områden som är uppdragsgivarens utgör främst följande:

- patientvärdering (service, bemötande etc)

- kostnaden (kapitationsersättningen)

- annan vårdkonsumtion (lab-resurser, vårddagar, annan öppenvård, remissflöden etc).

Om patienterna är nöjda, kostnaden rimlig, och annan vårdkonsumtion låg bör uppdragsgivaren vara nöjd om också den medicinska kvaliteten är god. Bedömningen av denna skall dock ske inom den allmänmedicinska professionen.

*Därför måste vi skapa organisatoriska förutsättningar för medicinsk kvalitetssäkring och utveckling som kan vinna gehör hos uppdragsgivaren.*

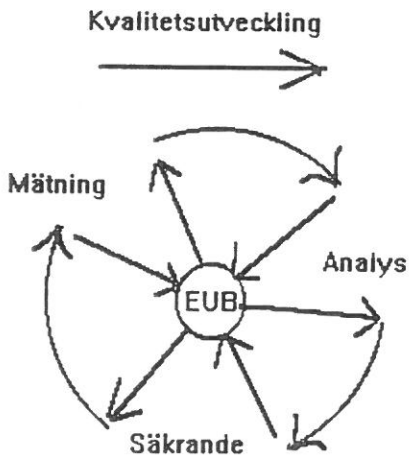
**Kvalitetssäkring och efterutbildning – ett nödvändigt samspel**

Bedömning av följsamhet och resultat i förhållande till gällande konsensus kan göras endast undantagsvis, eftersom konsensus ofta saknas och mätningsresultaten är tvetydiga.

Mätningar som görs idag och som ofta benämns kvalitetssäkring har mest karaktär av forskning eller utvecklingsarbete. Utvärderingen av resultaten är svår och fordrar medicinsk kompetens och organisatorisk kompetens (detaljkunskap).

Kvaliteten inom allmänmedicinen bestäms ytterst av vad som sker vid mötet mellan läkaren och patienten. Det räcker här inte att analysera siffror för att komma fram till kvalitetens kärna. En ingående kvalitetsvärdering kräver medicinsk kompetens och bör ske i samarbete mellan kollegor som har förtroende för varandra och öppet kan diskutera förtjänster och svagheter i rutiner, bemötande av patienter, diagnostiska metoder och åtgärder som vidtages. Sådana värderingar tillsammans med därtill anpassade efterutbildningar och kvalitetshöjande insatser kan på kort tid förbättra de resultat som erhållits vid mätning av indikatorer.

För att kvaliteten skall säkras måste således läkaren genomgå en efterutbildning som svarar mot en individuell värdering av utbildningsbehovet. Det är först sedan hela cirkeln mätning-analys-säkrande är sluten och kopplad till en anpassad efterutbildning som kvalitetsutvecklingen av husläkarens arbete får de bästa förutsättningarna.




*Bilden visar sambandet mätning-analys-säkrande i förhållande till EUB (efterutbildning), som utgör navet kring vilket allting snurrar; när så hjulet rullar fås en rörelse – kvalitetsutvecklingen!*

## Efterutbildningens betydelse för prioritering inom sjukvården

Den andra trenden i sjukvården är prioritering. Även här är begreppsförvirringen påtaglig.

Den bild som manas fram är att resurserna blivit alltmer begränsade och att detta leder till nedskärningar som i slutändan leder till att vissa patientgrupper riskerar att bli utan vård enligt en specificerad prioriteringslista, som godkänts av politiker.

I själva verket kan situationen karaktäriseras av organisatoriska brister och resursslöseri. Det mest påtagliga strukturella felet är bristen på allmänläkare och överutbildningen av organspecialister.

Ett av huvudmotiven till husläkarreformen är att råda bot på detta och att därigenom göra sjukvården billigare. För att nå dithän fordras kompetenta allmänläkare.

Husläkarna kommer att svara för majoriteten av allmänhetens kontakter med sjukvården. Summan av de kostnader som husläkarnas många vardagliga beslut ger upphov till utgör miljardbelopp.

Trots att vi i Sverige har en tämligen enhetlig grundutbildning och behandlingspraxis samt kulturellt likartade förhållanden så kan kostnaden för åtgärder vid samma sjukdomstillstånd skilja sig 10-falt mellan olika allmänläkare enligt en färsk undersökning (Gösta Tibblin och medarbetare). Inte minst gäller detta beslut om utnyttjande av sjukförsäkringssystemet.

Den prioritering som sker genom husläkarens ordinationer av läkemedel, diagnostiska åtgärder, remitteringar samt intyg om sjukpenning och pension bestämmer en stor del av sjukvårdens kostnader och kvalitet.

*Det är därför rimligt att anta att en satsning på husläkarnas efterutbildning vore den mest lönsamma investeringen inom sjukvården från samhället både vad avser ekonomiskt resursutnyttjande och kvalitet.*

## Organisation av allmänläkarnas efterutbildning

Efterutbildningen syftar främst till en kvalitetsutveckling av husläkarnas arbete. Därför måste organisationen av utbildningen utgå från husläkarens praktik i vardagen. Genom att integrera kvalitetsarbete i vardagen får den enskilde husläkaren underlag att utforma sin egen efterutbildningsplan. Såväl kvalitetssäkring som efterutbildning bör ske i samarbete med kollegor på hemorten. I normalfallet deltar husläkaren i en efterutbildningsgrupp.

För att sådana grupper skall fungera måste ett tillräckligt antal gruppledare utbildas. Dessutom måste det finnas en lokal organisation för att stimulera kvalitetsarbete och lokala efterutbildningsaktiviteter.

Det är då naturligt att bygga vidare kring tidigare erfarenheter och kompetens, som erhållits inom SFAM (Svensk Förening för Allmänmedicin) genom utbildningen av examinatorer och examinationen av allmänläkare. De nuvarande studierektorerna bör inlemmas i organisationen.

Förutom i nämnda grupper kan efterutbildning också ske som

- auskultation hos kollega
- auskultation/tjänstgöring på sjukhusklinik
- centralt anordnade kurser och seminarier enligt en särskild kurskatalog.

Distriktsläkarna är idag sårbara genom att arbeta i små decentaliserade enheter. Denna utsatthet kommer sannolikt att öka efter husläkarreformens genomförande. Det är därför nödvändigt att SFAM, genom att bilda ett rikstäckande nätverk av lokalföreningar, kan stödja alla husläkare, såväl offentligt anställda som privata.

På nationell nivå bör efterutbildningen samordnas och arrangeras av ett fristående allmänmedicinskt institut, som svarar för medicinsk revision, idéspridning, kurser för handledare/gruppledare samt för spridning av modeller för kvalitetssäkring.

**Förslag**

För den enskilde husläkaren skall följande regler gälla:

- Husläkaren skall själv upprätta en egen utbildningsplan med 5 års framförhållning.

- Utbildningsplanen skall värderas av SFAM lokalt och godkännas av det allmänmedicinska institutet.

- Återrapportering för värdering av SFAM lokalt för ett godkännande av det allmänmedicinska institutet.

- Ett godkännande av efterutbildningen ger husläkaren rätt till en högre kapitationsersättning.

SFAMs styrelse får följande uppdrag:

- att stimulera bildandet av lokala SFAM-föreningar över hela landet

- att samordna de lokala SFAM-föreningarna med studierektorerna och examinatorerna

- att ansvara för att ett fristående allmänmedicinskt institut bildas

- att utreda huruvida en regel om differentierad kapitationsersättning går att genomföra

- att, intill dess ett allmänmedicinskt institut bildats, ansvara för att gruppledar-utbildning genomförs i tillräcklig omfattning (40 gruppledare/handledare per år 1994 och 1995).

Riktlinjer för det allmänmedicinska institutet

*Huvuduppgifter:*

- Kvalitetsutveckling av husläkarnas arbete. Utveckling av allmänmedicinen.
- Institutet skall se till att efterutbildningen fungerar på det lokala planet.

*Speciella uppgifter:*

- Skapa centrala utbildningar, stimulera lokal utbildning och utbilda handledare/gruppledare/mentorer.
- Analysera utbildningsbehov och kontrollera efterutbildningen.
- Stimulera lokal kvalitetssäkring.
- Genomföra medicinsk revision.
- Ta initiativ till kulturella och sociala aktiviteter.

*Organisation:*

Denna bör närmare diskuteras.

- Det bör finnas en styrelse med representation från dem som bidrar ekonomiskt till verksamheten.
- Den allmänmedicinska professionen skall vara i majoritet.
- De allmänmedicinska institutionerna bör knytas till verksamheten i någon form.
- En VD, som skall vara en allmänläkare med brett förtroende, bör på heltid leda institutets verksamhet.
- Kanslifunktion och enheter för EUB, kvalitetssäkring och medicinsk revision.
- Det skall finnas 6 regionanvariga, vilka är halvtidsanställda husläkare. Dessa skall ha som uppgift att stimulera det lokala arbetet, som skall förankras i lokala SFAM-föreningar.

## Finansiering av efterutbildningen

Efterutbildning och kvalitetssäkring skall ingå som en naturlig del i husläkarens arbete, därför skall husläkaren också stå för kostnaderna inom ramen för kapitationsersättningen.

Om reglerna för finansieringen utformas på rätt sätt kan man också skapa starkt ekonomiska incitament för husläkarna att delta i efterutbildningen.

Husläkarlagen förutsätter enligt propositionen att efterutbildning och kvalitetssäkring sker. Därför kan en lägre kapitationsersättning till de husläkare som inte fullgör denna del av åtagandet motiveras.

Kapitationsersättningen till den läkare som fullgör den stipulerade efterutbildningen skall vara så hög att den täcker merkostnaderna och dessutom utgör en bonus.

### Förslag

- Efterutbildningen bekostas i princip av husläkaren själv inom ramen för kapitationsersättningen.
- Kapitationsersättningen sätts 30% högre för husläkare som deltar i stipulerad efterutbildning.
- Efterutbildningen skall av integritets- och trovärdighetsskäl inte sponsras av industrin.
- Prioriterade utbildningar kan helt eller delvis finansieras av det allmänmedicinska institutet.
- Husläkaren skall helt eller delvis få ersättning för resor och uppehälle i samband med efterutbildning (för att utjämna kostnader mellan husläkare med olika resavstånd).

## Finansiering av det allmänmedicinska institutet

Efterutbildningen av husläkarna har en central betydelse för sjukvårdens kostnader och kvalitet. Därför finns starka skäl för landstingen och staten att svara för huvuddelen av finansieringen av det allmänmedicinska institutet.

De pengar landstingen idag avsätter för utbildning av distriktsläkarna borde kunna omfördelas åtminstone till lokala aktiviteter som institutet svarar för samt för utbildning av gruppledare/handledare.

Eftersom kvalitetssäkring och efterutbildning är så starkt förknippade med varandra bör en del resurser inom SPRI och Socialstyrelsen föras över till det allmänmedicinska institutet.

Det är också nödvändigt av trovärdighetsskäl att husläkarna själva bidrar med ekonomiska resurser.

**Förslag**

- Grundfinansiering i form av startkapital och fondmedel från staten
- Finansiering via landstingen
- Provinsialläkarfonden (10 miljoner)
- Småfonder i DLF
- Avgifter från husläkarna – 1 kr/listad individ/år (8 miljoner)
- Det allmänmedicinska institutet skall av integritets- och trovärdighetskäl stå helt fritt från industrins finansiering och inverkan
- När organisationen av efterutbildning och ett allmänmedicinskt institut är klarare bör ekonomisk kompetens tas i anspråk för närmare beräkningar.

**Dokumentets tillkomst**

Dokumentet grundar sig på de två idéseminarierna om allmänläkarnas efterutbildning och är en sammanställning av de diskussioner som förekommit vid några grupparbeten.

I grupperna har ingått:

A Anna Källkvist, Christer Merck, Britt Sjölin-Israelsson och Jonas Sjögreen (Steningevik 18-19 juni).

B Lars Englund, Karl-Axel Eriksson, Dagrun Lihnell, Margareta Möller, Marie-Louise Remnéus, Jonas Sjögreen, Göran Sommansson och Birgitta W-Hammarström (Arlandastad 6-7 september).

Henry Egidius har med kritik och inspiration varit till ovärderlig hjälp.

Jonas Sjögreen har sammanställt dokumentet.

Bilaga 3 F

# Institut för allmänläkarnas efterutbildning

*Mogens Hey*
*samt arbetsgrupp enligt bilaga 2.*

## Bakgrund

Utgångspunkten för förslaget om att bilda ett nationellt-regionalt institut för allmänläkarna är behovet av kvalitetssäkring av läkarnas professionella åtagande gentemot

- personer på husläkarens lista
- regelverkens ansvariga: regering, riksdag, landsting och kommuner
- tillsynsmyndigheten: Socialstyrelsen
- den lokala och regionala befolkningens politiska företrdare: styrelser och nämnder som fattar beslut om hälso- och sjukvården
- socialförsäkringens företrädare
- den egna professionens förcträdarc: Sveriges läkarförbund och Svensk förening för allmänmedicin

samt professionens behov att samordna övergripande frågor rörande utbildning och kvalitetssäkring i en institutionell organisation inom ramen för professionens vetenskapliga förening Svensk förening för allmän medicin, SFAM.

Basen för allmänläkarnas profession är specialistkompetens inom allmänmedicin.
Den rättsliga ramen är i första hand HSL och husläkarlagens bestämmelser. Denna husläkarlag medger, att även andra specialister med dispens arbetar som husläkare.
Ramen om den enskilde husläkarcs verksamhet är avtal med landsting och kmmuner och sjukförsäkringen i vidaste mening. Hittills har det varit landsting och kommuner, som svarat för driften av primärvården.

Dagens allmänmedicinare är huvudsakligen sysselsatta som distriktsläkare, ett mindre antal arbetar som privatpraktiker. Ett relativt stort antal är inte aktiva inom allmänmedicinsk verksamhet.
Morgondagens husläkare är allmänmedicinare och blivande allmänmedicinare med dispens eller under ST. Organisatoriskt kommer läkarna att vara privata enskilda samt privat och offentligt anställda.

Läkarna är organiserade inom Läkarförbundet, som har förhandlingsrätt och förfogar över ett centralt kansli med hög kompetens inom många områden. Förbundets tjänstemän handlägger viktiga frågor inom området utbildning och kvalitet.

Dagens distriktsläkare tillhör yrkesföreningen Distriktsläkarföreningen, DLF, och privatpraktikerna Privatläkarföreningen, SPLF. Föreningarna har små egenresurser och har inte förhandlingsrätt.
Deras lokalavdelningar driver sin verksamhet helt på ideell basis.

Läkarförbundet har i regionala frågor delegerat förhandlingsrätten till lokalföreningar i vilka yrkesföreningarna har representation.

SFAM är i första hand en ideell organisation, som driver frågor rörande utbildning, kvalitet och FoU. SFAM har inga anställda. Informellt har i några delar av landet bildats lokala SFAM, i andra finns SFAM-ombud.

Organ med intresse och uppgifter för utbildning och kvalitetssäkring utöver de ovannämnda är

- Universitetens samhälls- och allmänmedicinska institutioner, som
  a) är engagerade i vissa delar av grundutbildningen och i det sammanhanget efterfrågar praktikplatser i primärvården
  b) svarar för forskarutbildning i samhälls- och allmänmedicin och
  c) ger vissa av de SK-kurser som administreras av den medicinska fakulteten
- SPRI, RFV, Apoteksbolaget, läkemedelsindustrin

Organ inom SFAM/DLFs sfär med utbildnings- och kvalitetsengagemang är dels arbetsgrupper inom föreningarna, dels
IDUR, distriktsläkarnas utbildningsråd, som initierar, granskar och beställer kurser tillsammans med läkemedelsindustrin och
SPUR, stiftelse inom läkarförbundet för inspektion av kliniker och vårdcentraler som utbildningsplatser för läkare, och
Provinsialläkarfonden, som förvaltar en fond med drygt 10 milj kronor, tillskapad på 60-talet för efterutbildning. Den initierar och beställer kurser samt svarar för kursledning, lärare och kursplatser.
SFAMs examensorganisation med utskott och lokala anordnare av examen är den största enskilda professionella plattformen för kvalitetssäkring.

Utbildning initieras i en mångfald icke samordnade former av enskilda allmänläkare, som på eget initiativ eller på uppdrag ordnar kursdagar eller veckor i vitt skilda ämnen i många fall med stöd av industrireklam.

Över hela landet finns formella och informella allmänläkarutbildningsgrupper, varav de mest förekommande är Balintgrupperna. Dessa drivs ofta med låga kostnader inom ramen för ordinarie arbetstid.

## Syften

Såväl uppdragsgivare som professionen ställer krav på den allmänmedicinska verksamhetens kvalitet. Att tillskapa ett nationellt/regionalt institut är ett sätt att samordna övergripande inslag på en lång rad områden, som anknyter till kvalitetssäkring och utbildning.

### Efterutbildning

Ett viktigt område för kvalitetssäkring är allmänläkarnas efterutbildning. Denna kan beskrivas som kompetensutveckling, ett livslångt lärande i en lärande organisation.
Ett fastställt program för allmänläkarnas efterutbildning bör ange ramar och former för utbildningen. Programmet bör vara ett underlag för enskilda allmänläkares efterutbildningsplanering.

### Medicinsk revision

I ett kvalitetssäkringsarbete ingår att granska förutsättningarna för utövandet av det professionella arbetet uttryckt i termer av organisation och verksamhet. Dessa bör uppfylla ett minsta mått av vedertagna kriterier. Ett medel att följa kvaliteten inom detta område är insatser i form av kollegialt baserad revision/granskning.

### Inspektion

Professionens grundval, den allmänmedicinska specialiteten, behöver också kvalitetssäkras.
Professionen har ansvar för att tillhandahålla praktikplatser för medicine studerande. Till detta kommer medverkan i att skapa
en lärande miljö i verksamheten. Insatserna behöver följas upp och utvärderas.
Läkarnas allmäntjänstgöring förutsätter att praktikplatser ställs till förfogande med formell handledning.
Specialistutbildningen förutsätter att en ökande, dominerande del av kompetensutvecklingen sker inom ramen för handledd praktik inom den egna specialitetens verksamhetsområde.
Kvalitetssäkringsarbetet kommer inom utbildningsområdet att knyta an till granskning i form av inspektion av utbildningsplatser, verksamheter och program.

### Examen

Examen är också en form för kvalitetssäkring. Examen, som avser att pröva enskild persons kompetens ger också en bedömning av utbildningsprogrammet i dess olika aspekter.

### Utvecklingsprogram

Områden som behöver utvecklas utgör också en del av kvalitetsarbetet. Det gäller arbete med formella kurser, att bedöma och utvärdera dessa. Insatserna omfattar också initiativ till formella utbildningar för utvecklare av området, handledare/gruppledare, kursledare, revisorer, inspektörer, studierektorer och examinatorer.
Forsknings-och utvecklingsarbete inriktat på detta mångsidiga kvalitetssäkringsområde anknyter till samtliga uppräknade delområdens utveckling.

## Nationell, regional och lokal nivå

Insatserna inom de olika nivåerna måste begränsas och avgränsas i förhållande till dels fördelningen mellan nivåerna, dels åligganden från uppdragsgivare såsom myndigheter och utomstående organisationer samt Läkarförbundet genom yrkes- och specialistföreningar.
Relationerna gentemot dessa bör också fastställas.

Det förutsätts att verksamheten kommer att formas utifrån lokala nätverk, som medverkar till att på regional nivå tillskapas råd med vissa administrativa resurser för bevakning av regionala frågor.

De regionala råden förväntas bilda grunden för en nationell samordnande enhet med en nära samordning.

## Uppdraget till institutet

En organiserad verksamhet i form av ett institut förutsätts tillkomma på uppdrag av SFAM. På grund av rådande kompetens- och resursfördelning inom Läkarförbundet, kommer DLF, som bevakar fackliga aspekter och har del av förbundets förhandlingsrätt och kompetens att beröras.
Institutet bör kunna ta över funktioner, som i dag ligger på förbundet , till exempel sådana som enbart berör allmänläkarnas utbildning.
Institutets verksamhet behöver därvid samordnas med insatser inom Läkarförbundet såsom Läkarförbundets utbildningsavdelning, DUR och SPUR. Provinsialläkarfondens inriktning ligger också nära institutets syfte.
Även arbetet med att utveckla examen, som nu vilar på ett SFAM-utskott, kan ske i institutets regi.
Socialstyrelsen och landsting/kommuner svarar för AT- och ST genom tillsyn och tillhandahållande av tjänstgöringsplatser/anställning. Deras åligganden behöver kompletteras med utbildningsprogram och godkännandefunktion, som måste åvila professionen. Insatserna kring detta område präglas i dag av lokala lösningar och brist på formellt samordnande stöd. Utvecklingen av studierektorsnätverk och målmedvetna handledare är ojämn över landet.
Dessa funktioner behöver vidare förstärkas.

SK-kurs-utbudet är präglat av kursgivarnas utbud snarare än av efterfrågan, som vilar på professionens krav.
Ansatser till efterutbildningsprogram finns på många håll. Mestadels präglas de av lokala förutsättningar och traditioner. En stor del av efterutbildningen är kopplad till träffar med sjukhusspecialister, där ej alltid jämbördighet bjuds allmänmedicinarna. Tillfälligt men stort utbud av förment efterutbildning svarar industrin för.

Sammanfattningsvis speglar detta områdes innehåll inte professionens behov av reell kompetensutveckling. Ett instituts uppgift blir att medverka till granskning och kvalitetssäkring av detta svåröverskådliga område.

## Institutets namn

Mot bakgrund av vad som ovan framförts bör namnet anknyta till

| | |
|---|---|
| den nationella nivån, | **svenska** |
| allmänmedicinen, | **allmänläkares** |
| organisationsformen, | **institut för** |
| efterutbildningen, | **utbildning och** |
| kvalitetssäkringen, | **kvalitetssäkring.** |

Ett kort och fyndigt namn som
**Institutet för Allmänmedicin** kan emellertid vara bättre än ett långt och klumpigt.

## Institutets uppgifter

**Efterutbildning och kvalitetssäkring**

Utbildningsprogram:

- Utveckla program, fastställa former och ramar för sådana samt kvalitetskrav, följa upp och utvärdera.
- Bedöma och godkänna allmänna förslag till program.
- Granska och godkänna individuella avvikelser från fastställda ramar.
- Samordna utbudet av formella kurser. Bedöma och godkänna kurser.
- Svara för nationell kurskatalog.
- Ordna kurser för gruppledare för efterutbildningsgrupper.
- Ordna kurser och seminarier för mentorer.

**Medicinsk revision:**

- Utveckla program för revision/granskning av vårdverksamheter.
- Utbilda och tillhandahålla revisorer.

**Specialistutbildning och utbildningsplatser**
Utbildningsprogram:
- Vidareutveckla den allmänmedicinska basen i programmet.
- Vidareutveckla handledarfunktionen till en professionell kompetens.
- Utbilda kursledare för handledarkurser. Utbilda kursledare för SK-kurser.

Specialistexamen:
- Utbilda examinatorer.
- Ordna kurser för studierektorer och vidareutveckla deras nätverk.

Utbildningsplatser:
- Utveckla program för granskning/inspektion av utbildningsplatser och program.
- Utbilda och tillhandahålla inspektörer.

**Grundutbildningen och de samhälls- och allmänmedicinska institutionerna**
- Utbildningsprogram och -platser:
- Utbilda handledare, studierektorer och inspektörer för grundutbildningen.

**FoU**
- Initiera och stödja insatser inom utbildnings- och kvalitetssäkringsområdet.

## Institutets organisation och verksamhetsform

Institutet behöver för en omfattande verksamhet såväl nationell som regional förankring. Därvid bör dessa nivåer starkt integreras. Ansvarsfördelningen bör ske dels utifrån nivåmässiga behov men också utifrån faktisk kompetensfördelning. De regionala delerna kan få ansvar för nationella utvecklingsområden. Den samlade regionala potentialen bör vara minst lika stor som den exklusivt nationella.
Som regioner bör de nuvarande regionerna vara basen för de regionala delarna av institutet. Frågan om det ska vara sex, sju eller åtta lämnas öppen.
SFAM bör med institutet skapa en plattform för ett kraftfullt resursmässigt åtagande.
Institutet bör drivas som en stiftelse med SFAM som en av stiftarna eller ensam stiftare. Om andra stiftare ska ifrågakomma, beroende på vad de kan bidra med t.ex. i fråga om finansiering, bör SFAM tillsätta mer än hälften av styrelsen och utse ordföranden i denna.

## Institutets egenkompetens

För centrala arbetsuppgifter inom institutet krävs som chefer för de regionala delarna erfarna allmänmedicinare med breda kontaktytor och kunskapsområden. Arbetsinsatsen för den enskilda bör ej överstiga halvtidsåtagande. Förankring i praktiskt vårdarbete är ett starkt krav. Förordnande bör begränsas till treårsperioder, 3-6 år blir därvid en rimlig tid för ett åtagande.
En av regioncheferna bör tillika vara nationell chef och samordnare av hela institutets verksamhet. Detta uppdrag bör kunna rotera mellan regioncheferna. Uppdraget kan komma att betinga heltidsengagemang under minst en treårsperiod.
Institutet kommer att behöva anställa en eller flera personer med pedagog/psykolog/socionombakgrund med erfarenhet från planerings- och utvecklingsarbete.
Ett institut med en omfattande verksamhet kan komma att omsätta betydande belopp vilket förutsätter egenkompetens inom ADB-ekonomiområdet.
Till såväl nationella som regionala delar av institutet behöver knytas kanslipersonal, som ska svara för daglig praktisk handläggning och kontakt.

## Institutets kompetensutveckling

I ett inledningsskede behöver institutet tillföras kompetens och erfarenheter genom samarbete med utländsk i första hand nordiska motsvarigheter.
Ett bibliotek behöver tillskapas.
Samarbetet med nationella kvalitetssäkringsutvecklare såsom SPRI m fl kommer att få stor betydelse.

## Institutets placering

Institutets nationella del bör vara placerat på ett ställe i landet, som lätt kan nås med tåg och flyg.
Vissa funktioner kräver en fast plats såsom kansli och bibliotek.
Andra funktioner kräver rörlighet, t.ex. sådana som gäller initiativ, samordning och förhandling.
Om en större personalgrupp samlas på en plats, bör denna ledas av den allmänmedicinska chefen. Kvalificerade kompetenta medarbetare bör ha en stabsfunktion.
Kursaktiviteter kräver i sig ej fast kursplats. Det kan emellertid vara en vinst för institutets egna kurser om de förläggs till kursplats, som med fördel kan samlokaliseras med det nationella kansliet.
En stor del av institutets kvalificerade arbete kan utföras av olika uppdragstagare på deras hemort.

## Sammanfattning och förslag

- Ett institut tillskapas av SFAM i form av en stiftelse för allmänmedicinarnas utbildnings och kvalitetsfrågor.
- Institutet kan bestå av en central, nationell del samt ett antal regionala delar, som är funktionellt och personellt sammanhållna.
- De regionala delarna kan svara dels för regionens behov, dels för områden, där en särskilt kompetens nyttig för hela landet har utvecklats.
- Institutet handlägger främst samordnings-, policy-, granskings- och initiativfrågor. Som kursgivare kan en eventuell egenproduktion begränsas till kurser för kursledare, examinatorer, inspektörer och revisorer. Institutet kan också svara för information om pågående utbildnings- och kvalitetssäkringsarbete. Institutet kan arbeta med sådana kvalitetsfrågor, som inom utbildnings- och kvalitetssäkringsområdet berör allmänläkarnas kompetensutveckling och kvalitetsutvecklingen av deras verksamhet, nämligen efterutbildningsprogram, mentorskap, handledning, studierektorsnätverk, specialistexamen, granskning i dispensärenden, medicinsk revision och inspektion samt FoU i samarbete med universitetens samhälls- och allmänmedicinska institutioner.
- Institutet kan utnyttja SFAM-DLF-Läkarförbundet i förhandlingsfrågor. Institutet bör få egna kvalificerade personella resurser eventuellt genom personal från Läkarförbundet. Institutet bör kunna överta eller samordna frågor som i dag handläggs inom ramen för DUR, SPUR, Provinsialläkarfonden och examensutskottet.
- DLF-lokalföreningar och lokala SFAM-föreningar/ombud bör ta initiativ till bildande av lokala/regionala råd för utbildning och kvalitet som ett led i bildandet av institutets regionala delar.
- Institutets namn bör kort anknyta till Sverige och allmänmedicinen. Institutet nationella del bör placeras nära centralt åtkomlig trafikknut. I ett instituthus kan inrymmas kansli och kurslokaler.
- Institutet bör ledas av en grupp allmänmedicinare, som på halvtid svarar för var sin region och gemensamma frågor. En av regioncheferna bör tillika vara samordnare för gruppen och chef för den nationella enheten. Detta uppdrag förutsätter heltidsengagemang.
  Till institutet knyts i stabsställning personer med utbildning i pedagogik och psykologi eller med socionomexamen samt personer med kompetens inom ekonomi och ADB.

Bilaga 4

# Allmänläkares efterutbildning i andra länder

## Innehåll i bilagan

A Efterutbildning för allmänläkare på Irland 73

B Efterutbildning för allmänläkare i Holland 75

C Efterutbildning för allmänläkare i Norge 77

Bilaga 4 A

# Fakta om efterutbildningen på Irland

## Allmänmedicinen på Irland

| | |
|---|---|
| Befolkning: | 3,4 miljoner |
| Antal allmänläkare: | 1 850 st |
| Antal patienter/allmänläkare: | 1 850 patienter |

65-70% är enläkarmottagningar. Mottagningsstandard vad det gäller lokal och utrustning är låg med svenska mått mätt.

36% av befolkningen har fri allmänläkarvård inom ramen för ett kapitationskontrakt. Denna rättighet är inkomstprövad. För övriga 64% fungerar allmänläkarna som privatläkare. På mindre än 15% av mottagningarna finns en sköterska. Mindre än 5% är datoriserade. Ungefär 35% arbetar helt ensamma, dvs har ingen anställd på mottagningen.

## Efterutbildningen

*Före 1982*: som i de flesta andra länder dominerades efterutbildningen av erbjudanden från läkemedelsföretagen samt den utbildning som erbjöds av specialister vid sjukhus.

*1982*: Nationellt initiativ för en utveckling av efterutbildningen. Bakgrunden var en påtagligt ojämn kvalitet allmänläkarna emellan samt det svaga allmänmedicinska inflytandet över efterutbildningen. Den organisation som började byggas upp kallades "National Tutor Network".

Landet delades in i 28 regioner för efterutbildning. I 23 av dessa (systemet är fortfarande under utbyggnad (finns en GP Tutor som ansvarar för 4-5 efterutbildningsgrupper om ca 15 allmänläkare. Varje grupp har en ledare. Ibland är tutorn ledare i någon av grupperna. Systemet finansieras av regeringen via en styrelse för efterutbildning (Postgraduate Board). Pengarna kanaliseras genom Irish College of General Practitioners som för perioder på tre år utser en nationell samordnare. Ersättningen för detta arbete motsvarar ungefär en halvtid. Tutors får ersättning motsvarande en arbetsdag/vecka + kostnader för administration. Alla tutors träffas två gånger årligen vid en s k "Tutors workshop". Där redovisar man sin verksamhet. Vidare arbetar man i grupper med patientproblem. Vid dessa

sessioner utser man observatörer och kommentatorer. De erfarenheter som görs förs sedan tillbaka ut till grupperna via tutors.

Tutorn är en mycket betydelsefull person i systemet. Uppgifterna är följande:

- Övertala allmänläkare att gå med i grupp
- Organisera grupp
- Tillhandahålla utbildningsprogram
- Förbereda diskussionsmaterial
- Understödja gruppledarna
- Samordning med annan typ av efterutbildning
- Dokumentera och rapportera gruppernas arbete
- Utvärdera programmet
- Utveckla egen utbildningskompetens.

60-70% av de irländska allmänläkarna tillhör en efterutbildningsgrupp. Anslutningen är högre på landsbygd än i stad. Tutorn styr innehållet i hög grad. En relativt stor del av efterutbildningen handlar om genomgångar av medicinska basområden som hypertoni, astma och diabetes. Några grupper utarbetar s k "protokoll", enkla vårdprogram utifrån en genomgång av olika kliniska områden. Falldiskussioner är en viktig del. Videoanalys förekommer. "Practise visit" förekommer också, dvs ett allsidigt studiebesök hos kollega. "The Doctors bag" är ett populärt ämne.

Efterutbildningsfilosofin på Irland kan sammanfattas så här:

1 Investera i människor, inte i byggnader
2 Undvik sjukhus som utbildningsmiljö
3 Gå över från passivt till aktivt lärande
4 Se till att innehållet är kopplat till den dagliga praktiken
5 Gör allmänläkarna till lärare
6 Gör efterutbildningen till en självklar del av arbetet
7 Det är viktigare att främja efterutbildningen än att tillhandahålla den.

**Utvärdering**

En tutor tillsätts på fem år. Vid ett tillfälle under denna period gås hela verksamheten mycket noggrant igenom. En kommitté bestående av den nationella samordnaren, en representant för Irish College samt ytterligare en tutor går igenom alla aspekter av verksamheten och sitter också med i en gruppsession. En sammanfattande bedömning görs.

Bilaga 4 B

# Efterutbildning och kvalitetssäkring i Holland

## Nationell struktur

Ansvarig för efterutbildningen är den nationella allmänläkarorganisationen "Landelijke Huisartsen Vereniging". Denna förening är en organisation på tre nivåer: central-, distrikts- och lokalnivå. På distriktsnivå finns samordnare med ansvar för efterutbildning. Lokalt finns grupper av allmänläkare med ansvar för efterutbildning. Gruppen leds av en allmänläkare som har betalning motsvarande en arbetsdag i veckan för denna uppgift. Den utbildningsansvariga på den lokala nivån ansvarar för 80-100 kollegors efterutbildning (totalt ca 6 500 husläkare i Holland).

Den holländska allmänläkarföreningen har ett centralt institut för efterutbildning som i sin tur har ett antal "Content coordinators" med ansvar för efterutbildning ute i landet. Dessa "Content coordinators" sammanfaller inte med distriktsorganisationen men deras ansvar är ändå att stödja de lokalt efterutbildningsansvariga.

Av aktörerna inom efterutbildningen i Holland upplevs den nuvarande organisationen ganska krånglig. Många lokalt utbildningsansvariga har valt att direkt samarbeta med det nationella institutet.

## Efterutbildningen har två huvudinriktningar, kurser och gruppverksamhet

Kurser

2 000, huvudsakligen lokalt arrangerade, kurser erbjuds per år. Allmänläkarna får ekonomiska bidrag men inte full täckning för sina kostnader. En avancerad pedagogisk kompetens har utvecklats på det centrala institutet, även icke läkare är med i staben här. Det som starkt betonas i kurserna är att deltagarna ska kunna precisera vad de har lärt sig och sedan också redovisa att dessa erfarenheter och lärdomar påverkar deras arbete. Överhuvudtaget betonas förändring väldigt mycket i Holland.

Warffum kurser: Mycket populära kurser i internatform som löper över fem dagar. Specialister medverkar. Falldiskussioner dominerar.

## Efterutbildning och kvalitetssäkringen

Arbetet med "protokoll" kan ses som en mer formaliserad del i kvalitetssäkringen. I dag har man anammat några av de "standards" som utvecklats i Holland. Dock förefaller man inta en avvaktande hållning bl a mot bakgrund av att standard oftast fokuserar på det mätbara medan ofta det viktigaste är att allmänläkarens arbete ligger utanför det mätbara.

## Övrig CME

Grupperna utesluter naturligtvis inte annan, och mer traditionell, efterutbildningsverksamhet. Den ökade medvetenheten och aktiviteten bland allmänläkarna har på vissa håll fått positiva effekter även när det gäller övrig efterutbildning. Sjukhusbaserad efterutbildning har även den blivit mer problemorienterad. Ett ökat samarbete mellan allmänläkare och specialister i utbildning kan märkas. Vid den största efterutbildningsaktiviteten för allmänläkare som erbjuds av Dublins universitetssjukhus har man nu övergått till gruppsessioner istället för katedrala föreläsningar.

Bilaga 4 C

# Allmänmedicinska specialisters efterutbildning i Norge

**BJÖRN NILSSON**

*1984 kom i Norge en ny kommunhälsolag, som stadgade att kommunerna ska sköta första linjens hälso- och sjukvård – prevention, mödra-, barn- och skolhälsovård samt kurativ vård, hemsjukvård, sjukhemsvård och så kallat miljöinriktat hälsoskydd. Distriktsläkarna i statlig tjänst blev då anställda i kommunerna; antingen direkt anställda eller som privatpraktiserande med avtal (idag ungefär 50/50).*

*I och med lagens genomförande instiftades en särskild utbildningsfond tillgänglig för specialister i öppen vård.*

**Nyckelord:** Allmänmedicin, efterutbildning, Norge.

I Norge finns cirka 10.000 läkare, varav 2.600 är allmänpraktiker. Majoriteten av dessa är specialister i allmänmedicin. Den Norske Legeforening (DNLF) ansvarar både för specialist- och efterutbildning (det vill säga den kontinuerliga utbildning som varje allmänmedicinsk specialist måste följa). Man ansvarar för detta på delegation från socialdepartementet. DNLFs filosofi är, att allmänmedicin läres i öppenvård och att läkarna sköter sin utbildning bäst själva – kvalitetsmässigt bäst och mest kostnadseffektivt.

**Fonder**

DNLF disponerar tre utbildningsfonder med styrelserepresentanter från socialdepartementet och fylke.

**Fond 1:** Utbildningsfond som förhandlades fram som alternativ till lönepåslag för läkarna och alltså egentligen är läkarnas egna pengar, som man valt att använda på detta sätt.
**Fond 2:** Stiftades när kommunhälsolagen genomfördes 1984. Tillgänglig för allmänmedicinska och andra specialister i öppenvård.
**Fond 3:** Sjukhusläkarnas kurser.

Fonderna ger vardera en avkastning om cirka 30 miljoner kronor. Detta är den ekonomiska basen för DNLFs verksamhet.

**Kurser**

Kursverksamheten är omfattande och organiseras av DNLF, som står för kostnader (resa, uppehälle, föreläsare och reglering av eventuellt påförd skatt). I varje fylke finns en kurskommitté för allmänmedicin, som kan ta initiativ till och, på delegation från DNLF, godkänna kurser (se Faktaruta 1).

*Kursinnehåll:* Dels finns olika ämneskurser, dels lokala läkargrupper (ursprungligen kvalitetssäkringscirklar) som visat sig värdefulla som sociala nätverksgrupper (ett viktigt motmedel mot "burnt out syndrome"). Sjukhuskurser godkänns, men omfattningen minskar och trenden går mot allt fler lokala ämneskurser. DNLF satsar också på en omfattande ledarskapsutbildning.

*Kurslängden* är vanligen cirka tre dagar, upp till en vecka (15–30 timmar) Antalet deltagare är oftast 10–12; ibland färre på "strukturerad sjukhustjänstgöring", mer sällan upp till 50–60 deltagare på kortare kurs inom ett smalt område.

*Föreläsare* är i regel läkare, som i princip ersätts för förlorad arbetsförtjänst (cirka 800 kronor/timme). Industrisponsrade kurser godkänns inte längre i utbildningssystemet. Detta var ursprungligen ett krav från industrin – läkarna blev för krävande!

**Specialistkompetensen uppdateras**

En norsk specialist i allmänmedicin måste uppdatera sin specialistkompetens vart femte år genom att dokumentera deltagande i 300 timmar på godkänd kurs, där viss del är utbytbar mot sjukhustjänstgöring eller FOU-arbete. Obligatoriskt är också arbete i allmänmedicinsk praktik under 5-årsperioden (jämför specialistregler i allmänmedicin, Faktaruta 2). Ansökan om specialistförnyelse och intyg från genomgångna kurser skickas till DNLF, som sänder intyg om förnyad specialistkompetens till den försäkringskassa som läkaren har avtal med. Om någon inte uppdaterar sin kompetens, går meddelande till försäkringskassa och riksförsäkringsverk.

**Konsekvens**

I stort sett alla följer detta system, dels av arbetsmarknadsmässiga, dels av ekonomiska skäl. En specialistkompetent allmänpraktiker får en betydligt högre inkomst (cirka 100.000 NOK/år) än den som saknar denna kompetens. Det fåtal som inte förnyar kompetensen kan i princip fortsätta att arbeta som förut, men med lägre ersättning. Som regel har man inte råd att avvara erbjudandet. Målsättningen är inte i första hand att berika läkarna, utan är en av flera strategier för att skaffa bra läkare till hela landet. Detta har man också i stor utsträckning lyckats med.

**FAKTARUTA 1**

## Generella kriterier för godkännande av norsk kurs i Allmänmedicin

For å kunne godkjennes i henhold til allmennpraktikerreglene skal kurs m.v. oppfylle følgende kriterier:

1. Kursene skal arrangeres for leger og rette seg mot allmennleger.
2. Kursene skal være forhåndsgodkjent av spesialitetskomiteen i allmennmedisin.
3. Kursene skal være åpne for alle allmennpraktiserende leger.
4. Det skal være ansvarlig kursleder tilstede som fører presenslister. Kursbevis utstedes på grunnlag av presenslistene.
5. En undervisningstime er lik 45 minutter.

Kurs – møter o.l. må være på minst 6 undervisningstimer à 45 minutter for å kunne godkjennes.

Planlagte møteserier kan godkjennes når summen av enkeltmøter er mer enn 6 undervisningstimer og maksimalt 50. Jfr. regelverket for spesialiteten.

6. Firmakurs med kommersielle interesser kan ikke godkjennes.
7. Nordiske og internasjonale kongresser i allmennmedisin kan godkjennes etter søknad.

Spesialitetskomiteen kan delegere godkjenningsmyndighet til de lokala kurskomiteer. Ved tvil skal alltid søknader forelegges spesialitetskomiteen i allmennmedisin.

**Alla parter nöjda**

Efterutbildningen fungerar mycket bra enligt DNLF. Berörda parter är nöjda. Man har ett utbyggt system med bra kurser, anpassade efter allmänpraktikerns verksamhet. Kursernas organisation med DNLF som kvalitetsgarant och lokala grupper som motor i systemet möjliggör både lokal specialisering och flexibilitet. Grundläggande är ett allmänmedicinarna själva håller i kursverksamheten. Det ekonomiska incitamentet gör att man lyfter kvaliteten över hela fältet och inte bara hos den som är särskilt intresserade och har störst förmåga att komma loss från den dagliga verksamheten. Ett bevis på kvalitet i primärvården är, att klagomål på enskilda läkare i stort sett aldrig drabbar allmänpraktikerna.

**Svensk jämförelse**

är mycket varierande. En del landsting har gemensamma kursdagar för all personal i primärvård, vilket begränsar ämnesvalet. På många håll är enskilda läkare utbildningsansvariga inom ett speciellt ämnesområde och engagerar ofta slutenvårdskollegor som föreläsare. Detta kan göra att primärvårdsperspektivet missas. En sjukhusläkare ser ju ofta ett helt annat sjukdomspanorama än en disitriktsläkare.

Läkemedelsindustrin står för ett stort kursutbud med eget urval av föreläsare, vilket ur många synvinklar kan vara tveksamt. Provinsialläkarfondens kurser är av hög kvalitet och ofta svåra att komma med på, vilket visar på behovet av strukturerade primärvårdsanpassade kurser. Balintgrupper, där distriktsläkare i mindre grupper utifrån praktisk erfarenhet diskuterar patient-läkarrelationen, är vanliga och fyller ett stort behov.

Sammanfattningsvis kan sägas att i Sverige går mycken efterutbildning på lösa boliner och att behovet av bra och primärvårdsinriktade kurser är stort. Detta kommer inte att minska, när vi står inför genomförandet av ett husläkarsystem. Det vore då naturligt att huvudmannen inrättade en funktion motsvarande den norska *lokala kurskommitén* (jämför centra för allmänmedicin). Det vore naturligt att SFAM (Svensk Förening för Allmänmedicin) tog ett *centralt ansvar* för samordning.

Förslag enligt ovan framlades på SFAMs höstmöte i Kiruna 1991. Ett "Institut för Allmänläkarnas Efterutbildning" tänktes verka genom lokala och regionala nätverk (AllmänMedicin nr 6, 1991).

**Författarpresentation**

*Björn Nilsson, distriktsläkare.*
Vårdcentralen Herrhagen
Herrhagsgatan 66
652 21 Karlstad

**FAKTARUTA 2**

# Spesialistregler i allmennmedisin

***Etterutdannelse***

1. Fornyelse hvert 5:e år.
2. 1 års allmennmedisinsk tjeneste tjennomsnittlig i 5-års perioden.
a. Heltidsstilling teller ned til 1 mnd.
Deltidsstilling forholdsvis lengre.
b. I tjeneste under halv tid ned til minimum 1/5 stilling teller bare kurativ allmennmedisinsk praksis.
c. Tjeneste i andre legestillinger i primærhelsetjenesten teller bare i samtidig kombinasjon med allmennmedisin ned til halvtidsstilling.
3. 200 undervisningstimer i perioden hvorav halvparten kan være innen et fagområde. De øvrige timer skal være fordelt på minst 6 fagområder hvorav 4 skal være i kliniske emner og med minimum 15 timer på hvert.
4. I tillegg kreves en av følgende aktiviteter:
a. Minimum 3 måneders sykehustjeneste.
b. Strukturert sykehustjeneste av minst 1 måneds varighet.
c. 100 timer undervisningsvirksomhet, f.eks. møteserier, kurstimer, sensorvirksomhet, foredrag/undervisning av kolleger/studenter beregnet time for time.
d. Forskning i allmennmedisin ved institutt for allmennmedisin eller samfunnsmedisin av minst 3 måneders varighet. Annen forskningsvirksomhet vurderes etter søknad.
5. Etter fylte 60 år reduseres kravene under pkt. 3 og 4 til 150 timer. Ved neste fornyelse faller kravene bort og spesialiteten beholdes.
All virksomhet skal på forhånd være godkjent av Den norske lægeforening.

Bilaga 5

# Förslag till initiering av Institut för allmänmedicin

*Ulf Måwe*

## Bakgrund

1993 års husläkarreform ger svensk hälso- och sjukvård nya förutsättningar. Riksdagsbeslutet ger varje svensk lagstadgad rätt att välja sin egen läkare. Reformen kan få genomgripande ekonomiska effekter på svensk sjukvård.

Den fria etableringen gör det särskilt angeläget att säkerställa husläkares kompetensutveckling.

Garantin för kvalitetsutvecklingen i husläkarorganisationen kräver en samlad insats vilket föreslås ske genom ett nationellt institut för allmänmedicin.

## Syfte

Ett nationellt institut för allmänmedicin skall följa och kraftfullt stödja landets husläkare i deras kompetensutvecklng.

Institutets roll skall därför vara att:

- driva fram och kvalitetsvärdera en bred meny av olika allmänmedicinska efterutbildningsaktiviteter
- underlätta och på olika sätt bidra till förnyelse och utveckling genom efterutbildning
- på olika sätt stödja uppföljning, genomförande och utvärdering av specialistutbildningen i allmänmedicin genom examen
- stödja olika former av förnyelse och utveckling inom praktisk allmänmedicin genom FoU-arbete
- bevaka och följa upp husläkarreformens genomförande
- bidra till kompetensutveckling avseende granskning, analys och värdering av husläkarnas verksamhet.

**Institut för allmänmedicin – intressenter**

Institutet för allmänmedicin kommer att flera intressenter. Huvudintressenter är SFAM, DLF och de allmänmedicinska institutionerna. Som uppdragsgivare är även offentliga organ självklara.

**Projektplan**

Initiativet

Initiativet till ett institut för allmänmedicin har skett i samråd med regeringen med anledning av husläkarlagen och dess intentioner gällande det kvalitativa genomförandet av lagen. Svensk förening för allmänmedicin har uppdraget att initiera, utforma och driva ett institut för allmänmedicin. De första tre åren med statligt stöd, därefter självfinansierat.

Initiering av ett institut för allmänmedicin

Svensk förening för allmänmedicin utser en projektledare och en initiativgrupp som stöd för denne. (Förslag till sammansättning, se bilaga 3F:1)

Ett projektkansli upprättas.

Att få en bred förankring för institutets verksamhet är en grundläggande uppgift. I den uppgiften ingår bl a att en tydlig delaktighet skapas bland landets allmänmedicinare genom en förankring i praktisk allmänmedicinsk vardag. Allmänmedicinare som visar ett aktivt intresse för institutets verksamhetsområden involveras. Detta nätverk av engagerade allmänmedicinare tas till vara dels genom tre seminarier, dels genom ett elektroniskt kommunikativt stöd för att underlätta ett kontinuerligt samarbete. Med förankring i dessa grupperingar formas sedan ett förslag om institutets utformning till SFAM. Förslaget lämnas till SFAM senast den 31 december 1994. Som bakgrund till förslaget kommer det att finnas en analys av liknade internationella verksamheter.

**Tidsplan**

Projektet påbörjas när det är finansierat och avslutas med redovisning. Initiativgruppen sammanträder en gång per månad. Tre seminarier genomförs: maj-juni, september och november 1994.

**Kostnader** (projekttid 6 månader)

| | |
|---|---|
| Projektledning<br>(projektledare, projektsekreterare, kontorskostnader) | 715 000:- |
| Initiativgrupp<br>5 personer + adjungerade med speciell kompetens och konsulter<br>(månatliga sammanträden varav några internat) | 360 000:- |
| Resor<br>(Veckopendlande projektledare, studieresor för initiativgruppen m fl involverade) | 200 000:- |
| Seminarier, regionala möten, telekommunikativt nätverk | 350 000:- |
| Utredningar och konsultkostnader | 150 000:- |
| Marknadsföringskostnader | 75 000:- |
| Oförutsedda utgifter | 50 000:- |
| **Totalt** | **1 900 000:-** |

Bilaga 5:1

## Initiativgrupp

**Projektledare**
Förslag:
Ulf Måwe

**Företrädare för praktisk allmänmedicin**
Förslag:
Mogens Hey, Leif Persson, Göran Sjönell, Jan Stålhammar

**Företrädare för akademisk allmänmedicin**
Förslag:
Birgitta Hovelius, Carl-Edvard Rudebeck, Gösta Tibblin

**Företrädare för allmänmedicinska verksamhetsformer**
Förslag:
Christina Fabian, Jonas Sjögreen

**Bilaga 6**

# Till Socialdepartementet ang. initiering av Institut för allmänmedicin

**SFAM**
Svensk Förening för Allmänmedicin

1993-09-22

Socialdepartementet
Statssekreterare Göran Rådö
103 33 STOCKHOLM

**Ang initiering av Institut för allmänmedicin**

Bakgrund
1993 års husläkarreform ger svensk hälso- och sjukvård nya förutsättningar. Riksdagsbeslutet ger varje invånare i Sverige lagstadgad rätt att välja sin egen läkare. Reformen kan få genomgripande effekter på svensk sjukvård.

För att garantera den medicinska kvaliteten i en husläkarorganisation krävs en samlad organisatorisk insats.

Inom Svensk Förening för Allmänmedicin pågår för närvarande en utredning om förutsättningarna och kostnaderna för allmänmedicinarnas/husläkarnas efterutbildning. Denna utredning befinner sig i ett slutskede och beräknas vara klar i slutet av oktober. Vidare har föreningen en arbetsgrupp för kvalitetssäkring med ett väl förankrat program. Inom föreningen tror vi att efterutbildning och kvalitetssäkring där professionen tar ett eget ansvar är avgörande för om husläkarreformen skall bli en framgång. Vi är också beredda att utveckla hur dessa frågor organisatoriskt kan drivas. En möjlig organisationsform som diskuterats inom föreningen är tillskapandet av ett nationellt institut för allmänmedicin.

Institut för allmänmedicin - ansökan om utredningsmedel
Ett institut för allmänmedicin skulle ha till syfte att garantera patienterna en god allmänmedicinsk vård i husläkarsystemet. I nuläget finns ett behov att närmare utreda hur ett allmänmedicinskt institut kunde tillskapas, dess organisatoriska uppbyggnad, arbetsformer m m. För att utreda dessa frågor finns inom föreningen kompetensen men inte de ekonomiska resurserna. Vi önskar alltså ett ekonomiskt bidrag för att genomföra en sådan utredning och är beredda att återkomma för en diskussion kring de ekonomiska ramar som kan bli aktuella.

Med vänlig hälsning

Mats Ribacke
ordf

Björn Olsson
sekr

SFAM
Svensk Förening för Allmänmedicin
Box 5610, 114 86 STOCKHOLM Tel 08-790 33 05

# Ordlista

**ackreditera** förse med fullmakt

**allmänläkare** läkare i primärvården; läkare med specialistkompetens i allmänmedicin

**allmänmedicin** 1. specialitet som avser diagnostik och behandling av sådana åkommor som inte kräver specialist- eller sjukhusvård, bedömning av sjukdomar som kräver specialist- eller sjukhusvård, kartläggning av hälsotillståndet i befolkningen och förebyggande verksamhet bl.a. i samarbete med socialtjänsten 2. akademisk disciplin med utbildning och forskning vid sex institutioner i landet

**allmänmedicinare** 1. läkare som har specialistkompetens i allmänmedicin 2. allmänläkare 3. forskare i allmänmedicin

**efterutbildning** egentligen en norsk och dansk beteckning på det som i svenskt utbildningsväsen kallats fortbildning; när det nu används om allmänläkarnas fortbildning är det för att markera att det inte är fråga om tilllägg av kunskaper utan om både vidgning och fördjupning av allmänmedicinskt kunnande

**examination** utförande av prov och/förhör i syfte att avgöra vilka som genomgått en kurs eller utbildning med godkända prestationer

**fortbildning** utbildning som syftar till bibehållande av behörighet på viss nivå genom uppdatering av deltagarnas kunskaper; jfr efterutbildning, vidareutbildning

**generalist** person vars kunnande täcker ett ämnes- eller verksamhetsområde inom vilket det finns flera olika grenar och specialiseringar

**grundutbildning** grundläggande utbildning; för läkarutbildningens del studierna fram till läkarexamen

**idéseminarium** sammankomst för utveckling av idéer om ett problemområde eller en verksamhet där deltagarna har ansvar för att formulera tankar om de frågor som behandlas och att ge förslag till fortsatt arbete med dessa

**ISO** *Internationella standardiseringsorganisationen* en till FN anknuten organisation, skapad 1946, med säte i Genève, känd bl.a. för internationellt antagna "kvalitetsstandarder" (ISO 9000), av vilka ISO 9004 (Guidelines for services) åberopas i SOSFS 1993:9 som tillämplig för kvalitetsarbete i hälso- och sjukvården; jfr kvalitetssäkring

**kurs** del av ett program i gymnasieskolan, vid högskolor och universitet eller en kortare utbildning utanför dessa institutioner; det finns en strävan i modern utbildningsplanering att åstadkomma moduler i form av kurser som ska kunna sättas ihop till allmänna eller individuella utbildningsprogram; utbildningen vid högskolor och universitet är i Sverige sedan 1970-talet kursutformad och kursbaserad, medan den tidigare var ämnesbaserad

**kvalitet** beskaffenhet; vanligen avses god eller dålig beskaffenhet eller hur välgjort något är; kvalitet kan också uttryckas som graden av måluppfyllelse, heter det i Socialstyrelsens anvisningar, men det blir fel att säga att ett arbete som i sig själv håller hög kvalitet har låg kvalitet därför att uppställda mål inte har nåtts: en tjänsts kvalitet och kvaliteter är något annat än måluppfyllelse, kostnadseffektivitet och andra krav man kan ställa på den

**kvalitetanalys** uppföljning och utvärdering av en verksamhet och dess tjänster eller produkter med inriktning på kvalitetssäkring

**kvalitetsarbete** insatser för bevakning, kontroll och utveckling av kvaliteten på en verksamhet och dess tjänster eller produkter; jfr kvalitet, kvalitetssäkring

**kvalitetssäkring** försvenskning av det amerikanska uttrycket *quality assurance*, som syftar på en organisations, en avdelnings eller arbetsgrupps systematiska bevakning av det egna arbetes kvalitet och ständiga strävan att höja kvaliteten; termen hör hemma i den organisationsteori som föreskriver att varje arbetslag ska ta eget ansvar för kvaliteten på sitt arbete i ett uppdragsgivare/uppdragstagare-system i motsats till när ledningen i ett order- och regelstyrt system låter utföra kvalitetskontroller; vid kvalitetssäkring brukar man ägna sig åt olika aspekter av arbetet, någon eller några i tur och ordning, och skilja mellan struktur-, process- och resultatkvalitet; enligt ISO 9000 består kvalitetssäkring av systematiska åtgärder som man vidtar för att en produkt eller tjänst ska uppfylla givna krav på kvalitet; jfr kvalitetsutveckling

**kvalitetsutveckling** (quality improvement) kvalitetsarbete som syftar till förbättring av en eller flera delar eller aspekter av en produkt eller tjänst och/eller den verksamhet som svarar för utformning och framställning av va-

ran eller tjänsten; enligt SOSSF 1993:9 har i hälso- och sjukvården begreppet kvalitetssäkring kommit att omfatta även kvalitetsutveckling byggd på den egna kvalitetsanalysen

**lärande** utveckling av kompetens genom förvärv av kunskaper och färdigheter och genom utveckling av värderingar, synsätt och förmåga till reflektion, analys, kritisk granskning och problemlösning; genom lärande förvärvas bl.a. s.k. tyst kunskap, dvs den kunskap och erfarenhet som vi själva inte är medvetna om eller uppmärksamma på men som styr vårt sätt att uppfatta framställningar och situationer och ta till oss ny erfarenhet; ordet lärande har införts däför att det är lämpligare i samband med kompetensutveckling än ordet inlärning som anses alltför mycket förknippat med plugg i den kunskapsförmedlande undervisartraditionen

**lärande miljö** miljö som stimulerar lärande

**lärande organisation** organisation eller verksamhet som satsar på utveckling av sin kompetens genom att medarbetarna höjer sin kompetens med direkt inriktning på att verksamheten ska prestera bättre och med högre kvalitet; kompetensutvecklingen inriktas på att verksamheten som helhet ska bli bättre på att klara de uppgifter som den ställs inför

**medical audit** medicinsk revision

**medicinsk revision** utvärdering och granskning av en medicinsk verksamhet – som en del av kvalitetssäkring/kvalitetsutveckling eller av tillsyn och kontroll; jfr kvalitetssäkring, revision

**mentor** (av ett grekiskt ord för minnas, tänka, råda; namn på den person som hade hand om uppfostran av Odysseus son Telemachos) äldre mera erfaren person som en yngre eller mera oerfaren person har förtroende för som förebild, rådgivare och diskussionspartner

**peer review** kollegial utvärdering, dvs. utvärdering som del av kvalitetssäkring med hjälp av en kollega som man ber att på förtroendefull basis granska och konstruktivt diskutera det egna arbetet

**primärvård** ett begrepp som kan definieras antingen som viss vårdnivå eller del av hälso- och sjukvårdsorganisationen med vissa tilldelade uppgifter; som vårdnivå betecknar man den vård som svarar för allmän hälso- och sjukvård som primärvård; i begreppet primär vård ligger att den är av grundläggande karaktär i motsats till den vård på sekundärnivå som är specialiserad efter t.ex. sjukdomar eller organsystem och den vård på tertiärnivå som har direkt anknytning till forskning och läkarutbildning och är ytterligare specialiserad; som en del av hälso- och sjukvårdssystemet kan primärvården organiseras i vårdcentraler eller i ett husläkarsystem med definierade uppgifter och befogenheter, t.ex. att den ska meddela basal sjukvård vid mottagningar, genom sjukvård i hemmet och vid lokala sjukhem, svara för hälsovård för mödrar, barn och äldre, svara för företagshälsoservice på arbetsplatser där sådan inte tillgodoses på annat sätt, bedriva samhällsinriktade, allmänt inriktade och individinriktade förebyggande åtgärder i sitt närområde samt svara för omvårdnad som i huvudsak betingas av medicinska skäl och skapa lokala resurser för rehabilitering, eftervård och omvårdnad i livets slutskede

**revision** granskning som sker fortlöpande eller i efterhand, vanligen på grundval av dokument

**seminarium** 1. beteckning på utbildningsinstitutioner av typen prästseminarium, folkskollärarseminarium osv; 2. beteckning på gruppsammankomster vid universiteten då studenterna tränar sig i kritisk granskning av artiklar eller av varandras självständiga arbeten; 3. konferens som bygger på åsikts- och kunskapsutbyte i mindre grupp; jfr idéseminarium

**utveckling** ett nyckelord i den humanistiska psykologin, pedagogiken och psykoterapin med innebörden att kunskaper, insikter, värderingar, förmåga till analys, reflektion och syntes är något som växer fram inom individen eller gruppen och därför inte bör eller ens kan påtryckas utifrån genom undervisning; under den humanistiska rörelsens framträngande på 1970- och 80-talen döpte man om personalutbildning till personalutveckling, chefsutbildning till chefsutveckling; det amerikanska begreppet *human resource development* har på svenska blivit kompetensutveckling, i vilken innefattas kunskaper, färdigheter, synsätt, begreppsbildning, värderingar, attityder, problemlösningsförmåga, självreflektion osv.

**vidareutbildning** kompetenshöjande utbildning efter grundutbildningen, för läkarutbildningens del AT och ST; denna typ av vidareutbildning kallas på andra områden påbyggnadsutbildning