

Utvärdering av universitetssjukvård inom ALF-avtalet 2018–2021

Uppföljning av klinisk forskning, läkarutbildning och
hälso- och sjukvårdens utveckling – miniminivåer
och kvalitetsutveckling

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2023-5-8563

Publicerad www.socialstyrelsen.se, maj 2023

Förord

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att utvärdera universitetssjukvården vid de regioner som omfattas av avtalet mellan svenska staten och vissa regioner om samarbete om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården, det s.k. ALF-avtalet. Utvärderingen har i första hand varit inriktad på strukturer och processer, men även till viss del resultat, inom de tre områden som utgör kännetecknen för universitetssjukvården: utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården.

Detta är andra gången som Socialstyrelsen utvärderar universitetssjukvården inom ALF-avtalet. Förra utvärderingen omfattade perioden 1 juli 2014–31 december 2017 och den här omfattar perioden 2018–2021.

Rapporten redovisar status inom universitetssjukvården avseende efterlevnaden av ALF-avtalet och de miniminivåer som Socialstyrelsen beslutat, och ska även främja utveckling av universitetssjukvården. Den är således tänkt att användas som ett stöd för kvalitetsdrivande arbete genom att lyfta förbättringsområden och lärande exempel.

Rapporten vänder sig främst till regeringen, nationella styrgruppen för ALF, de regionala ledningsorganen för ALF, andra beslutsfattare i regionerna och vid universitetet samt universitetssjukvårdsenheter. Rapporten kan även vara till nytta för andra som har intresse av utvecklingen av universitetssjukvården.

Socialstyrelsen vill rikta ett stort tack till de kliniska experter som deltagit i utvärderingen (bilaga 1). Vi vill också tacka de universitetssjukvårdsenheter som deltagit med underlag till utvärderingen för att ha bistått med material, och då särskilt de som ingått i den fördjupade granskningen.

Projektledare har varit Sofia Johansson. Ansvarig chef har varit enhetschef Petra Rinman.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Innehåll	5
Sammanfattning	7
ALF-avtalet och miniminivåerna har varit kvalitetsdrivande	7
Alla delar av ALF-avtalet är inte uppfyllda	7
Forskning och utveckling behöver prioriteras både på strategisk nivå och i vardagen	8
Olika förutsättningar inom olika medicinska områden	8
Vissa miniminivåer behöver ses över	9
Förkortningar	10
1. Bakgrund, syfte och upplägg	11
Syfte	11
Utvärderingens och rapportens upplägg	12
Regeringsuppdraget	12
ALF-avtalet och utvärderingens kontext	12
2. Utvecklingen går framåt men alla miniminivåer nås inte	19
ALF-avtalet och miniminivåerna har varit kvalitetsdrivande	19
Alla delar av ALF-avtalet är inte uppfyllda	20
Fortsatt utveckling utöver miniminivåerna är möjlig	23
Lärande exempel	28
3. Beslutade miniminivåer	30
Generell miniminivå	30
Miniminivåer klinisk forskning	30
Miniminivåer VFU eller VIL för läkare	31
Miniminivåer utveckling av hälso- och sjukvård	32
4. Resultat från enkät om hur väl USVE uppnår miniminivåerna	33
Svarsfrekvens och personalstorlek	33
Enkätresultat avseende hur väl miniminivåerna uppnås	34
5. Fördjupad granskning inom fem medicinska områden	52
Generella iakttagelser	53
Primärvård och allmänmedicin	55
Barn- och ungdomspsykiatri	61
Akutsjukvård	65
Ortopedi	68
Neurologi	72
6. Granskning av de regionala ledningsorganen	76

Tätt samarbete mellan region och universitet trots att gemensamt beslutade strategier och målsättningar saknas.....	76
Hur USV-enheter utses och omprövas.....	81
Ledningsorganens arbete med att säkra tillgången på forskarhandledare – miniminivå 2 och 3	82
Hur ledningsorganens följer upp och stöttar att USV-enheter uppnår de miniminivåer som uppnås i lägst grad	87
7. Metod och genomförande	92
Enkät till alla universitetsjukvårdsenheter i Sverige	92
Fördjupad granskning	94
Intervjuer med regionala ledningsorgan.....	95
Synpunkter på enkätens utformning och miniminivåerna som inkommit under utredningen.....	95
Referenser	97
Bilaga 1. Namn och titel på experter och projektdeltagare.....	98
Expertgruppen.....	98
Från Socialstyrelsen	98
Bilaga 2. Definitioner av begrepp och miniminivåer	99
Begrepp	99
Miniminivåer	99
Bilaga 3. Bilagor till enkätanalys	105
Frågor kopplade till enskilda miniminivåer.....	105
Extrafrågor inom området VFU för läkare.....	106
Frågor inom utveckling av hälso- och sjukvården.....	110
Bilaga 4: Kliniskt verksam personal och forskare vid USVE.....	111
Kliniskt verksam personal vid USVE.....	111
Bilaga 5. Personer som intervjuades inom de regionala ledningsorganen.....	117
Stockholm	117
Skåne	117
Västra Götaland	117
Östergötland	118
Örebro	118
Västerbotten	118
Uppsala	118
Bilaga 6 – Enkät svar för att uppnå miniminivåer.....	119
Bilaga 7 – Webbilagor	123

Sammanfattning

Här sammanfattas kortfattat de viktigaste resultaten och slutsatserna från utvärderingen. I kapitel 2 finns en längre sammanvägning av resultaten, identifierade behov av åtgärder och lärande exempel.

Socialstyrelsen har utvärderat hur universitetssjukvården inom ramen för ALF-avtalet fungerade under åren 2018–2021. ALF-avtalet har ingåtts mellan svenska staten och de sju regioner som har ett universitetssjukhus. Det omfattar klinisk forskning, utbildning för läkare och utveckling av hälso- och sjukvården. Det reglerar hur regionerna ska främja hälso- och sjukvårdens utveckling genom ett fördjupat och vidgat samarbete med universiteten med medicinsk fakultet i respektive region. Regionerna ska leva upp till högt ställda krav, och staten ger regionerna ekonomisk ersättning för detta.

Socialstyrelsen beslutade 2020 om 27 olika kvalitetskriterier, uttryckta som miniminivåer, som samtliga sjukvårdsenheter inom universitetssjukvården ska uppnå för att ALF-avtalet ska vara uppfyllt.

ALF-avtalet och miniminivåerna har varit kvalitetsdrivande

De sju regionerna utgör tillsammans med universitetet i respektive region varsin ALF-region. En grundpelare i ALF-avtalet är att universitetet och regionen ska ha en tät samverkan inom de områden som ALF-avtalet omfattar. Socialstyrelsens utvärdering visar att denna samverkan i stora delar fungerar väl. Både de regionala ledningsorganen, som styr arbetet, och de enskilda sjukvårdsenheterna lägger ner ett stort arbete på att uppnå miniminivåerna. Flera konkreta förbättringar har skett sedan den förra utvärderingen 2018. Miniminivåerna har således haft en tydlig inverkan på universitetssjukvården.

Alla delar av ALF-avtalet är inte uppfyllda

Trots att utvecklingen går framåt finns det delar av ALF-avtalet som inte är uppfyllda. Bland annat ska regionen och universitetet upprätta gemensamt beslutade målsättningar och strategier för de delar som avtalet omfattar. Detta saknas i mer eller mindre omfattning i de flesta ALF-regioner. Gemensamma målsättningar och strategier skulle ge arbetet en tydligare riktning och göra det enklare att följa upp.

Samtliga sjukvårdsenheter ska uppnå alla miniminivåer för att ALF-avtalet ska vara uppfyllt. Socialstyrelsens utvärdering visar emellertid att endast 5 av de 27 beslutade miniminivåerna uppnås av samtliga sjukvårdsenheter. Sjukvårdsenheterna i Region Stockholm, Västra Götalandsregionen och Region Östergötland uppnår miniminivåerna i högst grad, medan enheterna i Region

Örebro län, Region Västerbotten, Region Uppsala och Region Skåne uppnår miniminivåerna i lägst grad, till 87–90 procent i genomsnitt.

Den enskilda miniminivå som uppnås i lägst grad (54 procent av alla sjukvårdsenheter) är att all personal som deltar i verksamhetsförlagd utbildning (VFU) för läkare ska ha pedagogisk utbildning. Enheterna behöver också bli bättre på att använda de uppgifter som samlas in genom kvalitetsregister och av patientupplevelser av vården och sin hälsa i sitt utvecklingsarbete (64 procent av enheterna uppnår miniminivån om patientupplevelser).

Enligt ALF-avtalet ska denna utredning rekommendera en tidsram inom vilken de regioner som inte uppnår miniminivåerna ska åtgärda detta. Om så inte sker har staten rätt att säga upp ALF-avtalet. Socialstyrelsen rekommenderar således att regionerna senast den 31 augusti 2024 redovisar hur de har säkerställt att samtliga miniminivåer är uppfyllda.

Forskning och utveckling behöver prioriteras både på strategisk nivå och i vardagen

Universitetssjukvården tampas med att frigöra tid för forskning och utveckling i en vardag där vårdbehoven ofta är av mer akut karaktär. För att kunna erbjuda en god vård till patienter i framtiden är det dock av stor vikt att även forskning och utveckling prioriteras.

Sambanden mellan å ena sidan vård, och å andra sidan forskning och utveckling, är komplexa. Därför behöver dessa delar integreras i alla delar av verksamheten, från strategiska till vardagliga beslut. Eftersom verksamhetscheferna vid sjukvårdsenheterna har en viktig roll för att forskning och utveckling ska få det utrymme som krävs bedömer Socialstyrelsen att det finns ett behov av att dessa är vetenskapligt meriterade. Detta för att de ska ha en djupgående förståelse för forskningens förutsättningar. Både ledningsorganen och sjukvårdsenheterna behöver även fortsätta och stärka det strategiska arbetet för att säkerställa tillgång till erfarna forskarhandledare både på kort och lång sikt.

Olika förutsättningar inom olika medicinska områden

En fördjupad granskning av sjukvårdsenheter inom fem olika medicinska områden visar stora skillnader i förutsättningar mellan dem. I primärvården finns relativt få forskare bland den kliniskt aktiva personalen. Inom både primärvård och barn- och ungdomspsykiatri är sjukvården ofta geografiskt spridd inom samma sjukvårdsenhet. Detta kan göra det utmanande för forskarna att samverka inom enheten.

Ortopedin har i högre utsträckning än övriga granskade specialiteter drabbats av covid-19-pandemin, som inneburit att forskningen fått stå tillbaka. Inom ortopedi har även en hög grad av privatisering av vissa delar av vården skett, vilket gett utmaningar bland annat för utbildningen av läkare.

Vissa miniminivåer behöver ses över

Eftersom miniminivåerna är ett så kraftfullt styrande verktyg är det viktigt att de träffar rätt och är tydligt formulerade. Det finns ett behov av att se över vissa miniminivåer, bland annat för att anpassa dem till förändringar inom universitetssjukvården. Utvecklingen går här snabbt, i allt från förändrade vårdbehov, till ökad grad av digitalisering och privatisering, samt en strävan att gå mot en mer tematiskt organiserad och patientcentrerad vård. Det har också under utredningens gång framkommit oklarheter kring hur vissa miniminivåer ska tolkas. Socialstyrelsen avser även se över formerna för utvärderingen så att denna bidrar till kvalitetsutveckling inom universitetssjukvården på ett resurseffektivt sätt.

Förkortningar

ALF: Avtal mellan svenska staten och vissa regioner om samarbete om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården

ALF-region: En region och det universitet som regionen samverkar med inom ramen för ALF-avtalet

FoUU: Forskning, utbildning och utveckling

FoUUI: Forskning, utbildning, utveckling och innovation

IVA: Intensivvårdsavdelning

KI: Karolinska Institutet

PROM: ”Patient Reported Outcome Measures”, patientrapporterade mått – mått på hur patienterna själva upplever sin sjukdom och hälsa

PREM: Patient Reported Experience Measures – mått på patientens upplevelse av och tillfredsställelse med vården

SKR: Sveriges kommuner och regioner

USVE, USV-enhet: Universitetssjukvårdsenhet

VFU: Verksamhetsförlagd utbildning

VGR: Västra Götalandsregionen

VIL: Verksamhetsintegrerat lärande; VIL inkluderar VFU men även andra undervisningsformer med klinisk samverkan och integrering

1. Bakgrund, syfte och upplägg

Svenska staten och de sju regioner som har ett universitetssjukhus¹ har ingått ett avtal om att samarbeta om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården, kallat ALF-avtalet. Regionerna ska enligt avtalet tillsammans med universitetet med medicinsk fakultet i respektive region gemensamt främja hälso- och sjukvårdens utveckling genom ett fördjupat och vidgat samarbete. Regionerna ska leva upp till högt ställda krav på vad som utgör universitetssjukvård, och staten ger regionerna ekonomisk ersättning för detta.

Syfte

Syftet med denna utvärdering är att stödja universitetssjukvårdens utveckling, dels genom att tydliggöra högt ställda krav, dels genom att göra nationella jämförelser och lyfta lärande exempel. I utvärderingens uppdrag ingick att fastställa de 27 miniminivåer som USV-enheter minst ska uppnå, och följa upp att de uppnår dessa.

Utvärderingen förväntas bidra till att samverkan mellan staten och regionerna fungerar väl, i enlighet med ALF-avtalet. Den ska främja utveckling inom de tre områden som ALF-avtalet omfattar, och som karakteriserar universitetssjukvård, det vill säga:



klinisk forskning



verksamhetsförlagd utbildning (VFU) eller verksamhetsintegrerat lärande (VIL) inom läkarutbildningen



utveckling av hälso- och sjukvården.

Under utvärderingens gång har Socialstyrelsen, som en del av arbetet som syftat till att främja utveckling, uppmärksammat utvecklingsområden utöver de som regleras av miniminivåerna. Rapporten beskriver därför identifierade behov av åtgärder, både för att miniminivåerna ska uppnås, och för hur kvaliteten kan höjas utöver dessa.

¹ Region Stockholm, Region Uppsala, Region Östergötland, Region Skåne, Västra Götalandsregionen, Region Västerbotten och Region Örebro län.

Utvärderingens och rapportens upplägg

I kapitel 1 presenteras bakgrund, syfte och utvärderingens kontext. I kapitel 2 presenteras sammanvägda resultat och slutsatser från alla delar av utvärderingen, identifierade utvecklingsområden och diskussion avseende på kvalitetshöjande insatser. Sist i kapitlet presenteras lärande exempel av generellt intresse för universitetssjukvården. I kapitel 3 listas de miniminivåer som Socialstyrelsen fastställt för vad en universitetssjukvårdsenhet (USV-enhet) minst ska uppnå.

Utvärderingen avser två organisatoriska nivåer: USV-enhetsnivå och regional ledningsnivå. Utvärderingen av USV-enheter har i sin tur bestått av två delar: en enkät till samtliga 296 USV-enheter som fanns registrerade den 31 december 2021, och en fördjupad granskning med platsbesök och intervjuer med företrädare vid ett urval av enheterna inom fem medicinska områden. Resultatet från enkätundersökningen av hur väl miniminivåerna uppnås, samt närliggande frågor ur enkäten presenteras i kapitel 4. Enkäten innehöll även ytterligare frågor om olika förhållande av relevans för verksamhetens kvalitet (bilaga 3) och antalet kliniskt verksamma medarbetare och forskare i olika professioner fördelat på kön (bilaga 4).

Iakttagelser från den fördjupade granskningen presenteras i kapitel 5. Här presenteras även fler lärande exempel från den fördjupade granskningen.

Resultat och slutsatser från utvärderingen på regional ledningsnivå presenteras i kapitel 6. Utvärderingens metodik beskrivs mer utförligt i kapitel 7.

Regeringsuppdraget

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att utvärdera universitetssjukvården inom ALF-avtalet (*Uppdrag att utvärdera universitetssjukvård inom ALF-avtalet* (Socialstyrelsens dnr 5.7-5221/2020). Utvärderingen avser perioden 2018–2021.

Enlig regeringsuppdraget ska Socialstyrelsen utvärdera strukturer, processer och resultat inom universitetssjukvården. Utvärderingen ska utgå från det underlag för utvärdering som den nationella styrgruppen för ALF tagit fram, från den verksamhet och de kännetecken för universitetssjukvården som anges i 1 § i ALF-avtalet, och från de miniminivåer som myndigheten tidigare föreslagit för vad en USV-enhet minst ska uppnå. Myndigheten ska även fastslå miniminivåerna. Utvärderingen ska omfatta självvärderingar av de regionala ledningsorganen och utvalda USV-enheter, samt platsbesök till ett urval sådana enheter. Uppdraget ska redovisas till regeringen (Socialdepartementet) senast den 31 maj 2023. Uppdragstiden har förlängts med ett år på grund av covid-19-pandemin.

ALF-avtalet och utvärderingens kontext

ALF-avtalet bygger på en gemensam vision mellan staten och regionerna om att uppnå en bättre hälso- och sjukvård för patienterna. En grundsten i ALF-avtalet är ett tätt samarbete mellan universitetet och regionerna. Socialstyrelsens utvärdering och miniminivåerna ska bidra till denna vision.



ALF-avtalet omfattar samverkan inom tre områdena klinisk forskning, utbildning av läkare på grundnivå, i form av verksamhetsintegrerat lärande (VIL), och utveckling av hälso- och sjukvård. Det nuvarande avtalet gäller sedan 2015 och har tecknats med sju regioner: Region Stockholm, Region Uppsala, Region Östergötland, Region Skåne, Västra Götalandsregionen, Region Västerbotten och Region Örebro län.

I avtalet beskrivs universitetssjukvårdens kännetecken på följande sätt:

”Universitetssjukvårdens kärnverksamheter ska, jämte hälso- och sjukvård, vara klinisk forskning och utbildning liksom kunskapstillämpning och kunskapsspridning för hälso- och sjukvårdens utveckling.

Universitetssjukvården ska:

- *Fortlöpande bedriva forskning av hög nationell och internationell kvalitet,*
- *bedriva utbildning av hög kvalitet,*
- *följa den internationella utvecklingen inom medicinsk forskning, utbildning och hälso- och sjukvård,*
- *bidra till en evidensbaserad hälso- och sjukvård genom att överföra egna och andras forskningsresultat till praktisk vård och fortlöpande utvärdera etablerade och nya metoder,*
- *förmedla resultatet av sin verksamhet till övriga delar av hälso- och sjukvården, och*
- *samverka med näringslivet och patientorganisationer.*

Universitetssjukvårdens miljöer kännetecknas av hälso- och sjukvård av hög kvalitet, sjukvårdshuvudmannens uttalade uppdrag för forskning och utbildning, innovativ kultur och en incitamentsstruktur för kunskapsutveckling.”

Enligt avtalet ska en utvärdering av universitetssjukvård genomföras vart fjärde år och gälla strukturer, processer och resultat inom forskning, utbildning och utveckling av hälso- och sjukvården. Vetenskapsrådet har ett parallellt uppdrag att utvärdera den kliniska forskningens vetenskapliga kvalitet,

betydelse och samhällsnytta, samt forskningens förutsättningar (regeringsuppdrag U2019/04337/BS, U2019/04423/F)².

I Socialstyrelsens utvärdering ska enligt ALF-avtalet en miniminivå fastslås för vad universitetssjukvården minst ska uppnå. Miniminivån ska tydliggöra de högt ställda krav som finns på universitetssjukvården enligt 1 § i ALF-avtalet.

Socialstyrelsen genomförde en första utvärdering 2018, för perioden 1 januari 2015–30 juni 2017 (dnr 28311/2016). Under den utvärderingen tog nationella styrgruppen för ALF, i samverkan med Socialstyrelsen, fram ett förslag på 27 olika kriterier som utgör miniminivån för vad en USV-enhet minst bör uppnå. Kriterierna kallas herefter miniminivåer. De är fördelade på de tre områdena klinisk forskning, utbildning (VFU) för läkare och utveckling av hälso- och sjukvården. Miniminivåerna fastställdes av Socialstyrelsen i december 2020.

I ALF-avtalet anges att en region som inte uppnår dessa miniminivå ska åtgärda detta inom en viss tid, som denna utvärdering ska definiera. Åtgärderna ska ske i samverkan med det berörda universitetet. Om åtgärderna inte sker får staten säga upp ALF-avtalet med den berörda regionen.

Universitetssjukvårdens övergripande organisation och finansiering

Nationell styrgrupp för ALF

Staten och regionerna som ingick ALF-avtalet har tillsatt en nationell styrgrupp, som består av sju representanter för staten och sju för regionerna. Från statens sida ingick under 2022 tjänstemän från Utbildningsdepartementet och Socialdepartementet samt representanter för Umeå universitet, Örebro universitet, Linköpings universitet, Uppsala universitet och Göteborgs universitet. Från de sju regionerna ingår FoUU-chefer eller -direktörer. De universitet som medverkar i ALF-avtalet men inte sitter i styrgruppen har varit adjungerade till gruppens möten.

Den nationella styrgruppen ska följa avtalets tillämpning och vid behov föreslå justeringar. Den ska också ange riktlinjer för att utforma och genomföra de återkommande utvärderingarna av universitetssjukvården. Styrgruppen har även gett ytterligare underlag till utvärderingen, bland annat genom att definiera universitetssjukvård. De medverkade vidare i att ta fram förslaget på miniminivåer under den förra utvärderingen. Socialstyrelsen har under utvärderingens gång informerat den nationella styrgruppen om arbetets fortskridande och inhämtat dess synpunkter.

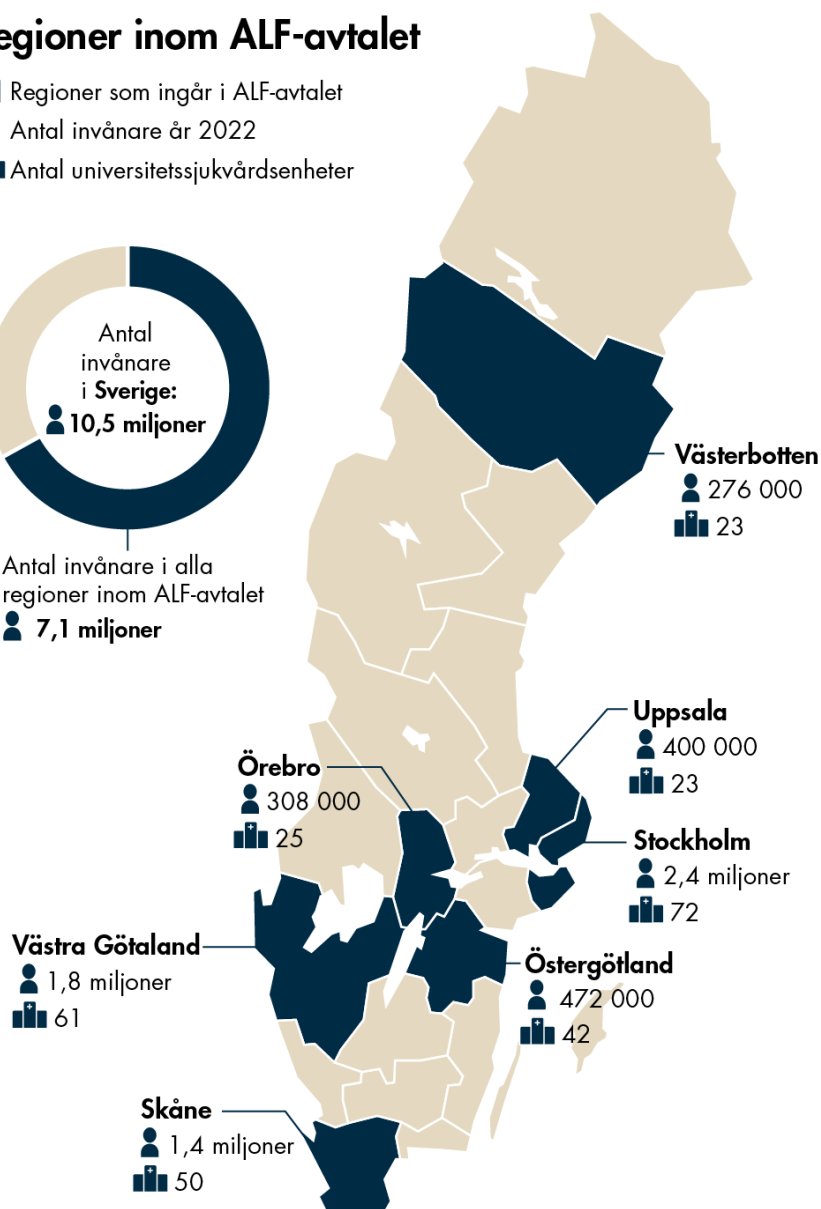
² Redovisningsdatumet flyttades senare fram ett år till 31 mars 2023 (U2020/00185/F, U2020/01913/F, U2020/03817/SAM m.fl.)

Regioner inom ALF-avtalet

- Regioner som ingår i ALF-avtalet
- 👤 Antal invånare år 2022
- 🏥 Antal universitetssjukvårdsenheter



Antal invånare i alla regioner inom ALF-avtalet
👤 7,1 miljoner



Källa: SCB

ALF-regionerna

De regioner som ingår i ALF-avtalet ska samarbeta med universitetet med medicinsk fakultet i samma region. Regionen och universitetet benämns i denna rapport gemensamt som en ALF-region.

De regioner och universitet som samarbetar inom ramen för ALF-avtalet är:

- Region Västerbotten och Umeå universitet
- Region Uppsala och Uppsala universitet
- Region Stockholm och Karolinska Institutet
- Region Örebro län och Örebro universitet
- Region Östergötland och Linköpings universitet
- Västra Götalandsregionen och Göteborgs universitet
- Region Skåne och Lunds universitet.

De enskilda ALF-regionerna benämns framöver i denna rapport genom hänvisning till deras geografiska läge, det vill säga Västerbotten, Uppsala, Stockholm, Örebro län, Östergötland, Västra Götaland och Skåne.

Regionala ALF-avtal har tecknats mellan de ingående regionerna och universitetet. Varje ALF-region har inrättat ett regionalt ledningsorgan, där övergripande gemensamma frågor inom ALF-avtalet avhandlas. Representeranter för regionens och universitetets ledningsnivå ska vara inkluderade i ledningsorganet på jämbördiga villkor.

Universitetssjukvårdsenheter är de som ska uppnå miniminivåerna

Universitetssjukvården utgörs på den operativa nivån av USV-enheter. Det är de regionala ledningsorganen som bestämmer vilka enheter som ska vara USV-enheter. Sättet som detta görs på kan variera (se vidare i avsnittet Hur USV-enheter utses i kapitel 6).

Vad är en universitetssjukvårdsenhet?

Enligt nationella styrgruppen för ALF är en USV-enhet ”i normalfallet en klinik eller motsvarande basenhet, som leds av en verksamhetschef (den som enligt hälso- och sjukvårdslagen 2017:30 har uppdrag som verksamhetschef)”. En USV-enhet är snarare en funktion än en geografisk plats.

En USV-enhet behöver inte alltid vara en klinik, utan kan också utgöras av exempelvis flera samverkande vårdcentraler. Vid årsskiftet 2021/2022 fanns sammanlagt 296 USV-enheter³ (se kapitel 4).

Socialstyrelsen kom i förra utvärderingen fram till följande kännetecken för en USV-enhet (1). Den:

- har direkt eller indirekt patientkontakt⁴
- har en verksamhetschef eller motsvarande, enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
- har FoUU-kompetens i ledningen
- kan erbjuda handledning av forskarstudier
- bedriver aktiv klinisk forskning
- har engagemang i läkarutbildningen genom VFU, VIL eller föreläsningar och seminarier
- är aktiva och har kunskap och kompetens inom evidensbaserad medicin, för att både ta fram kunskap och sprida den.

De miniminivåer som Socialstyrelsen beslutat om är alla på USV-enhetsnivå. De regionala ledningsorganen kan besluta om ytterligare kriterier som enheterna i deras region ska uppnå.

³ Enligt uppgifter från de regionala ledningsorganen för ALF.

⁴ För definitioner av direkt och indirekt patientkontakt, se bilaga 2.

De regionala ledningsorganen kan sluta avtal med andra vårdgivare om att utföra universitetssjukvård inom ramen för en USV-enhet, till exempel andra regioner, kommuner eller företag. Flera ALF-regioner har på så sätt utsett USV-enheter i andra regioner, och delar av USV-enheter, till exempel enskilda vårdcentraler, finns hos privata vårdgivare. Det är dock fortfarande de regioner som slutit det nationella ALF-avtalet som är ansvariga för kvaliteten i universitetssjukvården.

Regionernas ALF-medel och egna medel för klinisk forskning och utveckling Tabell 1 visar översiktligt storleken på de statliga ALF-medlen och de medel som regionerna själva satsar på klinisk forskning och utveckling, utifrån data från Sveriges officiella statistik⁵.

Tabell 1: Förbrukade ALF-medel och regionernas finansiering av klinisk forskning och utveckling, genomsnitt av 2019 och 2021⁶

ALF-region	Förbrukade ALF-medel (mnkr)	Förbrukade regionala medel (mnkr)
Region Västerbotten	194	109
Region Uppsala	198	94
Region Stockholm	507	415
Region Örebro	66	121
Region Östergötland	124	202
Västra Götalandsregionen	504	859
Region Skåne	360	289

Källa: SCB Statistikdatabasen, FoU i offentliga sektorn/Offentliga sektorns utgifter för utlagd FoU efter region och finansieringskälla. Mnkr, vartannat år 2007–2021.

En vård och läkarutbildning i förändring

Sedan omkring 2020 pågår en omställning till en god och nära vård, med ökat fokus på tillgänglighet. Enligt en proposition från regeringen medför denna inriktning att hälso- och sjukvården bör ställa om så att primärvården får ett större ansvar för att hålla ihop vården (2). I Tillgänglighetsdelegationens slutbetänkande från maj 2022 ges flera förslag på hur den fortsatta omställningen ska ske. Bland annat genom en ökad regionalisering av läkarutbildningen, vilket innebär att angränsande regioner inom samma sjukvårdsregion inkluderas. Mer utbildning och forskning bör även ske inom primärvården, enligt rapporten (3). Två regioner, Region Västerbotten och Region Östergötland, har redan regionaliserat läkarutbildningen.

En utmaning som även påverkar universitetssjukvården är den rådande bristen på kompetent personal inom flera vårdprofessioner. För att stärka kompetensförsörjningen har Nationella vårdkompetensrådet bildats på uppdrag av regeringen. Rådets uppdrag är att göra bedömningar av kompetens-

⁵ Tabellen visar förbrukningsuppgifter och sammanfaller därför inte helt med de ALF-anslag som ställts till förfogande. Tabellen redogör inte för forskningsanslag från externa källor, exempelvis Vetenskapsrådet, andra myndigheter eller ideella stiftelser, och inte heller för forskning som är finansierad av företag. Beloppen inkluderar utlagda medel till de regioner som man slutit samarbetsavtal med.

⁶ För att minska tillfällig årsskiftesproblematik redovisas ett genomsnitt för två år, 2019 och 2021.

behoven och att stödja och åstadkomma samverkan om kompetensförsörjningsfrågor på nationell och regional nivå. Socialstyrelsen har tillsammans med Nationella vårdkompetensrådet nyligen publicerat slutrapporten av ett regeringsuppdrag som syftar till att säkra den framtida kompetensförsörjningen inom primärvården (4). Nationella vårdkompetensrådet har inom ramen för uppdraget lämnat ett antal förslag till regeringen om hur primärvården kan utveckla, behålla och attrahera medarbetare, och medverka i högskoleutbildning och i forskning i högre utsträckning. Regeringen har även träffat flera överenskommelser med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) inom detta område.

Det pågår också en rörelse mot ökad nationell samordning, bland annat när det gäller kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvården. Sveriges regioner har sedan 2018 ett gemensamt system för kunskapsstyrning, där de även samarbetar med flera andra delar av samhället för att skapa rätt vård med patienten i fokus. Ett partnerskap finns även mellan regionerna, som är representerade av regionernas styrgrupp för Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, och Rådet för styrning med kunskap där sex myndigheter, däribland Socialstyrelsen, ingår (5). Den ökade nationella samordningen finns också inom nationell högspecialiserad vård, där Socialstyrelsen beslutar vilken vård som ska omfattas (6).

Samtidigt pågår en omställning av läkarutbildningen. Läkarutbildningen blev sexårig från och med de studenter som påbörjade sin utbildning hösten 2021. Den så kallade allmäntjänstgöringen, som har varit obligatorisk efter avslutad utbildning, utgår. Den ersätts dels med att läkarutbildningen alltså förlängs med en termin, dels med en så kallad bastjänstgöring (BT) under handledning som ska ingå i specialistutbildningen. Den extra terminen på läkarutbildningen kommer i stor utsträckning att bestå av ytterligare VFU. Genom införandet av BT förlängs specialiseringstjänstgöringen (ST) till en minimitid av 5,5 år (7). BT-delen har en minimitid på sex månader, vilket inkluderar minst tre månader i primärvård och minst tre månader i akutsjukvård. Detta ökar behoven av handledning för läkare under BT inom främst primärvården och akutsjukvården.

2. Utvecklingen går framåt men alla miniminivåer nås inte

I detta kapitel presenteras sammanvägda slutsatser från alla delar av utvärderingen, och de utvecklingsområden som Socialstyrelsen identifierat under utvärderingens gång. Sist i kapitlet presenteras lärande exempel som Socialstyrelsen bedömer är av generell intresse för universitetssjukvården.

Utvärderingen visar att de miniminivåer Socialstyrelsen beslutat om har varit kvalitetsdrivande och att utvecklingen av universitetssjukvården generellt går åt rätt håll. Det kvarstår dock arbete för att alla delar av ALF-avtalet ska vara uppfyllda.

ALF-avtalet och miniminivåerna har varit kvalitetsdrivande

Strukturer, processer och resultat i universitetssjukvården har förbättrats på flera sätt sedan förra utvärderingen 2018 (1). Både USV-enheterna och de regionala ledningsorganen lägger ner ett stort arbete på att uppnå miniminivåerna. I flera regioner följs nivåerna upp regelbundet och ligger till grund för en diskussion om enheternas status som USV-enhet. Miniminivåerna har alltså haft en tydlig inverkan på hur arbetet bedrivs inom universitetssjukvården.

Här följer några exempel på konkreta förbättringar sedan förra utvärderingen:

- Universiteten och regionerna har arbetat aktivt för att öka tillgången på erfarna kliniskt aktiva forskarhandledare, vilket identifierades som en svag punkt i förra utvärderingen:
 - Man har tagit fram en handlingsplan som stödjer utvecklingen från student till docent. Den blev av de definierade miniminivåerna, vilken uppnås vid i stort sett alla USV-enheter.
 - ALF-regionerna erbjuder olika typer av stöd för att fler kliniska forskare ska kunna bli docenter; bland annat finansierar de tjänster där forskning och kliniskt arbete kan kombineras i kritiska stadier av karriären, samt underlättar lärande och erfarenhetsutbyte för att forskarna lättare ska uppnå olika steg i karriären.
 - Lönepåslag och andra incitament har införts för att göra en forskningskarriär mer attraktiv.

Utvärderingen tyder på att en vändning i tillgången på erfarna forskarhandledare nu kan skönjas i åtminstone ett par regioner, där antalet forskarhandledare har ökat de senaste 2–3 åren (se vidare i kapitel 6). Det råder dock fortsatt brist på erfarna forskarhandledare, särskilt inom vissa läkarspecialiteter och inom de vårdyrken som inte har en forskarförberedande grundutbildning.

- Betydligt fler USV-enheter än i utvärderingen 2018 uppger att de som handleder läkarstudenter under VFU har pedagogisk utbildning. Ökningen är dock från låga nivåer.
- Fler USV-enheter samverkar med patientföreningar och näringsliv, och nya former för patientsamverkan har utvecklats. Detta medför att fler aspekter av patientnytta, och fler patientgrupper, har möjlighet att inverka på utförandet av hälso- och sjukvården.

Alla delar av ALF-avtalet är inte uppfyllda

Stora delar av ALF-avtalet är uppfyllda, men Socialstyrelsen konstaterar att det även finns delar som inte är uppfyllda, eller där det inte är möjligt att utvärdera att avtalet är uppfyllt. I rutan nedan presenteras vad regioner och övriga parter behöver göra för att åtagandena enligt ALF-avtalet ska vara uppfyllda. Därefter presenteras översiktligt vilka miniminivåer som flest USV-enheter inte uppnår, samt behov av åtgärder som Socialstyrelsen identifierat för att dessa ska uppnås.

Åtgärder för att åtagandena enligt ALF-avtalet ska vara uppfyllda i sin helhet

- Universiteten och regionerna i alla ALF-regioner utom Östergötland (som redan fattat ett sådant beslut), behöver besluta om gemensamma målsättningar och strategier för forskning, utbildning och utveckling av hälso- och sjukvården (1 § ALF-avtalet).
- Regionerna ska säkerställa att alla USV-enheter i respektive region uppfyller samtliga 27 miniminivåer (3 § ALF-avtalet, se nästa avsnitt).

Rekommendation för tidsram

Enligt ALF-avtalet ska utredningen rekommendera en tidsram inom vilken de regioner som inte uppnår miniminivåerna ska åtgärda detta. Om så inte sker har staten rätt att säga upp ALF-avtalet gentemot berörd region.

- Socialstyrelsen rekommenderar att regionerna i samverkan med berört universitet senast den 31 augusti 2024 redovisar hur de har säkerställt att samtliga miniminivåer är uppnådda på alla USV-enheter.

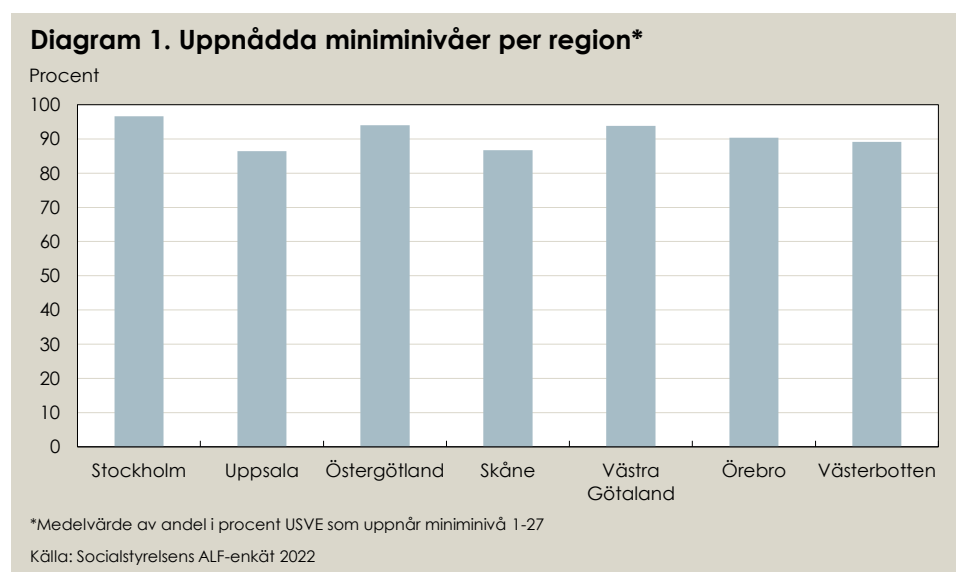
Eftersom det framför allt är nationella styrgruppen för ALF som har möjlighet att påverka processer och strukturer inom universitetssjukvården anser Socialstyrelsen att det är nationella styrgruppen som bör följa upp att regionerna har uppnått samtliga miniminivåer, samt att de övergripande delarna av ALF-avtalet enligt ovan är uppfyllda, inom den rekommenderade tiden.

Åtgärder som behövs för att det ska vara möjligt att utvärdera att avtalet i sin helhet är uppfyllt

- Nationella styrgruppen för ALF behöver utveckla en redovisningsmall för vilka resurser utöver ALF-ersättningen som ska fördelas genom gemensam prioritering (enligt ALF-avtalets 14 §).
- Flera regionala ledningsorgan behöver förtydliga vilka resurser för utbildning, forskning och utveckling, utöver ALF-ersättningen, som är föremål för gemensam prioritering (2 § och 16 § punkt 4 i ALF-avtalet, se vidare i kapitel 6).

Miniminivåer som inte är uppnådda

De enskilda miniminivåer som Socialstyrelsen har beslutat om uppnås i genomsnitt till 87–97 procent i de sju ALF-regionerna (92 procent i genomsnitt, Diagram 1). Endast 21 procent av alla USV-enheter uppnår samtliga 27 miniminivåer. Hur väl de enskilda miniminivåerna uppnås i de olika regionerna enligt enkätresultaten redovisas i Tabell 3 i kapitel 4, och för varje USV-enhet i webbilaga 1, där även resultaten från den fördjupade granskningen vägts in. Samtliga miniminivåer ska uppnås av alla USV-enheter för att ALF-avtalet ska vara uppfyllt.



Socialstyrelsen anser att det kan underlätta dialogen mellan ledningsorganen och USV-enheterna att kontinuerligt följa upp att USV-enheterna uppnår miniminivåerna. Detta som en del av en dialog där förutsättningar och lämpliga åtgärder för kvalitetshöjning generellt diskuteras. På så sätt kan eventuella brister åtgärdas löpande.

Socialstyrelsens bedömning

- Det finns ett behov av att de regionala ledningsorganen för ALF kontinuerligt följer upp att miniminivåerna uppnås. Detta som en del av en generell dialog med USV-enheterna kring hur kvalitetshöjning kan uppnås och eventuella brister åtgärdas.

En generell miniminivå är att alla USV-enheter ska ha en FoUU-ansvarig i ledningen som är minst docent. Detta kriterium uppnås av 97 procent av alla USV-enheter, vilket är en liten ökning från förra utvärderingen.



Miniminivåer klinisk forskning

De tio miniminivåerna inom området klinisk forskning är de som uppnås i högst grad (95 procent i genomsnitt). Den miniminivå som uppnås i lägst grad (78 procent av USV-enheterna) är att USV-enheten ska samverka med flera olika externa aktörer, bland annat patientorganisationer och näringsliv. Variationen mellan regioner är dock stor, där endast 13 av Region Örebro 19 USV-enheter samverkar med patientorganisationer, och endast 27 av 42 USV-enheter i Region Östergötland samverkar med näringslivet.

Drygt var tionde USV-enhet uppger även att det råder brist på forskningsinfrastruktur (till exempel lokaler och andra resurser som stödjer forskning).



Miniminivåer VFU för läkare

De åtta miniminivåerna inom VFU för läkare är de som uppnås i lägst grad (87 procent i genomsnitt). Den enskilda miniminivå som uppnås av lägst andel USV-enheter (54 procent) är att all personal som deltar i VFU ska ha pedagogisk handledarutbildning i enlighet med universitetets direktiv. En möjlig orsak till detta är avsaknad av tydliga direktiv från universiteten om vilken pedagogisk utbildning som krävs. De flesta USV-enheter följer inte heller systematiskt upp vilken pedagogisk utbildning personalen har. Att drygt hälften av USV-enheterna ändå svarat att all personal har handledarutbildning, kan alltså vara överskattat. När regionaliseringen av läkarutbildningen utökas och den sexåriga läkarutbildningen införs kommer VFU att läggas ut på ännu fler utförare. Socialstyrelsen anser att detta kommer att leda till ett ännu större behov av att systematiskt följa upp den pedagogiska kompetensen hos de som handleder under VFU, för att säkerställa att samtliga medarbetare som deltar i VFU har erforderlig pedagogisk utbildning.

Socialstyrelsens bedömning

- Universiteten behöver definiera vilken pedagogisk utbildning som krävs för de medarbetare som regelbundet deltar i VFU för läkare, utifrån olika ansvarsområden under VFU.
- Regionerna behöver systematiskt följa upp vilka av de kliniskt verk-samma medarbetarna som har genomgått handledarutbildning.

Många USV-enheter (24 procent) har inte heller visat hur återkoppling från studenter används i förbättringsarbetet. Den fördjupade granskningen visar dock att flera enheter som ingått i den fördjupade granskningen har använt studenternas synpunkter för förbättringar, trots att detta inte alltid framkommit av enkätsvaren.

Miniminivåer utveckling av hälso- och sjukvården

Sammantaget uppfylls de åtta miniminivåerna inom utveckling till 92 procent. Så gott som samtliga USV-enheter medverkar i att ta fram kliniskt kunskapsstöd och nyttjar kvalitetsregister. De flesta samlar också in patienternas upplevelser av sin hälsa och av vården (via PROM⁷ och PREM⁸). Många enheter beskriver dock inte hur information från kvalitetsregister och patienternas upplevelser bidragit till utveckling av verksamheten.

Det finns flera olika system för att samla in patientupplevelser, men inget av dem täcker hela landet och alla medicinska områden. Kvalitetsregister samlar ibland in data om patientupplevelser, men detta är i varierande grad i olika register. Ibland nyttjar USV-enheter resultaten från SKR:s nationella patientenkät och i Stockholm nyttjas regionens egna system för insamling av patientupplevelser.

Kvalitetsregister och data om patienternas upplevelser är en avgörande tillgång för att utveckla vården i hela landet. Men det är också tidskrävande och har beskrivits som en stressfaktor för personalen att behöva fylla i dessa uppgifter (4). Det är därför viktigt att regionerna överväger hur insamlandet kan ske på ett så systematiskt och enkelt sätt som möjligt. Detta har även uppmärksammats i regeringsuppdrag till E-hälsomyndigheten och nationella vårdkompetensrådet (4, 8).



Socialstyrelsens bedömning

- Regionerna behöver stötta USV-enheterna med verktyg för insamlande av patientrapporterade mått, samt att arbeta systematiskt med att implementera resultat av dessa i sitt utvecklingsarbete.

Fortsatt utveckling utöver miniminivåerna är möjlig

Socialstyrelsen har identifierat områden där ytterligare utveckling av universitetssjukvården, utöver att miniminivåerna uppnås, är möjlig. I detta avsnitt presenteras dessa utvecklingsområden, samt behov av kvalitetshöjande åtgärder som Socialstyrelsen identifierat under utvärderingen.

⁷ PROM är en förkortning för "Patient Reported Outcome Measures", patientrapporterade mått på patientens hälsa).

⁸ PREM är en förkortning för "Patient Reported Experience Measures", patientrapporterade mått för patientens upplevelse av vården).

Forskning och utveckling behöver prioriteras både på strategisk nivå och i vardagen

En generell iakttagelse från de fördjupade granskningarna är att universitetssjukvården har svårt att frigöra tid för forskning och utveckling i en vardag där vårdbehoven ofta är mer akuta. För att kunna erbjuda en god vård till patienter i framtiden är det dock mycket viktigt att forskning och utveckling prioriteras. Möjligheten till forskning och utveckling har också lyfts som en framgångsfaktor för att kunna rekrytera och behålla kompetent personal. Även om denna förutsättning för universitetssjukvården inte är formaliserad i en enskild miniminivå, har den bäring på att flera av miniminivåerna kan upprätthållas på lång sikt.

Sambanden mellan vård, forskning, utbildning och utveckling är komplexa, varför möjligheten att utföra samtliga dessa uppgifter behöver beaktas dagligen, i allt från lokalfrågor till övergripande strategi och planering. Socialstyrelsens bedömning utifrån den fördjupade granskningen och intervjuerna med de regionala ledningsorganen är därför att det är en fördel om verksamhetschefen vid USV-enheterna har en djupgående förståelse för de förutsättningar som krävs för att bedriva forskning. Detta även för att bibehålla en forskningsanknuten utbildning och evidensbaserad utveckling av hälso- och sjukvården. Här kan egen erfarenhet av forskning vara betydelsefull.

Socialstyrelsen ser behov av

- att regionerna och USV-enheterna verkar för att verksamhetscheferna vid USV-enheterna är vetenskapligt meriterade (minst doktorexamen).

Tydlighet i ansvarsfördelning och finansiering viktigt när delar av universitetssjukvård läggs ut på externa utförare

Den privatisering av vissa delar av vården som pågår har uppdagat flera utmaningar med att lägga ut delar av universitetssjukvården på externa aktörer:

- Det förekommer att stora delar av en viss typ av vård läggs ut på en extern vårdgivare utan att ett undervisningsuppdrag följer med. Detta kan leda till bristande möjlighet att undervisa inom denna typ av vård, exempelvis en viss typ av operationer.
- Det har framkommit att utbildning och utveckling historiskt har varit underfinansierade i förhållande till den tid som krävs. När enbart vård läggs ut på externa aktörer, så att en större andel av sjukvårdens verksamhet utgörs av utbildning och utveckling, blir följden att den offentligt drivna verksamheten som helhet blir underfinansierad.
- I en del avtal med externa utförare där utbildning, forskning och utveckling är en del av uppdraget har det saknats tydliga kvalitetskriterier för uppföljning, som gör att det går att följa upp att dessa delar av avtalet hålls.

Socialstyrelsen ser behov av

- att regionerna när viss vård läggs ut på utförare utanför den egna organisationen:
 - har ett helhetsperspektiv på uppdraget, så att utbildning, forskning och utveckling fortsatt kan bedrivas med hög kvalitet
 - bevakar att vård, forskning, utbildning och utveckling är proportionerligt finansierade utifrån resursåtgång, oavsett vem som utför dem
 - ser till att mål och kvalitetsparametrar för forskning, utbildning och utveckling i avtal med externa utförare är utformade så att de möjliggör uppföljning.

Utvecklingsområden klinisk forskning

Minimnivåerna inom klinisk forskning uppnås till stor del. Utvärderingen visar dock att det vid vissa USV-enheter är enstaka erfarna forskare som ansvarar för hela forskningsverksamheten, vilket ger en skör situation. En slutsats från utvärderingen är att det behövs en ”kritisk massa” av forskare vid USV-enheten för att driva högkvalitativa forskningsprojekt med kontinuitet över tid. Både de regionala ledningsorganen och USV-enheterna behöver därför fortsätta att arbeta strategiskt för att fylla behoven av forskarkompetens, med viss marginal, både på kort och lång sikt.

Vid vissa USV-enheter har forskarna inte tillräckliga förutsättningar för att samarbeta sinsemellan. Detta beror ibland på att USV-enheten är utspridd på flera olika geografiska platser. I andra fall på brist på organiserade forum för att samverka, såsom att presentera och diskutera resultat.



Socialstyrelsen ser behov av

- att regionerna och USV-enheterna säkerställer för att det finns tillräckligt många erfarna forskarhandledare inom alla relevanta professioner och specialiteter, både på kort och lång sikt
- att USV-enheterna organiseras på så sätt att forskarna inom en enhet har förutsättningar att ha utbyte av varandra. Dessa förutsättningar innefattar geografisk närhet, tid och kanaler för att utbyta erfarenheter och idéer.
- att den eller de i ledningen som har ansvar för FoUU har tillräckligt med tid och mandat att driva strategiska forsknings-, utbildnings- och utvecklingsfrågor inom USV-enheten.

ALF-avtalet anger att universitetssjukvården fortlöpande ska bedriva forskning av hög nationell och internationell kvalitet och följa den internationella utvecklingen inom forskning och utbildning. Kliniska forskare i Sverige deltar relativt ofta i internationella studier, men internationell samverkan skulle

kunna öka ytterligare. Forskare vid fler USV-enheter skulle även kunna ansöka om forskningsmedel från excellenta och internationella finansiärer i högre utsträckning.

Socialstyrelsen ser behov av

- att vissa USVE i högre utsträckning söker medel från excellenta och internationella forskningsfinansiärer.



Utvecklingsområden VFU för läkare

En utmaning för läkarutbildningen är att anpassa utbildningen till de snabba förändringarna i vården när det gäller nya behandlingar, prioriterade vårdtyper och hur vården organiseras. Vården arbetar i dag mer tematiskt och i interprofessionella team, snarare än varje specialitet för sig. Lärosätena behöver därför erbjuda en utbildning som förbereder studenterna för den aktuella arbetssituationen, med till exempel arbete i interprofessionella team.

Upplägget av VFU, både innehållet och fördelningen av tid mellan olika specialiteter, varierar mycket mellan de olika lärosätena. Detta rör flera av de specialiteter som ingår i den fördjupade granskningen, bland annat akutsjukvård och BUP. Att VFU är olika upplagd till omfång och innehåll innebär att nyutexaminerade läkare från olika lärosäten inte har samma kunskaper och praktiska erfarenheter inom alla medicinska områden. Detta får som konsekvens att läkare kan behöva olika typer av handledning och fortsatt lärande i sin framtida yrkesutövning och specialisering, beroende på vid vilket lärosäte de har utbildats.

Det finns inte heller alltid enligt vad Socialstyrelsen erfar lärandemål för VFU som går att examinera inom alla medicinska specialiteter, och även detta skiljer sig mellan universiteten.



Utvecklingsområden utveckling av hälso- och sjukvården

De allra flesta USV-enheter deltar redan i arbetet med att ta fram nationella kunskapsstöd och riktlinjer. Denna typ av samverkan kan dock utvecklas när det gäller internationella riktlinjer och behandlingsrekommendationer. Det finns också möjligheter för regionerna och verksamheterna att dra lärdomar av de nya former för patientsamverkan som prövas på olika platser i landet, se vidare lärande exempel sist i detta kapitel och i avsnitten för de fördjupade granskningarna.

Den fördjupade granskningen visar på specifika utmaningar inom olika specialiteter

Den fördjupade granskningen utfördes inom områdena allmänmedicin och primärvård, barn- och ungdomspsykiatri (BUP), neurologi, ortopedi och akutsjukvård. Resultatet visar att det finns specifika utmaningar inom de olika områdena.

Inom primärvården är det både ett litet antal och en liten andel av den kliniskt verksamma personalen som forskar, jämfört med inom övrig universitetssjukvård. Verksamheten är därtill geografiskt spridd, vilket kan utgöra ett hinder för forskarna att samverka. I ett par av de mindre regionerna är forskarna så pass få att hela forskningsverksamheten står och faller med enstaka individer. I vissa regioner gäller detta även inom BUP.

Inom BUP har efterfrågan på vård ökat dramatiskt. Vid en del av de granskade USV-enheterna har detta lett till tydliga svårigheter med att få utrymme för forskning och utveckling, medan andra USV-enheter har bibehållit eller ytterligare förstärkt kvaliteten på forskning och utveckling. I dagsläget får inte heller alla läkarstudenter ta del av VFU inom BUP. Detta trots att barn och ungdomar med psykiska tillstånd och sjukdomar förekommer i många olika delar av vården, vilket innebär att de flesta läkare kommer möta dessa patienter i sin yrkesutövning, oavsett vilket område de specialiserar sig i.

Akutsjukvård blev en egen basspecialitet 2015 och är fortsatt under uppbyggnad. Här har flera regioner i första hand satsat på att bygga upp utbildning av läkare, med undantag av Region Skåne där VFU inom akutsjukvård inte ingår i läkarprogrammet. Specialiteten är i en tillväxtfas på forskarsidan, och i tre av regionerna finns en professor i akutsjukvård. Region Västerbotten saknar i dagsläget en USV-enhet inom akutsjukvård, men planerar att inrätta en sådan.

Neurologi och ortopedi är två väletablerade specialiteter där det bedrivs högkvalitativ forskning. I båda specialiteterna finns en lång tradition av att använda kvalitetsregister till forskning och utveckling, vilket har bidragit till den höga nivån. Ortopedin har dock drabbats hårdare av covid-19-pandemin än övriga specialiteter. I dagsläget har man en kvardröjande vårdkö men även en märkbar brist på personal med viss kompetens. Detta gör det svårare att avsätta tid för forskning och utveckling. Problematiken förstärks av att en stor del av den ortopediska vården har lagts ut på privata aktörer, utan att utbildnings- och forskningsuppdraget följt med fullt ut.

Vissa miniminivåer behöver ses över

Förutsättningarna för universitetssjukvården förändras kontinuerligt, med bland annat förändrade vårdbehov, ökad grad av digitalisering och privatisering, samt en strävan mot en mer tematiskt organiserad och patientcentrerad vård. Styrningen med miniminivåer är ett kraftfullt verktyg och det är viktigt att de träffar rätt och är tydligt formulerade. Regeringskansliet har nyligen tillsatt en utredare som ska biträda Utbildningsdepartementet med att ta fram ett underlag inför en omförhandling av ALF-avtalet (9). Om ALF-avtalet förhandlas om behöver nationella styrgruppen för ALF se över underlaget för utvärdering, så att det följer intentionerna i det omarbetade ALF-avtalet.

Under utredningens gång har det också framkommit oklarheter kring hur vissa miniminivåer ska tolkas. Utöver detta avser Socialstyrelsen att se över formerna för utvärdering så att den driver kvalitetsutveckling inom universitetssjukvården på ett resurseffektivt sätt (se Tolkningssvårigheter och Synpunkter på utvärderingen i kapitel 7).

Lärande exempel

Nedan följer exempel på arbetssätt som har tillfört ett mervärde⁹, utifrån Socialstyrelsens utvärdering. Exempelen är inte direkt överförbara till samtliga verksamheter utan ska ses som inspiration och underlag för diskussion om förbättringsarbete i de egna verksamheterna.

Övergripande nivå

- I Östergötland har universitetet och regionen beslutat om gemensamma målsättningar och strategier för alla tre delar av universitetssjukvården: klinisk forskning, utbildning och utveckling av hälso- och sjukvården.
- I Västra Götaland följer det regionala ledningsorganet årligen upp att USV-enheterna uppfyller miniminivåerna genom en enkät liknande Socialstyrelsens. Detta ger möjlighet att löpande åtgärda eventuella brister.
- I Västra Götaland producerar alla USV-enheter en årsrapport som tydligt redovisar enhetens strategier och resultat för både forskning och utveckling av hälso- och sjukvården.



Klinisk forskning

- Sahlgrenska universitetssjukhuset har genom en kombination av kraftfulla insatser ökat antalet erfarna forskarhandledare markant, bland annat genom att inventera potentiella docenter och ge mer tid till forskning. De har också ökat tillgången till pedagogiska kurser som är obligatoriska för docentur, vilket identifierats som en flaskhals. Vidare har universitetssjukhuset stimulerat de yngre forskarna att satsa på forskarkarriären genom att anordna så kallade docentur-workshoppar, samtidigt som man i det närmaste dubblat de lönetillägg som ges vid uppnådd licentiatexamen, doktorexamen och docentur.



VFU för läkare

- ALF-regionerna i Stockholm och Örebro har byggt upp ett ändamålsenligt system för pedagogisk utbildning för den personal som utbildar läkare under VFU. Utbildningen bygger på moduler, och kan därför byggas på vart efter handledarrollen eller det pedagogiska ansvaret utökas. Utbildningarnas syfte är väl genomtänkta och anpassade till respektive målgrupp.
- Västerbotten var först med att regionalisera läkarutbildning och forskning till angränsande regioner. Utvärderingen vittnar om en process som genom en fokuserad och väl finansierad satsning i fempartsdialoger gett ökad tillgång till patienter för studenterna, samt fördelar för länssjukhusens och primärvårdens kompetensförsörjning. Samtidigt har en forskningsverksamhet som i delar står sig i nationell konkurrens kunnat byggas upp på de nya orterna. Regionaliseringen har även medfört en snabbare utveckling av digitala undervisningsformer och moderna läromedel, där lärdomar spridits till övrig undervisning.

⁹ Socialstyrelsen har inte bedömt om arbetssättet som helhet tillför mervärde, utan de lärande exemplen avser endast de aspekter som beskrivs här.

Utveckling av hälso- och sjukvården



- Flera olika exempel på patientsamverkan¹⁰ har redovisats vid de fördjupade granskningarna. Några exempel:
 - ”Expertråd patientfokus” inom den offentliga primärvården i Skåne initierades 2021 och har 12 anställda patienter och närstående som valts ut utifrån bland annat erfarenhet av vården och tidigare samhällsengagemang. Rådet har redan bidragit både med förbättringar i verksamheten och i planering av kliniska studier. Bland annat involverades de redan från början i arbetet när ett nytt teambaserat arbetssätt skulle utvecklas, vilket ledde till att processen modifierades på flera väsentliga punkter.
 - USV-enheten Akademiskt specialistcentrum i neurologi i Stockholm samverkar med ett patientråd med representanter för flera olika patientorganisationer. Återkommande möten med tydligt fokus och tydliga målsättningar har lett till konkreta förändringar i verksamheterna.¹¹
 - Vid Akademiska barnsjukhuset i Uppsala finns patientråd med ”unga experter”. Deras åsikter har lett till flera förbättringar i vården på Akademiska barnsjukhuset. BUP Region Uppsala har haft dialog med företrädare för ”unga experter” och initierat ett samarbete med föreningen Tilia i syfte att förbättra vården.
- Karolinska universitetssjukhuset har infört en elektronisk enkät för alla vuxna patienter för att mäta deras upplevelser av vården. Motsvarande har även införts på Astrid Lindgrens barnsjukhus och beroende på barnets ålder riktas enkäten till vårdnadshavare eller till barn och vårdnadshavare. Resultatet används kontinuerligt i förbättringsarbete och publiceras även på hemsidan, vilket förenklar uppföljning av resultatet över tid.
- Karolinska universitetssjukhuset har skapat över 80 egna enkäter om patientrapporterade mått för hälsa. Resultaten används som underlag i patientmöten för att bland annat välja lämplig behandling.

¹⁰ Med patientsamverkan avses här att vårdgivaren samverkar med patient- och närståendeorganisationer eller enskilda patienter som representerar patientkollektivet, med syftet att förbättra vården och patientupplevelsen.

¹¹ Patientråd finns även på regional nivå i samtliga regioner. Förekomsten och fördelarna har kartlagts av Vinnova <https://www.vinnova.se/globalassets/mikrosajter/regeringens-samverkansprogram/patientens-rost-om-patientrad--ett-verktyg-for-okad-patientdelaktighet.pdf>.

3. Beslutade miniminivåer

I detta kapitel presenteras de miniminivåer Socialstyrelsen beslutat om. Minimnivåerna beskriver de krav på strukturer, processer och resultat som gäller för en universitetssjukvårdsenhet (USVE). En USVE ska uppfylla miniminivåerna när den utses. Minimnivåerna är även grunden för denna utvärdering, som enligt ALF-avtalet ska göras vart fjärde år. Minimnivåerna gäller för de områden som berörs av ALF-avtalet, det vill säga



klinisk forskning



verksamhetsförlagd utbildning (VFU) eller verksamhetsintegrerat lärande (VIL) inom läkarutbildningen



utveckling av hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen beslutade 2020 om sammanlagt 27 olika miniminivåer, fördelade på ovanstående tre områden (dnr 5.7-522/2020). Ett förslag till dessa togs fram under förra utvärderingen med hjälp av den expertpanel som deltog då. Förslaget togs fram i nationell konsensus med ALF-regionerna och den nationella styrgruppen för ALF (dnr 28 311/2016). Nedan redovisas alla miniminivåer. Definitioner och kommentarer finns i bilaga 2. Det kan även finnas ytterligare krav på USVE som tagits fram specifikt inom de enskilda ALF-regionerna.

Generell miniminivå

1. Vid USVE finns i ledningen minst en FoUU-ansvarig person som är minst docent med förenad eller adjungerad anställning vid universitet eller högskola.



Miniminivåer klinisk forskning

Socialstyrelsens beslut inom området klinisk forskning omfattar tio miniminivåer. Åtta av miniminivåerna avser strukturer och processer och två är resultatmått. Nivåerna berör tillämpning av handlingsplan för att stimulera kliniskt verksam personal till att forska, forsknings- och utbildningskompetens i ledningen, samverkan vid planering och genomförande av klinisk forskning samt deltagande i möten och konferenser. Resultatmåttarna avser produktion av vetenskapliga artiklar, halvtidsseminarium och doktorsexamen vid enheten.

1. Vid USVE tillämpas en handlingsplan som stödjer utvecklingen från student till docent inom för enheten relevanta yrkesgrupper.
2. Vid USVE finns minst en kliniskt verksam doktorand, som aktivt deltar i sin forskarutbildning
3. Vid USVE har någon av den kliniskt verksamma personalen genomfört ett halvtidsseminarium eller erhållit en doktorsexamen under en fyra-årsperiod.
4. Vid USVE finns minst en kliniskt verksam erfaren forskarhandledare.
5. USVE samverkar, vid planering och genomförande av studier avseende klinisk forskning, med andra vårdenheter inom egen region, andra regioner, universitet och högskolor, näringsliv, patient- och närstående eller företrädandeorganisationer.
6. Kliniskt verksam personal vid USVE bedriver eller deltar kontinuerligt i regionala, nationella eller internationella studier avseende klinisk forskning.
7. På USVE finns en kontinuerlig produktion av vetenskapliga artiklar.
8. Kliniskt verksam personal vid USVE deltar regelbundet i vetenskapliga möten och konferenser med egen vetenskaplig presentation.
9. Minst en forskare vid USVE har minst ett beviljat anslag i nationell eller internationell konkurrens med pågående dispositionsrätt.
10. Kliniskt verksam personal vid USVE har tillgång till relevant stöd och lokaler som möjliggör klinisk forskning i tillräcklig omfattning.

Miniminivåer VFU eller VIL för läkare

Området läkarutbildning omfattar åtta miniminivåer, som samtliga rör strukturer och processer. Det handlar om att enheten bedriver VFU eller VIL och handledarutbildning, att lärandemålen är kända, att VFU och VIL följs upp och att det finns rutiner för studenter som inte uppfyller lärandemålen för VFU eller VIL.



1. Vid USVE erbjuds VFU/VIL eller annan utbildningsinsats.
2. Den personal som regelbundet deltar i VFU/VIL för läkarstuderande vid USVE har erforderlig pedagogisk handledarutbildning enligt universitets direktiv.
3. Vid USVE erbjuds alla läkarstuderande en namngiven handledare under VFU/VIL som de kan vända sig till.
4. Personal som handleder läkarstudenter vid USVE följer handledarinstruktionerna.
5. Utbildningens lärandemål för VFU/VIL är kända av personal som handleder läkarstudenter.
6. Vid USVE används en känd skriftlig rutin för studenter som inte uppfyller lärandemålen.
7. USVE kan redovisa exempel på hur kursutvärderingar och uppföljningar under VFU/VIL har använts i förbättringsarbetet.
8. USVE tillhandahåller lokaler och basal utrustning som möjliggör verksamhetsintegrerad utbildning av läkarstudenter.



Miniminivåer utveckling av hälso- och sjukvård

Området utveckling av hälso- och sjukvård omfattar åtta miniminivåer, som samtliga rör strukturer och processer. ALF-avtalet anger att USVE bör vara vägledande inom dessa områden även för övrig hälso- och sjukvård. Miniminivåerna omfattar därför kunskapsutveckling och kunskapsspridning, dataanvändning för att utveckla verksamheten, personalens kompetensutveckling och samverkan med olika intressenter såsom patientföreträdare.

1. USVE kan redovisa på vilket sätt kliniskt verksam personal använder kunskapsstöd.
2. Kliniskt verksam personal vid USVE har under året deltagit i framtagande eller uppdatering av kunskapsstöd.
3. USVE använder data från för verksamheten relevanta kvalitetsregister i utvärdering och utveckling av verksamheten.
4. USVE använder data från mätningar av patienternas upplevelser och kan redovisa att det bidragit till utveckling av verksamheten¹².
5. USVE samverkar med patienter och närstående eller patient- och närståendeorganisationer i utvärderings- och utvecklingsarbetet.
6. USVE har en skriftlig och på ledningsnivå beslutad strategi, rutin eller motsvarande som stöder innovationer, till följd av utvecklingsarbete och forskningsresultat och som är känd i verksamheten.
7. USVE förmedlar resultatet av sin verksamhet och sitt utvecklingsarbete i en skriftlig årsrapport.
8. Vid USVE finns en rutin för att kontinuerligt följa upp den kliniskt verksamma personalens individuella fortbildnings- och vidareutbildningsplaner.

¹² Med patienternas upplevelser avses: Upplevelse av sin egen sjukdom och hälsa efter behandling eller annan intervention (s.k. PROM, t.ex. symtom, funktionsförmåga, hälsorelaterad livskvalitet). Upplevelser av vården (s.k. PREM, t.ex. bemötande, förtroende, delaktighet, väntetider, kontakt, samordning).

4. Resultat från enkät om hur väl USVE uppnår miniminivåerna

I detta kapitel presenteras merparten av resultaten från den enkät som alla USVE i landet har fått besvara. De har bland annat gjort egna värderingar av om de uppfyller miniminivåerna eller inte. Kapitlet lyfter även möjliga förklaringar till att vissa miniminivåer inte uppnås, när sådana framkommit i fritextsvaren till enkäten. Fler resultat från enkäten presenteras i bilaga 3 (frågor relaterade till USV-enheternas verksamhet) och bilaga 4 (frågor om antal medarbetare och forskningsverksamma inom olika yrken, samt avsatt tid för forskning). Av bilaga 6 framgår de enkätfrågor och vilka svar som krävdes för att uppnå respektive miniminivå.

Svarsfrekvens och personalstorlek

Enkäten besvarades av 292 USVE (99 procents svarsfrekvens, se Tabell 2). I Region Skåne var det 3 USVE och i Region Östergötland 1 USVE som inte svarade.

Tabell 2. Antal och andel USVE som har svarat i varje region

	Antal USVE	Antal svarande USVE	Andel svarande USVE (%)
Totalt	296	292	99
Region Skåne	50	47	94
Region Stockholm	72	72	100
Region Uppsala	23	23	100
Region Västerbotten	23	23	100
Region Örebro län	25	25	100
Region Östergötland	42	41	98
Västra Götalandsregionen	61	61	100

Källa: Socialstyrelsens enkät – utskickad våren 2022

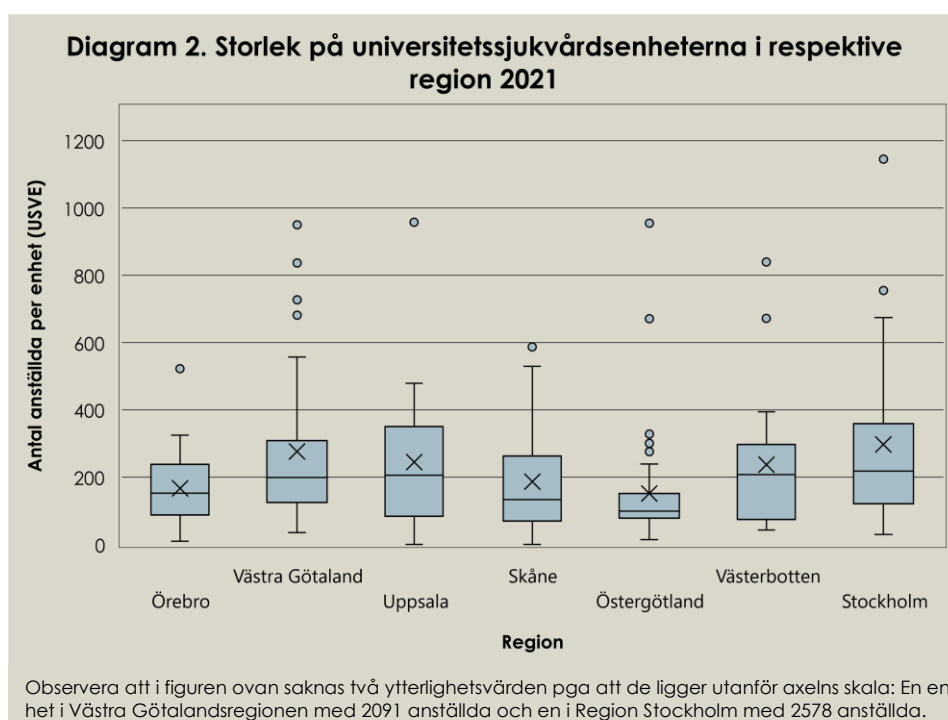
Antal anställda vid USVE i olika regioner

Det är de regionala ledningsorganen som bestämmer vilka enheter som ska vara USVE. Ledningsorganen har valt olika strategier för hur USVE utses, och i flera regioner är det större enheter än en enskild klinik. Se vidare information om hur USVE utses i kapitel 6.

Enkätsvaren visar en relativt stor variation i antalet anställda kliniskt verksamma medarbetare vid en USVE. Medianvärdet är 181 kliniskt verksamma. Medelvärdet i de flesta regioner dras upp av ett fåtal mycket stora enheter. Den största enheten har 2 578 kliniskt verksamma, medan den minsta har 10.

Flest kliniskt verksamma per enhet finns i regionerna Stockholm, Uppsala och Västerbotten, som alla har över 200 anställda i median (Diagram 2).

Den största yrkesgruppen vid USVE är sjuksköterskor (inklusive olika specialiseringar), totalt cirka 34 000 kliniskt verksamma, följt av läkare med nära 20 000 stycken. Läkare utgör dock den absoluta merparten av dem som bedriver klinisk forskning, både till antal och som andel av de kliniskt verksamma i sin yrkesgrupp. Cirka 10 procent av läkarna bedriver klinisk forskning jämfört med under en procent av sjuksköterskorna (bilaga 4). Mer information om antal kliniskt verksamma och antal forskare inom olika professioner finns i bilaga 4.



Enkätresultat avseende hur väl miniminivåerna uppnås

I detta avsnitt presenteras enheternas egna värderingar av om de uppfyller miniminivåerna eller inte, samt två miniminivåer där Socialstyrelsen gjort bedömningar av fritextsvar i enkäten. Resultatet presenteras sammantaget på regionnivå.

Därpå följer avsnitt som redogör för resultat och eventuella fritextsvar som kan bidra med en förklaring av resultatet. Dessa är uppdelade på miniminivåer inom klinisk forskning, VFU för läkare och utveckling av hälso- och sjukvården. Vissa miniminivåer motsvarades av ett kriterium som användes vid förra utvärderingen 2018 (1) och då kopplar vi resultaten till detta.

Samtliga Tabeller och Diagram i kapitlet är baserade på de USVE som svarat på enkäten. Om de USVE som inte besvarat enkäten hade tagits med hade resultaten blivit lägre för Region Östergötland (där en USVE inte svarade) och Region Skåne (där tre USVE inte svarade).

Tabell 3 visar hur samtliga regioner uppfyllde de 27 miniminivåerna enligt enkätsvaren. Av de svarande, 292 av 296 USVE, uppfyller 61 stycken (21 procent) samtliga 27 miniminivåer. Vid den fördjupade granskningen ändrades bedömningen av om miniminivån hade uppnåtts i enstaka fall. Detta har ingen avgörande betydelse för de övergripande resultat som presenteras här. En komplett lista över vilka USVE som uppnår vilka miniminivåer, med bedömningen från den fördjupade granskningen av vissa USV-enheter i beaktande, finns i webbilaga 1.

Tabell 3. Andel USVE per region som uppfyller miniminivå 1–27

Miniminivå (förkortad lydelse) **	Stockholm	Uppsala	Östergötland*	Skåne*	VGR	Örebro	Västerbotten	Totalt
Antal USVE (svarande)	72	23	41	47	61	25	23	292
Genomsnitt per region (%)	97	86	94	87	94	90	89	92
1: FoUU-ansvarig person i ledningen som är minst docent	90	96	100	96	95	80	100	97
2: Handlingsplan som stödjer utvecklingen från student till docent	99	96	100	91	100	100	91	97
3: Minst en kliniskt verksam doktorand	100	100	100	100	97	100	100	99
4: Halvtidsseminarium eller disputation under en fyraårsperiod.	100	96	100	98	98	96	96	98
5: Minst en kliniskt verksam erfaren forskarhandledare	100	100	100	100	100	100	100	100
6: Samverkan egen och andra regioner, universitet, näringsliv & patienter***	89	78	59	81	80	56	87	78
7: Regionala, nationella eller internationella forskningsstudier	100	96	100	98	100	100	100	99
8: Kontinuerlig produktion av vetenskapliga artiklar.	100	96	100	89	100	100	100	98
9: Vetenskapliga konferenser med egen vetenskaplig presentation	100	100	98	100	100	100	100	100
10: Minst ett anslag i nationell / internationell konkurrens	99	100	98	98	95	92	91	97
11: Stöd och lokaler som möjliggör klinisk forskning	96	78	95	74	85	92	83	87
12: Vid USVE erbjuds VFU/VIL eller annan utbildningsinsats	100	100	100	96	100	100	100	99
13: Handledare har erforderlig pedagogisk handledarutbildning	74	26	71	36	61	88	35	59
14: Läkarstuderande har en namngiven handledare***	97	96	100	79	100	100	83	94
15: Handledare följer handledarinstruktionerna***	100	87	100	87	98	96	87	95
16: Lärandemål kända	100	100	100	100	100	100	100	100
17: Känd skriftlig rutin för studenter som inte uppfyller lärandemålen	100	78	95	77	100	84	87	91
18: Återkoppling från VFU/VIL har använts i förbättringsarbetet	90	70	73	55	75	64	74	74

Miniminivå (förkortad lydelse) **	Stockholm	Uppsala	Östergötland*	Skåne*	VGR	Örebro	Västerbotten	Totalt
19: Lokaler och basal utrustning som möjliggör VFU/VIL	97	78	90	83	87	96	74	88
20: Kliniskt verksam personal använder kunskapsstöd.	100	100	100	100	100	100	100	100
21: Framtagande eller uppdatering av kunskapsstöd	100	96	98	100	100	100	100	99
22: Kvalitetsregister används i utvärdering och utveckling av verksamheten.	97	96	95	89	97	84	100	95
23: Patienternas upplevelser har bidragit till utveckling***	85	48	76	62	67	48	65	68
24: Samverkan med patienter och närstående i utvärdering och utveckling***	96	96	95	87	98	76	87	92
25: USVE har en strategi för innovation som är känd i verksamheten.	100	74	93	77	98	100	70	90
26: Årsrapport 2021	100	70	93	85	97	80	96	91
27: Rutin för att följa upp individuell kompetensutveckling	100	78	100	98	100	100	100	98

Källa: Socialstyrelsens enkät – utskickad våren 2022 *Tre USVE i Region Skåne och en USVE i Region Östergötland svarade inte på enkäten. **För varje miniminivå 1–27 anges hur stor andel av regionens svarande USVE som uppfyller den. ***USVE som inte omfattas av miniminivån eller delar av miniminivån har godkänts per automatik.

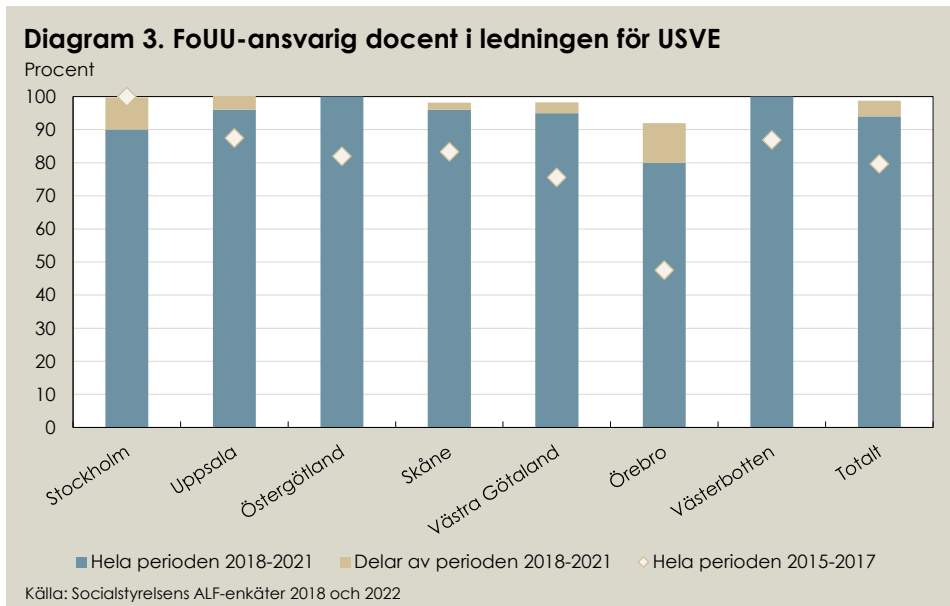
Åtgärder för att åtagandena enligt ALF-avtalet ska vara uppfyllda i sin helhet

- Regionerna ska säkerställa att alla USV-enheter i respektive region uppfyller samtliga 27 miniminivåer.

Övergripande miniminivå

Miniminivå 1: Vid USVE finns i ledningen minst en FoUU-ansvarig person som är minst docent med förenad eller adjungerad anställning vid universitet eller högskola.

Efter förra utvärderingen 2018 rekommenderade Socialstyrelsen att regionerna skulle verka för att varje USVE har en person i ledningen som är ansvarig för forskning, utbildning och utveckling och som är minst docent. Överlag ses en tydlig förbättring jämfört med 2015–2017, men i fem av sju regioner finns fortfarande brister. Endast i regionerna Östergötland och Västerbotten levde samtliga USVE upp till miniminivån under hela perioden.



Vid ALF-utvärderingen 2018 var det 161 av dåvarande 202 enheter (80 procent) som svarade att de haft en docentkompetent person med detta ansvar i ledningen under hela granskningsperioden, och i nuvarande utvärdering är andelen 94 procent (274 av 292 enheter), se Diagram 3. I Region Stockholm är det en tiondel av enheterna som inte uppfyller miniminivån, till skillnad från 2018 då samtliga uppfyllde miniminivån, men där har man gått från 10 enheter 2018 till 72 stycken 2021.

Bland de 18 USVE som inte uppfyllt miniminivån anger merparten (14 stycken) att de uppfyllt nivån under delar av perioden, och enligt fritextsvaren är förklaringen till att FoUU-ansvarig inte funnits under hela perioden bland annat att verksamheten successivt anpassats till kraven, att rekrytering dragit ut på tiden, att ansökan om docentur för den FoUU-ansvarige är under behandling, att enheten inte formellt varit en USVE under hela uppföljningsperioden¹³ eller att rollen finns men att personen inte uppfyllde kravet på förordnad anställning eller adjungering.

Miniminivåer klinisk forskning

Efter förra utvärderingen rekommenderade Socialstyrelsen åtgärder för att stödja processen från student till docent. Nästan alla USVE har nu en tydlig och känd handlingsplan för att stödja denna karriärutveckling. Även övriga miniminivåer inom forskning uppfylls generellt i relativt hög utsträckning, och vi ser en förbättring jämfört med förra utvärderingen 2018⁹ vad gäller forskningsproduktion och finansiering av forskning. Många har dock fortfarande svårt att uppfylla kravet på samarbete med andra aktörer. Flera anser också att de inte har det stöd och de lokaler som behövs för forskning i tillräcklig omfattning. Sammantaget är de tio miniminivåerna (miniminivå 2–



¹³ Vissa USVE som bildats 2018 eller senare har svarat att FoUU-ansvarig person funnits under delar av perioden, trots att de enligt instruktion skulle ha svarat ”ja” på frågan, i de fall de uppfyllt kriteriet under hela perioden som enheten har funnits.

11) inom forskning uppfylla till 95 procent (medelvärde för samtliga USVE).

Miniminivå 2: Vid USVE tillämpas en handlingsplan som stödjer utvecklingen från student till docent inom för enheten relevanta yrkesgrupper.

Vid förra utvärderingen konstaterades att det fanns en risk för brist på personal som kan handleda doktorander, framför allt på grund av pensionsavgångar. Detta identifierades som ett generellt hot mot den kliniska forskningen, och det fanns därmed ett behov av tydliga karriärvägar och incitament för akademisk meritering. Därför infördes miniminivån att varje USVE ska stödja utvecklingen från student till docent genom att införa en handlingsplan. Medarbetare och studenter vid enheterna ska också känna till planen.

Av de 292 USVE som svarat på enkäten uppger 284 att de har en sådan handlingsplan, och de flesta har implementerat en fakultetsövergripande plan för docentmeritering. Svarepersonerna beskriver utförligt hur denna implementering går till, och hur kunskap om planen sprids, samt ger goda exempel. I regionerna Östergötland, Västra Götaland och Örebro län uppger samtliga enheter att handlingsplanen är på plats och känd bland medarbetarna. Av de 8 som inte uppfyller kravet finns 4 i Skåne (av 50 USVE), men enligt fritextsvaren håller flera på med att implementera och anpassa en sjukhusövergripande handlingsplan till den enskilda enheten.

Miniminivå 3: Vid USVE finns minst en kliniskt verksam doktorand, som aktivt deltar i sin forskarutbildning. Alla USVE utom två i Västra Götalandsregionen uppfyller kravet.

Miniminivå 4: Vid USVE har någon av den kliniskt verksamma personalen genomfört ett halvtidsseminarium eller erhållit doktorsexamen under en fyraårsperiod.

Totalt 287 USVE svarar att en disputation eller ett halvtidsseminarium ägt rum under perioden. I Region Stockholm och Region Östergötland uppfyller samtliga enheter detta krav. I övriga regioner finns i varje region 1 enhet som inte uppfyller miniminivån. Vid förra utvärderingen var det totalt 12 av 202 enheter som inte uppfyllde miniminivån, så en tydlig förbättring kan ses.

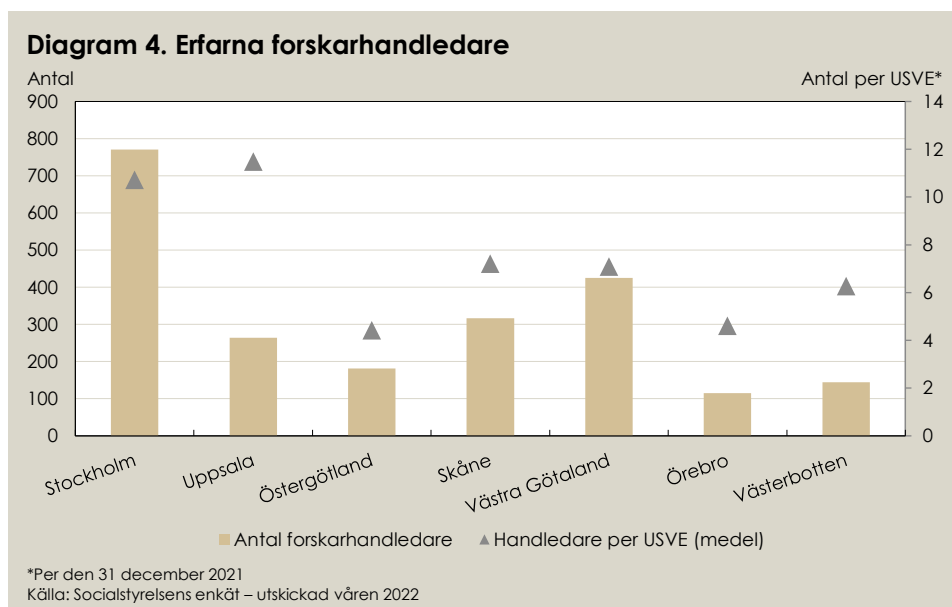
Sammantaget utfärdades 1 923 doktorsexamina och 1 671 halvtidsseminarium genomfördes vid de svarande enheterna (se Diagram 1 och 2 i bilaga 3).

Miniminivå 5: Vid USVE finns minst en kliniskt verksam erfaren forskarhandledare.

Samtliga 292 USVE anger att de har minst en kliniskt verksam erfaren forskarhandledare¹⁴. Av dessa svarade 288 enheter också på frågan om antalet erfarna forskarhandledare. Sammantaget finns mer än 2 000 vid landets USVE och Region Stockholm och Region Uppsala har i genomsnitt fler erfarna forskarhandledare per enhet (> 10) än övriga som i snitt har 4–7 per enhet

¹⁴ Med erfaren forskarhandledare avses person som är docent eller högre akademiskt meriterad.

(Diagram 4). Antalet bör dock ställas i relation till att USVE i dessa två regioner har fler anställda per enhet än snittet för riket (Diagram 1).



Miniminivå 6: USVE samverkar vid planering och genomförande av studier avseende klinisk forskning med andra vårdenheter inom egen region, andra regioner, universitet och högskolor, näringsliv, patient- och närståendeorganisationer eller företrädandeorganisationer

Enligt ALF-avtalet ska universitetssjukvården bedriva forskning av hög nationell och internationell kvalitet samt samverka med övrig hälso- och sjukvård, näringsliv och patientorganisationer. För att upprätthålla hög kvalitet krävs att USVE samverkar både regionalt, nationellt och internationellt.

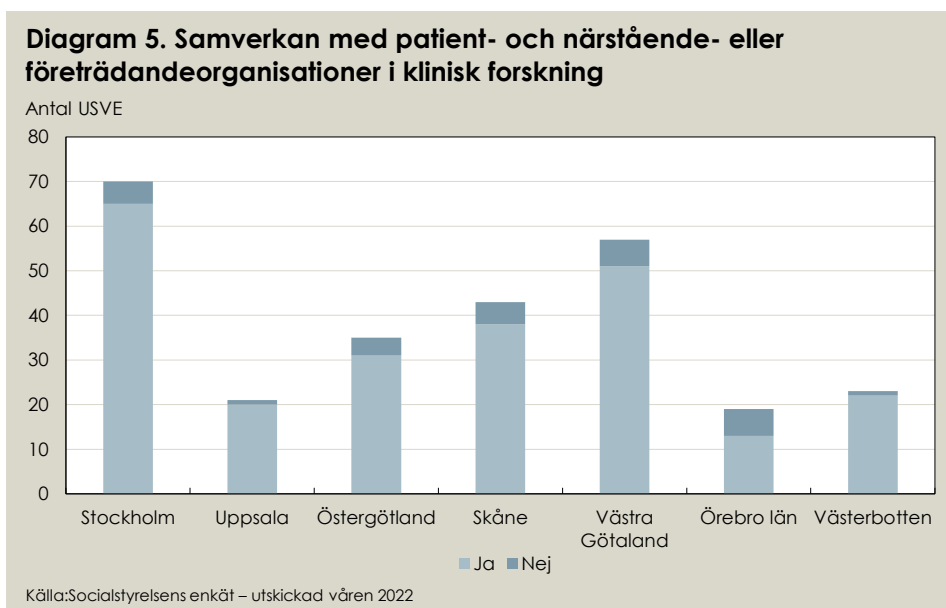
Av samtliga USVE är det endast 78 procent som helt uppfyller denna miniminivå, det vill säga uppger att de samarbetar med alla de nämnda aktörerna. Variationen mellan regioner är stor, från 89 procent av enheterna i Stockholm till 56 procent i Örebro som uppfyller nivån i sin helhet.

De två aktörer som flest USVE uppger att de inte samarbetar med är patientorganisationer och näringsliv. I samtliga regioner finns enheter som saknar sådant samarbete. I stort sett alla samarbetar dock med andra vårdenheter och universitet och högskolor, både inom den egna regionen och med andra (286 av 292 enheter, 98 procent).

Av 268 USVE med patientkontakt uppger 28 (10 procent) att de saknar samarbete med patientföreträdare i planering av klinisk forskning.¹⁵ Vid förra utvärderingen uppgav hela 34 procent att sådan samverkan inte fanns. Senaste enkätundersökningen visar alltså en förbättring, men variationen är stor

¹⁵ Vissa USVE saknar direkt patientkontakt, och för dem krävs inte samarbete med patientorganisationer för att Socialstyrelsen ska bedöma miniminivån som uppfylld.

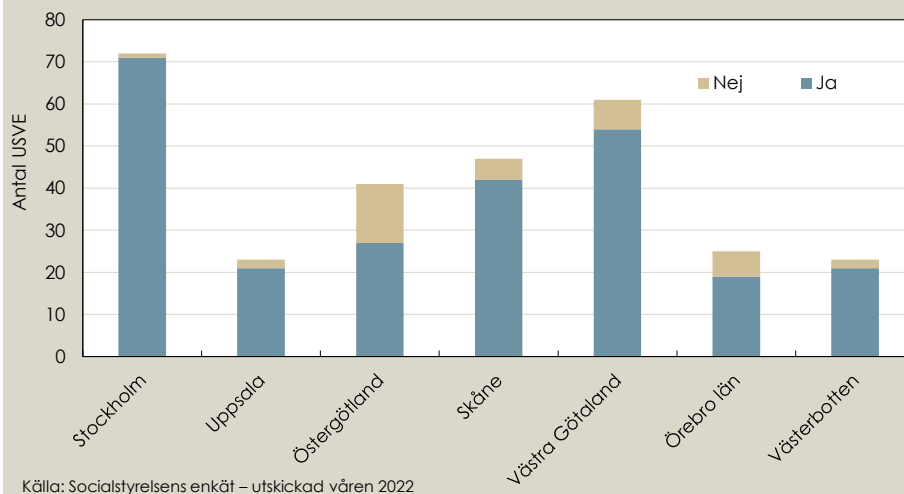
mellan regioner. Den absoluta majoriteten av enheterna i Region Västerbotten (22 av 23) och Region Uppsala (19 av 20) har sådan samverkan med patienter, men endast 13 av Örebro läns 19 enheter, se Diagram 5.



Totalt 255 enheter (87 procent) samverkar med näringslivet angående planering av klinisk forskning, vilket är bättre än förra utvärderingens 80 procent. Även här är spridningen stor mellan regioner, där enheterna i Region Stockholm till exempel anger dylikt samarbete i större utsträckning (71 av 72 USVE) än de i till exempel Region Östergötland (endast 27 av 41 USVE), se Diagram 6.

Under den fördjupade granskningen och intervjuerna med regionala ledningsorgan har frågan väckts om det bör vara ett krav att samverka med näringslivet. Exempelvis kan förekomsten av företag inom sektorer som är relevanta för USVE påverka i vilken utsträckning enheterna förmår samverka med näringslivet. Se vidare i motsvarande avsnitt i kapitel 6 om intervjuer med regionala ledningsorgan.

Diagram 6. Samverkan med näringslivet i klinisk forskning

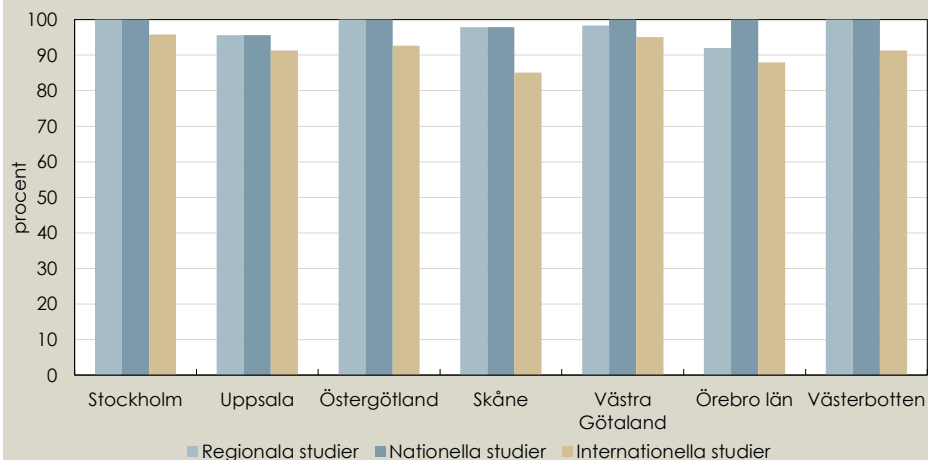


Miniminivå 7: Kliniskt verksam personal vid USVE bedriver eller deltar kontinuerligt i regionala, nationella eller internationella studier avseende klinisk forskning.

Nästan alla USVE bedriver forskning med både regionala och nationella samarbeten (Diagram 7).

Endast två uppger att den kliniskt verksamma personalen inte deltar i regionala, nationella eller internationella forskningsprojekt. Miniminivån är inte formulerad med krav på just internationellt samarbete, men ALF-avtalet anger att universitetssjukvården ska bedriva forskning av hög internationell kvalitet. Totalt 21 USVE uppger att de inte deltar i några internationella studier. Störst andel finns i Region Örebro län (3 av 25 USVE) och Skåne (6 av 47).

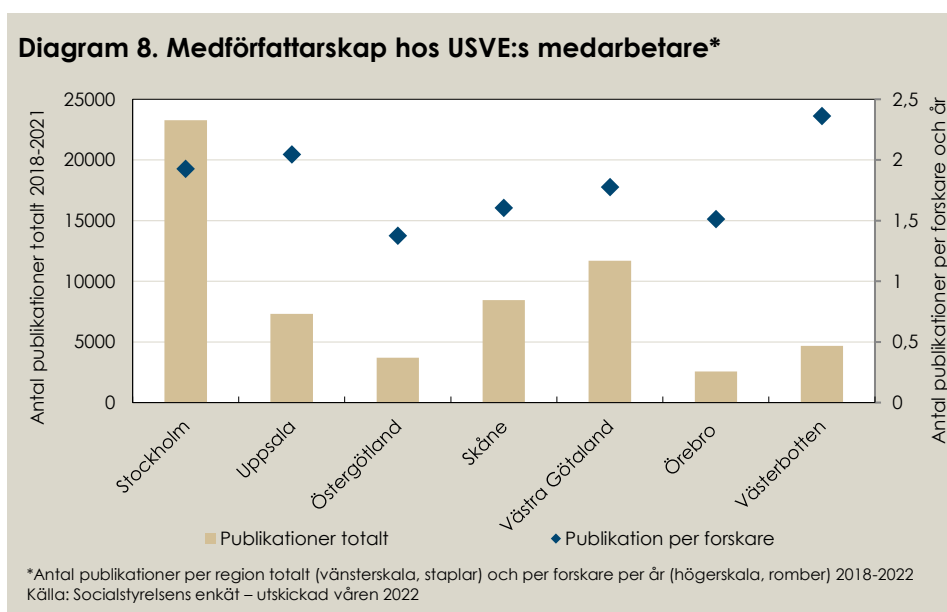
Diagram 7. Deltagade i regionala, nationella och internationella kliniska studier



Miniminivå 8: På USVE finns en kontinuerlig produktion av vetenskapliga artiklar

Överlag uppnås denna nivå väl: 286 av 292 USVE (98 procent) uppger att de har medverkat till mer än fem vetenskapliga artiklar under utvärderingsperioden, medan 1 uppger noll artiklar och för 5 enheter i Region Skåne saknas data. Medianen uppgår till 135 artiklar per enhet under fyraårsperioden. I den nedre tiondelen finns 16 eller färre arbeten och i den övre 477 eller fler artiklar.

Den vetenskapliga produktionen vid USVE ökar generellt.¹⁶ Under 2018–2021 medverkade deras medarbetare till totalt drygt 15 000 medförfattarskap¹⁷ i vetenskapligt granskade artiklar per år, jämfört med drygt 12 000 per år 2015–2017. Antalet fortsatte även att stiga under den senaste utvärderingsperioden, från 13 700 stycken 2018 till drygt 17 000 medförfattarskap 2021. Den 31 december 2021 fanns cirka 8 500 kliniskt verksamma forskare vid USVE (inklusive aktiva doktorander). Det ger i snitt 1,8 medförfattarskap per forskare¹⁸ och år (2018–2021). Region Västerbotten ligger här i topp med 2,5 medförfattarskap per forskare, följt av regionerna Uppsala och Stockholm (Diagram 8).



Miniminivå 9: Kliniskt verksam personal vid USVE deltar regelbundet i vetenskapliga möten/konferenser med egen vetenskaplig presentation

Denna nivå uppfylls av i stort sett samtliga USVE.

¹⁶ Den vetenskapliga produktionen motsvarar inte det totala antalet vetenskapliga artiklar på nationell nivå. Om en artikel har medförfattare från olika USVE kommer den att rapporteras en gång per enhet. En ökning kan alltså även vara resultatet av ökat samarbete mellan olika enheter.

¹⁷ Med medförfattarskap menas att minst en forskare vid en USVE medverkat som författare till en vetenskapligt granskad artikel. Medförfattarskap räknas en gång per USVE, även om flera medarbetare medverkat.

¹⁸ Aktiva doktorander och disputerade som aktivt bedriver klinisk forskning inkluderas.

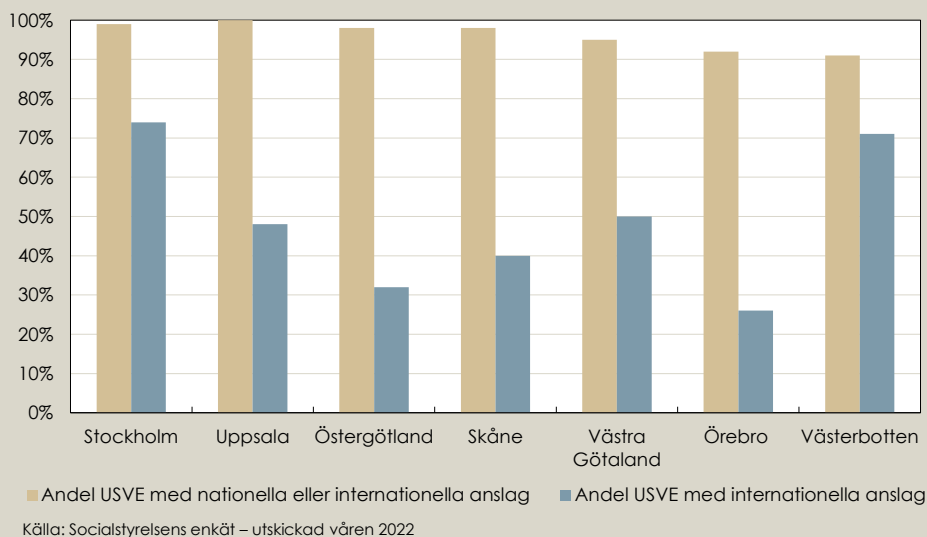
Miniminivå 10: Minst en forskare vid USVE har minst ett beviljat anslag i nationell eller internationell konkurrens med pågående dispositionsrätt

Den 31 december 2021 hade 282 enheter (97 procent) minst ett nationellt eller internationellt anslag med pågående dispositionsrätt. I Region Uppsala uppfylls miniminivån av alla USVE, i Region Stockholm, Region Skåne och Region Östergötland av alla utom 1 och i övrigt är det 2–3 USVE per region som inte uppfyller kravet. I Region Örebro län och Region Västerbotten finns förhållandevis färre USVE, vilket ger en lägre andel som uppfyller nivån (omkring 90 procent).

Det är stor skillnad mellan regionerna i andel USVE som fått anslag i internationell konkurrens. Region Västerbotten och Region Stockholm ligger högst med 65–74 procent medan andelen i Region Östergötland och Region Örebro är 30 procent eller lägre (Diagram 9).

De USVE som har fått anslag i nationell eller internationell konkurrens fick också ange om de sökt och fått anslag från så kallade excellenta finansierare, till exempel Vetenskapsrådet, EU och National Institutes of Health (NIH).¹⁹ Sett till andel är variationen mellan regionerna stor, vad gäller både mottagna anslag och andel som söker. Här utmärker sig Region Stockholm och Region Västerbotten där mer än 95 procent av de aktuella enheterna fått excellenta anslag. Dessa regioner utmärker sig också, tillsammans med Region Uppsala och Region Östergötland, i att så gott som alla tillfrågade enheter har sökt medel från excellenta finansierare. I Region Örebro län och i Region Skåne hade en dryg tiondel inte sökt dessa medel.

Diagram 9. Nationella och internationella forskningsanslag



¹⁹Till de excellenta finansierarna räknas Cancerfonden, EU-kommissionen, EU:s forsknings- och utvecklingsprogram, Formas, Forte, Hjärt-Lungfonden, Knut och Alice Wallenbergs stiftelse, NIH, Riksbankens jubileumsfond, Styrelsen för strategisk forskning och Vetenskapsrådet.

Universitetssjukvården ska enligt ALF-avtalet bedriva forskning av nationell och internationell hög kvalitet och följa den internationella utvecklingen. Excellentia eller internationella anslag och samarbeten är i sig ingen garant för kvalitet, men fler USVE bör söka excellentia och internationella forskningsanslag för att bättre spegla intentionen i ALF-avtalet.

Socialstyrelsen ser behov av

- att vissa USVE i högre utsträckning söker medel från excellentia och internationella forskningsfinansiärer.

Miniminivå 11: Kliniskt verksam personal vid USVE har tillgång till relevant stöd och lokaler som möjliggör klinisk forskning i tillräcklig omfattning

Totalt 255 USVE anser att de har stöd och lokaler som möjliggör klinisk forskning i tillräcklig omfattning. Resten svarar att de har stöd, men inte i tillräcklig omfattning. Dessa enheter finns i samtliga regioner, men regionerna Skåne och Uppsala utmärker sig med 22 respektive 26 procent som uppger att stödet inte är tillräckligt. Ofta saknas lokaler för klinisk forskning i anslutning till kliniken eller personal som stödjer forskningen (till exempel forskningssjuksköterska, jurist för avtalsskrivning och statistiker).



Miniminivåer VFU för läkare

Utbildning är det område där miniminivåerna uppnås i lägst grad (jämfört med miniminivåerna för forskning och utveckling av hälso- och sjukvård: 88 procent i genomsnitt nationellt). Knappt en tredjedel av alla USVE uppfyller samtliga miniminivåer, och det med stor variation mellan regionerna – från inga enheter i Västerbotten till drygt hälften i Stockholm. De flesta enheter svarar att lärandemål är kända, att det finns instruktioner till VFU-handledare och att studenterna har en namngiven handledare. De miniminivåer som uppnås i lägst grad gäller att all personal som deltar i VFU ska ha pedagogisk utbildning och att enheten ska kunna visa hur de använder studenternas synpunkter i sitt förbättringsarbete. Flera anser även att de inte har tillräckligt med lokaler och basal utrustning för att klara sitt utbildningsuppdrag.

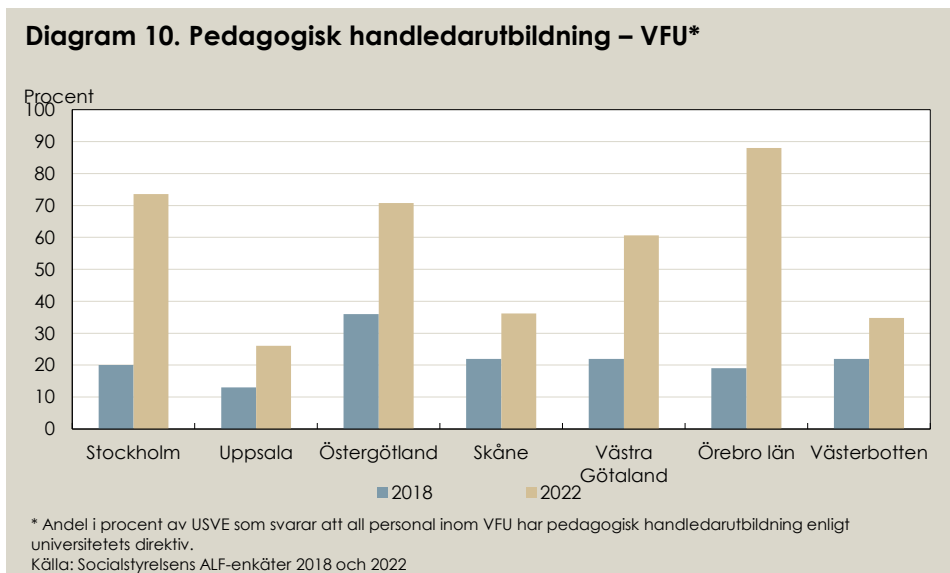
Miniminivå 12: Vid USVE erbjuds verksamhetsintegrerad utbildning och/eller annan utbildningsinsats

Vid 271 USVE har läkarstuderande varit placerade på VFU under uppföljningsperioden, och vid övriga enheter, utom 2 i Region Skåne, uppges någon annan form av utbildningsinsats.

Miniminivå 13: Den personal som regelbundet deltar i verksamhetsintegrerad utbildning för läkarstuderande vid

USVE har erforderlig pedagogisk handledarutbildning enligt universitets direktiv

Långt ifrån alla USVE uppger att de uppfyller miniminivån, se Diagram 10. Överlag ses dock en förbättring jämfört med förra utvärderingen, om än från mycket låga nivåer.



Det har framkommit både i fritextsvar och under intervjuer att ett antal USVE inte är medvetna om vilka direktiv som gäller, alternativt saknar direktiv eller har direktiv som inte tydligt beskriver vilken pedagogisk utbildning som krävs för olika moment vid VFU (se även kapitel 6). Av fritextsvaren att döma verkar de flesta enheter dock ha tolkat miniminivån som att utbildningskravet framför allt gäller läkare med handledaransvar, och en del anger att alla handledare (det vill säga läkare) ännu inte har genomgått handledarutbildning. Som anledning anges ofta brist på tid, svårt att få plats på pedagogisk utbildning och pandemin.

Socialstyrelsens bedömning

- Universiteten behöver tydligt definiera vilken pedagogisk utbildning som krävs för de medarbetare som regelbundet deltar i VFU för läkare, utifrån olika ansvarsområden under VFU.
- Regionerna behöver systematiskt följa upp vilka av de kliniskt verksamma medarbetarna som har genomgått handledarutbildning för VFU.

Miniminivå 14: Vid USVE erbjuds alla läkarstuderande en namngiven handledare under verksamhetsintegrerad utbildning som de kan vända sig till

Av de 271 USVE som haft läkarstuderande placerade för klinisk utbildning under uppföljningsperioden anger 254 (94 procent) att alla erbjuds en namngiven handledare. Av de resterande 17 enheter som haft studenter placerade

hos sig uppger många att det inte är aktuellt med enskild handledare, till exempel enheter inom radiologi, patologi, laboratoriemedicin och bildiagnostik, eller att placeringen är mycket kort och att det kan vara handledning i grupp med olika handledare vid olika tillfällen.

Miniminivå 15: Personal som handleder läkarstudenter vid USVE följer handledarinstruktioner

För att uppfylla denna miniminivå krävs att USVE tillgängliggör instruktioner för den personal som handleder läkarstudenter. Bland de 271 USVE som uppger att de haft läkarstuderande placerade för klinisk utbildning under uppföljningsperioden anger alla utom 14 att instruktioner finns i skriftlig form. Instruktionerna görs kända genom handledarträffar, att kursansvarig informerar vid uppstartsmöten, eller på annat sätt (se Diagram 7 i bilaga 3). Huruvida instruktionerna följs eller inte går inte att säkerställa utifrån enkäten. Bland de som saknar skriftlig instruktion anges, likt frågan ovan om namngiven handledare, ibland att det inte är aktuellt eller att instruktionerna är under framtagande eller revidering.

Miniminivå 16: Utbildningens lärandemål för VFU/VIL är kända av personal som handleder läkarstudenter

För att uppfylla denna miniminivå krävs att USVE gör lärandemålen kända för den personal som handleder läkarstudenter. Samtliga USVE redovisar att de gjort målen kända på något sätt.

Miniminivå 17: Vid USVE används en känd skriftlig rutin för studenter som inte uppfyller lärandemålen

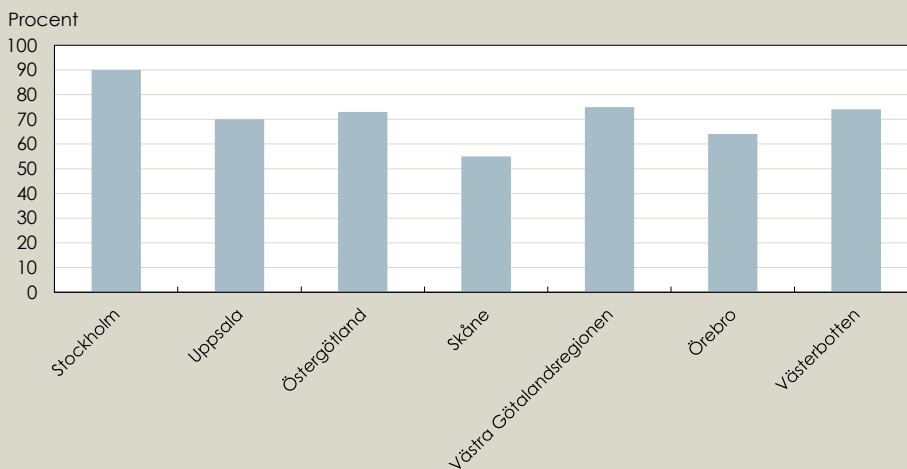
Av samtliga USVE uppger 267 att de har en skriftlig rutin för hur universitetet ska informeras om studenter som inte klarar lärandemålen. Bland övriga 25 uppger 2 i Skåne att de inte har studenter hos sig. Det är bara i Region Stockholm och i Västra Götalandsregionen som alla enheter anger att de har en sådan skriftlig rutin, och i regionerna Skåne och Uppsala saknas en sådan hos mer än en femtedel av enheterna.

Miniminivå 18: USVE kan redovisa exempel på hur kursutvärderingar och uppföljningar under VFU/VIL har använts i förbättringsarbetet

De allra flesta USVE uppger att de använder universitetets kursutvärderingar eller gör uppföljningar under VFU och använder resultaten i sitt förbättringsarbete. För att utvärdera om enheterna uppfyller miniminivån har Socialstyrelsen efterfrågat exempel på *hur* kursutvärderingar och uppföljningar har använts under VFU/VIL, och bedömt om exemplet konkretiserar hur enheter använder resultat för att förbättra verksamheten.²⁰ Framgår inte detta bedömer vi att miniminivån inte är uppnådd.

²⁰ Exemplet skulle vara en konkret beskrivning av hur resultaten bearbetas, alltså beskriva någon form av övervägande eller handling. Att resultaten endast delges en person eller personalgrupp har Socialstyrelsen bedömt som otillräckligt. Huruvida exemplet beskriver resultatet av förbättringsarbetet har inte bedömts.

Diagram 11. Återkoppling från studenter används i förbättringsarbete*



* Andel USVE som beskriver hur utvärderingar och uppföljningar från verksamhetsförlagd utbildning eller verksamhetsintegrerat lärande används för att förbättra verksamheten.
Källa: Socialstyrelsens enkät – utskickad varen 2022

USVE i Region Stockholm utmärker sig med att 90 procent (65 av 72) kan ge ett tydligt exempel på hur studenternas synpunkter används i förbättringsarbetet. I övriga regioner är andelen betydligt lägre (Diagram 11).

Miniminivå 19: USVE tillhandahåller lokaler och basal utrustning som möjliggör verksamhetsintegrerad utbildning av läkarstudenter

Totalt 258 USVE anser att de har lokaler och basal utrustning för att utbilda läkare, medan 31 inte har tillräckligt och 3 (som inte har VFU) svarar att de inte alls har sådant. När resurserna ses som otillräckliga gäller det nästan alltid brister i lokaler för undervisning och handledning av studenter i klinikmiljö.

Miniminivåer utveckling av hälso- och sjukvården



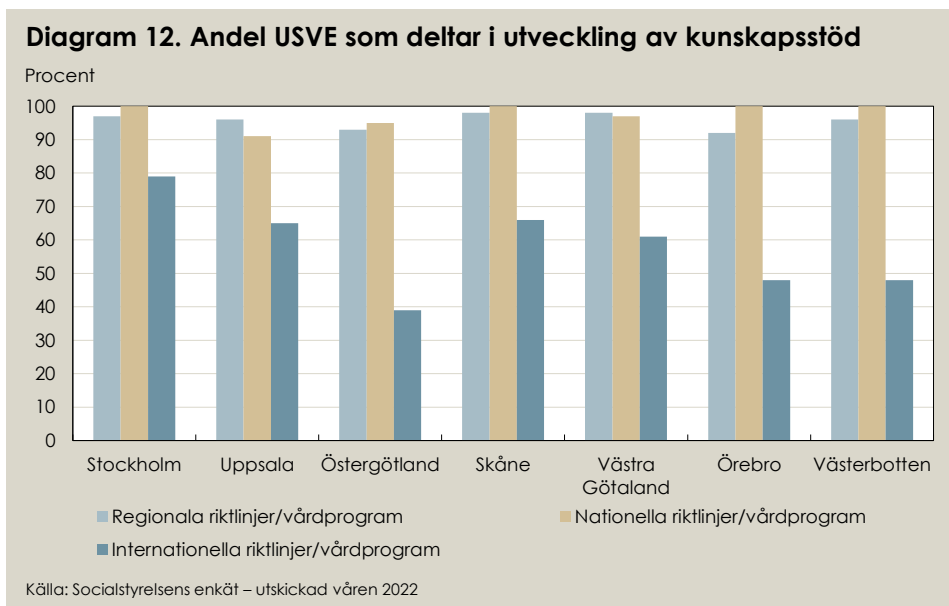
Inom utveckling av hälso- och sjukvård uppfylls miniminivåerna i genomsnitt till 92 procent. Alla regioner uppfyller miniminivå 20 som handlar om att USVE kan redovisa på vilket sätt kliniskt verksam personal använder kunskapsstöd. För de övriga behöver alla regioner bli bättre. Störst förbättringspotential gäller användning av kvalitetsregister (miniminivå 22) och patienternas upplevelser (miniminivå 23) i utvecklingsarbetet (Tabell 3). Många enheter har bara nämnt vilka kvalitetsregister de rapporterar till och kanske bedriver forskning på, men få konkretiserar hur detta har bidragit till utveckling av verksamheten.

Miniminivå 20: USVE kan redovisa på vilket sätt kliniskt verksam personal använder kunskapsstöd

Samtliga 292 USVE uppfyller miniminivån. Enheterna har olika sätt för att säkerställa att kliniskt verksam personal använder kunskapsstöd. De flesta använder multidisciplinär konferens eller terapikonferens. Processkarta är det sätt som används mest i alla regioner (bilaga 3, Tabell 1).

Miniminivå 21: Kliniskt verksam personal vid USVE har under året deltagit i framtagande eller uppdatering av kunskapsstöd

De flesta USVE anger att kliniskt verksam personal deltog i att ta fram eller uppdatera regionala och nationella riktlinjer eller vårdprogram (96 respektive 98 procent) under perioden 2018–2021 (Diagram 12). I fem av sju regioner uppnås miniminivån till 100 procent, och endast en enhet i Uppsala och en i Östergötland uppnår den inte.



När det gäller att ta fram internationella riktlinjer och kunskapsstöd är det dock betydligt färre USVE som deltar i sådant arbete.

Socialstyrelsen anser att fler enheter skulle kunna delta i arbete med internationella kunskapsstöd, vilket skulle vara i linje med ALF-avtalets intentioner om ökad internationalisering.

Socialstyrelsens bedömning

- Fler USVE behöver öka sitt bidrag till framställande av fler internationella behandlingsrekommendationer och riktlinjer.

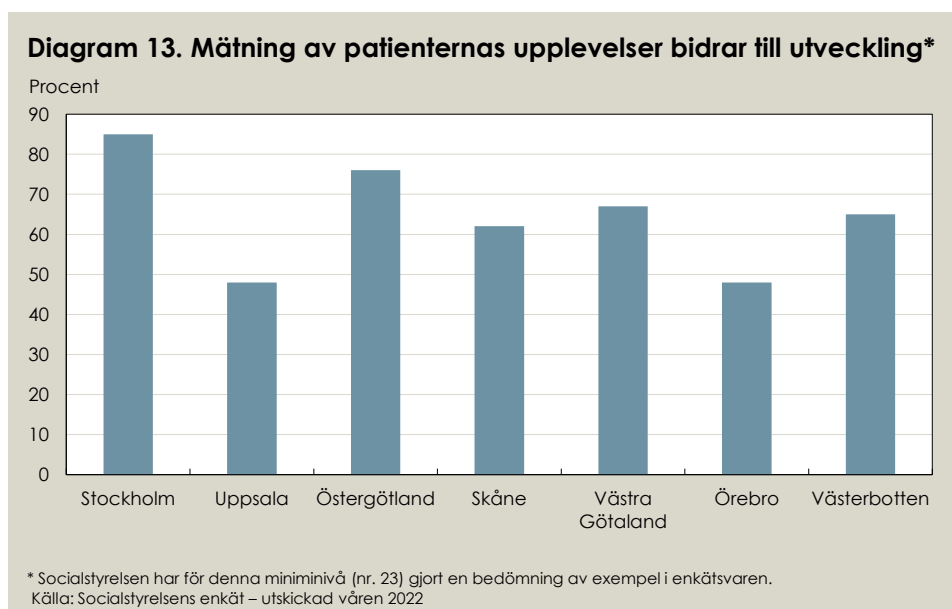
Miniminivå 22: USVE använder data från för verksamheten relevanta kvalitetsregister i utvärdering och utveckling av verksamheten.

De flesta USVE har använt data från relevanta kvalitetsregister för att utvärdera och utveckla verksamheten. Få ger dock tydliga exempel på *hur* data används, men detta har inte vägts in i bedömningen eftersom frågan inte var tydligt formulerad. Till nästa utvärdering behöver Socialstyrelsen förtydliga denna fråga.

Miniminivå 23: USVE använder data från mätningar av patienternas upplevelser och kan redovisa att det bidragit till utveckling av verksamheten

För att miniminivån ska vara uppnådd måste enheten i fritextsvar i enkäten kunna lämna minst ett exempel på hur resultat från PROM eller PREM använts till utveckling av verksamheten²¹. Hur miniminivån ska tolkas behöver förtydligas till nästa utvärdering (se vidare kapitel 7).

Utifrån denna bedömning behöver enheterna i alla regioner bli bättre på att nyttja PROM och PREM i utvecklingsarbetet. I Region Stockholm är enheterna bättre än i andra regioner på att redovisa hur patientupplevelserna används. Diagram 13 visar andelen som gjort mätningar av patienternas upplevelser och kan redovisa att det bidrog till verksamhetsutveckling under perioden 2018–2021. Ett fåtal enheter saknar direkt patientkontakt²² och för dem är denna miniminivå inte relevant. Det finns uppgifter om insamlande av PROM och PREM var för sig i bilaga 3.



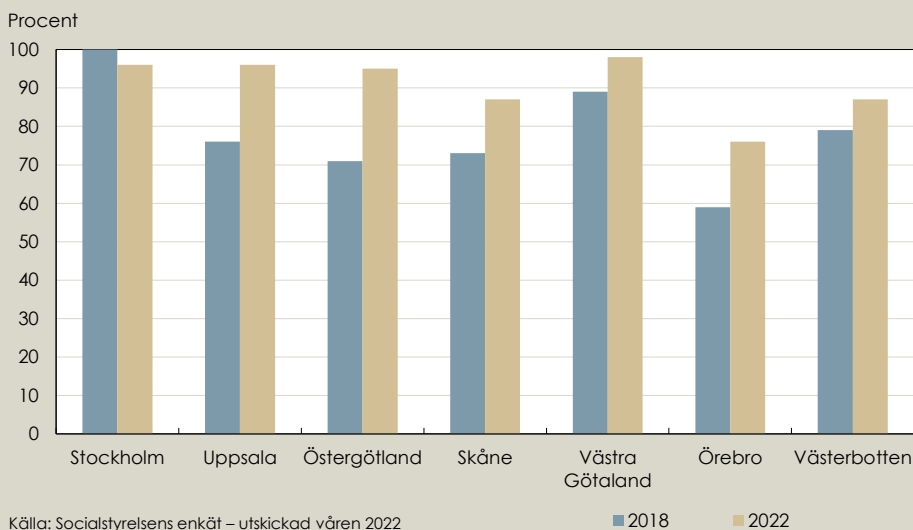
Miniminivå 24: USVE samverkar med patienter och närstående eller patient- och närståendeorganisationer i utvärderings- och utvecklingsarbetet

Jämfört med förra utvärderingen (2018) har patient- och närståendesamverkan vid utvecklingsarbete ökat för de sju regioner som ingår i utvärderingen. Region Örebro har minst andel enheter som samverkar med patient- och närståendeorganisationer (Diagram 14). Jämfört med förra utvärderingen ses alltså en förbättring.

²¹ Med *utveckling* menar vi att något i enhetens arbetssätt har ändrats, eller att enheten på ett konkret sätt har förbättrat sin produktion av vård och behandling eller spridning av kunskap eller forskning.

²² Exempelvis klinisk farmakologi, arbets- och miljömedicin, klinisk genetik och genomik, klinisk mikrobiologi, klinisk immunologi och transfusionsmedicin, klinisk kemi, klinisk patologi och klinisk fysiologi.

Diagram 14. Samverkan med patienter i utvärdering och utveckling



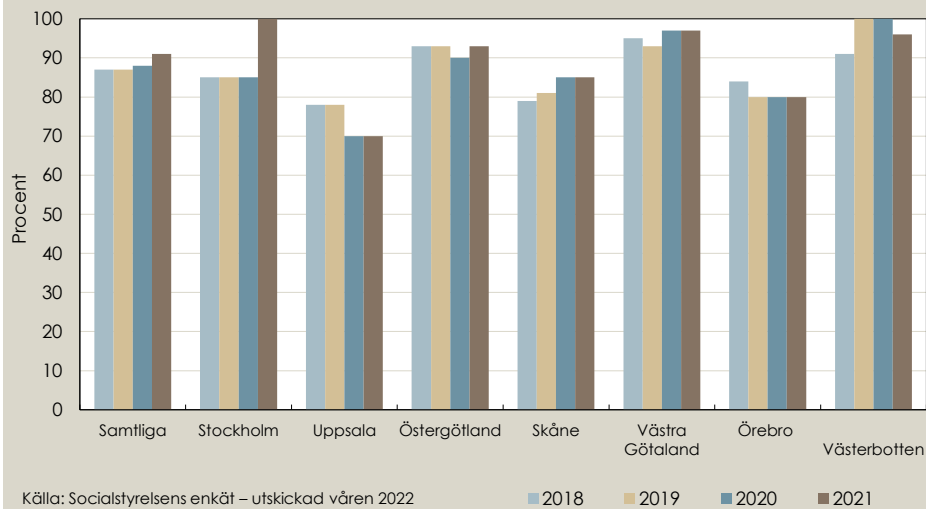
Miniminivå 25: USVE har en skriftlig och på ledningsnivå beslutad strategi, rutin eller motsvarande som stöder innovationer, till följd av utvecklingsarbete och forskningsresultat, och som är känd i verksamheten

Alla regioner har en fastställd innovationsstrategi eller motsvarande, och 91 procent av USVE uppger att den är känd i verksamheten. Lägst kännedom om strategin finner vi i regionerna Uppsala, Västerbotten och Skåne.

Miniminivå 26: USVE förmedlar resultat av sin verksamhet och sitt utvecklingsarbete i en skriftlig årsrapport

För att bedöma om miniminivån uppnås har vi undersökt vilka enheter som publicerade en årsrapport 2021. Mer än 90 procent av alla USVE i regionerna Västerbotten, Västra Götaland, Östergötland och Stockholm beskriver resultaten i en årsrapport. I Uppsala, Skåne och Örebro är andelen 75 procent, 70 procent respektive 80 procent (Diagram 15).

Diagram 15. Produktion av skriftlig årsrapport rörande verksamhetsresultat och utvecklingsarbete hos de deltagande USVE



Miniminivå 27: Vid USVE finns en rutin för att kontinuerligt följa upp den kliniskt verksamma personalens individuella fortbildnings- och vidareutbildningsplaner

Alla USVE i Stockholm, Östergötland, Västra Götaland, Örebro och Västerbotten uppnår miniminivån. I Uppsala är det 5 av 23 enheter som inte uppfyller miniminivån, och 1 i Skåne.

5. Fördjupad granskning inom fem medicinska områden

Socialstyrelsen har utfört en fördjupad granskning med platsbesök och intervjuer vid ett urval USV-enheter inom fem medicinska områden. Den fördjupade granskningen ska bidra till kvalitetsutveckling av universitetssjukvården generellt, genom en ökad förståelse för universitetssjukvårdens förutsättningar, och fånga upp lärande exempel på arbetssätt som kan spridas vidare. Ett annat syfte är att få en ökad förståelse för de granskade specialiteternas specifika förutsättningar.

Förslagen på medicinska specialiteter att granska kom från nationella styrgruppen för ALF. De valdes utifrån Socialstyrelsens definitioner av specialiteter för ST-läkare. De medicinska områden som ingått är:

- barn- och ungdomspsykiatri (BUP)
- allmänmedicin och primärvård
- neurologi
- ortopedi
- akutsjukvård.

Tre av områdena valdes för att olika typer av utmaningar identifierats inom dem: akutsjukvård, BUP och allmänmedicin och primärvård. Neurologi och ortopedi valdes för att de länge utgjort universitetssjukvård men inte granskats tidigare.

Akutsjukvård valdes eftersom det är en relativt ny specialitet där akademiseringen är under uppbyggnad. Inom BUP har man efterfrågat en tydligare bild av hur universitetssjukvården bedrivs i den kliniskt mycket snabbt växande specialiteten. Primärvård och allmänmedicin särskiljer sig organisatoriskt från sjukhusvård, vilket ger speciella förutsättningar, och forskningsverksamheten är relativt liten i förhållande till den övriga verksamhetens storlek.

En USV-enhet i varje ALF-region har valts ut för fördjupad granskning inom var och en av specialiteterna.²³ Granskningen har utförts med hjälp av anlitade experter med relevant vetenskaplig och klinisk expertis.

Vissa av de granskade USV-enheterna ligger i angränsande regioner eller inkluderar privata aktörer som en del av sin verksamhet. Den region som ingått det nationella ALF-avtalet har ansvaret för att miniminivåerna uppfylls, oavsett om den själv är utförare eller har avtal med en annan utförare.

²³ Undantaget Västerbotten där endast fyra USV-enheter granskats eftersom det inte finns någon enhet inom akutsjukvård. I de fall det har funnits flera enheter inom specialiteten i samma region har slumpen fått avgöra vilken av dem som ska granskas.

Generella iakttagelser

I detta avsnitt presenteras generella iakttagelser och reflektioner som Socialstyrelsen gör utifrån generella mönster som framkommit under den fördjupade granskningen, och som rör alla eller åtminstone flera specialiteter.

En generell iakttagelse från de fördjupade granskningarna är att universitetssjukvården tampas med att frigöra tid för forskning och utveckling i en vardag där vårdbehoven ofta är av mer akut karaktär. Utöver att forskning och utveckling är en förutsättning för att kunna tillhandahålla en god vård i framtiden, har även möjligheten till forskning och utveckling lyfts som en framgångsfaktor för att kunna rekrytera och behålla kompetent personal.

Socialstyrelsen anser därför att det är en fördel om verksamhetschefen vid USV-enheterna har en djupgående förståelse för de förutsättningar som krävs för att bedriva forskning. Utöver betydelsen för forskningsverksamheten är detta även viktigt för att bibehålla den akademiska basen för utbildningen, samt evidensbaserad utveckling av hälso- och sjukvården. Här kan egen erfarenhet av forskning och det kritiska förhållningssätt som lärs ut i akademisk högre utbildning vara betydelsefull för att förstå och värdesätta vad som krävs för att bedriva forskning, utbildning och utveckling.

Socialstyrelsen ser behov av

- att regionerna och USV-enheterna verkar för att verksamhetscheferna vid USV-enheterna är vetenskapligt meriterade (minst doktorsexamen).

Klinisk forskning

Även om miniminivåerna inom klinisk forskning till stor del uppnås finns på vissa USV-enheter en relativt skör situation, där enstaka erfarna forskare ansvarar för hela forskningsverksamheten.

Vid andra USV-enheter var förutsättningarna för forskarna att samarbeta inte fullt utvecklade. Detta kunde i vissa fall bero på att USV-enheten var utspridd på flera olika geografiska platser. I andra fall kunde det bero på att det saknades andra förutsättningar för möten och erfarenhetsutbyte, exempelvis organiserade forum för presentation av resultat och diskussion.

Sammanfattningsvis anser Socialstyrelsen att det behövs både ett tillräckligt antal forskare, samt förutsättningar för forskarna vid USV-enheterna att ha utbyte av varandra, för att högkvalitativa forskningsprojekt ska kunna bedrivas med kontinuitet över tid. USV-enheterna behöver bedriva ett strategiskt arbete för att försäkra sig om att dessa förutsättningar finns, vilket underlättas av en tydlig ansvarsfördelning för det strategiska arbetet.



Socialstyrelsen ser behov av

- att regionerna och USV-enheterna säkerställer för att det finns tillräckligt många erfarna forskarhandledare inom alla relevanta professioner och specialiteter, både på kort och lång sikt
- att USV-enheterna organiseras på så sätt att forskarna inom en enhet har förutsättningar att ha utbyte av varandra. Dessa förutsättningar innefattar geografisk närhet, tid och kanaler för att utbyta erfarenheter och idéer.
- att den eller de i ledningen som har ansvar för FoUU behöver ha tillräckligt med tid och mandat att driva strategiska forsknings-, utbildnings- och utvecklingsfrågor inom USV-enheten.



VFU för läkare

Den största aktuella utvecklingsfrågan inom läkarutbildningen är utökningen av läkarprogrammet till att bli sexårigt. Största delen av den utökade utbildningstiden kommer att vara VFU. Detta gör att verksamheterna kommer att få ta hand om fler studenter framöver, vilket ställer ökade krav på allt från handledarkompetens till lokaler. Det har även uttryckts en oro för att specialistarbetet tas bort i läkarutbildningen. Detta innebär att alla läkarstudenter inte längre får genomföra ett vetenskapligt arbete under sin utbildning, vilket skulle kunna minska möjligheten att rekrytera läkare som vill fortsätta forska.

Det har också framkommit att det saknas en struktur i regionerna för att följa upp om alla som handleder studenter har handledarutbildning. Trots detta har de flesta USV-enheter valt att svara i enkäten att all personal har erforderlig pedagogisk handledning, vilket alltså kan vara en överskattning.

I samband med att läkarprogrammet blir sexårigt med utökad VFU anser Socialstyrelsen att det kommer bli än viktigare att kunna följa upp systematiskt att all personal som deltar i VFU har erforderlig pedagogisk utbildning, eftersom fler utförare i olika driftsformer kommer att bedriva VFU vilket gör det svårare att överblicka vilka medarbetare som har erforderlig pedagogisk utbildning.

Socialstyrelsens bedömning

- Regionerna behöver systematiskt följa upp vilka av de kliniskt verk-samma medarbetarna som har genomgått handledarutbildning för VFU.

Upplägget av VFU, både innehållet och fördelningen av tid mellan olika specialiteter, varierar mycket mellan de olika lärosätena. Att VFU är olika upp-lagd till omfång och innehåll innebär att nyutexaminerade läkare från olika lärosäten inte har samma kunskaper och erfarenheter inom alla medicinska områden. Exempel från den fördjupade granskningen på medicinska områden där omfånget skiljer sig stort är inom akutsjukvård och BUP. I båda dessa

medicinska områden får inte alla läkare ta del av VFU vid vissa universitet, medan det ingår vid andra. Detta får som konsekvens att läkare som utbildats vid olika universitet kan behöva olika typer av handledning och lärande i sin fortsatta yrkesutövning och specialisering.

Det finns inte heller alltid enligt vad Socialstyrelsen erfar lärandemål för VFU som går att examinera inom alla medicinska specialiteter, och även detta skiljer sig mellan universiteten.

När det gäller förbättringsarbete utifrån studenternas kursutvärderingar och uppföljningar har det vid flera platsbesök framkommit att USV-enheterna vid förfrågan kan uppvisa konkreta exempel på förbättringsarbete, trots att detta inte framkommit i enkätsvaren. Här har det således framkommit en otydlighet i vad som har efterfrågats i enkäten för att vi ska kunna bedöma om miniminivån om förbättringsarbete uppnås.

Utveckling av hälso- och sjukvården

Utifrån de exempel som gavs i enkätsvaren var det för många USV-enheter oklart i vilken utsträckning verksamheterna använder sig av patientrapporterade mått i sitt utvecklingsarbete. På samma sätt ger flera av de USV-enheter som ingått i den fördjupade granskningen exempel på publicerade vetenskapliga artiklar som bygger på data från kvalitetsregister, i sina enkätsvar på frågan om utvecklingsarbete baserat på kvalitetsregister. Det är dock i flertalet fall oklart om detta också implementerats i utvecklingsarbetet i verksamheterna, vilket är ett krav enligt miniminivåerna.

De flesta USV-enheter uppger att det finns en regional innovationsstrategi som är känd av medarbetarna. Även om Socialstyrelsen bedömt att miniminivån uppnås finns det i flertalet fall en förbättringspotential. Den är ofta känd bland den forskningsaktiva personalen och de som redan är involverade i utvecklingsarbeten, men det är mer oklart hur spridd den är bland de övriga medarbetarna.



Primärvård och allmänmedicin

Primärvården är i de flesta fall den del av hälso- och sjukvården som patienten träffar först. Primärvård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. I primärvård ingår medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda resurser eller kompetenser inom specialiserad vård. Hit räknas främst allmänläkare, distriktssköterskor och fysioterapeuter, samt verksamhet inom mödra- och barnhälsovård. Primärvården är även ansvarig för att behandla stora folksjukdomar såsom diabetes, hjärt- och kärlsjukdom och astma (3). Mer än hälften av alla invånare besöker primärvården minst en gång om året, och den har därför också en viktig roll i prevention och tidig upptäckt av sjukdomar. För närvarande pågår en kraftsamling både nationellt och regionalt med ambitionen att vården ska ges nära befolkningen och i första hand som öppen vård, med en utbyggd primärvård som bas. Genom denna omställning ska primärvården bli navet för all vård (3). En förhållandevis liten andel av forskning och VFU utförs i dag inom primärvården, i relation till den forskning och utbildning som utförs inom slutenvården. När

primärvårdens ansvar för vården utökas, bör även ansvaret för forskning och utbildning inom primärvården utökas, enligt Tillgänglighetsdelegationen (3).

För att tillhandahålla en god och nära vård till hela befolkningen bör det enligt Tillgänglighetsdelegationen ske en ökad regionalisering av utbildning och forskning inom primärvården. Ett par regioner har redan påbörjat en sådan regionalisering. Regionaliseringen innebär att avtal slutits med närliggande regioner om att ta emot studenter för VFU. Syftet är dels att få ett större antal möjliga VFU-placeringar, vilket behövs då antalet studenter ökar, dels att säkra kompetensförsörjningen i hela landet genom att studenterna lokaliserar utanför universitetsorterna. Under förutsättning att de enheter de blir placerade på ökar detta sannolikheten att de också blir yrkesverksamma där(4).

Organisation

Primärvården är geografiskt spridd på många mindre enheter och vissa vårdcentraler drivs i privat regi. Detta har skapat utmaningar, inte minst för att avgöra hur USV-enheterna ska vara organiserade för optimal ledning, forskning och intern kunskapsspridning. Regionerna har hanterat detta på olika sätt, och flera förändringar har också skett under utvärderingsperioden.

För att möta primärvårdens förutsättningar har alla regioner nu inrättat ett centralt FoUU-centrum som stöttar vårdcentralernas FoUU-verksamhet. Oftast gäller det en FoUU-enhet som är avsedd för primärvården. Endast Örebro har en central FoU-organisation för all universitetssjukvård. I Skåne, Uppsala och Stockholm bildar detta FoUU-centrum, tillsammans med ett antal så kallade akademiska vårdcentraler, en USV-enhet. I Västra Götalandsregionen är primärvården indelad i fyra geografiska områden, och i varje område finns en FoUU-enhet som tillsammans med områdets samtliga vårdcentraler utgör en USV-enhet. Socialstyrelsen har granskat enheten i Södra Älvsborg.

För att bibehålla en forskaranknuten utbildning är ambitionen att vid regionalisering av utbildningen även sprida forskningsverksamhet till de platser där VFU ska bedrivas, och därigenom bygga upp en fullvärdig universitetssjukvård på dessa platser. Regionerna Västerbotten och Östergötland har genom samverkansavtal etablerat USV-enheter i angränsande regioner, och för båda regionerna har Socialstyrelsen granskat enheten i den angränsande regionen. För ALF-region Östergötland har den USV-enhet som är primärvården i Jönköpings län granskats, och för Region Västerbotten har vi granskat enheten som består av primärvården i Jämtland och Härjedalen. I båda fallen är det hela primärvårdsorganisationen i den angränsande regionen som har utsetts till USV-enhet.

Region Örebro län är den enda region där en enskild vårdcentral för närvarande är utsedd till USV-enhet. Där planeras dock en omorganisation så att enheten ska bestå av ytterligare fem vårdcentraler.



Klinisk forskning

Riktade satsningar behövs för att utöka antalet forskare i primärvården, enligt företrädare för allmänmedicin

En relativt liten del av den kliniska forskningen bedrivs inom primärvården, i relation till omfånget på den kliniska verksamheten och undervisningen. I

framtiden kommer vårduppdraget för primärvården öka ytterligare, både i omfång och i ansvar för delar av vården.

Företrädare för specialiteten vid de granskade USV-enheterna vill se en större korrelation mellan resurser för forskning i relation till vård och utbildning. Syftet med detta är att få en forskningsförankrad läkarutbildning och att de kliniska områden som är mest relevanta för patienterna ska beforskas. De lyfter att dagens struktur för anslagstilldelning gör det svårt att öka andelen tilldelade forskningsmedel, på grund av att fördelningen till stor del bygger på tidigare prestation, eller antal redan anställda forskare. Ett par regioner har uppmärksammat denna problematik och gjort riktade satsningar på forskning inom allmänmedicin. Exempelvis har Region Skåne arbetat med detta i flera år, vilket nu enligt vad utredningen erfarit har fått genomslag i en ökad forskningsproduktion. Även Region Stockholm har en sådan satsning för närvarande.

Få seniora forskare i allmänmedicin (framför allt professorer) leder också till att specialiteten ofta saknar representation i de beslutande organen inom universitetet och regionen. Detta gör att det enligt företrädarna för specialiteten inte tas tillräcklig hänsyn till primärvårdens förutsättningar i exempelvis riktlinjer för hur forskningsanslag ska fördelas. Att det finns strukturella problem med hur forskningsmedel tilldelas, som gör att primärvårdens forskning inte premieras, vilket även framkommit tidigare (4).

Vid ett par av de granskade USV-enheterna (primärvården i Region Jönköpings län och USV-enheten i Region Örebro län) finns så få seniora forskare att hela forskningsverksamheten bärs upp av en eller ett fåtal individer. Om en sådan person slutar vid enheten eller slutar forska riskerar hela forskningsorganisationen att falla.

Geografisk spridning och liten andel forskningsaktiva gör att insatser behövs för att underlätta samverkan

Det finns risk för att de aktiva forskarna inte hittar en plattform²⁴ för samverkan, och den risken är särskilt stor inom primärvården – både för att verksamheten är geografiskt spridd och för att en liten andel av personalen är forskningsverksam. Utifrån de fördjupade granskningarna tycks det vara gynnsamt att samla forskning och utveckling i centrumbildningar, så som de flesta regioner gjort. Detta gör det enklare för forskarna att samverka och lära av varandra. Ett annat arbetssätt som införts i Skåne och Stockholm, för att få fokus på forskningsfrågor, är att ha en disputerad person som är ansvarig för att samordna forskningen på varje akademisk vårdcentral inom USV-enheten. Denna person koordinerar forskningsverksamheten på vårdcentralen och fungerar även som en brygga till det centrala FoUU-centrumet.

I Västra Götalandsregionen har man i stället skapat fem centrala forskningsplattformar. Dessa interdisciplinära forskningsfaciliteter samlar forskare tematiskt inom olika ämnesområden. Dessa arbetar även med att rekrytera doktorander och skapa karriärvägar, och samordnar kliniska studier inom de aktuella områdena.

²⁴ Med forskningsplattform avses en fysisk plats eller ett forum som samlar forskare inom ett avgränsat vetenskapligt fält för att de lättare ska kunna samarbeta och utbyta erfarenheter.

Ett aktivt ledarskap behövs för att forskning och utveckling ska få utrymme i vardagen

En framgångsfaktor som lyfts i bland annat Stockholm är stort engagemang och stor förståelse för FoUU-frågor från verksamhetschefen på vårdcentralerna, för att forskning och utveckling ska prioriteras, vilket behövs i många både dagliga och strategiska beslut, i allt från att lösgöra tid för forskning till att bereda lokaler.

Fler medarbetare inom andra professioner än läkare får möjlighet att forska inom primärvården än inom andra delar av vården

Inom de flesta USV-enheter pågår forskning inom ämnen som är relevanta även för andra läkarspecialiteter än allmänmedicin, till exempel geriatrik och endokrinologi. Även forskning inom övriga hälsoprofessioner är relativt vanligt inom primärvården, även om läkarprofessionen fortsatt dominerar. Till exempel bedrivs forskning inom arbetsterapi, psykologi och vårdvetenskap. Socialstyrelsens granskning tyder på att fler medarbetare än tidigare inom andra professioner än läkare nu får tillfälle att forska, om än med utgångspunkt från mycket låga nivåer (se även Diagram 1-4 i Bilaga 4).

Socialstyrelsen ser en breddning av de områden som beforskas, samt en utveckling mot att alla professioner har lika möjlighet att göra akademisk karriär, som något positivt då det medför att utveckling kan ske inom fler aspekter av hälso- och sjukvården. Vid nästa utvärdering vore det önskvärt att belysa dessa aspekter vidare.



VFU för läkare

En relativt stor andel av läkarstudenternas VFU görs inom primärvården, vilket gör att arbetssätten är väl inarbetade och beprövade. Det generella intrycket från den fördjupade granskningen är att VFU för läkarstudenter fungerar väl vid de besökta USV-enheterna och att det finns ett stort engagemang för frågorna. Läkarstudenterna känner sig generellt väl emottagna och uppskattar speciellt att de får pröva på att själva ansvara för patientkontakterna, med återkoppling från handledare. Alla regioner arbetar också ständigt med att förbättra och utveckla utbildningen.

Omfattningen och utformningen av VFU i primärvården varierar stort mellan olika regioner, liksom enligt uppgift även lärandemålen. Utbildningsansvariga i allmänmedicin vid de sju lärosätena har dock sedan 2021 samverkat för att skapa nationella lärandemål i allmänmedicin. Detta är något som Socialstyrelsen bedömer borde öka transparensen i utbildningens innehåll och dess likvärdighet mellan olika lärosäten.

Västerbotten var först med att införa en regionaliserad läkarutbildning 2011 (3). De granskande experterna lyfter arbetet med att involvera primärvården i Region Jämtland Härjedalen i läkarutbildningen som ett lärande exempel. Införandet har genomförts genom en strategisk, finansierad och sammanhållen satsning på både forskning och utbildning från Umeå universitet och Region Västerbottens sida.

Primärvården består av ett stort antal vårdcentraler som i flera regioner har olika huvudmän och driftsformer. Många studenter är dessutom utlokaliserade till vårdcentraler som inte ingår i en USV-enhet. Denna splittring i huvudmannaskap, i kombination med att VFU inom primärvården är så omfattande, gör att Socialstyrelsen bedömer att det torde vara särskilt viktigt att systematiskt kunna följa upp vilken pedagogisk handledarutbildning de som handleder läkarstudenterna har inom primärvården.

Kombinationen av att läkarprogrammet blir sexårigt med utökad VFU, och att antalet antagna till läkarprogrammet utökas, förväntas leda till en del utmaningar enligt de utbildningsansvariga för USV-enheterna. En stor utmaning är att det redan i dag är trångt lokalmässigt på vissa vårdcentraler, men även att det behöver finnas tillräckligt många handledare som har tid och kompetens att handleda. Detta blir extra märkbart inom primärvården som kommer att få en relativt stor del av den utökade VFU:n. Om fler vårdcentraler involveras blir det ännu viktigare att följa upp utbildningens kvalitet och att lärandemålen uppfylls på samtliga vårdcentraler.

Utveckling av hälso- och sjukvården

De granskade USV-enheterna ger flera goda exempel på utvecklingsarbete. Exempelvis är samverkan med patientföreträdare och -organisationer generellt väl till mycket väl utvecklad. De exempel som har redovisats på utvecklingsarbete utifrån patientupplevelser rör dock oftast inte ren sjukvård, det vill säga hur patienterna behandlas för sitt medicinska tillstånd, utan fokus är ofta på upplevelsen av vården, det vill säga exempelvis på ökad tillgänglighet för patienterna, väntetider och digitaliseringsprojekt.



Fortsatt utveckling av FoUU inom primärvården är möjlig

Socialstyrelsen anser att det kan ha flera fördelar för den kliniska forskningen och utvecklingen av hälso- och sjukvården att fokusera dessa delar i en centrumbildning, där forskare och vårdutvecklare samlas. En av fördelarna är att både infrastruktur och kompetens, såsom handledarkompetens och statistiker, då kan utnyttjas mer effektivt. En annan är att samarbete och utbyte forskarna emellan underlättas. Utvecklingsarbetet har också, enligt vad Socialstyrelsen erfarit, ofta ett mer tydligt fördelat ansvar och tydligare resurssättning i denna typ av organisation.

En nackdel med centrumbildningar som framkommit är att det finns en risk för att de som forskar tappar kontakten med den kliniska verksamheten då de är geografiskt placerade på FoUU-centret. Detta kan bland annat leda till att frågeställningarna som forskningen söker svar på blir mindre kliniskt relevanta. Forskning och utvecklingsarbete blir också mindre synligt och känt i den övriga verksamheten, och tillfällena till spontana möten där rekrytering av forskningsintresserade kan ske minskar.

En framgångsrik centrumbildning förutsätter således att verksamheten arbetar proaktivt med att göra den forskning och utveckling som pågår känd i den kliniska verksamheten, och att tillfällena till möten mellan forskare och

kliniker skapas. Det bör även finnas en genomtänkt strategi för hur rekrytering av nya doktorander ska ske. En viktig pusselbit i detta är även att forskarna fortsätter att vara kliniskt aktiva.

Om centrumbildningen leder till en stärkt forskning och utveckling kommer detta även att gynna vård och utbildning på sikt. Eftersom en så stor del av VFU för läkare utförs inom primärvården, som därtill är en stor och komplex organisation, anser Socialstyrelsen att det är av särskild vikt att planering och organisation av VFU för läkare inom allmänmedicin leds av en docentkompetent specialist i ämnet.

Möjliga kvalitetshöjande insatser för primärvården

Socialstyrelsen har utifrån de aspekter som lyfts ovan och med stöd av de kliniska experterna som granskat området tagit fram en lista med åtgärder som kan leda till ökad kvalitet inom primärvården:

- För att uppnå en kritisk massa av forskare och underlätta samverkan mellan forskarna kan primärvårdens USV-enheter organiseras kring en central FoUU-enhet, som har ett nära samarbete med vårdcentraler och andra vårdande enheter. Detta ger stabilitet i akademisk kompetens och tillräckliga resurser för att hantera forskarutbildning, VFU och utveckling. Det förtydligar också ansvarsfördelningen för att driva forsknings- och utvecklingsfrågor på USV-enhetsnivå.
- Med en central FoUU-enhet behövs akademisk representation i ledningen för USV-enheten, men även vid de medverkande vårdcentralerna, samt täta kontakter mellan den centrala FoUU-enheten och de ingående vårdcentralerna. Syftet med detta är att ett akademiskt förhållningssätt ska implementeras i hela vårdkedjan.
- Förutsättningarna för forskning och utveckling inom primärvården behöver stärkas, så att uppdraget för primärvården på sikt kan ändras från att medverka i klinisk forskning²⁵ till att leda klinisk forskning inom folksjukdomarna. För att bygga upp akademisk kompetens inom allmänmedicin och primärvård kan det under en övergångsfas behövas särskilda satsningar. Dessa kan initieras från regionledningarna i samverkan med respektive universitet, men även på nationell nivå. Här har det tidigare lämnats flera förslag för att stärka forskningen inom primärvården från Tillgänglighetsdelegationen och Nationella vårdkompetensrådet (3, 4).
- För att VFU i allmänmedicin ska vara forskningsbaserad är det eftersträvanvärt att dess planering och organisation leds av en docentkompetent specialist i allmänmedicin.

Lärande exempel

- *I Västra Götaland styr man mot "en väg in" för alla som vill starta ett forskningsprojekt inom primärvården. FoUUI-enheten tar emot förfrågningar, bedömer projekten och samordnar planeringen av olika projekt. Ett digitalt system för intresseförfrågningar planeras.*
- *I Region Jämtland Härjedalen har regionalt stöd i samband med regionaliserad läkarutbildning gjort att en tidigare mycket begränsad*

²⁵13:e kapitlet 1 § Högskolelagen

akademisk verksamhet kunnat utvecklas till en USV-enhet som är drivande i nationella projekt med bland annat Forte-stöd.

- *I Stockholm finns en plattform för samverkan med patientorganisationer för patienter med funktionshinder på grund av hjärnskador. Samverkan utgår från patienternas behov, snarare än vårdens. Man har bland annat startat hemsidan "Hjärna tillsammans" och haft utbildningar för anhöriga. Patientföreningarna har varit drivande i plattformen, och USV-enheten bistår med bland annat kunskap om sjukdomarna som förmedlas i olika format.*

Barn- och ungdomspsykiatri

BUP utgör specialiserad vård för barn och ungdomar med psykiska tillstånd och sjukdomar. BUP ska även vara stöd till primärvården i barnpsykiatriska frågor. BUP i Sverige har under de senaste decennierna varit föremål för mycket omfattande förändringar. Bakgrunden till dessa är mångfacetterad. Bland annat har söktrycket till BUP ökat, delvis på grund av minskad stigmatisering när det gäller att söka vård för psykisk ohälsa, men också för att svenska ungdomar på gruppnivå upplever mer psykiska besvär. Åren 2017–2021 ökade antalet aktuella barn och unga inom BUP med 14 procent. Under 2021 var 6,2 procent av alla barn och unga 0–17 år i kontakt med BUP, vilket är en hög andel i internationell jämförelse (10). Covid-19-pandemin, med minskad tillgång till skola och sociala sammanhang, verkar också ha bidragit till försämrat psykiskt mående; exempelvis har behovet av heldygnsbehandling för åtstörningar inom BUP ökat kraftigt i flera regioner. Ökningen kan även ses i andra länder.

I och med omställningen till en nära vård har det framförts att den så kallade första linjens vård inom barn- och ungdomspsykiatri kan ges av andra vårdgivare än BUP, exempelvis av primärvården, av elevhälsan eller på ungdomsmottagningar (3). Vad som utgör första linjen och var ansvaret för denna ligger är dock inte tydligt definierat. Olika regioner har därför valt olika lösningar för detta, och det råder ännu ingen konsensus kring vad som är den bästa lösningen (3).

En annan aspekt som drivit förändringar är behovet av mer evidens för de behandlingar som används. Barn- och ungdomspsykiatrisk forskning i Sverige har varit föremål för flera strategiska satsningar. Stora anslagsgivare (till exempel Forte) har riktat satsningar mot barns och ungas psykiska hälsa, nya forskare har attraherats till barnpsykiatrin och den barnpsykiatriska forskningen har tydligt stärkts. En betydelsefull faktor är att man lyckats bra med att hantera en generationsväxling av professorer. I dag finns nya professorer vid flera lärosäten, och ämnet barnpsykiatri är akademiskt starkare än tidigare.

Samtidigt har verksamheterna svårt att avsätta resurser för forskning och utveckling när söktrycket hela tiden ökar. I denna granskning har vi dock tagit del av många exempel på vinsterna med att satsa på forskning och utveckling trots den höga kliniska belastningen.

Organisation

Det finns stora skillnader i hur regionerna har organiserat universitetssjukvården inom BUP. I regionerna Skåne, Västerbotten, Uppsala och Östergötland utgör hela BUP inom regionen en USV-enhet. I Västra Götalandsregionen och Region Örebro län ingår BUP i en bredare USV-enhet inom barnneurologi och habilitering respektive psykiatri. I Region Stockholm är USV-enheten en renodlad forsknings- och utvecklingsorganisation inom psykiatrin, där BUP utgör en egen sektion.

BUP har gemensamma drag med primärvården i det att vården ofta är geografiskt spridd på många mindre enheter. Detta skapar organisatoriska utmaningar när det gäller att använda både materiella resurser och kompetens för forskning och utveckling på ett effektivt sätt. Den vanligaste lösningen är att regionen har en central FoUU-organisation för universitetssjukvården inom psykiatri.



Klinisk forskning

Situationen för forskning inom BUP varierar mycket mellan de granskade USV-enheterna i olika regioner. I regionerna Stockholm, Uppsala och Skåne finns en högkvalitativ forskningsverksamhet vid de granskade USV-enheterna, som även är stabil eller växande. I regionerna Östergötland och Västerbotten är USV-enheterna i dagsläget enligt Socialstyrelsens bedömning välfungerande, men med så få forskare att verksamheten skulle påverkas negativt om en eller ett par nyckelpersoner slutar. Inom de granskade USV-enheterna i Västra Götalandsregionen och Örebro län har forskningsverksamheten däremot minskat under de senaste åren, och i Örebro län finns idag endast ett fåtal forskare inom BUP vid USV-enheten. I Västra Götalandsregionen anges hög klinisk arbetsbelastning som det främsta skälet, medan det i Örebro län snarare tycks bero på att det inte finns något uttalad forskningsledare (professor eller docent) på enheten, vilket har lett till att forskningsverksamheten har tappat momentum.

Det som tydligast utmärker de välfungerande forskningsverksamheterna är att forsknings- och utvecklingsfrågor är uttalat prioriterade av verksamhetschefen för USV-enheten. Vid dessa enheter finns även en eller flera drivande forskningsledare som samlande kraft för forskningsfrågor. USV-enheten i Stockholm har exempelvis rekryterat ett par högt meriterade externa forskare till professorstjänster. Dessa har i sin tur kunnat attrahera god extern finansiering, vilket lett till ökad forskningsproduktion.

I de regioner som har valt att utse hela BUP-organisationen till en USV-enhet beskriver forskarna att det är svårt att utveckla en ”forskingskultur” som genomsyrar hela organisationen, eftersom icke forskningsaktiva medarbetare är mindre fokuserade på att forskning ska prioriteras. Om forskningen koncentreras till en centrumbildning finns samtidigt risk för att interaktionen med den kliniska verksamheten minskar. Region Stockholm, den enda region som valt en renodlad centrumbildning för FoUU inom BUP, arbetar dock proaktivt med att motverka dessa risker, till exempel genom att forskarna har delade tjänster och är fortsatt kliniskt aktiva. Sammantaget tycks fördelarna med att centralisera FoUU-organisationen överväga nackdelarna, åtminstone om man är medveten om riskerna.

Inom psykiatrin är könsfördelningen bland doktorander och forskare inom alla professioner ojämn, med en stor övervikt för kvinnlig personal. Detta gäller generellt inom området, och det finns alltså inget som tyder på att kvinnor skulle vara överrepresenterade inom forskning sett till alla som är kliniskt verksamma inom BUP.

VFU för läkare

I tre av de sju regionerna ingår inte någon obligatorisk VFU inom BUP i läkarutbildningen. I regionerna Västra Götaland och Uppsala deltar endast en mindre del av studenterna i VFU, medan studenterna i Stockholm inte har någon allmän VFU alls. I regionerna Skåne, Örebro län och Västerbotten omfattar VFU inom BUP en till två dagar, men i Region Östergötland är det fem dagar. Den VFU som bedrivs får överlag goda vitsord av studenterna i alla regioner, och det finns genomgående ett stort engagemang för utbildningsfrågor i de granskade verksamheterna.

De läkarstudenter som intervjuats under platsbesöken menar att BUP har en orimligt liten del av utbildningen i förhållande till hur omfattande den kliniska verksamheten är, och till hur vanligt det är med psykiska besvär bland barn och ungdomar även inom andra delar av vården. Studenterna framhåller att en så kort VFU även påverkar kvaliteten. Studenterna hinner bara träffa enstaka patienter, och slumpen kan då styra över vilka diagnoser dessa har. Studenterna hinner inte heller med att ansvara för något moment av interaktionen med patienten. Utöver tidsbegränsningen tycks det även inom flera av de granskade enheterna finnas en kultur av att det kan vara känsligt att låta studenter interagera med patienter inom BUP. Patientinteraktionen under läkarstudenternas VFU är sammantaget mycket begränsad i relation till omfånget och behovet utifrån den kliniska verksamhetens perspektiv.

Flera av de granskade enheterna uppger att inte alla de som handleder läkarstudenter under VFU har pedagogisk handledarutbildning. Möjligen har detta inte prioriterats på grund av att VFU:n är så kort och ofta endast består av att studenten följer med sin handledare, utan aktiva inslag för studenten.

I Stockholm har man valt att ersätta den fysiska VFU:n med en digital interaktiv utbildning som bland annat omfattar en suicidriskbedömning. Utöver detta koncentreras utbildningsresurserna till en väl utvecklad fördjupningskurs för särskilt intresserade studenter. Detta upplever de utbildningsansvariga som framgångsrikt för att rekrytera nya läkare till specialiteten.

Sedan 2020 är Förenta Nationernas (FN) barnkonvention svensk lag. Enligt artikel 12 i barnkonventionen har alla barn bland annat rätt att uttrycka sina åsikter och få dem beaktade i alla frågor som berör dem. FN:s Barnrättskommitté publicerade i februari 2023 utvecklingsområden och rekommendationer där arbetet kopplat till barnkonventionen behöver stärkas i Sverige. Kommittén noterade bland annat med oro de långa kötiderna för barn som söker vård inom psykiatrin, och bland annat säkerställer att barns perspektiv inkluderas i utvecklingen av de insatser som de har tillgång till. Enligt FN:s barnkonvention har barn och unga som är patienter samma rättigheter som vuxna att få göra sin röst hörd. För att uppnå detta bedömer Socialstyrelsen att det finns ett behov av att läkare under sin utbildning få träning i att bemöta barn med psykisk ohälsa. Att omfattningen och innehållet av VFU



inom BUP skiljer så mycket mellan olika lärosäten gör att läkarnas grundutbildning inte är likvärdig över landet gällande dessa aspekter.

Möjliga kvalitetshöjande insatser

- Universiteten kan vid planering av VFU inom BUP överväga ökad nationell samordning av lärandemål, samt särskilt beakta skrivningarna i Barnkonventionen och FN:s barnkommittés rekommendationer till Sverige om insatser inom barn- och ungdomspsykiatri.
- USV-enheterna kan vid planering och genomförande av VFU särskilt beakta barn och ungas rätt att uttrycka sin åsikt och höras.



Utveckling av hälso- och sjukvården

Vid USV-enheterna i regionerna Skåne, Stockholm och Östergötland finns en tydlig strategi och struktur för interaktionen mellan kvalitetsutveckling och forskning inom BUP. Kontakten mellan forskning och utveckling går här tydligt åt båda håll; forskning bidrar till utveckling, men utvecklingsidéer från den kliniska verksamheten kan också fångas upp som möjliga forskningsområden. Vid de granskade USV-enheterna i dessa regioner finns personal som har avsatt tid och ett uttalat ansvar för att integrera forskning och utveckling.

I Region Uppsala har enheten arbetat aktivt med att samla in patienternas upplevelser av vården för att förbättra verksamheten. I Region Örebro län finns ett fokus på att utveckla den kliniska verksamheten, bland annat heldygnsvården. Man använder ett arbetssätt kallat Safe wards (11), som syftar till att öka tryggheten för både patienter och vårdare. BUP Örebro har varit föregångare i Sverige med att införa detta arbetssätt.

Inom BUP finns flera väletablerade patientorganisationer, och samtliga granskade USV-enheter har samverkan med minst en sådan. Samverkan kan dock på en del håll utvecklas ytterligare, och i vissa regioner fungerar patientorganisationen mer som ett bollplank än en partner. Det har ifrågasatts om det är relevant att kräva samverkan med näringslivet inom BUP. Trots att detta saknas inom vissa av de granskade USV-enheterna, har dock majoriteten utvecklat ett samarbete med näringslivet, vilket visar att detta är fullt möjligt. Mycket av dagens samverkan med näringslivet inom BUP handlar om digital utveckling, till exempel appar eller andra plattformar för digital interaktion med patienterna. Exempelvis USV-enheterna i Skåne och Stockholm uppvisar exempel på sådan välfungerande samverkan.

Lärande exempel

- *I Stockholm är forskning och utveckling geografiskt samlad i ett FoUU-centrum, som även omfattar delar av den kliniska verksamheten. I princip alla forskare är samtidigt kliniskt aktiva. Detta har bidragit till momentum i forskning och utveckling, samtidigt som kopplingen till kliniken bibehålls.*
- *VFU inom BUP är i Östergötland en vecka, vilket möjliggör deltagande i omkring 6–8 patientbesök. Detta bedömer USV-enheten vara rimligt för att ge en översiktlig bild av hela verksamheten. USV-*

enheten anser detta vara angeläget för läkarnas framtida arbete, då inte alla kommer i kontakt med BUP under sin ST-tjänstgöring.

- I Region Uppsala används det digitala systemet "Key for care" där patienters upplevelser samlas in via sms eller en Ipad som finns på enheterna. Ett exempel där detta gett resultat är att patienter beskrivit en osäkerhet om vad man kan förvänta sig när man till exempel söker till BUP-akuten. För att minska denna osäkerhet har enheten tagit fram filmer för att beskriva hur ett besök på BUP går till, som finns tillgängliga på enhetens hemsida.

Akutsjukvård

Akutsjukvård är en ung basspecialitet i Sverige, sedan 2015, medan specialiteten har funnits i till exempel USA, Storbritannien och Australien sedan 1970-talet. Specialiteten akutsjukvård karaktäriseras av handläggning av alla akuta sjukdomstillstånd och olycksfall, i alla åldrar, under begränsad tid och med tillgängliga resurser. Akutsjukvården innefattar larmfunktion, prehospitalt omhändertagande och handläggning på akutenhet. En hörnsten i akutsjukvård är att patienterna söker med symtom, inte diagnoser.

Organisation

Inom ALF-regionerna har man valt att organisera USV-enheter med akutsjukvård på olika sätt. I regionerna Stockholm, Skåne, Uppsala och Västra Götaland ingår ämnet akutsjukvård i en enhet tillsammans med internmedicinska specialiteter, men i regionerna Östergötland och Örebro är akutsjukvården organiserad som egna USV-enheter.

I Västra Götalandsregionen finns tre USV-enheter som omfattar akutsjukvård: en på Sahlgrenska Universitetssjukhuset, en på Östra sjukhuset/Sahlgrenska och en på Mölndals sjukhus/Sahlgrenska. Här har Socialstyrelsen granskat enheten på Östra sjukhuset. I Stockholm har två stora enheter utsetts till USV-enhet, den ena på Karolinska Universitetssjukhuset och den andra på Södersjukhuset. Här har Socialstyrelsen granskat USV-enheten på Karolinska Universitetssjukhuset. I Västerbotten finns ännu inte någon USV-enhet som bedriver akutsjukvård. Det regionala ledningsorganet har valt att invänta erfarenheterna från andra regioner, men planerar att inrätta en sådan.

Klinisk forskning

Trots att akutsjukvård blev en egen basspecialitet så sent som 2015 finns i dagsläget tre professorer i akutsjukvård (i regionerna Örebro län, Skåne och Stockholm) och sex docenter (två vardera i Skåne och Östergötland, och en vardera i Uppsala och Örebro län). Samtliga dessa regioner har en produktion av kunskap eller vetenskapliga artiklar inom ämnet. Antalet doktorander varierar från en vid den granskade USV-enheten i Region Uppsala till elva vid enheten i Region Stockholm.

Pandemin har försvårat den kliniska forskningens uppbyggnad. På vissa håll, såsom i regionerna Örebro län och Östergötland, har region och universitet lyckats bättre med att under pandemin värna akutläkarnas forskningstid. I dessa regioner har man byggt upp en resurs med erfarna forskarhandledare,



vilket också resulterat i en stor vetenskaplig produktion. I de övriga regionerna har uppbyggnaden varit mer påverkad. Ett exempel är Karolinska universitetssjukhuset, som har fullt läkarbemanningsansvar för två akutmottagningar och sex slutenvårdsavdelningar, men vid tiden för den fördjupade granskningen (hösten 2022) endast en medarbetare som är docentkompetent i ämnet. Trots det har man enligt vad som framkommit i den fördjupade granskningen en tillfredställande vetenskaplig produktion. I Region Uppsala och i Västra Götalandsregionen har USV-enheterna endast enstaka doktorander i akutsjukvård och en klar brist på huvudhandledare. Vid de sistnämnda enheterna bedömer vi dock att organiseringen med andra internmedicinska specialiteter kan ge draghjälp framöver. I Region Skåne har akutsjukvården haft ett fruktbart samarbete med internmedicin, och i dagsläget finns flera docenter och doktorander.

Alla besökta USV-enheter har ambitionen att uppmuntra de unga medarbetarna att inleda en forskarkarriär, och att göra det möjligt för dem, vilket bekräftas av en rad konkreta beslut och åtgärder. Inom en ny och liten basspecialitet är det viktigt att doktorander och nydisputerade erbjuds ett starkt och hållbart stöd från verksamheten, inklusive avsatt forskningstid. USV-enheterna skulle dock på en del håll behöva rustas med fler forskartjänster, mer betald forskningstid och mer handledning. Konkurrensen om anslag och forskartjänster är ofta hård från andra mer etablerade forskningsämnen.

Med tanke på kommande pensionsavgångar uppfattar Socialstyrelsen att akutsjukvården behöver få fram fler docenter och erfarna forskarhandledare. Specialitetsföreningen beräknar att det kommer ta 5–10 år innan specialiteten byggt upp tillräcklig kapacitet för att fullt ut axla det tredelade uppdraget med forskning, utbildning och vård.

Socialstyrelsen har också noterat att specialitetsföreningen vill se en ökad samverkan mellan landets akutsjukvårdsmottagningar, särskilt när det gäller nationella kliniska prövningar. Hittills har akutsjukvården lett få nationella studier och de har enbart varit observationella.



VFU för läkare

Socialstyrelsens platsbesök vid akutmottagningarna har visat att flera USV-enheter har prioriterat läkarutbildning framför forskningsfrämjande åtgärder. Företrädare menar att en god utbildning i akutsjukvård, både för specialistkompetens och för läkarstudenter, är den bästa grunden för att på sikt skapa en stark forskningskultur.

Samtliga granskade USV-enheter tar emot läkarstudenter, men med variation när det gäller terminer, omfattning och former. I exempelvis Östergötland genomförs VFU under termin 11 och omfattar fyra veckor på akutmottagning. I Stockholm ingår en vecka VFU i termin 5, 6 och 7 samt i femveckorskursen i akutsjukvård termin 10. Läkarprogrammet i Västra Götaland avviker genom att inte innehålla någon kurs i akutsjukvård. Här har fakulteten nöjt sig med att lägga in två veckors VFU på akutmottagning under termin 6 samt ytterligare några jourpass under termin 7 och 8.

Vid alla granskade enheter utom i Västra Götalandsregionen har USV-enheterna och universitetet satsat på att bygga upp ämnet på läkarprogrammet. Detta har resulterat i en gedigen utbildning för studenter, lärare och

verksamhet. Utbildningarna har överlag kända lärandemål med tydliga nivåer, kända metoder och god koppling till examination. Här finns alltså en god progression när det gäller kunskapskraven under de olika terminerna. I båda regionerna Östergötland och Örebro län är lärandemålen dock enbart satta på kurs- eller terminsnivå.

VFU inom ämnesområdet är brett och läkarna har ofta en viktig roll i handledningen. Men vid vissa enheter sköts stora delar av handledningen av specialistsjuksköterskor, till exempel vid simuleringsövningar. Detta ger studenterna en god inblick i interprofessionellt arbete. I regionerna Stockholm och Uppsala finns ett särskilt kliniskt färdighetsträningssentrum som möjliggör interprofessionella övningar och praktiska examinationer. Vid VFU i regionerna Västra Götaland och Östergötland examineras studenterna ännu enbart teoretiskt.

De flesta USV-enheter har satsat på att ge medarbetarna handledarutbildning efter en modell där kompetenskravet kopplas till olika pedagogiska funktioner och nivåer i VFU. Det är dock få enheter som kan redovisa vilka medarbetare som har fått utbildning. I flera regioner, exempelvis Uppsala, Örebro och Stockholm, har lärarna avsatt tid för att förbereda, genomföra och utvärdera utbildningen, och det finns en etablerad struktur för systematiskt förbättringsarbete.

Utveckling av hälso- och sjukvården

Den fördjupade granskningen har visat att samtliga granskade USV-enheter uppfyller så gott som alla fastställda miniminivåer inom området utvecklingsarbete. Undantaget är Sahlgrenska universitetssjukhuset där akutmottagningen på Östra sjukhuset varken använder data från kvalitetsregister, mäter patienternas upplevelser eller samverkar med patientorganisationer.

Det är ganska få av de granskade enheterna som använder kvalitetsregister i utvecklingsarbetet, och många deltar inte ens i akutsjukvårdens egna register (Svensk Akutregister, SVAR). Något vanligare är att de nyttjar andra register såsom hjärtviktsregistret och hjärtlungräddningsregistret.

Socialstyrelsen har noterat att många akutmottagningar gör egna mätningar av patienternas upplevelser som underlag för utvecklingsarbetet. De flesta USV-enheter deltar även i SKR:s nationella patientenkät och ett arbete pågår för att utveckla denna enkät så att upplevelserna av akut- och ambulansverksamheten fångas bättre.

Tre av de granskade enheterna har vidare haft ledande uppdrag som ordförande för Nationellt programområde akut vård (Region Örebro län), ordförande för Nationella arbetsgruppen om kvalitetsindikatorer i den akuta vårdkedjan (Östergötland) och ordförande för Regionalt programområde Akut vård (Stockholm).

Lärande exempel

- *Det finns inga patientorganisationer som är specifikt inriktade på området akutsjukvård. I Linköping har akutsjukvården i stället ett samarbete med paraplyorganisationen Funktionsrätt Östergötland som samlar en rad olika patientorganisationer för bland annat personer med*



sensoriska nedsättningar (syn och hörsel) och personer med neurologiska sjukdomar. Representanter för organisationen är bland annat involverade i att ta fram nya rutiner för handläggning av sköra, äldre patienter på akutmottagningen.

- *Även akutsjukvården på Karolinska Universitetssjukhuset samverkar med andra patient- och närståendeorganisationer i utvecklingsarbetet. I händelseanalyser samverkar man här via Karolinska Universitetssjukhusets patientråd, och direkt med patienter och anhöriga.*
- *Akutsjukvården i Örebro har samlat hela den akuta vårdkedjan. Genom att delar av larmfunktionen, ambulansverksamheten och akutmottagningen hör till USVE akutsjukvård underlättas utvecklingsarbetet i hela vårdkedjan vid akut sjukdom.*

Ortopedi

Ortopedi är en medicinsk specialitet som omfattar behandling av frakturer och andra skador på rörelseorganen samt medfödda och förvärvade deformiteter i rörelseapparaten. Det räknas som en kirurgisk specialitet och kallas även ortopedisk kirurgi. I dag är ortopedi en stor och väl etablerad specialitet. Viktiga underspecialiteter är traumatologi, idrottsmedicin, barnortopedi, ryggkirurgi, ledproteskirurgi, reumatologisk kirurgi och tumörkirurgi. I Sverige är handkirurgi en fristående självständig specialitet.

Ortopedin inom universitetssjukvården kännetecknas av snabb utveckling, avancerade behandlingar och omfattande klinisk forskning. Svensk ortopediforskning har bidragit med stora kunskapsframsteg inom behandling av sjukdomar i rörelseorganen, till exempel ledplastik, benskörhetsfrakturer och ryggsjukdomar.

Organisation

Specialiteten är vanligtvis organiserad som klassiska kliniker. Det finns i dag ett sextiotal sådana i landet. Elva av dem är utsedda till USV-enhet

Av de elva USV-enheterna ligger tre i Stockholm: på Södersjukhuset, Danderyds sjukhus och Karolinska Universitetssjukhuset. Karolinskas ortopedienhet skiljer sig något från de andra genom att även omfatta trauma- och akutkirurgi. I Västra Götalandsregionen finns två ortopedkliniker som utsetts till USV-enhet, den ena på Sahlgrenska Universitetssjukhuset och den andra inom NU-sjukvården (Norra Älvsborgs länssjukhus och Uddevalla sjukhus). I Skåne är USV-enheten lokaliserad till universitetssjukhuset i Malmö/Lund och Trelleborg, samt till Centralsjukhuset i Kristianstad. I Uppsala är USV-enheten organiserad som ett verksamhetsområde med fyra enheter, varav två är privata. I Region Örebro län är USV-enheten organiserad med uppdelning av olika behandlingar mellan enheter i Örebro, Lindesberg och Karlskoga. Även på universitetssjukhusen i Linköping och Umeå är ortopedklinikerna utsedda till USV-enheter.

Klinisk forskning



Alla USV-enheter har bidragit med ledande och betydelsefull forskning, möjligen med undantag för enheten i Örebro län där verksamheten är i uppbyggnadsfas. En stor del av de svenska forskningsframgångarna är baserade på registerforskning där ortopedin var pionjär. Detta har bland annat gett kliniska avtryck internationellt i vårdrutiner för ledplastikersättning (Ledplastikregistret), höftfrakturbehandling (Rikshöft) och ryggkirurgi (Swespine), men även för cerebral pares (CPUP) där behandlingsrutinerna under senare tid ändrats helt. Svensk ortopedi har också varit världsledande inom så kallad bionik²⁶, neuralt styrda handproteser, biomaterial, gånganalys och ledprotesforskning. Internationellt ledande forskning finns även i Region Västerbotten inom rörelseförmåga, fysisk aktivitet och neuromuskulär träning av motoriskt utförande och kontroll.

Pandemin har minskat ortopedins möjligheter att bedriva klinisk patientnära forskning. Frånsett de akuta traumafallen fick den valbara (s.k. elektiva) ortopedin, som inte sker för att rädda liv, stryka på foten för de akuta cancerfallen. Indikationerna för den elektiva ortopedin – hur ont man ska ha för att få behandling – är oftast svagare än för cancerkirurgi. Detta har hämmat flera av USV-enheterna inom ortopedins forskningsområden, såsom axelforskningen, eftersom det blivit få patienter att rekrytera till studierna. Färre ortopedpatienter i klinisk vardag har helt enkelt gett en mindre volym att beforska. Vidare har bristen på specialiserade sjuksköterskor förstärkt problemen eftersom vårdplatser har behövt stängas och många äldre patienter med stora vårdbehov hamnat i vårdköerna. Även utflyttningen av den elektiva vardagssjukvården till vårdgivare utanför universitetssjukvården har försämrat förutsättningarna för klinisk forskning vid USV-enheter, eftersom patientflödena har minskat.

Ovanstående problematik kan vara en del av förklaringen till att t.ex. Södersjukhuset i Stockholm har minskat antalet doktorander och forskarhandledare, samt har en begränsad vetenskaplig produktion sedan 4–5 år tillbaka. Detta står dock i kontrast till Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Västra Götalandsregionen som fortsatt har god rekrytering av doktorander och yngre kliniska forskare, trots en omfattande upphandling av elektiv vård från privata vårdgivare.

Sammantaget är tillgången till erfarna forskarhandledare med docentkompetens ett potentiellt bekymmer inom ortopedin, eftersom detta kan leda till sämre kvalitet på forskningen på sikt. Det är svårt att behålla forskarna fram till docentur, och även de docentkompetenta slutar på vissa håll, bland annat på grund av för litet patientunderlag, brist på operationsresurser och för många doktorander att handleda. Dessa aspekter behöver tas i beaktande vid samverkansavtal med privata vårdgivare, för att upprätthålla och stärka kvaliteten i personalkompetens och klinisk forskning.

VFU för läkare

Läkarstudenternas VFU på ortopedkliniker är olika lång beroende på universitet. Som mest handlar det om drygt 6 veckor i till exempel Region Örebro



²⁶ Bionik betyder att utforma mekaniska system och funktioner med inspiration från biologiska motsvarigheter.

län och cirka 5 veckor i Region Uppsala. Kortast VFU har Region Stockholm med cirka 2 veckor.

Ortopediveckorna är generellt mycket uppskattade av studenterna. En bidragande orsak är att sjukdomarna och skadorna och deras behandling är jämförelsevis konkreta, med handgripliga färdighetsmoment. Vid kursutvärderingar ger studenterna mycket höga betyg till samtliga USV-enheter som Socialstyrelsen besökt.

Den enda miniminivå som möjligen inte uppnås gäller att all personal som deltar i undervisningen ska ha pedagogisk handledarutbildning enligt det egna universitetets direktiv. I dag är det främst läkare som är handledarutbildade, eftersom en sådan kurs ingår i specialistutbildningen. Noterbart är att bara USV-enheten vid universitetssjukhuset i Umeå kunde ange hur stor andel av deltagande personal som hade genomgått handledarutbildning.

För att VFU ska bli bra krävs så många patienter att alla studenter får tillfälle till färdighetsträning. Med senare års större studentkullar har en lösning ofta varit att placera studenter på sjukhus utanför universitetsorterna. Därmed tappar USV-enheterna lite av kontrollen över studenternas inläring och klinikernas handledning. Inget tyder dock på att utlokaliserade studenter får sämre VFU, utan studenterna vittnar om många patientmöten och ett mycket välkomnande klimat. Umeå universitet har därtill varit banbrytare när det gäller att utveckla digitala undervisningsformer. För VFU inom ortopedin har det varit mer bekymmersamt med många uppskjutna och inställda operationer till följd av pandemin. I framför allt storstadsregionerna har dessutom vårdvalsystemen medfört att privata aktörer övertagit en mycket stor del av ortopedins rutinoperationer. Detta har minskat patientunderlaget vid universitetssjukhusen och studenternas tillfällen till patientkontakt.

Om stora delar av en viss typ av vård läggs ut på en extern utförare utan att ett undervisningsuppdrag följer med kan en brist på möjlighet att undervisa inom denna typ av vård, exempelvis en viss typ av operationer, uppstå. När vissa delar av vården läggs ut på externa aktörer synliggörs också att utbildning och utveckling historiskt har varit underfinansierade i förhållande till den tid de tar att utföra. När enbart vård läggs ut på externa aktörer kan en följd därför bli att den offentligt drivna verksamheten, som då till en större del består av utbildning och forskning, blir underfinansierad som helhet relativt den privat utförda vården.

Socialstyrelsen ser behov av

- att regionerna när viss vård läggs ut på utförare utanför den egna organisationen:
 - har ett helhetsperspektiv på uppdraget, så att utbildning, forskning och utveckling fortsatt kan bedrivas med hög kvalitet
 - bevakar att vård, forskning, utbildning och utveckling är proportionerligt finansierade utifrån resursåtgång, oavsett vem som utför dem
 - ser till att mål och kvalitetsparametrar för forskning, utbildning och utveckling i avtal med externa utförare är utformade så att de möjliggör uppföljning.

Utveckling av hälso- och sjukvården

På grund av pandemin minskade en del av det aktiva utvecklingsarbetet inom ortopedin 2021–2022. Avbräcket har dock inte varit större än att alla minimikrav som ställs på USV-enheternas utvecklingsarbete uppfyllts.

Under mer normala år lägger USV-enheterna inom ortopedi stor vikt vid kontinuerlig verksamhetsutveckling där man använder mätningar av patientupplevelser (både PROM och PREM) och data från kvalitetsregister. Många samverkar också med olika patientorganisationer, patientnämnder och Löf (regionernas gemensamma försäkringsbolag för patientskador), för att effektivisera vårdprocesser och flöden och optimera patienternas livskvalitet efter behandling.

Ortopedin har också en lång tradition av samverkan med näringslivet och tekniska högskolor om till exempel utveckling av implantat eller andra hjälpmedel som syftar till att förbättra utfallet för patienterna. Det är sannolikt att medarbetarna vid våra ortopedkliniker tar del av de innovationsstöd och innovationsstrategier som erbjuds i regionerna, i högre grad än inom andra vårdområden.

Även när det gäller spridning av ny kunskap och kontinuerlig fortbildning visar Socialstyrelsens platsbesök att det finns väl inarbetade system där bland annat fortbildningsplaner och god kompetensuppföljning på individnivå ingår. Överlag bedöms USV-enheterna inom ortopedi investera i och bevaka medarbetarnas behov av fortbildningskurser, samverkan med andra kliniker och konferensdeltagande.

Bristen på medarbetare med viss kompetens begränsar även verksamhetsutvecklande insatser. Den tid som behöver frigöras för sådana ställs mot höga krav på att producera vård och korta vårdköer.

Lärande exempel

- *För att träna studenter i interprofessionellt lärande driver både universitetssjukhuset i Linköping och Södersjukhuset i Stockholm en kli-*



nisk undervisningsavdelning där studenterna (sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och läkare) får praktisk erfarenhet av att arbeta i interprofessionella team i en undervisningsmiljö²⁷.

- Vid Rörelseorganens centrum i Region Västerbotten har man kommit långt med att integrera forskning inom omvårdnad, fysioterapi och ortopedi, bland annat i studier om smärta efter nervblockad vid höftfraktur och om hinder för operationsteamet att följa infektionsförebyggande rekommendationer. Vidare har forskning om upplevelse av rehabilitering och funktion efter ortopedisk höftrekonstruktion eller fysioterapi lett till flera förbättringar av rutiner och av patientupplevelsen. Därutöver utförs avancerade rörelseanalyser och hjärnscanning inom forskning om knäproblematik.
- När Region Uppsala upphandlar ortopedi har de ställt som krav att vårdgivaren måste erbjuda VFU för läkarstudenter i proportion till verksamhetens omfattning, vilket gör att undervisningen kan bibehållas på samma nivå vad gäller möjlighet till patientkontakt och praktisk träning för studenterna. Det ingår även i avtalet att Akademiska sjukhusets ortopedier får bemanna den privata vårdgivarens operationer, för att få fortsatt träning i att även utföra enklare operationer.

Neurologi

Neurologisk sjukvård i Sverige kännetecknas av en snabb utveckling av diagnostiska metoder och avancerade behandlingar samt en omfattande preklinisk, translationell och klinisk forskning. Svensk neurologiforskning har lett till stor patientnytta och är internationellt konkurrenskraftig. Utanför universitetsklinikerna finns flera väletablerade enheter, men tillgången på neurologer är ojämnt fördelad över landet och en fortsatt utbyggnad och utveckling av kliniker pågår. I dag finns det ett 60-tal mottagningar med specialistkompetens spridda över landet.

Organisation

Det finns nationellt tolv USV-enheter med neurologi. Det finns stora skillnader i de sju enheter som har ingått i den fördjupade granskningen (en i varje region) avseende organisation och storlek, vilket gör att direkta jämförelser inte alltid är fullt ut meningsfulla.

Den granskade enheten i Region Stockholm är Akademiskt specialistcentrum där neurologi ingår tillsammans med reumatologi, diabetes och övervikt. Enheten för neurologi har uppdrag som rör långsiktig uppföljning av MS och Parkinsons sjukdom, men har inget akutuppdrag och inget uppdrag om övriga neurologiska sjukdomar. I Västra Götalandsregionen finns USV-enheter vid Södra Älvsborgs sjukhus i Borås och Skaraborgs Sjukhus i Skövde. Neurologin vid Skaraborgs sjukhus är den som ingår i den fördjupade granskningen. Vid Skånes universitetssjukhus ingår neurologin tillsammans med rehabiliteringsmedicin, minnessjukdomar och geriatrik i ett gemensamt verksamhetsområde där vart och ett av dessa områden utgör en egen USV-

²⁷ Liknande undervisningsavdelningar finns även vid andra kliniker som inte ingått i denna granskning.

enhet. I Region Östergötland utgör neurologkliniken i Linköping en egen USV-enhet, som nyligen sammanslogs med neurologkliniken i Norrköping. Kliniken ingår i Sinnescentrum vid universitetssjukhuset, med näraliggande verksamheter såsom neurokirurgi. I Region Uppsala ingår neurologin tillsammans med neurokirurgi, neurofysiologi och ögonsjukdomar i ett större verksamhetsområde som också utgör en USV-enhet. I Region Västerbotten ingår neurologin i en stor och bred USV-enhet vid Neuro-, huvud- och halscentrum, och i Region Örebro län utgör neuro- och rehabiliteringsmedicin en USV-enhet, innefattande specialiteterna neurologi, neurofysiologi och rehabiliteringsmedicin.

Klinisk forskning

Ett generellt intryck från de fördjupade granskningarna är att forskningsmiljön vid de större neurologklinikerna och centrumbildningarna är mycket god. USV-enheterna inom neurologi har ett gott rekryteringsläge med många forskningsintresserade läkare, och verksamheten kännetecknas av en hög och jämn produktion av vetenskapliga artiklar, god tillgång på forskningsmedel som söks i konkurrens och god möjlighet för aktiva forskare att avsätta tid för forskning. Samtidigt är problem med kompetensförsörjning, särskilt vad gäller sjuksköterskor, ett stort hot mot den kliniska verksamheten och i förlängningen möjligheterna till forskning.

På universitetssjukhuset i Örebro är den neurologiska forskningen än så länge i en utvecklingsfas med generationsskiften och en nyligen tillsatt professur i neurologi. Det fanns flera seniora forskningsaktiva medarbetare och en grupp av nya doktorander. En del av forskningen ligger utanför USV-enheten. Inom stroke är dock forskningen livaktig och bedrivs i samverkan med andra universitetssjukhus och patientföreningar.

På Skaraborgs sjukhus är neurologin endast en liten del av en större USV-enhet, och där hade forskningen inom neurologi inte kommit igång vid vår granskning, främst på grund av rekryteringssvårigheter. Inga vetenskapliga projekt pågick och inga doktorander fanns ännu inom neurologi. Personalsituationen har emellertid förbättrats under det senaste året.

ALF-medlen uppgavs genomgående vid platsbesöken vara nödvändiga för att upprätthålla den kliniska forskningen inom ämnet. Organisationen och fördelningen av medel ansågs överlag fungera bra; dock framkom en viss oro för att kliniska forskare kan ha svårt att konkurrera med mer prekliniska forskare när det gäller sökbara ALF-medel. Begreppet translationell forskning uppfattades som svårt att avgränsa, och på vissa håll uttrycktes oro för att forskning som egentligen är preklinisk kom ifråga för finansiering via ALF-medel. Det ligger dock utanför denna utvärdering att granska processerna för tilldelning av ALF-medel.

VFU för läkare

Det generella intrycket är att VFU för läkarstudenter är mycket välfungerande och uppskattad av studenterna vid de granskade USV-enheterna. Det finns ett stort engagemang för VFU på alla nivåer, från ledning till handledare. Man arbetar kontinuerligt för att förbättra utbildningen inom alla reg-



ioner. Utbildningen uppfattas av studenterna som välorganiserad, både de teoretiska och de praktiska delarna, och de menar att utbildningsklimatet är bra. Omfattningen och utformningen av VFU är ungefär densamma för lärosätena, och VFU infaller vid ungefär samma tid under läkarutbildningen.

Handledarutbildningen skiljer sig åt mellan lärosätena, men samtliga granskade USV-enheter bedöms uppfylla kravet att de som deltar i handledningen har någon form av utbildning. Studenterna anser i stort sett att de haft tillgång till lämplig handledning, även om formerna varierat och även om handledaruppdraget på vissa orter var mer koncentrerat till enskilda individer.

Det finns olika modeller för hur studenterna ger återkoppling om sina veckor på kliniken. Alla USV-enheter rapporterar att återkopplingen har stor betydelse och noga beaktas. I regel följs VFU och VIL upp lokalt av USV-enheterna. Därtill genomför lärosätena en sammanfattande utvärdering av hela neurologikursen och av varje termin i form av ett terminsbokslut.



Utveckling av hälso- och sjukvården

Alla de granskade USV-enheterna deltar aktivt i nationella vårdprogram, riktlinjer och kvalitetsregister. Inom neurologin finns många kvalitetsregister och täckningsgraden är god för de stora och välkända registren. De flesta USV-enheter använder dock registerdata i begränsad omfattning, både för nulägesrapporter och för förbättringsarbeten. Socialstyrelsen noterade att delar av de resurser som avsätts för arbetet med Riksstroke och MS-registret skulle kunna omfördelas till övriga register inom Svenska Neuroregister.

De flesta USV-enheterna har ett nära samarbete med flera patientorganisationer och mäter kontinuerligt patienternas upplevelser. Registrering av PROM och PREM ingår i Svenska Neuroregister och Riksstroke, men skulle på flera håll kunna utnyttjas mer konsekvent.

USV-enheterna är även bra på att sprida resultaten av sitt utvecklingsarbete, genom seminarier och möten både internt, regionalt och nationellt samt ofta även internationellt.

Även när det gäller utvecklings- och forskningsarbetets koppling till innovationer verkar neurologin vid universitetssjukhusen ligga väl till. Enheterna gav många exempel på praktisk tillämpning av innovationer, varav flera hade patenterats. Akademiskt Specialistcentrum i Stockholm har till exempel spelat en central roll för utvecklingen av digitala lösningar som ska öka tillgängligheten, inte bara vid den egna enheten utan i hela sjukvårdsregionen.

Medarbetarnas kompetensutveckling ingår i enheternas utvecklingsansvar. USV-enheterna i regionerna Östergötland och Stockholm visade upp ett systematiskt arbete med individuella kompetensutvecklingsplaner som följs upp konsekvent. I övriga landet nöjer man sig med årliga medarbetarsamtal där även behovet av fortbildning diskuteras.

Lärande exempel

- *Vid Akademiskt specialistcentrum i Stockholm finns en särskild struktur för att integrera sjukvård och klinisk forskning. Det ska dock noteras att centrumet har ett tydligt avgränsat uppdrag som gör det lättare*

att upprätthålla och utveckla forskningen. En sådan struktur kan vara svår att införa för enheter som även har ett stort akutuppdrag.

- Inom neurologi i Region Västerbotten har det utvecklats en nära samverkan mellan klinik och akademi, till exempel inom det multidisciplinära projektet kring yrsel och inom rehabilitering. Strategin har utmynnat i både forskningsfinansiering och ett avknoppat företag.*
- I Västra Götalandsregionen har FoUU-enheten tagit fram en handbok i praktisk metodik vid förbättringsarbete i den kliniska verksamheten. Ett exempel från Skaraborgs sjukhus är förbättringar rörande optikusneurit i gränssnittet mellan neurologi och ögonenheter.*
- Under VFU vid Akademiskt specialistcentrum i Stockholm ingår ett särskilt moment där studenterna i dialog med patienter och anhöriga får fördjupade insikter i vad det innebär att leva med kronisk sjukdom.*

6. Granskning av de regionala ledningsorganen

Syftet med att utvärdera arbetet på den regionala ledningsnivån är dels att följa upp att de delar av ALF-avtalet som är det regionala ledningsorganens ansvar uppfylls, dels att undersöka hur de regionala ledningsorganen stöttar och följer upp USV-enheternas arbete med de mininivåer som uppfylldes i lägst grad enligt enkätsvaren.

Det regionala ledningsorganet inom varje ALF-region har som uppgift att hantera frågor av principiell betydelse för universitetssjukvården. Universitetet och regionen ska även ta fram ett regionalt avtal som bland annat reglerar hur och på vilka grunder USV-enheter utses. Avtalet ska även reglera hur ALF-ersättningen fördelas, vilka resurser för utbildning, forskning och utveckling, utöver ALF-ersättningen, som ska bli föremål för en gemensam prioriteringsordning, och hur dessa resurser ska användas. Universitetet och regionen ska också sträva mot en ökad samordning och koncentration av de resurser som görs tillgängliga i samarbetet.

Socialstyrelsen har för denna del av utvärderingen valt att intervjua representanter för de regionala ledningsorganen och efterfråga och analysera skriftlig dokumentation.

Utvärderingen visar på ett tätt och gott samarbete i samtliga ledningsorgan, men att man ofta valt olika strategier för styrningen av universitetssjukvården. Samarbetet bygger i flera regioner inte på gemensamt framtagna strategier och målsättningar, vilket är en grundpelare i ALF-avtalet.

Tätt samarbete mellan region och universitet trots att gemensamt beslutade strategier och målsättningar saknas

Socialstyrelsen har använt intervjuerna för att utvärdera hur samverkan mellan region och universitet är uppbyggd och fungerar. Samtliga ledningsorgan uppger att samarbetet fungerar väl och att representanterna för universitetet och regionen har en tät kontakt sinsemellan. Det finns även, i enlighet med ALF-avtalet, en tydlig struktur med gemensamma beslutande och beredande organ på olika nivåer under det regionala ledningsorganet, i samtliga sju regioner. Beslut i de gemensamma organen fattas generellt genom konsensus. Samtliga regioner rapporterar också att de har en omfattande insyn och yttranderätt i de beslutande organ som inte är gemensamma inom både forskning och utbildning.

Enligt ALF-avtalet ska samarbetet mellan regionen och universitetet bygga på gemensamt utarbetade visioner, strategier och målsättningar för VFU på

läkarutbildningen, för klinisk forskning och för utveckling. I den förra utvärderingen 2018 uppgav samtliga regionala ledningsorgan att de tagit fram sådana styrdokument.

Socialstyrelsen har i denna utvärdering undersökt om det finns gemensamt framtagna och beslutade dokument som redogör för sådana visioner, strategier och målsättningar för universitetssjukvårdens tre uppdrag.²⁸ Socialstyrelsen har också undersökt om ALF-regionerna har satt upp sådana gemensamma utvärderingsbara mål.²⁹

Samtliga regioner har tagit fram avsiktsförklaringar och visioner för vad som ska uppnås; de är dokumenterade i de regionala ALF-avtalen och ibland även i andra dokument. Gemensamma strategier, målsättningar och mål för forskning, utbildning och utveckling är dock dokumenterade i mer varierande grad. Beskrivningarna i de regionala ALF-avtalen är ofta kortfattade och i flera fall inte mer utförliga än det nationella ALF-avtalet. Endast en ALF-region, Östergötland, uppfyller denna punkt till fullo genom att ha dokument som är beslutade i båda verksamheterna och som beskriver målsättningar och strategier inom alla tre delar av universitetssjukvården. Uppsala har satt upp gemensamma mål för forskning, utbildning och utveckling men har ännu inte beslutat om tillhörande strategier. Västra Götaland har tagit fram gemensamma mål och strategier för forskning. Övriga ALF-regioner saknar gemensamt beslutade målsättningar eller strategier för ett eller flera av de tre områdena. Flera ledningsorgan uppger att man håller på att ta fram sådana dokument.³⁰

Flera av de mindre ALF-regionerna rapporterar att samarbetet till stor del är pragmatiskt och informellt, vilket uppges vara en förklaring till att man saknar skriftlig dokumentation. Representanterna för de regionala ledningsorganen upplever att ett mer informellt samarbete är tidseffektivt och lätt att anpassa till förutsättningarna, som är föränderliga och ofta inte kan förutses. Ett skäl till att samarbetet fungerar så väl är att representanter för både region och universitet är väl införstådda med hur motpartens organisation fungerar. Ofta är en och samma person anställd både på universitetet och i regionen, och representerar endera organisation vid olika tillfällen.

²⁸ Med visioner avses en generell beskrivning av vad som ska uppnås, till exempel bättre hälsa för hela befolkningen. Med målsättningar avses en mer utförlig beskrivning av vad som krävs för att visionen ska anses vara uppfylld. Med strategier avses processer och metoder för hur dessa målsättningar ska uppnås.

²⁹ Med mål avses resultat av en aktivitet. Mål går att utvärdera om de uppfyllts, och är ofta tidsatta.

³⁰ Region Örebro län har tagit fram strategier och målsättningar inom alla tre områden, vilka är gemensamma med universitetet, enligt ledningsorganet. Dock har inget formellt beslut om detta fattats på universitetet. Region Stockholm har i samverkan med Karolinska Institutet tagit fram en "Life Science"-strategi och två handlingsplaner, en för hälsodata och en för samverkan med näringslivet, som alla tre berör forskning och innovation. Under intervjun framkommer att ledningsorganet ser dessa som gemensamma. Stockholm håller även på att ta fram en gemensam strategi för det sexåriga läkarprogrammet. I Västerbotten uppges under intervjun att man håller på att ta fram gemensamma målsättningar och strategier. I Skåne saknas helt gemensamt överenskomna målsättningar och strategier, utöver det som nämns in det regionala ALF-avtalet.

Nackdelar med ett alltför informellt samarbete, enligt ledningsorganen, är att personkemi blir en faktor, och att det inte alltid finns transparens i grunderna till fattade beslut. Det finns också risk för jävssituationer när en och samma person representerar olika organisationer i olika situationer. Sammantaget beskrivs det som en avvägning mellan att skapa en effektiv och relevant organisation, och att ha en i alla delar formaliserad och transparent process för beslutsfattande. De regionala ledningsorganen själva uppger att de är medvetna om denna komplexitet och uppfattar att de i stort sett har hamnat rätt.

Socialstyrelsen instämmer i att det finns både fördelar och nackdelar med ett så informellt samarbete som de regionala ledningsorganen beskriver. De största riskerna bedömer Socialstyrelsen är dels att rollerna kan bli otydliga när en och samma person företräder olika organisationer, vilket minskar transparens och möjlighet för utomstående att följa hur beslut har tagits. Dels att det finns en risk med ett så situationsanpassat ledarskap att helhetsperspektiv och övergripande strategier tappas bort och att de diskussioner som förekommer snarare domineras av dagsaktuella frågor.

Utöver att gemensamma strategier och målsättningar är en grundpelare i ALF-avtalet, anser Socialstyrelsen därför att det finns stora fördelar med att skriftligt dokumentera dessa. Dokumentationen gör det lättare att fatta beslut i vardagen då man enkelt kan gå tillbaka till de principer för samarbete som fastställts, samtidigt som det skapar stabilitet och tydlighet över tid. Regelbundna diskussioner, genomlysningar och uppdateringar av de mål som man arbetar mot kan även bidra till reflektion och helikopterperspektiv samt underlätta förankring av tagna beslut. Dessutom är det enklare att följa upp måluppfyllelsen om dessa dokumenteras och är uppföljningsbara och tidsatta.

Socialstyrelsens bedömning

- Universiteten och regionerna i alla ALF-regioner utom Östergötland (som redan fattat ett sådant beslut), behöver besluta om gemensamma målsättningar och strategier för forskning, utbildning och utveckling av hälso- och sjukvården (1 § ALF-avtalet).

Framgångsfaktorer för ett gott samarbete

De viktigaste framgångsfaktorerna för ett gott samarbete mellan region och universitet är, enligt flera ledningsorgan, en samsyn kring de gemensamma målen, och god kunskap om och insyn i varandras organisationer. De lyfter också att det är viktigt med en relationell och geografisk närhet, så att det är lätt att få kontakt och stämma av olika frågor. En hörnsten för samarbetet sägs vara den gemensamma budgeten för forskning och utbildning, som finns genom ALF-avtalet och de medel som vissa regioner skjuter till för att fördelas genom samma system. Genom att budgeten är gemensam kan hänsyn tas till båda parternas behov av vård, forskning och utbildning, till exempel när man tillsätter förenade tjänster. ALF-utvärderingen lyfts också som en katalysator som har gjort att många frågor om samarbetet dem emellan lyfts och diskuterats, vilket har lett till ökad samsyn om frågorna..

Det är inte tydligt vilka finansiella medel regionerna skjuter till för gemensam prioritering, eller vilka effekter detta får

Genom ALF-avtalet finns en möjlighet, men inget krav, för regionerna att skjuta till finansiella medel till den pott som prioriteras genom den strategi som regionala ledningsorganet för ALF bestämt. I det underlag som Socialstyrelsen begärt in framkommer att Västra Götalandsregionen sköt till 930 mnkr och Region Stockholm sköt till 369 mnkr för gemensam prioritering av ledningsorganet för ALF 2022. Även Region Östergötland skjuter till medel för gemensam prioritering, dock framgår det inte av underlaget hur stor summan är. Övriga regionala ledningsorgan har inte inkommit med någon information om att regionerna skjuter till finansiella medel för gemensam prioritering. Dock framhåller flera regionala ledningsorgan (till exempel Örebro och Uppsala) att de är transparenta gentemot varandra med vilka medel för forskning regionerna och universiteten fördelar, och att de då kan ha synpunkter på hur forskningsmedel från den motstående parten bör fördelas.

I ALF-avtalets § 14 framgår att nationella styrgruppen för ALF ska utveckla en redovisningsmall för hur de resurser som fördelas genom gemensam prioritering ska redovisas. Det framgår även av 16 § punkt 4 att de regionala ledningsorganen ska redovisa vilka resurser för utbildning, forskning och utveckling som är föremål för gemensam prioritering, utöver ALF-ersättningen. Såvitt Socialstyrelsen kan bedöma är inte dessa två punkter i ALF-avtalet uppfyllda. Den senare punkten är dock inte tillräckligt tydligt formulerad för att det ska gå att bedöma om kravet i ALF-avtalet är uppfyllt.

För att det ska vara möjligt att bedöma vad effekten är av att regionerna skjuter till finansiella medel för gemensam prioritering, behöver det först vara tydligt hur detta ska redovisas, så att alla ALF-regioner redovisar detta på samma sätt.

Åtgärder som behövs för att det ska vara möjligt att utvärdera att avtalet i sin helhet är uppfyllt

- Nationella styrgruppen för ALF behöver utveckla en redovisningsmall för vilka resurser utöver ALF-ersättningen som ska fördelas genom gemensam prioritering (enligt ALF-avtalets 14 §).
- Flera regionala ledningsorgan behöver förtydliga vilka resurser för utbildning, forskning och utveckling, utöver ALF-ersättningen, som är föremål för gemensam prioritering (2 § och 16 § punkt 4 i ALF-avtalet).

De olika ALF-regionernas individuella framgångsfaktorer

Här följer några exempel på vad olika ledningsorgan lyft som just deras styrka under intervjuerna.

Stockholm: Att vi är en så stor organisation. Det finns både mångfald och bredd. Vi har kapacitet att vara föregångare inom många områden. Det skapar en stolthet som attraherar de bästa medarbetarna och forskarna.

Skåne: Vi jobbar nära varandra dagligen. Vi har många formella fora för samverkan, och jobbar mycket med konkreta frågor. Exempelvis hur hanterar vi konflikter mellan handledare och doktorander, arbetsmiljöfrågor.

Västra Götaland: En stor transparens och öppenhet mot de egna arbetarna, i form av en tydlig hemsida för FoUUI, tydliga finansieringsnycklar för ALF-medel och att representanterna i ledningsorganet är tillgängliga för att svara på frågor.

Uppsala: Ett gott samarbetsklimat på alla nivåer mellan universitet och region. Det är också viktigt att den högsta politiska nivån har insyn i samarbetet mellan universitet och sjukvård. Fyra regionråd sitter med i det högsta gemensamma beslutande organet.

Västerbotten: Att vara en överblickbar organisation. Litenhetens stora fördel är kännedom om varandra och att man vet vem som är bra på vad. En annan stor fördel är att stora delar av sjukvården är offentlig vård vilket underlättar tillgång till VFU och forskning.

Örebro: Vi har ett "underdog"-perspektiv – vi vill visa att vi är bäst på allt. En viktig framgångsfaktor är att det är angeläget för hela samhället att vi utvecklas. Det är inte en isolerad företeelse inom akademien, utan även kommunerna och "vanliga" medborgare involveras och tycker det är viktigt att vi har universitetssjukvård här i Örebro.

Östergötland: De höga krav vi ställer på oss själva, till exempel att verksamhetschefen ska vara disputerad och att alla vårdenheter måste lägga minst 1,5 procent av omsättningen på forskning. Regionen skjuter också till mer medel på klinisk forskning än vad som tilldelas genom ALF.

Ledningsorganens uppföljning av mål och miniminivåer
Socialstyrelsen frågade också ledningsorganen hur de följer upp gemensamma visioner, mål och strategier. Östergötland och Uppsala är de två ALF-regioner som uppgett att de kontinuerligt följer upp att deras gemensamma mål uppnås.

Alla ledningsorgan gör dock någon form av uppföljning av att universitetssjukvården uppfyller villkoren i ALF-avtalet. Ofta handlar det om att forskare får ut den tid till forskning som är finansierad och att alla forskningsmedel används. En annan typ av uppföljning görs via fördelningen av ALF-medlen, som ofta till viss del bygger på tidigare vetenskaplig produktion. Flera ledningsorgan följer också upp att gemensamt finansierade forskningsfaciliteter är relevanta och används av forskarna.

I flera, men inte alla, ALF-regioner följer ledningsorganen även kontinuerligt upp att miniminivåerna fortsatt är uppfyllda av alla USV-enheter. Detta beskrivs närmare i nästa avsnitt.

Socialstyrelsen anser att det kan underlätta dialogen mellan ledningsorganen och USV-enheterna att kontinuerligt följa upp att USV-enheterna uppnår miniminivåerna. I denna dialog kan förutsättningar och lämpliga åtgärder diskuteras. På så sätt kan eventuella brister åtgärdas löpande. Det är dock viktigt att diskutera kvalitetshöjning generellt, så att inte allt fokus ligger på att miniminivåerna ska uppnås.

Socialstyrelsens bedömning

- Det finns ett behov av att de regionala ledningsorganen för ALF kontinuerligt följer upp att minimivåerna uppnås. Detta som en del av en generell dialog med USV-enheterna kring hur kvalitetshöjning kan uppnås och eventuella brister åtgärdas.

Hur USV-enheter utses och omprövas

Enligt ALF-avtalet kan endast begränsade delar av hälso- och sjukvården utgöra universitetssjukvård, för att resurserna för forskning, utbildning och utveckling ska användas optimalt. Det är de regionala ledningsorganen som ska komma överens om hur USV-enheter utses i varje region. ALF-regionerna har valt helt olika strategier för detta, och i vissa fall är det all sjukvård i regionen inom ett visst område, exempelvis primärvården, som har utsetts till en USV-enhet.

I tre ALF-regioner ska den verksamhet som vill bli utsedd till USV-enhet ansöka om detta: Stockholm, Skåne och Västerbotten. I Västra Götaland ingår samtliga verksamheter vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i olika USV-enheter, medan övriga ansöker. I övriga ALF-regioner bestämmer det regionala ledningsorganet vilken verksamhet som ska vara USV-enhet på eget initiativ.

I Uppsala, Östergötland och Västerbotten är det en uttalad ambition att alla verksamheter på universitetssjukhuset ska ingå i USV-enheter. I dagsläget bedömer dock ledningsorganen i Östergötland och Västerbotten att alla verksamheter inte klarar kraven för det. I båda regionerna kan kliniker i stället bli en så kallad ”akademisk enhet”, vilket innebär lägre krav och är ett slags mellansteg innan enheten blir utsedd till USV-enhet. I Uppsala har verksamhetsområden som inte klarar kraven för en USV-enhet ibland slagits ihop så att flera verksamhetsområden blir en enhet. Ledningsorganet i Västerbotten lyfter också detta alternativ, men de flaggar för att mindre specialiteter kan hamna i skymundan om de slås ihop med större. De ser då en risk för att det inte uppmärksammas lika lätt om forsknings- och utvecklingsarbetet skulle börja halka efter inom den mindre specialiteten. Därför finns alternativet att utses till akademisk enhet i stället.

Argumenten för ett ansökningsförfarande, enligt bland annat Stockholm, är att USV-enhet då blir en eftersträvt kvalitetsstämpel, vilket kan vara kvalitetsdrivande i sig genom att det kan attrahera forskningsintresserade personer inom vårdprofessionerna till enheten. Dessa ledningsorgan framhåller att det är viktigare att de utsedda enheterna uppfyller kraven, än att all sjukvård ingår i en USV-enhet. De regioner som utsett hela verksamhetsområden till USV-enheter framhåller å andra sidan att det är viktigt att det finns universitetssjukvård, inklusive forskning och utbildning, inom alla kliniska områden som universitetssjukhuset ansvarar för. Bland dessa ledningsorgan lyfts att det är universitetets och regionens ansvar att hela universitetssjukhuset har de resurser som krävs för att utgöra USV-enhet.

För att det ska tillföra ett värde att utse en enhet till USV-enhet menar Socialstyrelsen att dessa enheter behöver inrättas på en organisatorisk nivå där det är meningsfullt att bedriva FoUU inom ett visst medicinskt område. Syftet är att fördelar kan dras av att ha en ledningsfunktion för FoUU, och att forskarna är tillräckligt nära varandra ämnesmässigt för att ha utbyte av varandra. Såvitt Socialstyrelsen kan bedöma tycks de flesta USV-enheter vara inrättade på ett sådant sätt, trots att vissa sammanslagningar skett under utvärderingsperioden.

Omprövning av status som USV-enhet

I Skåne och Västra Götaland omprövades statusen som USV-enhet varje år under utvärderingsperioden. I Skåne har ledningsorganet följt upp att enheterna fortfarande uppfyller kraven genom en strukturerad dialog, och i Västra Götaland får enheterna fylla i en enkät liknande den som Socialstyrelsen utför i denna utvärdering. Skåne införde 2023 en ny process där de omprövar status för USV-enheter vartannat år, utifrån uppgifter på en skriftlig blankett. Även i Uppsala och Västerbotten följer ledningsorganen varje år upp att miniminivåerna uppfylls, genom en enkät, men statusen som USV-enhet omprövas enligt det regionala ALF-avtalen vart fjärde år (Uppsala) eller vart femte år (Västerbotten). Även i Örebro regionala ALF-avtal anges att man varje år ska kontrollera att USV-enheter uppfyller kriterierna, men inte hur detta ska ske eller om det kan leda till att status som USV-enhet omprövas. I Stockholm utses USV-enheter för en fyraårsperiod, och enheten får därefter ansöka på nytt. I Östergötland görs regelbundna omprövningar, men man uppger inget definierat tidsintervall. Den senaste omprövningen var 2021, enligt uppgift från kontaktpersonen för ledningsorganen.

Större förändringar i vilka enheter som är USV-enheter som skett under utvärderingsperioden

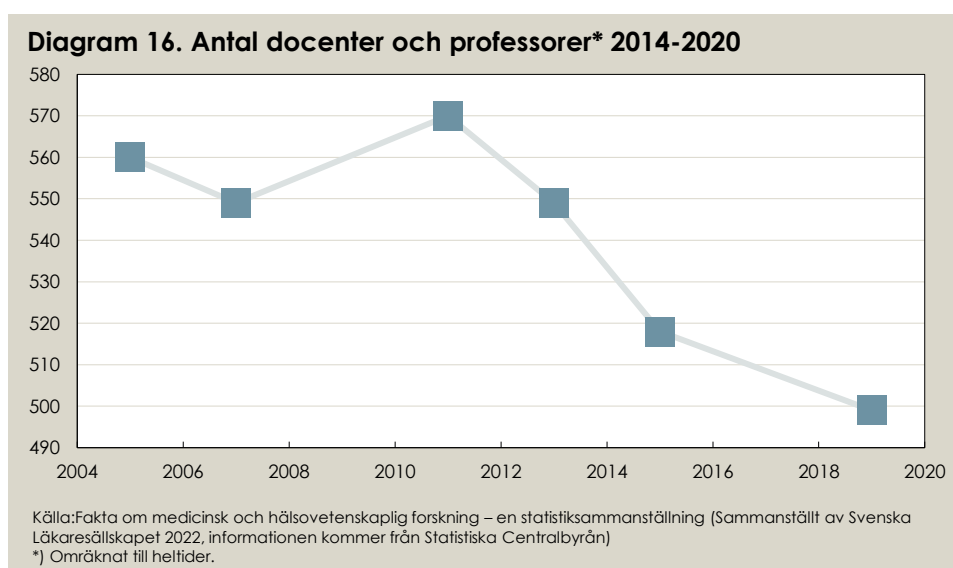
I Region Stockholm var hela sjukvården indelad i sammanlagt tio USV-enheter under 2016–2018, medan de tog fram lokala kriterier för hur USV-enheter skulle utses. Dessa kriterier beslutades i maj 2018. I mars 2020 skedde en större omorganisation, vilket ledde till att flera USV-enheter tillkom medan andra försvann. I andra regioner har förändringar i vilka enheter som är utsedda till USV-enheter skett mer löpande, och enheter har tillkommit och tagits bort vid olika tillfällen under utvärderingsperioden. När de enheter som fanns 31 december 2021, och som därmed har ingått i denna utvärdering, utsågs framgår av Tabell 4 i kapitel 7.

Ledningsorganens arbete med att säkra tillgången på forskarhandledare – miniminivå 2 och 3

För att utveckla och upprätthålla klinisk forskning på en hög nivå behövs tillgång till erfarna forskarhandledare. De har stor betydelse för att inspirera och stödja de yngre forskarnas arbete. Samtidigt har regioner och universitet svårt

att behålla kompetenta forskare som befinner sig mitt i karriären. Specialistkompetenta läkare erbjuds goda villkor för kliniskt arbete, samtidigt som ett växande medicintekniskt näringsliv konkurrerar om forskningskompetensen.

Regionernas svårigheter att upprätthålla en god tillgång till erfarna forskarhandledare uppmärksammades i Socialstyrelsens utvärdering 2018. Där framkom att många USV-enheter stod inför en generationsväxling, och det var osäkert om påfyllnaden av yngre forskare var tillräcklig. Vidare visades att det ofta tog lång tid för forskarna att nå docentkompetens, och att man behövde öka andelen forskarutbildade inom andra yrkesgrupper än läkare. En tidsserie över läkare med docentkompetens som Svenska Läkaresällskapet tagit fram bekräftar vad som framkom i utvärderingen. Diagrammet nedan (Diagram 16) visar antalet läkare (30–70 år) med docentkompetensmed anställning vid universitet under perioden 2005–2019 (12).



Läkaresällskapet har även redovisat att antalet *yngre* docentkompetenta läkare (45–54 år) vid universitetssjukhusen minskade med drygt 20 procent under 2005–2019 (omräknat till heltidstjänster).

En slutsats från Socialstyrelsens utvärdering 2018 är att regioner och universitet behöver göra mer för att säkra tillgången på erfarna forskarhandledare (1). Alla regionala ledningsorgan hade visserligen sedan länge olika satsningar för att stödja forskarkarriären mot docentur, men nu infördes miniminivån att även alla USV-enheter måste tillämpa en handlingsplan som stödjer denna karriär. Denna miniminivå har fått stort genomslag, och 97 procent av alla USV-enheter uppger att de tillämpar en sådan handlingsplan. Ofta bygger planen på den egna regionens övergripande strategi.

Regionala strategier och handlingsplaner

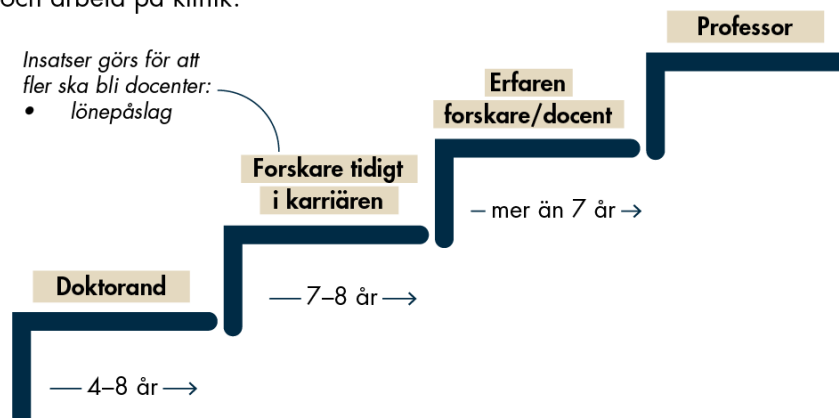
För att säkra den framtida tillgången på erfarna kliniskt aktiva forskarhandledare har de flesta regioner genomfört olika satsningar på kombinerade forskartjänster. Dessa är ofta riktade mot forskare som nyligen har disputerat, eftersom tidigare erfarenheter visat att detta är en period i karriären där det är svårt att fortsätta vara forskningsverksam. Socialstyrelsens utvärdering visar

att dessa insatser nu har börjat få effekt i åtminstone vissa regioner. I Västra Götaland och Stockholm rapporterar således ledningsorganen att antalet kliniskt verksamma docenter har ökat.

Flera regionala ledningsorgan satsar på så kallade forskar-AT och forskar-ST (allmäntjänstgöring respektive specialiseringstjänstgöring för läkare), där olika faser i karriären kan kombineras med forskning på deltid. Tjänsterna har ofta många sökande, och har enligt ledningsorganen lett till att fler läkare har kommit vidare i sin forskarkarriär. Flera av ledningsorganen riktar också särskilda satsningar mot att öka antalet yrkesverksamma inom andra professioner än läkare som har möjlighet att kombinera kliniskt arbete med forskning. Utöver dessa översiktliga drag, som illustreras i bilden nedan, har regionerna valt olika strategier för sina satsningar, vilket beskrivs i nästkommande stycken.

Karriärtrappa

Möjlighet att kombinera forskning och arbeta på klinik:



Ledningsorganet i **Stockholm** har gjort om fördelningen av ALF-finansieringen för att satsa mer medel på forskare tidigt i karriären. Sedan 2019 finns även ett docentprogram, i form av en kurs, för att stötta karriärutveckling för disputerade kliniker. För att bredda rekryteringen har de även riktat särskilda forskningsmedel och andra insatser till medarbetare med medellånga vårdutbildningar. Tack vare anslag till närsjukvård och en forskarskola i allmänmedicin är möjligheterna att forska inom primärvården numera bättre än tidigare. Sammantaget har antalet kliniska docenter nu ökat.

Även i **Uppsala** prioriteras den framtida försörjningen av erfarna forskarhandledare. Sedan förra utvärderingen har ledningsorganet inrättat särskilda postdoktorstjänster, så kallade Gullstrandtjänster, för kliniska forskare. Ledningsorganet har vid tillsättning av dessa tjänster möjlighet att välja bland de sökande, så att tillgång på docentkompetenta forskare kan prioriteras inom områden som inte har så omfattande pågående forskning. Dessa tjänster är öppna för alla yrkeskategorier med anställning i Region Uppsala.

I **Västra Götaland** har tydliga karriärvägar tillsammans med en strategisk satsning på mer forskningstid och höjda löner gjort att antalet nya docenter på Sahlgrenska universitetssjukhuset nu ökat. Ökningen gäller en bred grupp av vårdprofessioner. I en analys fann man att många karriärer hindrades av

att det var ont om utbildningsplatser vid de obligatoriska pedagogiska kurserna. Därför organiserar Sahlgrenska Akademien numera egna pedagogiska kurser, som komplement. Detta har enligt ledningsorganet ökat genomströmningen markant. Även införandet av individuella kompetensutvecklingsplaner ger verksamhetscheferna vid USV-enheterna en överblick över tillgängliga och framtida forskarhandledare har underlättat.

Örebro län satsar på att stärka akademiseringen av alla delar av vården. Den absoluta merparten av ALF-medlen går därför till att stötta forskartjänster på olika nivåer. Regionens forsknings- och utbildningschef bevakar hur ALF-medlen behöver kompletteras för att täcka in de områden inom hälso- och sjukvården där forskning saknas, och inom dessa områden skjuter regionen till egna forskningsmedel. Örebro är fortfarande ett relativt ungt universitetssjukhus, med sämre tillgång på erfarna forskarhandledare (se Diagram 4 i kapitel 4). På lägre meriteringsnivåer ser läget ganska ljust ut. Örebro har gjort strategiska satsningar för att få fler att forska inom vårddyrken vars utbildning inte är forskningsförberedande, bland annat röntgensköterskor och biomedicinska analytiker. Ledningsorganet har inrättat och finansierat meriterande överbryggningstjänster där man kombinerar forskningsarbete, utvecklingsarbete och kliniskt arbete för dessa professioner.

Ledningsorganet i **Skåne** menar att införandet av USV-enheter har betytt mycket för att stimulera en fortsatt forskarkarriär. Skåne lägger, liksom Örebro, en jämförelsevis stor del av ALF-anslaget på forskartjänster som utlyses i konkurrens. Vad gäller kombinationstjänsterna är dock vårdvetenskaperna fortfarande ett bekymmer enligt ledningsorganet. Skälet är enligt ledningsorganet att sjuksköterskor och anställda inom andra vårddyrken ofta föredrar att gå tillbaka till kliniskt arbete på heltid – alternativt väljer heltidsforskning och undervisning på universitetssidan.

Ledningsorganet i **Västerbotten** vittnar om att det råder brist på forskarhandledare. Det är svårt att rekrytera från andra orter i Sverige och många som utbildat sig till läkare vid Umeå universitet fortsätter sin gärning längre söderut. Vidare är man inne i ett generationsskifte med stora pensionsavgångar bland forskarhandledarna. Även här finns kombinationstjänster som finansieras med ALF-medel. Tjänster är utformade så att tiden fördelas mellan forskning, klinik och undervisning för att forskaren så effektivt som möjligt ska kunna meritera sig till docent. Alla professioner kan söka dessa tjänster. Utöver dem finansierar ALF-systemet även olika karriärtjänster som är reserverade för läkare respektive för andra legitimationsyrken.

I **Östergötland** betonas verksamhetschefernas centrala roll i att lotsa in medarbetarna i forskning, samt vikten av forskning med nära koppling till den egna kliniska verksamheten. Ledningen har återkommande dialoger med verksamhetscheferna vid USV-enheterna för att bedöma behovet av att förstärka den akademiska miljön, till exempel genom adjungeringar. Ledningen lyfter också vikten av att starta forskarkarriären tidigt och ha ett lönesystem som inte straffar den som väljer att forska i stället för att snabbt bli färdig specialistläkare. Ledningsorganet följer kontinuerligt upp var medarbetarna befinner sig i det akademiska systemet och kan till exempel uppmärksamma

verksamhetschefer när forskningstjänster frigörs som en följd av pensionsavgångar.

Således har arbetet med att stärka tillgången till erfarna forskarhandledare inom alla relevanta professioner kommit olika långt i olika ALF-regioner. Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att arbetet med att stödja kliniskt verksamma medarbetare att göra en forskarkarriär behöver fortsätta, för att stärka och upprätthålla en god tillgång till forskare och erfarna forskarhandledare inom alla relevanta professioner (det vill säga läkare, vårdyrken och andra yrken med universitetsutbildning inom hälso- och sjukvården). Arbetet behöver ske på flera organisatoriska nivåer, både på regional ledningsnivå och på USV-enhetsnivå.

Socialstyrelsen bedömning

- Regionerna och USV-enheterna behöver säkerställa att det finns tillräckligt många erfarna forskarhandledare inom alla relevanta professioner och specialiteter både på kort och lång sikt.

Ledningsorganens syn på jämställdhetsutmaningar och möjligheten att göra akademisk karriär

Flera av ledningsorganen noterar att det finns en majoritet av män bland de mer seniora forskarna, framför allt professorer, medan de flesta som disputerar i dag är kvinnor. Flera regionala ledningsorgan uppger också att det finns en ojämlikhet mellan olika yrkesgruppers möjligheter att gå vidare med en forskningskarriär. I yrken med icke forskningsförberedande utbildningar, till exempel sjuksköterska och biomedicinsk analytiker, finns flest verksamma kvinnor, medan dessa yrken är underrepresenterade bland de som forskar. Detta leder till att kvinnor är underrepresenterade inom klinisk forskning i relation till hur många som arbetar inom kliniska yrken totalt sett.

De flesta representanterna för ledningsorganen uppger under intervjuerna att de följer upp könsfördelningen bland dem som får forskartjänster och andra ekonomiska anslag som är finansierade av ALF-regionen. Flera regionala ledningsorgan redovisar dock inte under intervjuerna att de vidtar några särskilda åtgärder för att stärka arbetet med jämställdhet och lika villkor.Utförligare svar från de olika regionerna redovisas i webbilaga 2.

Undantag till detta är Stockholm och Västra Götaland, som ger konkreta exempel på riktade insatser för att motverka ojämställda villkor.

I **Stockholm** uppger ledningsorganet att de arbetar med tre huvudspår:

- Alla bedömare som utser mottagare av forskningsanslag får gå en kurs i ”unconscious bias”.³¹
- Olika former av nätverk har startats med syfte att stödja kvinnor, bland annat i att skriva forskningsansökningar.

³¹ Översättning ”omedveten partiskhet” eller ”omedvetna fördomar”, ett begrepp som beskriver en orsak till att olika grupper kan diskrimineras omedvetet. Källa: <https://medarbetare.ki.se/bedomning-och-bias-i-karriarvagor-och-vid-medelstildelning>.

- Man gör satsningar på att främja forskning inom kliniska områden där kvinnor är överrepresenterade. Många driftiga personer inom kvinnodominerade yrken lägger enligt ledningsorganet en stor del av sin arbetstid på undervisning, och därför behövs riktade satsningar där enligt dem.

Stockholm har även infört en kompetensstege för sjuksköterskor, för att det ska vara enklare att göra karriär och för att motverka ojämn fördelning av forskare mellan yrkesgrupper.

I **Västra Götaland** finns en forskningsstrategi för att ge lika möjligheter till en klinisk forskningskarriär oavsett kön och profession. Man har flera vidtagna och planerade åtgärder:

- Kvinnor och män ska vara jämlikt representerade i alla bedömningsgrupper.
- Alla yrkeskategorier ska ha samma möjlighet att tilldelas kombinationstjänster som finansieras med ALF-medel.
- Göteborgs universitet har gett extra forskningsanslag till forskare inom hälsoprofessioner (dietister, biomedicinska analytiker, logopedier, audionomer, tandhygienister, tandtekniker och röntgensjuksköterskor).
- Regionen och universitetet utvecklar tydliga karriärvägar oavsett kön, etnicitet och ålder.
- I dekangruppen diskuteras hur man kan fördela olika uppdrag som inte är lika meriterande som forskning, till exempel att sitta i olika kommittéer, och hur man kan fördela handledning av studenter jämnare på alla forskare i stället för att låta sig styras av dem som lojalt säger ja.
- Universitetet har ett råd för lika villkor, med representanter för varje institution, som bevakar frågor om lika möjligheter att göra akademisk karriär.

Hur ledningsorganens följer upp och stöttar att USV-enheter uppnår de miniminivåer som uppnås i lägst grad

Främja universitetssjukvårdens samverkan med näringslivet – miniminivå 6

Under intervjuerna med ledningsorganen framkommer att alla regioner på olika sätt arbetar strategiskt med att underlätta universitetssjukvårdens samverkan med näringslivet. De exempel som ledningsorganen lyfter är dock oftast inte gemensamma för universitetet och regionen, utan de flesta har initierats av regionen eller universitetet. Men det finns även exempel på gemensamma satsningar, till exempel i Östergötland och Västerbotten. Se mer utförliga svar i webbilaga 2.

Flera ledningsorgan lyfter att det är problematiskt att kräva att varje USV-enhet samverkar med näringslivet, bland annat på grund av risk för jäv. Denna risk kan bestå i misstanke om opartiskhet gentemot patienter, genom till exempel behandlingsval, och i risk för opartiskhet när personen som samverkar med näringslivet sitter i olika beslutsfattande organ. I små regioner

kan jävsproblematiken bli än större, eftersom det kanske endast finns enstaka specialister inom varje område, som då måste samverka med näringslivet samtidigt som de leder utformningen av det kliniska arbetet.

Dessutom krävs mycket kompetens inom juridik, avtalsskrivning med mera för att samverka med näringslivet, och det inte är resurseffektivt att varje USV-enhet ska bygga upp sådan. De intervjuade önskar därför att Socialstyrelsen och nationella styrgruppen för ALF förtydligar vad som är miniminivån för samverkan med näringslivet.

Främja universitetssjukvårdens samverkan med patient- och anhörigföreningar – miniminivå 6 och 24

ALF-regionerna har olika sätt att stödja patientsamverkan. Det pågår mycket utveckling på området med framväxt av nya samverkansformer, exempelvis patientråd, och patienter involveras inte bara i enskilda forskningsstudier utan även i det strategiska arbetet med att till exempel utforma kvalitetsregister. Däremot nämner inte alla ledningsorgan att de specifikt följer upp att varje enskild USV-enhet samverkar med patientorganisationer, trots att detta är en miniminivå.

Enligt ledningsorganet i **Uppsala** kräver nästan all tilldelning av kliniska forskningsmedel att projektet redovisar på vilket sätt man samarbetar med patienter eller patientorganisationer. Akademiska sjukhuset samarbetar med cirka 200 patientorganisationer.

I **Västra Götaland** diskuterar och följer FoUUI-enheten på Sahlgrenska Universitetssjukhuset upp samverkan med patientorganisationer med verksamhetschefer på USV-enheten (förutom uppföljningen med enkät). Enligt ledningsorganet finns ett center för personcentrerad vård i Göteborg med goda möjligheter att involvera patienter i att planera forskning och tolkning samt implementera forskningsresultat. I Västra Götalandsregionen och Sahlgrenska akademien finns ett uttalat krav att alltid inkludera patientupplevelser i forskningsupplägget, där det är relevant.

I **Östergötland** har det enligt ledningsorganet inrättats ett råd för patient- och invånarmedverkan. I rådet ingår representanter för region, universitet och patienter och anhöriga. Ordförande är en patient eller anhörig, och vice ordförandeposten alterneras mellan region och universitet. Rådet ska ta fram en struktur för patienters, närståendes och invånares delaktighet. Rådet ordnar bland annat kurser för forskningspartner tillsammans med patientföreträdare i patientföreningen Funktionsrätt.

Enligt ledningsorganet i **Västerbotten** stöds samverkan med patientföreningar bland annat genom en kurs i patientmedverkan i forskning samt genom att ställa krav på samverkan med patientföreningar för att få vissa forskningsmedel. ALF-kommittén har tagit hjälp av mycket goda exempel från hur man i Norge arbetar med patientmedverkan i forskning. Ett viktigt sådant är att ha patientrepresentanter i styrelser för olika kvalitetsregister.

I intervjuerna med övriga regionala ledningsorgan diskuterades inte samverkan med patientföreningar, som var en delfråga under samverkan.

Säkerställa att all personal som handleder läkarstudenter under VFU har pedagogisk handledarutbildning – miniminivå 13

Enligt miniminivån är det universitetens ansvar att klargöra vilken typ av pedagogisk handledning som behövs för olika typer av pedagogiska insatser under VFU. Socialstyrelsen har därför begärt in dokument som visar vilken handledarutbildning olika personalkategorier som undervisar vid läkarstudenters VFU ska ha. Denna analys visar att endast Stockholm och Örebro har direktiv där det tydligt framgår vilken pedagogisk handledarutbildning som gäller, utifrån den typ av insats som handledaren är involverad i. Även i Uppsala, Västerbotten och Östergötland finns direktiv om handledarutbildning, men det är inte helt tydligt vilken utbildning som krävs utifrån vilken roll man har under VFU (exempelvis handledare, instruktör av ett visst moment eller ansvarig för planering av VFU). Ledningsorganet i Östergötland uppger även att direktivet inte är känt i hela organisationen.

Sammantaget konstaterar Socialstyrelsen att universitetens krav på pedagogisk handledarutbildning för de som utbildar läkarstudenter vid VFU i de flesta fall är antingen obefintliga, otydliga eller dåligt kommunicerade. Socialstyrelsen bedömer att detta har bidragit till att många USV-enheter har haft svårt att avgöra om miniminivån är uppnådd.

Ytterligare ett bekymmer är att många regioner saknar system för att dokumentera och följa upp vilka av medarbetarna som har genomgått pedagogisk utbildning.

Socialstyrelsens bedömning

- Universiteten behöver tydligt definiera vilken pedagogisk utbildning som krävs för de medarbetare som regelbundet deltar i VFU för läkare, utifrån olika ansvarsområden under VFU.
- Regionerna behöver systematiskt följa upp vilka av de kliniskt verksamma medarbetarna som har genomgått handledarutbildning för VFU.

Implementera resultat från kursutvärderingar och uppföljningar i den verksamhetsförlagda utbildningen – miniminivå 18

I fem av sju regioner redovisar ledningsorganen att universiteten skriftligt följer upp och utvärderar kurser ur både ett programperspektiv och ett klinikperspektiv. Två regioner (Västerbotten och Östergötland) menar att studenterna är trötta på att svara på enkäter och gör i stället muntliga utvärderingar. I en del regioner (till exempel Stockholm) är USV-enheterna representerade i utbildningsnämndsmötena inom olika ämnesområden, och man menar att det därmed blir lättare att implementera resultat från kursutvärderingar. Andra ledningsorgan anser att studenternas synpunkter bör samlas in och hanteras centralt via universitetet, för att sedan kommuniceras till vårdenheterna.

Det har under intervjuerna framförts önskemål om att Socialstyrelsen i framtida utvärderingar ger konkreta exempel på vad som krävs för att uppfylla denna miniminivå.

Hur USV-enheter stöttas i att nyttja patienters skattningar av sin hälsa och vårdupplevelser – miniminivå 23

I den fördjupade granskningen 2018 framgick att många enheter visserligen registrerade patientupplevelser i specialitetens kvalitetsregister, men det gick inte att fastställa i vilken utsträckning resultaten användes till verksamhetsutveckling. Med ansträngningarna för att öka patienternas delaktighet bör livskvalitet, upplevt hälsotillstånd och upplevelsen av vården mätas regelbundet. Därför fastställdes en miniminivå med krav på att mäta och *använda* patienters skattningar av sin hälsa och vårdupplevelse i vårdens utvecklingsarbete.

I **Stockholm** och **Uppsala** har man satsat på att alla verksamheter ska ha tillgång till egna mätdata över patienternas upplevelser av vård och bemötande. I Stockholm har Karolinska Universitetssjukhuset infört en elektronisk PREM-enkät som går till alla vuxna patienter efter slutenvård och mottagningsbesök. Nyligen har motsvarande införts på Astrid Lindgrens barnsjukhus, och beroende på barnets ålder riktas enkäten till vårdnadshavare eller till både barn och vårdnadshavare. Resultaten uppdateras i realtid på det interna nätet och finns också att tillgå på sjukhusens hemsidor. I Uppsala har man inte kommit lika långt men målet är att man ska skapa generella enkätbaserade uppföljningsmått för varje verksamhetsområde. Varje klinik har en kvalitetsutredare som tar hand om och bevakar mätning av PROM och PREM. De flesta uppgifter inom PROM och PREM som mäts systematiskt hanteras av kvalitetsregister. Även i **Örebro** har man satsat på egna patientenkäter, men lutar sig annars mest mot nationell patientenkät. Detta är ett samlingsnamn för nationella undersökningar som SKR samordnar, och som vanligtvis genomförs vartannat år. I den nationella patientenkäten deltar alla Sveriges regioner och resultaten nyttjas i olika grad av USV-enheterna.

Ledningsorganen i **Östergötland, Västerbotten, Skåne** och **Västra Götaland** har i hög grad lämnat över till USV-enheterna att mäta patientupplevelser. I Västra Götaland erbjuds enheterna hjälp med validerade frågeformulär, men annars har man mest påmint enheterna om att mätning av patientupplevelser är ett av kraven som Socialstyrelsen ställer för att få status som USV-enhet. Ledningsorganen lägger överlag större vikt vid att enheterna ska delta i arbetet med de nationella kvalitetsregistren. Där ingår ofta, men inte alltid, frågor om patienternas upplevelser (PROM och PREM). Kvalitetsregisterarbetet är på många håll omfattande och tangerar även det vanligt förekommande kravet att alla forskningsupplägg ska omfatta patientupplevelser för att beviljas forskningsmedel.

Sammanfattningsvis är data om patienternas upplevelser en avgörande tillgång för att utveckla vården i hela landet, men registreringen i olika register är också förknippat med en ökad arbetsbörda (4), vilket kan leda till stress om det samtidigt inte är tydligt hur uppgifterna leder till nytta för patienterna. Det är därför viktigt att regionerna både överväger hur insamlandet kan ske på ett så systematiskt och enkelt sätt som möjligt för att underlätta för USV-

enheterna, och sprider goda exempel på hur användning av insamlade data leder till förbättringar för patienterna. Även arbetet med att införa förbättringar i arbetssätten kan systematiseras ytterligare.

Socialstyrelsens bedömning

- Regionerna behöver stötta USV-enheterna med verktyg för insamlande av patientrapporterade mått, samt att arbeta systematiskt med att implementera resultat av dessa i sitt utvecklingsarbete.

Uppföljning av om regionens och universitetets innovationsstrategier är kända och används av personalen på USV-enheterna – miniminivå 26

Alla ledningsorgan uppger att det finns en strategi för innovation och att det finns aktiva insatser för att stärka sjukvårdens innovationsarbete (se även frågan om samverkan med näringslivet). I två regioner, Stockholm och Örebro, uppfyller alla enheter denna miniminivå. I Stockholm tycks arbetet med innovationsstrategin vara särskilt aktivt. Bland annat har man kontinuerligt samtal med verksamhetscheferna för att följa hur USV-enheterna arbetar med frågan. Alla verksamheter förväntas allokera resurser till innovationsarbete och de ska kunna mäta och beskriva arbetet. Man arbetar med en skala för ”innovationsmognad”, och enligt den har kännedomen om och aktiviteterna inom innovation ökat. Det finns även stöd från centralt håll, både med arbetsätt, till exempel en så kallad ”innovationscoach” som kan stötta arbetet, och med sökbara medel för innovationsarbete.

I Örebro framhåller ledningsorganet sitt informationsarbete för att göra innovationsstrategin känd. Bland annat finns information om den i det månatliga nyhetsbrev som skickas ut till alla USV-enheter.

Även andra ledningsorgan ger exempel på aktivt innovationsarbete från centralt håll, och de är mer utförligt beskrivna i webbilaga 2. I dessa regioner verkar dock en del arbete återstå eftersom innovationsstrategin inte är känd bland alla USV-enheter enligt enkätsvaren.

7. Metod och genomförande

Enkät till alla universitetsjukvårdsenheter i Sverige

Socialstyrelsen gjorde våren 2022 en webbenkät till de 296 USVE som den 31 december 2021 fanns i regionerna Skåne, Västra Götaland, Östergötland, Stockholm, Uppsala, Örebro län och Västerbotten. Frågorna i enkäten utarbetades av Socialstyrelsen och bygger på det nationella ALF-avtalet, underlag som den nationella styrgruppen för ALF beslutat om, resultat av utvärderingen 2018 och de fastställda miniminivåerna.

Enkätundersökningen skickades den 15 februari 2022 till kontaktpersoner för de 296 USVE enligt mottagarlistor från de regionala ledningsorganen. Datainsamlingen pågick till och med den 28 juni 2022. Flera påminnelser skickades under maj och juni till de USVE som ännu inte hade svarat.

Frågorna i enkäten avsåg främst att mäta förhållanden i verksamheterna under perioden 2018–2021. Enkäten innehöll frågor inom följande områden: klinisk forskning, utbildning av läkare och utveckling av hälso- och sjukvården.

Inhämtande av synpunkter på enkätens utformning

Under 2019 togs en testenkät fram, som skickades till ett urval av 26 USVE som fick fylla i den och lämna synpunkter. Utifrån denna enkät arbetades en första version av enkäten fram, som Socialstyrelsen hösten 2021 skickade till representanter för nationella styrgruppen för ALF och kontaktpersoner för de sju regionala ledningsorganen, för att kvalitetssäkra den och få synpunkter på frågorna. Vidare samrådde Socialstyrelsen med SKR i enlighet med förordning (1982:668) om statliga myndigheters inhämtande av uppgifter från näringsidkare och kommuner. Samrådet är diariefört av Socialstyrelsen.

Information om deltagande USVE

Datum då USVE utsågs

Tabell 4 visar när de enheter som svarade på enkäten har uppgett att de formellt utsågs till USVE av det regionala ledningsorganet (enligt gällande ALF-avtal). I till exempel regionerna Stockholm och Uppsala uppger de flesta enheter att de utsågs till USVE 2015³², medan merparten av USVE i regionerna Skåne och Västerbotten etablerades 2016. I regionerna Östergötland och Örebro län etablerades majoriteten 2017. I Västra Götalandsregionen utsågs knappt hälften av USVE under 2015, men flera tillkom 2017 och 2019. Enstaka USVE har tillkommit sedan dess i samtliga regioner. Ytterligare information om antal kliniskt verksam personal vid USVE finns i bilaga 3.

³² Observera att dessa enheter i Stockholm inte deltog i utvärderingen 2018 som enskilda USVE, eftersom enheterna i Stockholm under perioden 2016-2018 var sammanslagna till totalt 10 USVE i regionen.

Tabell 4: Antal svarande USVE som uppgett att de utsågs formellt av det regionala ledningsorganet respektive år 2015–2021

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Samtliga	103	41	81	19	22	10	16
Region Stockholm	44	0	8	13	1	3	3
Region Uppsala	19	2	1	0	1	0	0
Region Östergötland	0	0	33	0	3	2	3
Region Skåne	12	22	7	4	1	1	0
Västra Götalandsregionen	26	0	11	2	16	4	2
Region Örebro län	0	0	20	0	0	0	5
Region Västerbotten	2	17	1	0	0	0	3

Källa: Socialstyrelsens enkät – utskickad våren 2022 ledningsorganet i ALF-regionen årligen under 2015–2021

Bortfall

Bortfallet består dels av de USVE som inte besvarade enkäten, dels av partiellt bortfall, det vill säga enskilda frågor som inte besvarades. Samtliga frågor om miniminivåer var dock obligatoriska att svara på, utom uppgiften om antal publicerade artiklar per år. Om enheterna i bortfallet skiljer sig från de svarande, när det gäller undersökningsvariablerna, kan skattningar som enbart grundar sig på de svarande vara missvisande. I en del frågor skulle USVE ange antal och då fanns alternativet att inte lämna någon uppgift alls. Det partiella bortfallet var 0–13 procent. Högst bortfall hade frågor om antalet möten eller konferenser med egen vetenskaplig presentation under 2018–2021.

Tolkningssvårigheter

Definitioner och förtydliganden av hur miniminivåerna ska tolkas har tagits fram och publicerades i rapporten från den föregående utvärderingen. De finns listade i bilaga 2. Under arbetets gång har det trots detta framkommit en del tolkningssvårigheter, både när det gäller olika miniminivåer och de frågor som syftade till att följa upp om dessa uppnås.

Utifrån hur **miniminivå 6** är formulerad har det ibland uppfattats som otydligt om samverkan krävdes med alla de sex externa aktörer som nämns, eller om det räcker med att samverka med några av dem för att miniminivån ska uppnås.

För att **miniminivå 13** ska uppnås krävs att den personal som regelbundet deltar i VFU eller VIL för läkarstudier vid USVE har tillräcklig pedagogisk handledarutbildning enligt universitetets direktiv. Det har under utredningens gång framkommit att det inte varit tydligt i alla regioner vad som är universitetens direktiv (se vidare diskussion i kapitel 6). Under den fördjupade granskningen har det även framkommit att det finns ett behov av att det klargörs hur miniminivån ska tolkas, till exempel ifall enklare instruktioner ska räknas som handledning.

För att **miniminivå 22** ska uppnås krävs att enheten använder data från relevanta kvalitetsregister i arbetet med att utveckla verksamheten. Här saknas i många enkätsvar tydliga beskrivningar av att kvalitetsregister används på

detta sätt. Av frågans formulering framgår det dock inte, så som i fallet med patientupplevelser (se nedan, miniminivå 23), att enheten måste visa att kvalitetsregister bidragit till utveckling av verksamheten, utan endast om de nyttjar kvalitetsregister. Här finns alltså en otydlighet i hur frågan har formulerats i enkäten.

För att **miniminivå 23** ska uppnås behöver enheten redovisa att mätningar av patienternas upplevelser bidragit till att utveckla verksamheten. Många har endast svarat med vilken typ av patientrapporterade utfallsmått som de nyttjar, och hur de samlas in. Ofta saknas därmed beskrivning av hur måtten används för att utveckla verksamheten, trots att det framgår av frågan att svaret ska innehålla denna information.

För att **miniminivå 25** ska vara uppfylld krävs att enheten har en skriftlig och på ledningsnivå beslutad strategi, rutin eller motsvarande som stöder innovationer och som är känd i verksamheten. Det framgår dock inte tydligt i vilken grad strategin ska vara känd i verksamheten.

Även **miniminivå 26** har tolkats olika i olika verksamheter. Ibland finns inte en årlig rapport specifikt för USVE, utan rapporten speglar resultaten i hela regionen eller någon annan gruppering där USVE endast utgör en del av verksamheten. I vissa regioner har detta tolkats som att miniminivån är uppnådd. För att miniminivån ska vara uppnådd anser Socialstyrelsen att resultatet behöver rapporteras på så sätt att det går att utläsa för den enskilda USVE. Denna tolkning har dock inte implementerats i denna utvärdering eftersom det inte framgått tydligt av miniminivån eller definitionerna. Detta bör förtydligas inför nästa utvärdering.

Sammantaget finns ett behov av att förtydliga vad som krävs för att uppnå vissa miniminivåer inför nästa utvärdering. Ansvaret för detta ligger primärt på nationella styrgruppen för ALF, som ska tillhandahålla ett underlag för utvärdering där det framgår vad som krävs av USV-enheterna för att de ska uppnå miniminivåerna utifrån ALF-avtalet. Socialstyrelsen avser att utifrån det underlag som nationella styrgruppen för ALF tillhandahåller på ett tydligare sätt definiera vad som menas med olika begrepp.

Fördjupad granskning

Socialstyrelsen har genomfört en fördjupad granskning inom fem kliniska områden. Områdena är akutsjukvård, barn- och ungdomspsykiatri, neurologi, ortopedi och primärvård och allmänmedicin. Den fördjupade granskningen omfattar en USV-enhet per ALF-region för vart och ett av de kliniska områdena. I de ALF-regioner där det fanns flera USV-enheterna inom samma kliniska område har slumpen fått avgöra vilken enhet som ska utvärderas.

Den fördjupade granskningen utfördes med medverkan av kliniska experter. De regionala ledningsorganen fick nominera en kvinnlig och en manlig expert inom vart och ett av de fem kliniska områdena. Socialstyrelsen valde sedan en expertgrupp som skulle vara representativ för befolkningen utifrån geografisk spridning och kön. Jävsprövning utfördes inför beslut om vilka experter som ska utvärdera vilka uUSVE. Målet var att två experter skulle ut-

värdera varje USVE, men det var inte alltid möjligt på grund av förekommande jäv. I dessa fall ersattes ena experterna med en utredare från Socialstyrelsen.

Granskarna skulle, förutom de syften som nämns i inledningen till kapitel 5, även undersöka om det fanns tolkningssvårigheter i enkäten, samt ge specifik återkoppling och förslag på fortsatt arbete till de granskade enheterna.

Experterna, och i förekommande fall utredare från Socialstyrelsen, fick ta del av ett omfattande skriftligt underlag från varje enhet, inklusive enkätsvaren. De besökte även de granskade enheterna under en heldag för att studera lokaler och intervjua personer med olika funktioner. Vanligtvis gjordes 6–8 intervjuer, med bland annat verksamhetschefer, utbildningsansvariga, forskare, doktorander, handledare, läkarstudenter och patientföreträdare.

Intervjuer med regionala ledningsorgan

Socialstyrelsen har intervjuat representanter för regionala ledningsorgan i de sju ALF-regionerna. Varje organ valde ut 2–3 personer som ingår i de regionala ledningsorganen, med representation från både det aktuella universitetet och universitetssjukhuset. Syftet med intervjuerna var att vidare analysera resultaten från enkätundersökningen och de fördjupade granskningarna samt utvärdera de delar av ALF-avtalet som regionala ledningsorganen ansvarar för. Inför intervjuerna tog vi fram en intervjumall i samråd med SKR. De intervjuade fick intervjufrågorna minst två veckor före intervjutillfället, för att hinna förbereda sig. Intervjuerna varade i 90–120 minuter. Två utredare från Socialstyrelsen gjorde intervjuerna och förde anteckningar som renskrevs direkt efter intervjutillfället. De intervjuade fick sedan tillfälle att yttra sig över eventuella sakliga fel i anteckningarna. Sammanlagt intervjuades 28 personer som arbetar inom regionala ledningsorgan för ALF, en lista på dessa finns i bilaga 5.

Synpunkter på enkätens utformning och miniminivåerna som inkommit under utredningen

Som tidigare nämnts uppfattas miniminivåerna som ett viktigt verktyg för att utveckla klinisk forskning, utbildning och vård. En rad synpunkter på enkäten och miniminivåernas omfattning och innehåll har dock framkommit under arbetets gång. Enkäten uppfattas generellt som mycket omfattande och administrativt tung att fylla i, och att det är inte tydligt vad alla uppgifter i enkäten ska användas till. En mer detaljerad beskrivning av vilka synpunkter som framkommit under intervjuerna med de regionala ledningsorganen finns i webbilaga 2.

En av de miniminivåer där det funnits synpunkter på om den är relevant utformad är miniminivå 6. För att denna ska uppnås krävs enligt nuvarande formulering någon form av forskningssamverkan med fem olika typer av externa aktörer, bland annat näringslivet, samt patient- och närståendeorganisationer eller företrädandeorganisationer. Det har framförts att det finns

nackdelar med att kräva att samtliga USVE ska samverka med näringslivet, bland annat att det kan uppstå en jävsproblematik inom små specialiteter med få medicinska företrädare, eller att förutsättningarna för näringslivssamverkan kan skilja sig åt mellan olika medicinska områden beroende på i hur utsträckning det finns företag som är aktiva inom de områdena. Vidare har en tydligare definition av vad som avses med samarbete med de olika aktörerna efterlysts.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Utvärdering av universitetssjukvård. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-3-23.pdf>; 2018.
2. Proposition 2019/20:164 Inriktningen för nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform, (2019).
3. Socialdepartementet. Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram. SOU 2022:22. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2022/05/sou-202222/>. 2022.
4. Nationella vårdkompetensrådet S. Kompetensförsörjning inom primärvården. nationellavardkompetensradet.se; 2022.
5. sjukvård Nsfkh-o. Partnerskap med myndigheter <https://kunskapsstyrningvard.se/> [Available from: <https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/omkunskapsstyrning/partnerskapmedmyndigheter.56210.html>].
6. Socialstyrelsen. Nationell högspecialiserad vård socialstyrelsen.se2023 [Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationell-hogspecialiserad-varld/>].
7. Socialstyrelsen. Nya regler för läkarnas ST, inkl. BT 2021 [Available from: <https://legitimation.socialstyrelsen.se/bastjanstgoring-bt/>].
8. Ehälsomyndigheten. Förstudie om digital nationell infrastruktur för nationella kvalitetsregister. Slutredovisning, regeringsuppdrag S2021/06170. https://www.ehalsomyndigheten.se/globalassets/ehm/3_om-oss/rapporter/rapporter_regeringsuppdrag/forstudie-digital-nationell-infrastruktur-nationella-kvalitetsregister-slutrapport.pdf; 2023.
9. Regeringskansliet. Konkurrenskraftig klinisk forskning ett av målen när ALF-avtalet utreds regeringen.se2023 [Available from: <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2023/03/konkurrenskraftig-klinisk-forskning-ett-av-malen-nar-alf-avtalet-utreds/>].
10. SKR. Psykiatri i siffror - Barn- och ungdomspsykiatri - Kartläggning 2021. <https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/>; 2022.
11. Sverige S. Safewards Sverige 2023 [updated 2020. Available from: <https://safewardssverige.wordpress.com/2020/12/13/valkommen-till-safewards-sverige/>].
12. Läkaresällskapet S. Fakta om medicinsk och hälsovetenskaplig forskning – en statistiksammansättning. <https://www.sls.se/vetenskap/forskningsfakta/>; 2022.

Bilaga 1. Namn och titel på experter och projektdeltagare

Expertgruppen

Primärvård

Cecilia Björkelund, seniorprofessor, Göteborgs universitet
Johan Dabrosin Söderholm, professor, Linköpings universitet
Gunnar Nilsson, professor, Karolinska Institutet

BUP

Ingemar Engström, affilierad professor, Örebro universitet
Sophia Eberhard, postdoc, chefsöverläkare BUP Region Skåne

Akutsjukvård

Lisa Kurland, professor, Örebro universitet
Therese Djärv, professor, Karolinska Institutet
Cecilia Björkelund, seniorprofessor, Göteborgs universitet

Ortopedi

Kjell G Nilsson, senior professor, Umeå universitet
Olle Svensson, professor emeritus, Umeå universitet
Karl-Åke Jansson, docent, sektionschef rekonstruktiv ortopedi, Karolinska Institutet

Neurologi

Bo Norrving, seniorprofessor, Lunds universitet
Kerstin Nilsson, seniorprofessor, Örebro universitet
Anne-Marie Landtblom, professor emeritus, Uppsala universitet

Från Socialstyrelsen

Sofia Johansson, filosofie doktor i medicin, projektledare, Analysavdelningen
Sharareh Akhavan, docent i folkhälsovetenskap, utredare, Analysavdelningen
Mattias Magnusson, docent i medicinsk immunologi, utredare, Avdelningen för kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården
Kåre Jansson, konsult, ekonom

Bilaga 2. Definitioner av begrepp och miniminivåer

Begrepp



Klinisk forskning

Med klinisk forskning avses sådan forskning som förutsätter vårdens strukturer och resurser och har som mål att lösa ett ohälsoproblem eller att identifiera faktorer som leder till ökad hälsa (enligt ALF-avtalet). Detta inkluderar bland annat forskning och studier på människa (patientnära forskning) som är godkänd av en etikprövningsnämnd, exempelvis experimentella studier, behandlingsstudier (t.ex. kliniska prövningar och interventionsstudier) såväl som observationsstudier (t.ex. registerbaserade studier, epidemiologiska studier och kvalitativa studier).

Direkt och indirekt patientkontakt

Med direkt patientkontakt avses att personalen och patienter möts, t.ex. på en vårdavdelning, på en vårdmottagning eller med hjälp av internet.

Indirekt patientkontakt gäller för verksamheter som har en nära patientkontakt i form av ett kortare möte med patienten, t.ex. vid en undersökning, och/eller bidrar med underlag för diagnostik och behandling, t.ex. laboratorieverksamheter och bild- och funktionsmedicin.

Miniminivåer

Övergripande miniminivå

Miniminivå 1: Vid USVE finns i ledningen minst en FoUU-ansvarig person som är minst docent med förenad eller adjungerad anställning vid universitet eller högskola.

Definition: Med förenad anställning avses en anställning vid universitet eller högskola som är förenad med anställning vid en sjukvårdsenhet som är upplåten för medicinsk utbildning och forskning (4 kap. högskoleförordningen [1992:1434], enbart professorer och lektorer). Med adjungerad anställning avses en tidsbegränsad anställning och den regleras enligt högskoleförordningen (4 kap. högskoleförordningen). FoUU-ansvaret kan ligga på fler än en person, som ansvarar för olika delar (forskning, utbildning eller utveckling).



Miniminivåer klinisk forskning

Miniminivå 2: Vid USVE tillämpas en handlingsplan som stödjer utvecklingen från student till docent inom för enheten relevanta yrkesgrupper.

Med handlingsplan avses en skriftlig plan eller strategi med åtgärder för att uppfylla uppsatta mål. Den kan ha tagits fram av ledningsorganet för ALF eller av USVE. Handlingsplanen kan exempelvis innehålla olika former av stöd under perioden från student till docent, samt en incitamentsstruktur som uppmuntrar till strävan att nå docentur. Med relevanta yrkesgrupper avses för USVE relevant personal med direkt eller indirekt patientkontakt inom de för närvarande 21 yrken som kräver legitimation för att få utöva yrket samt andra relevanta yrken med krav på högskolekompetens, t.ex. biostatistik, molekylärbiolog, socionom och folkhälsovetare.

Miniminivå 3: Vid USVE finns minst en kliniskt verksam erfaren forskarhandledare.

Med kliniskt verksam avses personal inom de för närvarande 21 yrken som kräver legitimation för att få utöva yrket samt andra relevanta yrken med krav på högskolekompetens, t.ex. biostatistik, molekylärbiolog, socionom och folkhälsovetare.

Med erfaren forskarhandledare avses minst docent.

Miniminivå 4: Vid USVE finns minst en kliniskt verksam doktorand, som aktivt deltar i sin forskarutbildning.

Med kliniskt verksam personal avses personer inom de för närvarande 21 yrken som kräver legitimation för att få utöva yrket samt andra relevanta yrken med krav på högskolekompetens, t.ex. biostatistik, molekylärbiolog, socionom och folkhälsovetare.

Miniminivå 5: Vid USVE har någon av den kliniskt verksamma personalen genomfört ett halvtidsseminarium eller erhållit en doktorsexamen under en fyraårsperiod.

Med kliniskt verksam personal avses personer inom de för närvarande 21 yrken som kräver legitimation för att få utöva yrket samt andra relevanta yrken med krav på högskolekompetens, t.ex. biostatistik, molekylärbiolog och socionom och folkhälsovetare.

Halvtidsseminarium ska genomföras för varje doktorand som ska avlägga doktorsexamen i syfte att kontrollera att målen för doktorsexamen är på god väg att realiseras.

För doktorsexamen krävs godkänd vetenskaplig doktorsavhandling och att övriga examinationsmoment i forskarutbildningen är godkända.

Nivån är satt för att även personalmässigt små enheter ska kunna utses till USVE.

Miniminivå 6: USVE samverkar, vid planering och genomförande av studier avseende klinisk forskning, med andra vårdenheter inom egen region, andra regioner, universitet och högskolor, näringsliv, patient- och närståendeorganisationer eller företrädandeorganisationer.

Med samverkan, när så är relevant, avses övergripande gemensamt handlande på organisatoriskt plan för visst syfte. Någon eller några tillför sina specifika resurser, kompetenser och/eller kunskaper till en uppgift som utförs gemensamt.

Samverkan med patient- och närståendeorganisationer och/eller företrädandeorganisationer avser USVE som har direkt patientkontakt.

Miniminivå 7: Kliniskt verksam personal vid USVE bedriver eller deltar kontinuerligt i regionala, nationella eller internationella studier avseende klinisk forskning.

Med kliniskt verksam personal avses personer inom de för närvarande 21 yrken som kräver legitimation för att få utöva yrket samt andra relevanta yrken med krav på högskolekompetens, t.ex. biostatistikern, molekylärbiolog, socionom och folkhälsovetare.

Miniminivå 8: På USVE finns en kontinuerlig produktion av vetenskapliga artiklar.

Med vetenskapliga artiklar avses originalartiklar och översiktsartiklar, dvs. artiklar som genomgått sakkunniggranskning (peer-review) och publicerats (inklusive Epub ahead of print) i vetenskapliga tidskrifter.

Med kontinuerlig avses en ständigt pågående produktion.

Miniminivå 9: Kliniskt verksam personal vid USVE deltar regelbundet i vetenskapliga möten och konferenser med egen vetenskaplig presentation.

Med kliniskt verksam personal avses personer inom de för närvarande 21 yrken som kräver legitimation för att få utöva yrket samt andra relevanta yrken med krav på högskolekompetens, t.ex. biostatistikern, molekylärbiolog, socionom och folkhälsovetare.

Med vetenskaplig presentation avses inbjudan som talare eller deltagande med accepterat abstract, poster eller muntlig presentation vid nationella eller internationella vetenskapliga möten eller konferenser.

Miniminivå 10: Minst en forskare vid USVE har minst ett beviljat anslag i nationell eller internationell konkurrens med pågående dispositionsrätt.

Med beviljat anslag avses medel som beviljats där kliniskt verksam personal vid USVE är huvudsökande eller medsökande.

Dispositionsrätten kan ligga hos universitetet eller USVE.

Miniminivå 11: Kliniskt verksam personal vid USVE har tillgång till relevant stöd och lokaler som möjliggör klinisk forskning i tillräcklig omfattning.

Här avses kliniskt verksam personal som bedriver klinisk forskning. Med tillgång relevant stöd till avses att kliniskt verksam personal har tillgång till dessa resurser antingen vid enheten eller från annan aktör, t.ex. annan USVE på sjukhuset, landstingets organisation eller universitet eller högskola.

Exempel på relevant stöd som möjliggör klinisk forskning: tillgång till arbetsplats med dator, tillgång till för verksamheten adekvat bibliotekstjänst och aktuella tidskrifter, tillgång till relevanta digitala informationssystem, framtagande av studieprotokoll och patientinformation, etikansökningar/regulatoriska dokument, avtalsskrivning, forskningssjuksköterska, ”Good Clinical Practice”-utbildning (GCP-utbildning), randomisering, ”core facilities”, avancerad teknisk utrustning och utbildning om vad som gäller för forskning på biobanksprov, sjukvårdsintegrerad biobankning och biobanksservice, kvalitetsregister, datainsamling/datahantering/databaskonstruktion, statistisk analys, forskningsdatabas, monitorering, innovationssystem och publikationsstöd.



Miniminivåer läkarutbildning

Övergripande definition av läkarutbildning enligt ALF

För att säkerställa att de blivande läkarna har den kliniska erfarenhet som yrket kräver är det av stor vikt att läkarstudenterna får ändamålsenlig undervisning, relevant träning och god handledning för att nå utbildningens mål. För detta fordras miljöer i hälso- och sjukvården som är anpassade för studenternas lärande och träning samt handledare med vetenskaplig och pedagogisk kompetens som är väl insatta i de mål som studenten förutsätts nå under utbildningen.

Miniminivå 12: Vid USVE erbjuds VIL eller annan utbildningsinsats.

Miniminivå 13: Den personal som regelbundet deltar i VIL för läkarstuderande vid USVE har erforderlig pedagogisk handledarutbildning enligt universitets direktiv.

Miniminivå 14: Vid USVE erbjuds alla läkarstuderande en namngiven handledare under VIL som de kan vända sig till.

Miniminivå 15: Personal som handleder läkarstudenter vid USVE följer handledarinstruktionerna.

Universitetet ansvarar för handledarinstruktionerna.

Miniminivå 16: Utbildningens lärandemål för VIL är kända av personal som handleder läkarstudenter.

Lärandemålen är framtagna av universitetet. USVE kan dessutom ha omsatt lärandemålen i mer detaljerade mål som är anpassade för verksamheten.

Miniminivå 17: Vid USVE används en känd skriftlig rutin för studenter som inte uppfyller lärandemålen.

Med rutin avses ett bestämt tillvägagångssätt för hur aktiviteter ska genomföras och hur ansvaret ska fördelas.

Universitetet ansvarar för rutinen eller riktlinjen.

Miniminivå 18: USVE kan redovisa exempel på hur kursutvärderingar och uppföljningar under VIL har använts i förbättringsarbetet.

Universitetet ansvarar för kursutvärderingar. Med uppföljning under VIL avses att USVE inhämtar feedback från läkarstudenter.

Miniminivå 19: USVE tillhandahåller lokaler och basal utrustning som möjliggör verksamhetsintegrerad utbildning av läkarstudenter.

Exempel på relevant infrastruktur: ändamålsenliga lokaler för seminarier och utbildning, ändamålsenlig utbildningsmiljö för klinisk färdighetsträning, tillgång till arbetsplats med dator, tillgång till för verksamheten adekvat bibliotekstjänst och aktuella tidskrifter och tillgång till relevanta digitala informationssystem.

Miniminivåer utveckling av hälso- och sjukvård

Miniminivå 20: USVE kan redovisa på vilket sätt kliniskt verksam personal använder kunskapsstöd.

Med kunskapsstöd avses exempelvis riktlinjer och vårdprogram.

Miniminivå 21: Klinisk verksam personal vid USVE har under året deltagit i framtagande eller uppdatering av kunskapsstöd.

Miniminivå 22: USVE använder data från för verksamheten relevanta kvalitetsregister i utvärdering och utveckling av verksamheten.

Med utvecklingsarbete avses användande av vetenskap eller beprövad erfarenhet (exempelvis införande av och utmönstring av metoder) samt innovationer i syfte att utveckla verksamheten.

Miniminivå 23: USVE använder data från mätningar av patienternas upplevelser och kan redovisa att det bidragit till utveckling av verksamheten.

Med patienternas upplevelser avses: upplevelse av sin egen sjukdom och hälsa efter behandling eller annan intervention (t.ex. symtom, funktionsförmåga och hälsorelaterad livskvalitet).

Upplevelser av vården (t.ex. bemötande, förtroende, delaktighet, väntetider, kontakt, samordning). Avser USVE som har direktkontakt med patienter.



Miniminivå 24: USVE samverkar med patienter och närstående eller patient- och närståendeorganisationer i utvärderings- och utvecklingsarbetet.

Med utvärdera avses att bedöma resultatet av en verksamhet eller åtgärd. Med utveckla verksamheten avses att konkreta förändringar införs i verksamheten med syfte att leda till förbättringar för patienterna. Avser USVE som har direktkontakt med patienter.

Miniminivå 25: USVE har en skriftlig och på ledningsnivå beslutad strategi, rutin eller motsvarande som stöder innovationer, till följd av utvecklingsarbete och forskningsresultat, och som är känd i verksamheten.

Med ledningsnivå avses den nivå som har mandat att fastställa gemensamma strategier, riktlinjer eller motsvarande. Strategin kan exempelvis innehålla en beskrivning av stöd till anställda med målet att de ska ha kunskap, kompetens och färdigheter för att bidra till innovationer i hälso- och sjukvården. Den kan också innehålla stöd för utveckling och implementering av innovationer i hälso- och sjukvården.

Strategin eller rutinen kan vara beslutad på annan nivå än USVE, t.ex. regionen. Med strategi avses en långsiktig övergripande plan.

Med rutin avses ett bestämt tillvägagångssätt för hur aktiviteter ska genomföras och hur ansvaret ska fördelas.

Med innovationer avses goda idéer som har utvecklats till nyskapande produkter, tjänster eller arbetsmetoder till nytta för invånare, patienter och medarbetare, och som svarar mot behov och efterfrågan i vardagen och omvärlden. Värdet uppstår i nyttiggörandet och tillämpningen av en idé.

Miniminivå 26: USVE förmedlar resultatet av sin verksamhet och sitt utvecklingsarbete i en skriftlig årsrapport.

Med förmedla avses att göra den skriftliga rapporten tillgänglig och sprida den till övriga delar av hälso- och sjukvården.

Miniminivå 27: Vid USVE finns en rutin för att kontinuerligt följa upp den kliniskt verksamma personalens individuella fortbildnings- och vidareutbildningsplaner.

Med kliniskt verksam personal avses personer inom de för närvarande 21 yrken som kräver legitimation för att få utöva yrket samt andra relevanta yrken med krav på högskolekompetens, t.ex. biostatistik, molekylärbiolog, socionom och folkhälsovetare.

Med fort- och vidareutbildning avses utbildning i syfte att upprätthålla och utveckla den kompetensnivå som krävs för att kunna utföra arbetsuppgifterna.

Med rutin avses ett bestämt tillvägagångssätt för hur aktiviteter ska genomföras och hur ansvaret ska fördelas.

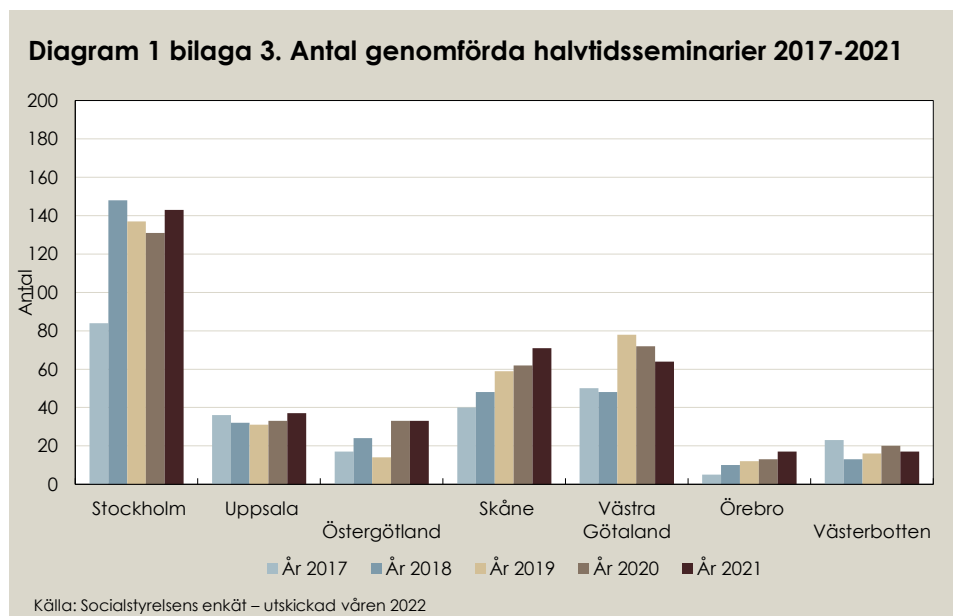
Bilaga 3. Bilagor till enkätanalys

I enkäten som skickades till alla USVE fanns ett antal frågor som ställdes för att kunna bedöma hur strukturer, processer och resultat inom universitetssjukvården fungerar och utvecklas, utöver att miniminivåerna uppnås. USV-enheternas svar på de frågor som rör USV-enheternas verksamhet presenteras i denna bilaga.

Frågor kopplade till enskilda miniminivåer

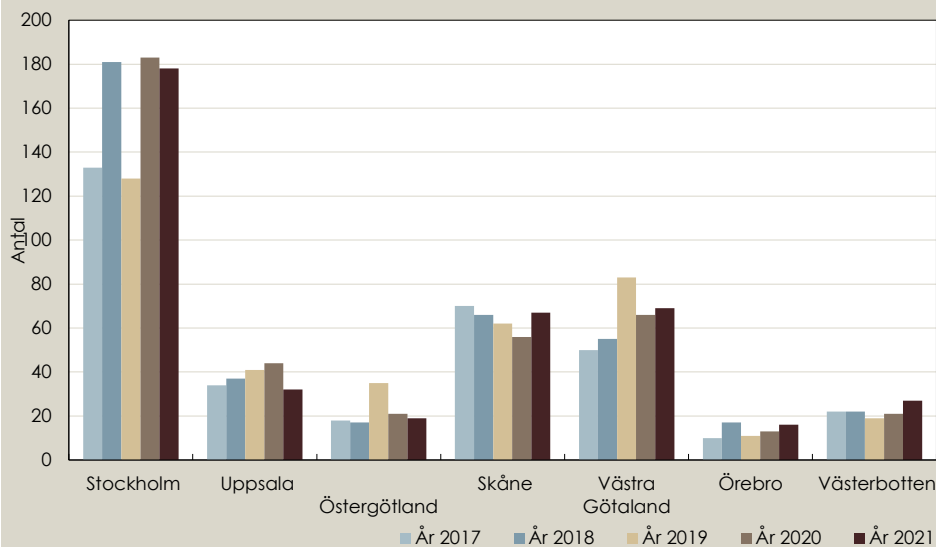
Miniminivå 5: Vid USVE har någon av den kliniskt verksamma personalen genomfört ett halvtidsseminarium eller erhållit en doktorsexamen under en fyraårsperiod.

Antal genomförda halvtidsseminarier per år 2017–2021 redovisas i Diagram 1 bilaga 3.



Antal avlagda doktorsexamina per år 2017–2021 redovisas i Diagram 2 bilaga 3.

Diagram 2 bilaga 3. Antal avlagda doktorseamina 2017-2021



Källa: Socialstyrelsens enkät – utskickad våren 2022

Miniminivå 20: USVE kan redovisa på vilket sätt kliniskt verksam personal använder kunskapsstöd.

USVE har olika sätt för att säkerställa att kliniskt verksam personal använder kunskapsstöd. De flesta använder multidisciplinär konferens eller terapikonferens. Processkarta är det sätt som används minst i alla regioner.

Tabell 1 bilaga 3. Olika sätt som kliniskt verksam personal använder kunskapsstöd på

	Multidisciplinär konferens/terapikonferens	Processkarta	Standardiserade vårdförlopp	Digitaliserade beslutsstöd	Uppföljning genom register	Kvalitetsledningssystem	Annat
Samtliga	93	46	86	66	90	73	29
Region Stockholm	93	56	86	76	93	85	43
Region Uppsala	91	48	91	48	91	52	22
Region Östergötland	95	66	95	88	95	85	22
Region Skåne	94	21	77	49	89	49	19
Västra Götalandsregionen	90	52	90	54	87	82	36
Region Örebro län	92	28	72	68	76	64	24
Region Västerbotten	96	35	91	83	96	65	17

Källa: Socialstyrelsens enkät – utskickad våren 2022

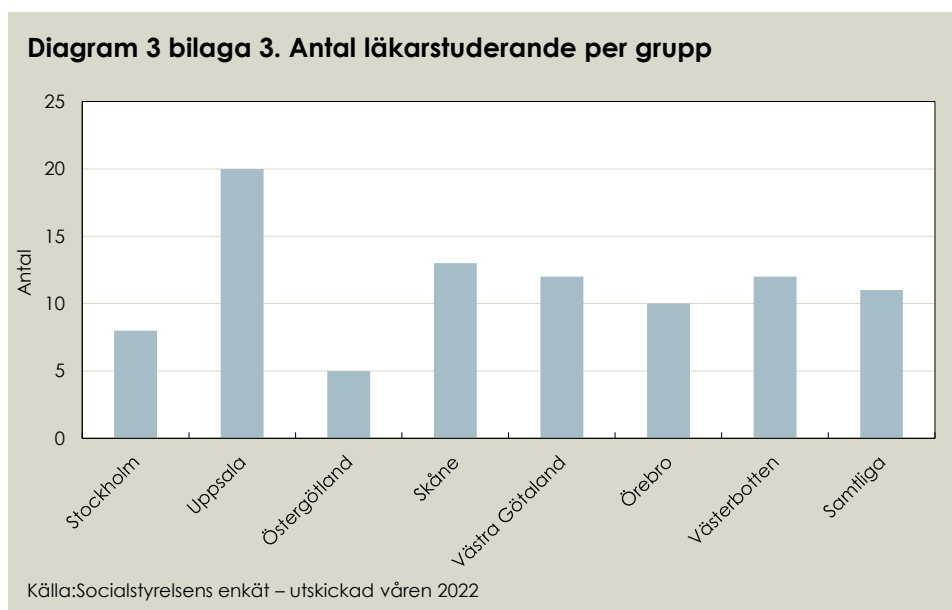


Extrafrågor inom området VFU för läkare

I enkäten som skickades till alla USVE fanns ett antal ytterligare frågor som rörde olika förhållanden under VFU för läkare. Syftet med nedanstående frågor var att undersöka om läkarstuderande fick tillräcklig möjlighet att träna

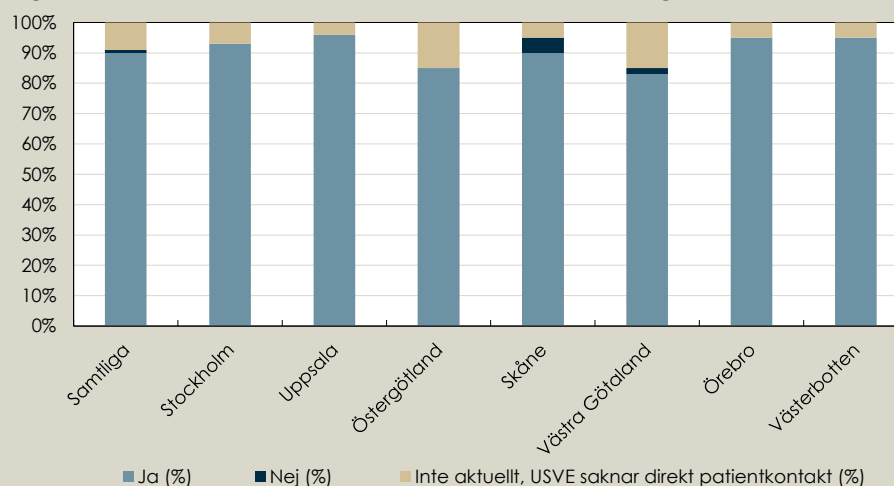
på kontakt med och behandling av egna patienter. Orsaken till att dessa frågor ställdes var att undersöka om det behövs ytterligare en miniminivå för denna fråga.

Det är stora skillnader mellan regionerna i genomsnittlig gruppstorlek under VFU för läkarstudenter: mellan 5 och 20 läkarstudenter per grupp och ett nationellt medelvärde på 11. Region Uppsala har haft märkbart fler läkarstudenter per grupp och Region Östergötland har färre studenter per grupp än övriga regioner.



I vilken utsträckning läkarstudenterna hade tillgång till egna patienter för anamnes, status och bedömning på de aktuella USVE varierar mellan regionerna: mellan 83 och 96 procent med ett medelvärde på 90 procent. På 10 procent av de svarande USVE saknas alltså direkt patientkontakt för läkarstudenterna. Det finns skillnader mellan regionerna: vid mellan 78 och 95 procent av VFU-placeringarna får studenterna möjlighet att göra individuella bedömningar.

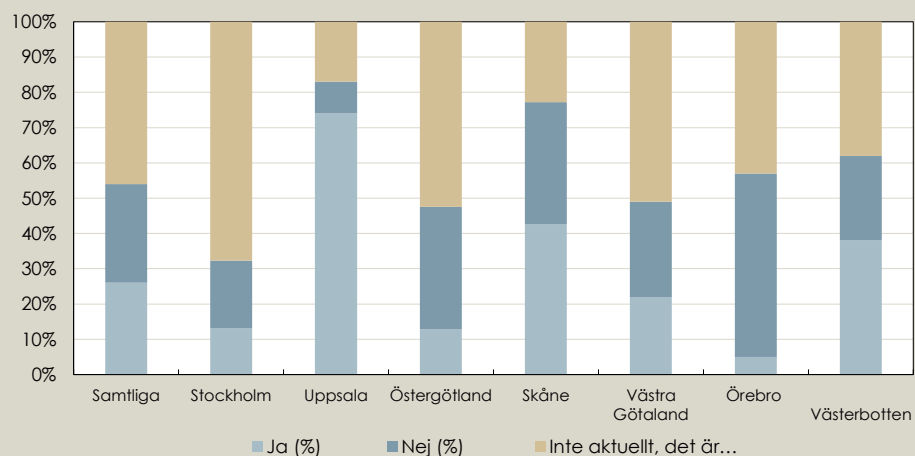
Diagram 4 bilaga 3. Andel USVE där läkarstudenterna har tillgång till egna patienter för anamnes, status och bedömning



Källa: Socialstyrelsens enkät – utskickad våren 2022

Omfattningen av utlokaliseringen ligger mellan 5 och 74 procent med ett medelvärde på 26 procent. Störst utlokalisering har Region Uppsala, följt av Region Skåne och Region Västerbotten. Uppgifterna gäller endast de läkarstuderande där en USVE haft ansvar för de utlokaliserade studenterna, men utlokalisering av studenter kan även ske i andra former.

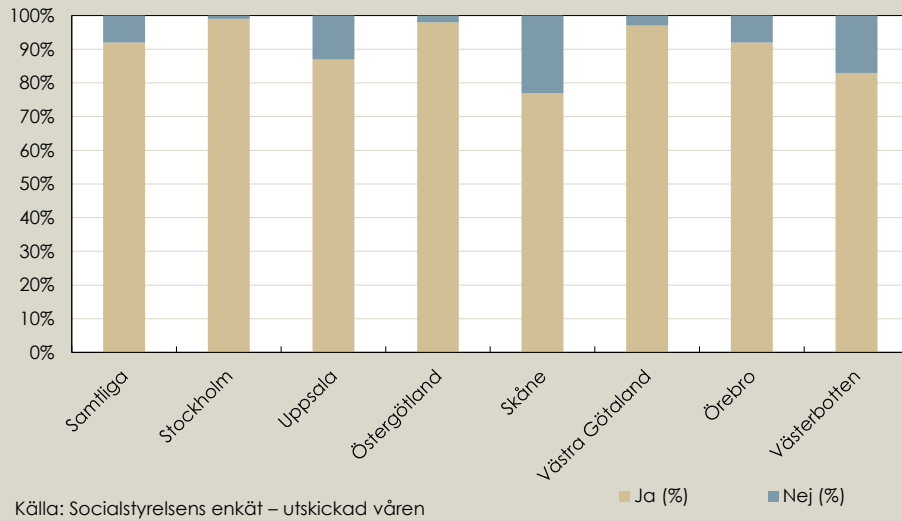
Diagram 5 bilaga 3. Andel USVE som haft läkarstuderande utlokaliserade till närliggande sjukhus och /eller mottagningar under



Källa: Socialstyrelsens enkät – utskickad våren 2022

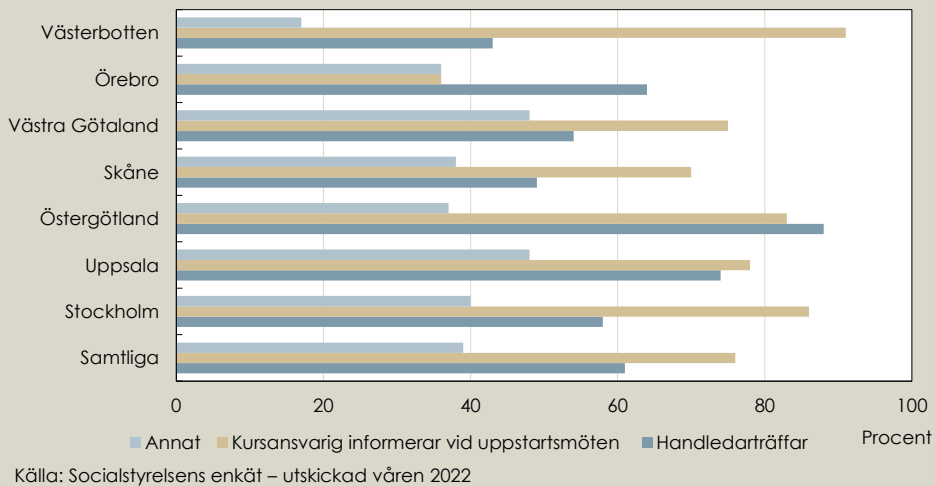
Andelen personal som handledde läkarstudenter under perioden 1 januari 2018–31 december 2021 och hade tillgång till skriftliga handledarinstruktioner var högst i Stockholm och lägst i Skåne.

Diagram 6 bilaga 3. Andel av all personal som handledde läkarstudenter och hade tillgång till skriftliga handledarinstruktioner



USVE använder olika sätt för att säkerställa att lärandemålen och handledarinstruktionerna är kända bland de som regelbundet handleder läkarstudenter. De mest använda sätten är att kursansvarig informerar vid uppstartsmöten eller via handledarträffar.

Diagram 7 bilaga 3. Säkerställning av lärandemålen och handledarinstruktionerna bland de som regelbundet handleder läkarstudenter





Frågor inom utveckling av hälso- och sjukvården

Miniminivå 23: USVE använder data från mätningar av patienternas upplevelser och kan redovisa att det bidragit till utveckling av verksamheten.

Med patienternas upplevelser avses: upplevelse av sin egen sjukdom och hälsa efter behandling eller annan intervention (t.ex. symtom, funktionsförmåga och hälsorelaterad livskvalitet).

Upplevelser av vården (t.ex. bemötande, förtroende, delaktighet, väntetider, kontakt, samordning). Avser USVE som har direktkontakt med patienter.

Diagram 8 bilaga 3. Mätning av PROM

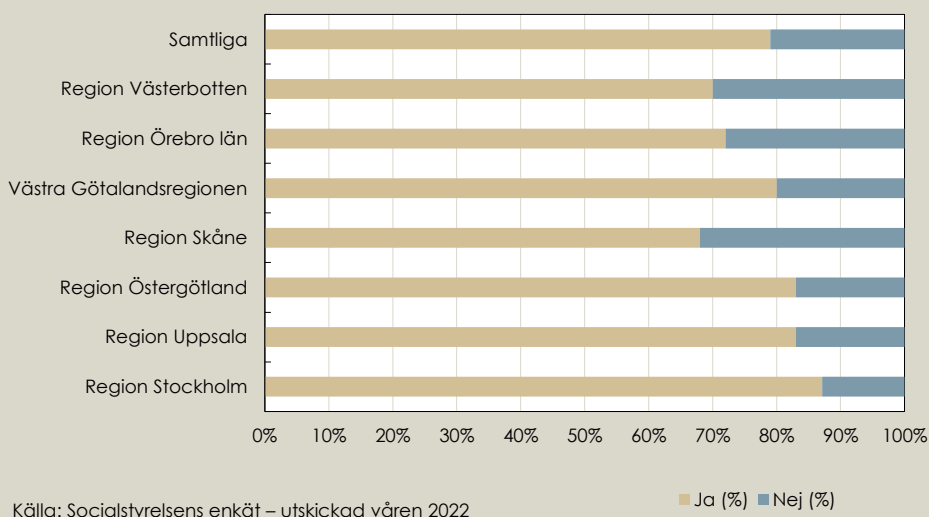
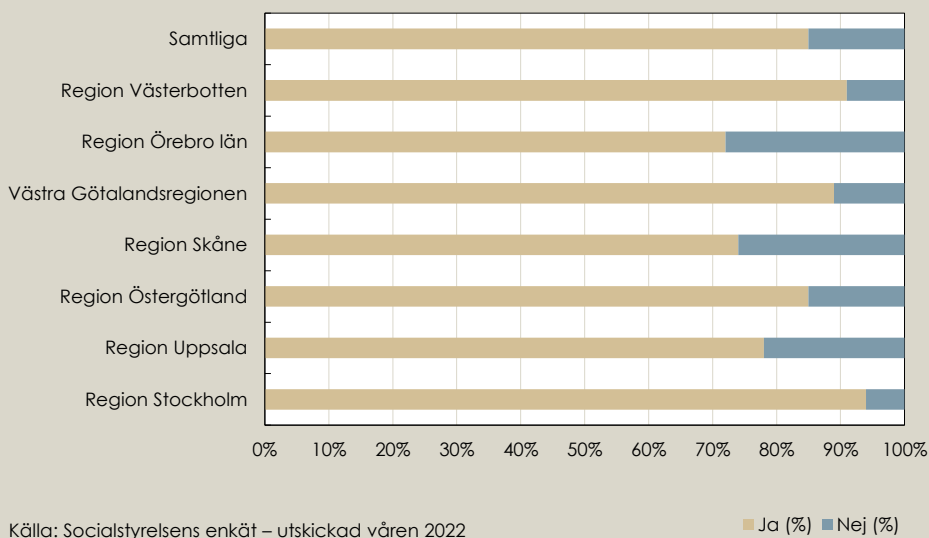


Diagram 9 bilaga 3. Mätning av PREM



Bilaga 4: Kliniskt verksam personal och forskare vid USVE

Socialstyrelsens enkät till USVE innehöll ett antal frågor om sammansättningen av personal vid USVE, inklusive frågor om andel personer som forskar och som har arbetstid avsatt för forskning. I nedanstående avsnitt presenteras resultat avseende dessa frågor.

Kliniskt verksam personal vid USVE

Förklaringar/definitioner

Med *bedriver klinisk forskning* avses att den kliniskt verksamma personalen hade minst en artikel publicerad i internationell vetenskaplig tidskrift under perioden 1 januari 2018–31 december 2021.

Med *aktivt bedriver klinisk forskning* avses att den kliniskt verksamma personalen hade minst en publicerad vetenskaplig artikel per år eller totalt fyra artiklar under perioden 1 januari 2018–31 december 2021, i internationell vetenskaplig tidskrift.

I gruppen *disputerad sedan 7 år eller mer* inkluderas kliniskt verksam personal som har en doktorsexamen sedan minst 7 år eller är lektor, docent eller professor oavsett examensår.

I gruppen *disputerad sedan mindre än 7 år* inkluderas kliniskt verksam personal som erhöll doktorsexamen för mindre än sju år sedan. Lektorer, docenter och professorer är exkluderade.

I följande förkortningar inkluderas dessa grupper:

Sjuksköterskor m.fl.: sjuksköterska, barnmorska och röntgensköterska.

Fysioterapeuter m.fl.: fysioterapeut, arbetsterapeut, dietist och logoped.

Psykologer m.fl.: psykolog, psykoterapeut och socionom.

Storlek på universitetssjukvårdsenheterna (USVE)

I Diagram 2 i kapitel 4 visas ett låddiagram som sammanfattar variationen i storlek hos USVE i respektive region. Av de 292 USVE har 2 enheter uppgett totalt noll anställda. Den ena har uppgett att dess personaluppgifter inkluderas i en annan USVE:s rapportering (verksamhetsenhet hematologi vid

Skåne Universitetssjukhus³³). Uppgift om denna finns alltså med i beräkningarna men under en annan enhet. För den andra enheten (Thoraxkirurgi och -anestesi i Region Uppsala) saknas uppgift om orsak till bortfall, varför den har exkluderats ur beräkningarna. Påverkan på resultaten bedöms dock som marginell. Ett antal andra enheter har uppgett att de inte kan rapportera uppgifter för vissa personalkategorier. Det innebär att uppgifterna om antal anställda på USVE i genomsnitt kan vara något underskattade.



Antal kliniskt verksamma och antal som bedriver klinisk forskning vid USVE

I Socialstyrelsens enkät har USVE fått svara på frågor om hur många kliniskt verksamma enheten har i olika yrkeskategorier och hur stor andel av dessa personer som forskar. Se förklaringsrutan ovan för definitioner av forskning m.m.

Den största yrkesgruppen vid USVE är sjuksköterskor m.fl., med cirka 34 000 kliniskt verksamma, följt av läkare med nära 20 000 stycken (Tabell 1 bilaga 4). Förutom bland läkare, med en lätt övervikt av kvinnor, finns en mycket stor övervikt av kvinnor i alla personalkategorier.

Tabell 1 bilaga 4. Antal kliniskt verksam personal, kvinnor och män samt yrkesgrupp vid USVE den 31 december 2021

	Läkare		Sjuksköterska, barnmorska, röntgensköterska		Fysioterapeut, arbetsterapeut, dietist, logoped		Psykolog, psykoterapeut, socionom		Biomedicinsk analytiker	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Totalt	10 168	9 159	29 817	3 984	3 567	569	2 872	880	3 388	580
Stockholm	3 415	2 831	9 455	1 362	1 029	129	796	243	895	192
Uppsala	823	795	2 158	292	545	75	265	163	277	55
Östergötland	934	880	2 714	251	341	60	159	32	392	53
Skåne	1 344	1 244	3 496	573	433	69	511	141	517	83
Västra Götalandsregionen	2 465	2 238	7 700	795	665	101	654	187	834	112
Örebro län	454	482	1 933	360	201	46	218	46	233	28
Västerbotten	733	689	2 361	351	353	89	269	68	240	57

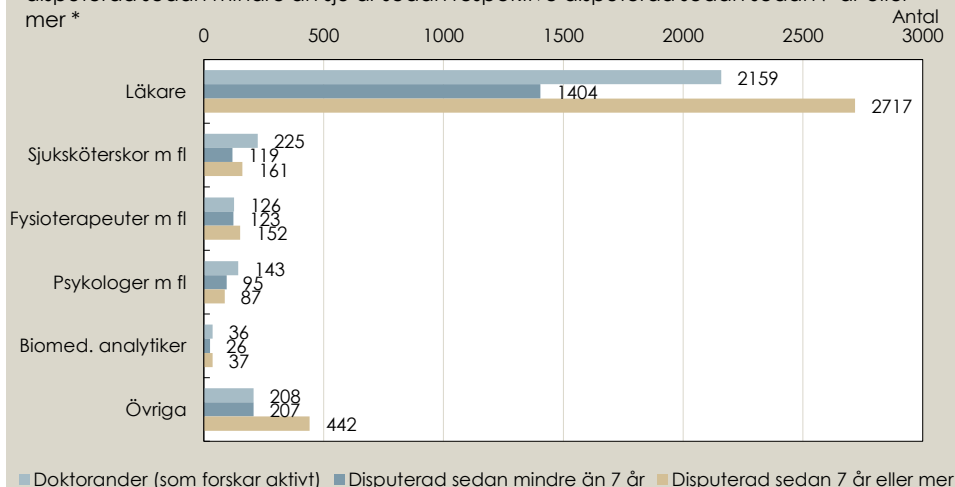
Källa: Socialstyrelsens enkät – utskickad våren 2022

Läkare utgör den absoluta merparten av dem som bedriver klinisk forskning, både till antal (Diagram 1 bilaga 4) och som andel av de kliniskt verksamma i sin yrkesgrupp (Diagram 2 bilaga 4). Bland sjuksköterskor, som utgör den största gruppen kliniskt verksamma, bedriver endast 1 procent klinisk forskning. I både gruppen fysioterapeuter m.fl. och gruppen psykologer m.fl. bedriver fler än genomsnittet klinisk forskning.

³³ Verksamhetsenheten onkologi inom verksamhetsområdet hematologi, onkologi och strålningsfysik har rapporterats på verksamhetsenheten hematologi som hör till samma verksamhetsområde vid Skåne universitetssjukhus.

Diagram 1 bilaga 4. Antal forskande per yrkesgrupp

Antal kliniskt verksamma som bedriver klinisk forskning i kategorierna doktorander, disputerad sedan mindre än sju år sedan respektive disputerad sedan 7 år eller mer *

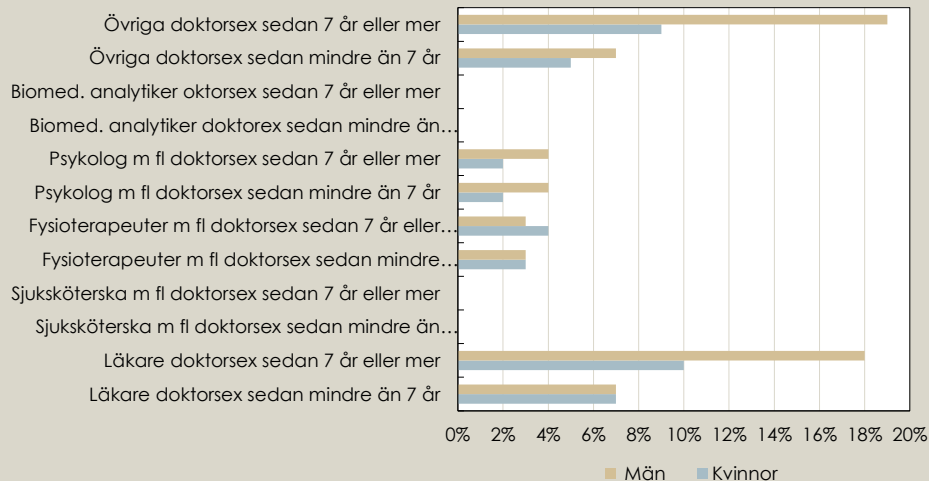


* Med bedriver klinisk forskning avses att personen ifråga publicerat minst en artikel i internationell vetenskaplig tidskrift under de senaste 4 åren.

Källa: Socialstyrelsens enkät – utskickad våren 2022

Andelen manliga läkare och män med övriga yrken som antingen har doktorsexamen sedan minst 7 år eller är lektor, docent eller professor, och aktivt bedriver forskning, är större än motsvarande andel kvinnor (Diagram 2 bilaga 4).

Diagram 2 bilaga 4. Andel kliniskt verksamma som bedriver klinisk forskning, per yrkesgrupp enligt kön

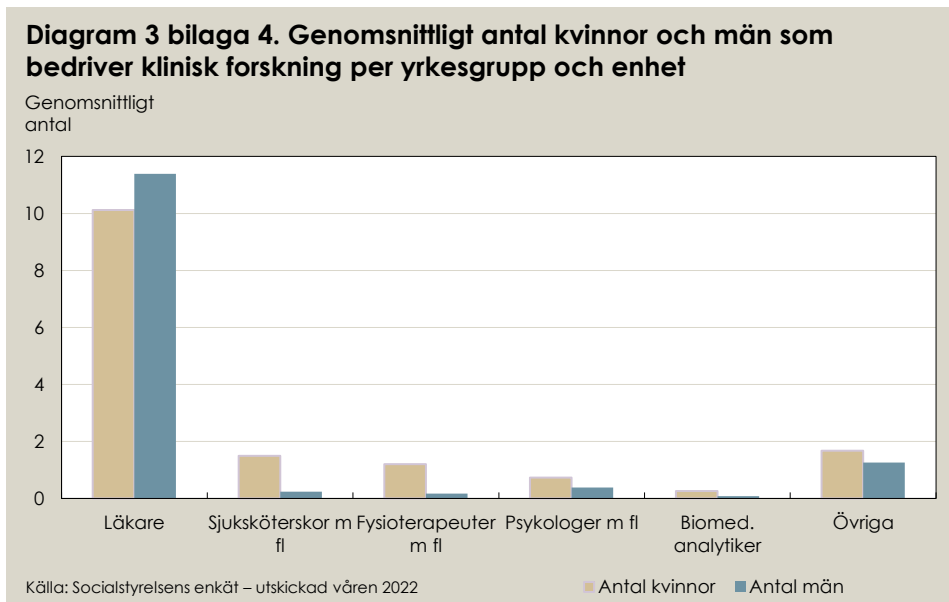


Källa: Socialstyrelsens enkät – utskickad våren 2022

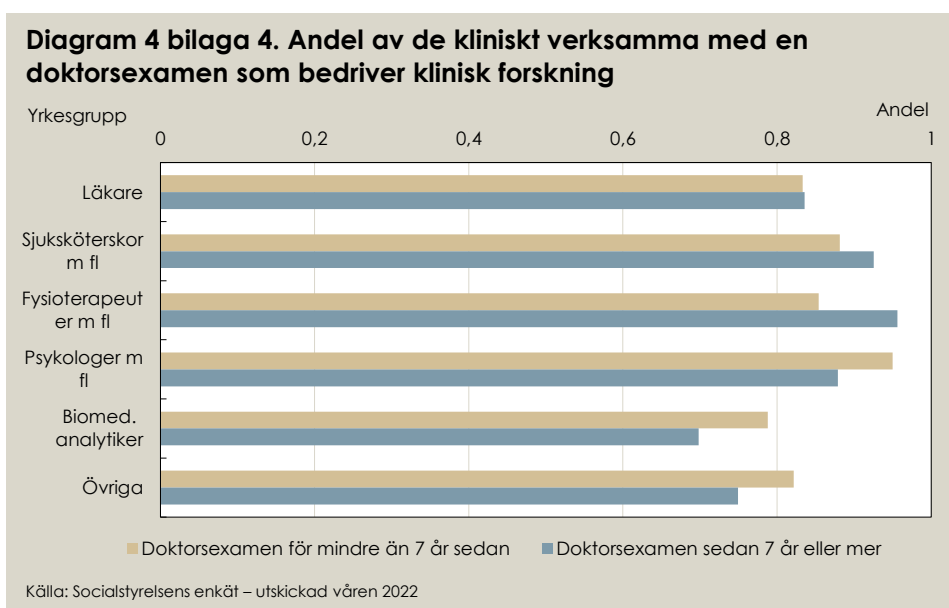
För psykologer finns en övervikt av män som forskar, oavsett tid efter disputation. För övriga yrken är könsfördelningen relativt jämn, i relation till hur många kvinnor och män som är kliniskt verksamma i dessa yrken. Utifrån hur frågan är ställd går det inte att avgöra om fler män är forskningsaktiva, eller om fler män har uppnått lektors-, docent- eller professorsgrad inom sju år från disputation. Sammanfattningsvis påverkar antal år efter disputation,

kön och typ av yrke sannolikheten för att bedriva klinisk forskning inom universitetssjukvården.

Ser man i stället till antalet kvinnor respektive män som forskar framgår det av Diagram 3 att det inom läkargruppen är cirka 10 procent fler män som forskar jämfört med kvinnor. I samtliga övriga yrkesgrupper är det genomsnittliga antalet kvinnor som forskar större än motsvarande antal män.



En hög andel av de kliniskt verksamma vid USVE som har en doktorexamen bedriver klinisk forskning (Diagram 4) och det är relativt små skillnader utifrån om de fick en doktorexamen för mindre eller mer än sju år sedan. Det är även relativt små skillnader mellan kvinnor och män.



Antal som forskar aktivt och andel som har minst 20 procent avsatt tid för forskning

I Diagrammen nedan presenteras dels antalet som bedriver aktiv forskning, dels andelen av dessa som har minst 20 procent av sin arbetstid avsatt för forskning. Den första figuren visar fördelningen för aktiva forskare vilka erhöll sin doktorsexamen för mindre än 7 år sedan. Den andra figuren visar resterande andel forskare med doktorsexamen sedan 7 år eller mer (se inledande definitionsruta för mer information).

I gruppen forskare som disputerade för mindre än 7 år sedan är det en relativt jämn könsfördelning i läkargruppen, sett till såväl antal forskare som andel med avsatt arbetstid för forskning. Bland läkare är det vanligare än bland andra yrkesgrupper att vara forskningsaktiv utan att ha minst 20 procent av sin tjänst avsatt för detta. I de grupper där mycket få män forskar aktivt är det svårt att dra slutsatser om andel. I gruppen övriga är andelen med avsatt forskningstid ungefär lika stor för män och kvinnor.

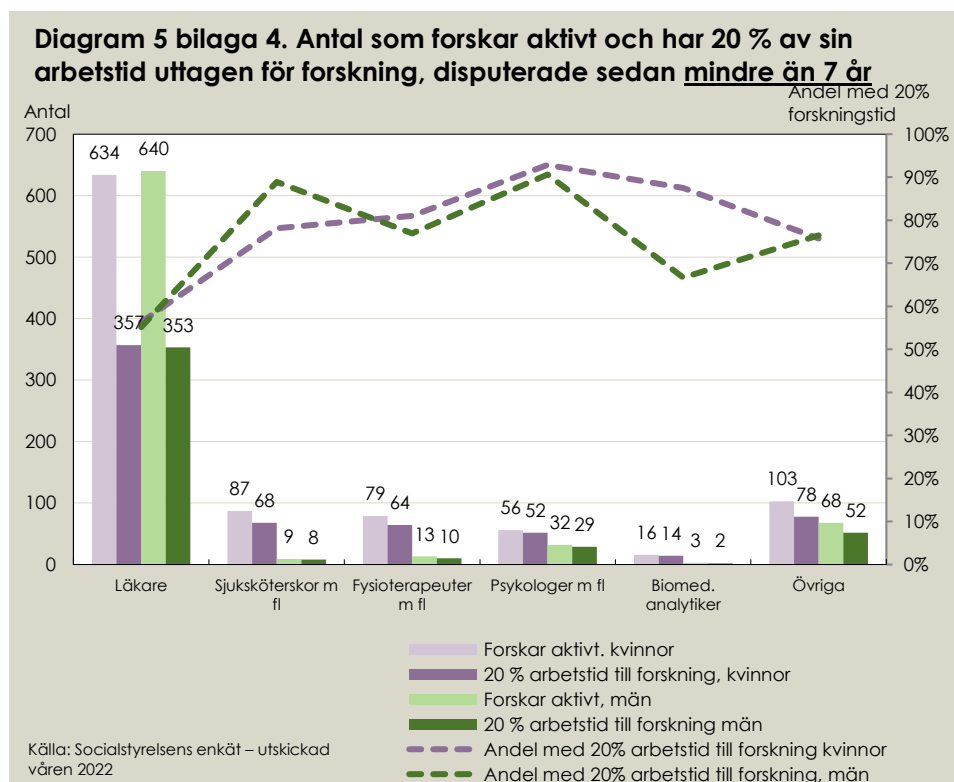
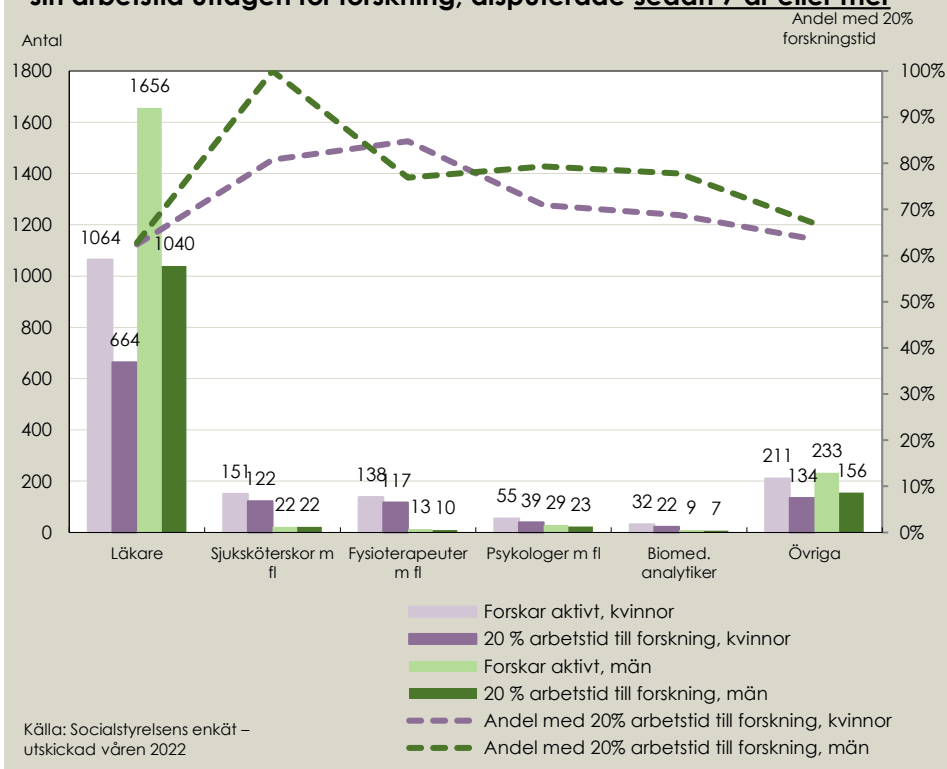


Diagram 6 biologa 4. Antal som forskar aktivt respektive har 20 % av sin arbetstid uttagen för forskning, disputerade sedan 7 år eller mer



I den större gruppen med personer som disputerade för 7 år sedan eller mer är det fler män än kvinnor i läkargruppen som forskar aktivt. Andelen aktiva forskare som har arbetstid avsatt för forskning är dock ungefär densamma. I grupperna sjuksköterskor, psykologer och biomedicinska analytiker är andelen män med arbetstid avsatt för forskning något högre än andelen kvinnor, medan förhållandet är det omvända i fysioterapeutgruppen. I flera av dessa grupper är emellertid antalet män litet varför det är svårt att jämföra andelar.

Viktigt att beakta i sammanhanget är att urvalsgruppen från början utgörs av personer som bedriver aktiv forskning, vilket är definierat utifrån forskningsproduktion, och inte av samtliga personer som forskar. Eftersom definitionen av aktiv forskning är att personen ifråga publicerat i genomsnitt minst en vetenskaplig artikel per år under den senaste fyraårsperioden, kan man tänka sig att personer med avsatt forskningstid (vilka allt annat lika har bättre förutsättningar för forskning) blir överrepresenterade i denna grupp. För en mer rättvisande bild skulle det vara önskvärt att undersöka även andelen av samtliga forskare som har minst 20 procent av sin tid avsatt för forskning.

Bilaga 5. Personer som intervjuades inom de regionala ledningsorganen

Stockholm

1. Anders Gustafsson, prorektor Karolinska Institutet, samverkansansvar, professor i parodontologi vid institutionen för odontologi Karolinska Institutet
2. Ewa Ehrenborg, vicerektor för utbildning Karolinska Institutet, ordförande i arbetsgrupp för USVE-utvärderingen, professor i molekylär kardiovaskulär medicin vid institutionen för medicin, Karolinska Institutet
3. Annika Tibell, FoUU-direktör Region Stockholm, Forsknings- och Utbildningsdirektör på Karolinska, adjungerad professor i medicinsk etik, kirurg
4. Johan Franck, vice ordförande i arbetsgruppen för ALF-utvärderingen av USVE, professor i psykiatri
5. Clara Hellner, Direktör Forskning och Innovation, Region Stockholm, adjungerad professor i barn- och ungdomspsykiatri

Skåne

1. Kristina Åkesson, professor och dekan, Lunds universitet, medicinska fakulteten
2. Marie Björkqvist, professor och vice-dekan med ansvar för grundutbildningen läkarprogrammet - Lunds universitet
3. Karin Jirstrom, professor och vice-dekan med ansvar för ALF - Lunds universitet
4. Jesper Petersson, överläkare vid Neurologi, Lund, forskningschef Region Skåne

Västra Götaland

1. Paulin Andréll, projektledare vid FoUUI - Sahlgrenska universitetssjukhuset. Adjungerad universitetslektor, avdelningen för anesthesiologi och intensivvård
2. Henrik Hagberg, prodekan, Sahlgrenska akademien (medicinska fakulteten vid Göteborgs universitet), professor i obstetrik och gynekologi
3. Caterina Finizia, FoUUI-direktör Sahlgrenska akademien, professor i öron-, näsa- och halssjukdomar

Östergötland

1. Lena Jonasson, professor och dekan, medicinska fakulteten, avdelning för diagnostik och specialistmedicin (DISP) - Linköpings universitet
2. Mats Ulfendahl, forskningsdirektör Region Östergötland, professor inom experimentell hörsselforskning
3. Peter Garvin, strateg forskningsledningen Region Östergötland
4. Hanna Agardh, chef för kansliet vid medicinska fakulteten - Linköpings universitet

Örebro

1. Jonas Claesson, läkare med specialisering i anestesi och intensivvård samt klinisk farmakologi, hälso- och sjukvårdsdirektör i Region Örebro län
2. Rickard Simonsson, ekonom, regionstyrelsen Region Örebro län
3. Mia Von Euler, professor i neurologi och dekan - Örebro universitet

Västerbotten

1. Anders Behndig, professor i Oftalmiatrik, vicedekan för samverkan kring klinisk forskning Umeå universitet
2. Magnus Hultin, docent i Anestesiologi och intensivvård, vicedekan för samverkan kring klinisk utbildning Umeå universitet
3. Göran Larsson, FoUI-chef i Region Västerbotten
4. Ulrica Bergström, strateg, universitetssjukvård i Region Västerbotten

Uppsala

1. Andreas Scheutz, forsknings- och innovationsdirektör Region Uppsala
2. Anna-Karin Wikström, professor i obstetrik och gynekologi - Uppsala universitet, FoUU-direktör Akademiska sjukhuset
3. Peter Stålberg, f.d. FoUU-direktör Akademiska sjukhuset
4. Eva Tiensuu-Jansson, professor vid institutionen för medicinska vetenskaper, Onkologisk endokrinologi, st.f. vicerektor, vetenskapsområde medicin och farmaci - Uppsala universitet
5. Matts Olovsson, prodekanus för utbildning på grundnivå och avancerad nivå vid medicinska fakulteten Uppsala universitet, professor i obstetrik och gynekologi

Bilaga 6 – Enkät svar för att uppnå miniminivåer

Miniminivå	Enkäfråga	Svar för att uppfylla miniminivån:
<p>Miniminivå 1</p> <p>Vid USVE finns i ledningen minst en FoUU-ansvarig person som är minst docent med förenad eller adjungerad anställning vid universitet eller högskola.</p>	<p>3. Har det i ledningen för USVE under perioden 1 januari 2018 – 31 december 2021 funnits minst en FoUU-ansvarig person som aktivt deltar i enhetens arbete med utveckling inom forskning, utbildning och utveckling?</p>	<p>Det har funnits under hela perioden</p>
<p>Miniminivå 2</p> <p>Vid USVE tillämpas en handlingsplan som stödjer utvecklingen från student till docent inom för enheten relevanta yrkesgrupper.</p>	<p>4a. Tillämpar USVE en handlingsplan som stödjer utvecklingen från student till docent inom för enheten relevanta yrkesgrupper?</p>	<p>Ja</p>
<p>Miniminivå 3</p> <p>Vid USVE finns minst en kliniskt verksam doktorand, som aktivt deltar i sin forskarutbildning</p>	<p>6a. Finns det vid USVE minst en kliniskt verksam doktorand som aktivt genomför sin forskarutbildning den 31 december 2021?</p>	<p>Ja</p>
<p>Miniminivå 4</p> <p>Vid USVE har någon av den kliniskt verksamma personalen genomfört ett halvtidsseminarium eller erhållit en doktorexamen, under perioden 1 januari 2018 till 31 december 2021?</p>	<p>7a. Har kliniskt verksam personal vid USVE genomfört antingen ett halvtidsseminarium eller erhållit en doktorexamen, under perioden 1 januari 2018 till 31 december 2021?</p>	<p>Ja</p>
<p>Miniminivå 5: Vid USVE finns minst en kliniskt verksam erfaren forskarhandledare</p>	<p>12a. Fanns det vid USVE den 31 december 2021 minst en kliniskt verksam, erfaren och aktiv forskarhandledare?</p>	<p>Ja</p>
<p>Miniminivå 6</p> <p>USVE samverkar, vid planering och genomförande av studier avseende klinisk forskning, med andra vårdenheter inom egen region, andra regioner, universitet och högskolor, näringsliv, patient och närstående eller företrädandeorganisationer.</p>	<p>13b. Samverkar USVE, vid planering och genomförande av studier avseende klinisk forskning med... ... andra vårdenheter inom egen sjukvårdsregion? ...andra vårdenheter inom annan/andra sjukvårdsregioner? .. universitet/högskolor i egna sjukvårdsregionen? ... universitet/högskolor i andra sjukvårdsregioner? ...patient och närstående eller företrädande organisationer?</p> <p>13c. Samverkar USVE med näringslivet vid planering och genomförande av studier avseende klinisk forskning?</p>	<p>Ja på</p> <p>Samverkar USVE, vid planering och genomförande av studier avseende klinisk forskning med andra vårdenheter inom egen sjukvårdsregion</p> <p>Samverkar USVE, vid planering och genomförande av studier avseende klinisk forskning med andra vårdenheter inom annan/andra sjukvårdsregioner?</p> <p>Samverkar USVE med näringslivet vid planering och genomförande av studier avseende klinisk forskning?</p> <p>Och Ja på någon av frågorna: Samverkar USVE, vid planering och genomförande av studier avseende klinisk forskning med universitet/högskolor i egna sjukvårdsregionen Samverkar USVE, vid planering och genomförande av studier avseende</p>

Miniminivå	Enkätfråga	Svar för att uppfylla miniminivån:
		<p>klinisk forskning med universitet/högskolor i andra sjukvårdsregioner och</p> <p>Ja eller Inte tillämpligt, USVE har inte direkt patientkontakt på fråga</p> <p>Samverkar USVE, vid planering och genomförande av studier avseende klinisk forskning med patient och närstående eller företrädande organisationer?</p>
<p>Miniminivå 7</p> <p>Kliniskt verksam personal vid USVE bedriver eller deltar kontinuerligt i regionala, nationella eller internationella studier avseende klinisk forskning.</p>	<p>14a. Uppge vilka pågående studier som bedrivs vid USVE: Pågående regionala studier Pågående nationella studier Pågående internationella studier</p>	<p>Ja på något alternativ av</p> <p>Pågående regionala studier Pågående nationella studier Pågående internationella studier</p>
<p>Miniminivå 8</p> <p>På USVE finns en kontinuerlig produktion av vetenskapliga artiklar.</p>	<p>15. Redovisa antal publicerade vetenskapliga artiklar avseende klinisk forskning som författats av den kliniskt verksamma personalen vid USVE under perioden 1 januari 2018 – 31 december 2021</p>	<p>Ja om minst 5 artiklar totalt under 2018–2021</p>
<p>Miniminivå 9</p> <p>Kliniskt verksam personal vid USVE deltar regelbundet i vetenskapliga möten och konferenser med egen vetenskaplig presentation.</p>	<p>16a. Deltog den kliniskt verksamma personalen vid USVE i regionala, nationella eller internationella vetenskapliga möten eller konferenser med egen vetenskaplig presentation under perioden 1 januari 2018 - 31 december 2021?</p>	<p>Ja</p>
<p>Miniminivå 10</p> <p>Minst en forskare vid USVE har minst ett beviljat anslag i nationell eller internationell konkurrens med pågående dispositionsrätt.</p>	<p>17a. Hade minst en av den kliniskt verksamma personalen vid USVE minst ett beviljat anslag i nationell eller internationell konkurrens med pågående dispositionsrätt, den 31 december 2021?</p>	<p>Ja, nationella anslag eller Ja, internationella anslag</p>
<p>Miniminivå 11</p> <p>Kliniskt verksam personal vid USVE har tillgång till relevant stöd och lokaler som möjliggör klinisk forskning i tillräcklig omfattning.</p>	<p>18a. Har den kliniskt verksamma personalen vid USVE tillgång till relevant stöd och lokaler som möjliggör klinisk forskning i tillräcklig omfattning</p>	<p>Ja</p>
<p>Miniminivå 12</p> <p>Vid USVE erbjuds VFU/VIL eller annan utbildningsinsats.</p>	<p>19a. Har USVE tillhandahållit någon av nedanstående utbildningsinsatser för läkarstuderande, under perioden 1 januari 2018 - 31 december 2021? - Verksamhets integrerat lärande - Medverkan i kurser, föreläsningar eller seminarier -Handledning av vetenskapligt arbete</p>	<p>Ja på något alternativ</p> <p>Verksamhetsintegrerat lärande Medverkan i kurser, föreläsningar eller seminarier Handledning av vetenskapligt arbete</p>

Miniminivå	Enkätfråga	Svar för att uppfylla miniminivån:
Miniminivå 13 Den personal som regelbundet deltar i VFU/VIL för läkarstudenter vid USVE har erforderlig pedagogisk handledarutbildning enligt universitetets direktiv.	23. Hade den personal som under 2021 regelbundet deltagit som handledare i verksamhetsintegrerad utbildning eller i annan utbildningsinsats för läkarstudenter en pedagogisk handledarutbildning enligt universitetets direktiv?	Ja, all deltagande personal
Miniminivå 14 Vid USVE erbjuds alla läkarstudenter en namngiven handledare under VFU/VIL som de kan vända sig till.	24. Fick alla läkarstudenter under perioden 1 januari 2018 - 31 december 2021 en namngiven kliniskt verksam handledare?	Ja alternativt NEJ på fråga 19B (Q67) om de haft VFU-studenter placerade vid USVE.
Miniminivå 15 Personal som handleder läkarstudenter vid USVE följer handledarinstruktionerna.	25. Hade all personal som handledde läkarstudenter under perioden 1 januari 2018 - 31 december 2021 tillgång till skriftliga handledarinstruktioner?	Ja alternativt NEJ på fråga 19B (Q67) om de haft VFU-studenter placerade vid USVE.
Miniminivå 16 Utbildningens lärandemål för VFU/VIL är kända av personal som handleder läkarstudenter.	26. Hur säkerställer ni att lärandemålen och handledarinstruktionerna är kända bland de som regelbundet handleder läkarstudenter? - Handledarträffar - Kursansvarig informerar vid uppstartsmöten - Annat, ange vad:	Ja på något alternativ Handledarträffar Kursansvarig informerar vid uppstartsmöten Annat
Miniminivå 17 Vid USVE används en känd skriftlig rutin för studenter som inte uppfyller lärandemålen.	27. Har USVE tillgång till en skriftlig rutin för hur handledare ska informera universitetet avseende studenter som inte uppfyller lärandemålen vid verksamhetsförlagd utbildning vid USVE?	Ja
Miniminivå 18. USVE kan redovisa exempel på hur kursutvärderingar och uppföljningar under VFU/VIL har använts i förbättringsarbetet.	29a. Används resultatet av uppföljningarna i förbättringsarbetet? 30. Används universitetets kursutvärderingar i förbättringsarbetet vid USVE? 30a. Ge exempel på kursutvärdering/uppföljning och hur den har använts i förbättringsarbetet.	Ja om de angett godkänt exempel
Miniminivå 19 USVE tillhandahåller lokaler och basal utrustning som möjliggör verksamhetsintegrerad utbildning av läkarstudenter.	31. Tillhandahåller USVE lokaler och basal utrustning som möjliggör verksamhetsintegrerad utbildning eller annan utbildningsinsats?	Ja
Miniminivå 20 USVE kan redovisa på vilket sätt kliniskt verksam personal använder kunskapsstöd.	32. På vilket eller vilka sätt säkerställer USVE att aktuellt kunskapsstöd används av den kliniskt verksam personalen? - Multidisciplinär konferens/terapi-konferens - Processkarta - Standardiserade vårdförlopp - Digitaliserade beslutsstöd - Uppföljning genom register - Kvalitetsledningssystem - Annat, ange vad:	Om Ja på något alternativ Multidisciplinär konferens/terapi-konferens Processkarta Standardiserade vårdförlopp Digitaliserade beslutsstöd Uppföljning genom register Kvalitetsledningssystem Annat

Miniminivå	Enkätfråga	Svar för att uppfylla miniminivån:
Miniminivå 21 Kliniskt verksam personal vid USVE har under året deltagit i framtagande eller uppdatering av kunskapsstöd.	33. Har kliniskt verksam personal vid USVE deltagit i utarbetande/uppdatering av nedanstående former av kunskapsstöd under perioden 1 januari 2018 - 31 december 2021? - Regionala riktlinjer/vårdprogram - Nationella riktlinjer/vårdprogram - Internationella riktlinjer/vårdprogram	Ja på något alternativ Regionala riktlinjer/vårdprogram Nationella riktlinjer/vårdprogram Internationella riktlinjer/vårdprogram
Miniminivå 22 USVE använder data från för verksamheten relevanta kvalitetsregister i utvärdering och utveckling av verksamheten.	34. Har USVE använt data från, för verksamheten relevanta, kvalitetsregister i utvärdering och utveckling av verksamheten? 34a. Ge exempel	Ja och angett exempel på fråga 34a.
Miniminivå 23 USVE använder data från mätningar av patienternas upplevelser och kan redovisa att det bidragit till utveckling av verksamheten.	35. Har USVE under perioden 1 januari 2018 - 31 december 2021 gjort mätningar av... ...patienternas upplevelse av sin egen sjukdom och hälsa efter behandling eller annan intervention (t.ex. symtom, funktionsförmåga, hälsorelaterad livskvalitet), (= PROM) ...patienternas upplevelser av vården (t.ex. bemötande, förtroende, delaktighet, väntetider, kontakt, samordning) (= PREM) 35a. Ge exempel på aktivitet kopplat till resultat av PROM respektive PREM som bidragit till utveckling av verksamheten.	Ja på fråga 35 (PROM eller PREM) och att de på fråga 35a angett godkänt exempel ELLER att på annan fråga de uppgivit att USVE har inte direkt patientkontakt
Miniminivå 24 USVE samverkar med patienter och närstående eller patient- och närståendeargumentation i utvärderings och utvecklingsarbetet.	36. Samverkar USVE med patienter och närstående eller patient- och närståendeargumentation i utvärderings- och utvecklingsarbetet?	Ja eller Inte aktuellt, USVE saknar direkt patientkontakt
Miniminivå 25 USVE har en skriftlig och på ledningsnivå beslutad strategi, rutin eller motsvarande som stöder innovationer, till följd av utvecklingsarbete och forskningsresultat och som är känd i verksamheten.	37. Har USVE tillgång till en på ledningsnivå utarbetad strategi eller rutin för att stimulera övergången från utvecklingsarbete och forskning till innovation? 37a. Säkerställer USVE att strategin och rutinerna är kända hos den kliniskt verksamma personalen?	Ja på båda frågorna
Miniminivå 26 Miniminivå 27	38. Har USVE årligen under perioden 31 december 2018 – 31 december 2021 förmedlat resultatet av sin verksamhet och sitt utvecklingsarbete i en skriftlig årsrapport?	Svarat Ja på 2021.
Vid USVE finns en rutin för att kontinuerligt följa upp den kliniskt verksamma personalens individuella utbildnings- och vidareutbildningsplaner	39. Har USVE en rutin för att kontinuerligt följa upp den kliniskt verksamma personalens individuella vidareutbildnings- och utbildningsplaner?	Ja

Bilaga 7 – Webbilagor

Webbilaga 1. Lista över hur samtliga miniminivåer uppnås vid alla USVE, med hänsyn tagen till den fördjupade granskningen.

Webbilaga 2. Utförligare svar på vissa av intervjufrågorna under intervjuer med regionala ledningsorgan.