



Svenska
Läkaresällskapet



KOMMITTÉN
FÖR HÄLSOFRÅGOR



Vetenskapsrådet



*God forskning i vården – hur anpassar vi
de ekonomiska styrsystemen?*

SVENSKA LÄKARESÄLLSKAPET, KUNGL. VETENSKAPSAKADEMIENS KOMMITTÉ FÖR
HÄLSOFRÅGOR OCH VETENSKAPSRÅDET 2024

Tack!

Denna rapport är framtagen med stöd från Hjärt-Lungfonden.

RAPPORT FRÅN MÖTE PÅ SVENSKA LÄKARESÄLLSKAPET DEN 6 NOVEMBER 2023

PRODUKTION

Svenska Läkaresällskapet 2024

TEXT

Ulrica Segersten, Inpress

GRAFISK FORM

Jaana Logren Bergqvist
Kommunikationschef
Svenska Läkaresällskapet

FOTON

Department of Health and Social Care
Eva Tov/S:t Eriks ögonsjukhus
Istockphoto (foton/illustrationer)
Mikael Sjöberg
Sahlgrenska universitetssjukhuset
Torkel Ekqvist
Uppsala universitet

God forskning i vården

– hur anpassar vi de ekonomiska styrsystemen?

Den 6 november 2023 arrangerade Svenska Läkaresällskapet (SLS), Kungl. Vetenskapsakademiens kommitté för hälsofrågor och Vetenskapsrådet (VR) mötet "God forskning i vården" i Svenska Läkaresällskapets hus. Dagen dokumenterades och har resulterat i denna sammanfattande rapport.

Program

Inledning

Tobias Alfvén, ordförande SLS

Jan Nilsson, Kungl. Vetenskapsakademiens kommitté för hälsofrågor

Integrating and promoting research within NHS

Lucy Chappell, chef, NIHR, Storbritannien

Forskningsbaserad verksamhetsutveckling inom vården – presentation av förslag till ändrat styrsystem för att stimulera forskning i vården

Kerstin Sahlin, seniorprofessor i företagsekonomi, Uppsala universitet,

Ulrika Winblad, professor i hälso- och sjukvårdsforskning, Uppsala universitet

Betydelse av klinisk forskning för att utveckla vården

Ann-Marie Wennberg Larkö, ordförande Nationella vårdkompetensrådet

Hur kan vården på ett bättre sätt använda forskning för att utveckla den egna verksamheten?

Anders Ahlsson, hälso- och sjukvårdsdirektör, Region Stockholm

Gruppdiskussioner

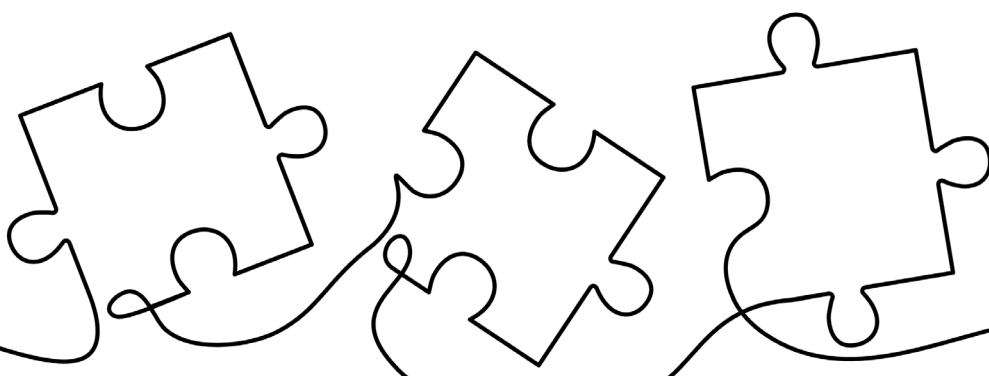
Paneldiskussion

Anders Ahlsson, Region Stockholm, Tobias Alfvén, SLS,

Ulrika Winblad, Uppsala universitet, Lotta Håkansson, Reumatikerförbundet,

Ameli Norling, Sveriges Kommuner och Regioner

Moderator: Jonas Oldgren, Vetenskapsrådet





”Dagens forskning är
morgondagens vård.”

TOBIAS ALFVÉN
ORDFÖRANDE SVENSKA LÄKARESÄLLSKAPET

Foto: Torkel Ekqvist

"Forskning mer än en krydda"

Dimman låg tät kring Klara kyrka den 6 november 2023 (Gustav Adolfsdagen), men sorlet och diskussionerna inne på Svenska Läkaresällskapet var desto livligare när god forskning i vården diskuterades i vårt samarrangemang mellan SLS, Kungl. Vetenskapsakademiens kommitté för hälsofrågor och Vetenskapsrådet.

En av de viktiga frågorna är hur de ekonomiska styrsystemen påverkar förutsättningarna för den forskning som formar morgondagens sjukvård. Och hur de ekonomiska styrsystemen i högre grad kan utformas för att medverka i stället för att motverka forskning som en självklar del i hälso- och sjukvården. För att nå dit behöver sjukvården fokusera mer på patienters och anhörigas behov, utveckla och fördjupa samarbetet med akademien, samt reformera de ekonomiska styrsystemen.

Det handlar inte i första hand om forskningsanslagens storlek per se, utan snarare praktiska, organisatoriska och ledarskapsmässiga incitament för forskning i vården. Vi kan inte ha ett system där forskning är en krydda som tillsätts på slutet om det finns resurser kvar. Inte minst nu, med kriser runtom i världen, är det viktigare än någonsin att komma fram till hur vi ska stärka forskningen i hälso- och sjukvården i Sverige. Lyckas vi med det är det till gagn för resten av världen.

Forskning är en global angelägenhet. Utan forskning, skulle vården i princip fortfarande hålla på med åderlätning. Dagens forskning är morgondagens vård. Det är själva livsnerven i Svenska Läkaresällskapets historia och nutid. Det är ändå lätt att vi blir blinda för det vi har åstadkommit genom decennierna. Vi glömmer

bort hur mycket som har förbättrats med medellivslängden, barnadödligheten och människors livskvalitet tack vare förebyggande insatser, vård och behandlingar som tidigare forskning gett oss. De äldre är yngre än någonsin. Vilken skillnad har vi inte sett bara på ett par generationer. Min morfar var en gammal man vid 60.

Sverige har en framgångsrik historia inom medicin, men vi brottas idag med system som prioriterar produktion framför forskning, fortbildning och utbildning.

Med både gediget arbete i arbetsgrupper och ett gemensamt seminarium är det många goda infallsvinklar, goda idéer och konkreta förslag som vi vill dela med oss av för att stärka forskningen i hälso- och sjukvården.

God hälso- och sjukvård vilar på vetenskaplig evidens och beprövad erfarenhet. Den uppnås genom forskning med bästa möjliga vård och hälsa som mål.

Tobias Alfvén

Ordförande Svenska Läkaresällskapet

"Det är ekonomin...eller?"

Det är en stor utmaning att organisera och styra hälso- och sjukvården så att den premierar forskning som utvecklar vården. Men det måste göras. En utmaning ligger i att uppdraget har två huvudmän: Staten har forskningen och regionerna vården.

Mycket, eller nästan all forskning inom hälso- och sjukvården har fokuserat på den kliniska delen, medan forskning för att utveckla själva sjukvården, dvs ha patienternas perspektiv i större fokus, i stort sett har saknats. Vi är också många som ser att det styrsystem och den ekonomi vi har idag påverkar forskningen i allra högsta grad. Samsynen är stor, men det är svårt att få genomslag i praktiken för att förändra styrsystemen så att de kan ge oss god forskning i vården.

Vi anser att ingen förändring går att göra om vi inte kommer åt styrsystemen och ser till att vi i hälso- och sjukvården själva bedriver forskning som omsätts i ny kunskap och i den egna verksamheten. Det ger snabbare tillgång till nya behandlingar för patienter och ger ökad vårdkvalitet. Inte bara det, med stärkt klinisk forskning ökar medarbetarnas kompetens och de får en bättre arbetsmiljö.

Den kliniska forskningens fokus är patienterna och deras behov. Med rätt förutsättningar skapas en lärande och stimulerande arbetsmiljö där patienterna finns. Det kan låta som en självklarhet, men från mitten av 1980-talet då kraven på en effektivare styrning av sjukvårdens ekonomi, på goda grunder, började växa sig allt starkare, började också fokus på patienter och forskning naggas i kanterna. Man hämtade inspiration från näringslivet och New Public Management (NPM). Detaljstyrningen

växte och den administrativa återrapporteringen tog alltmer av personalens tid.

Den forskning som ofta byggde på frågeställningar i vardagssjukvården och i patienternas behov har därmed gått förlorad. När administration tar alltmer tid och kraft, stjälar det tid från att utveckla. Resultatet blir bristande arbetstillfredsställelse och i värsta fall att personal lämnar vården.

En nödvändig förutsättning är att sjukvårdens styrning och ekonomiska styrsystem ändras så att vetenskapligt baserad verksamhetsutveckling blir en central del av vårdens uppdrag. Vårdens professioner måste ges ett större ansvar för vårdens utformning, utveckling och styrning. Covid-19-pandemin visade tydligt på den handlingsförmåga och utvecklingskraft som finns hos vårdens medarbetare när man gavs förutsättningar att lösa de stora utmaningar som pandemin innebar.

Samarbetet mellan sjukhus, primärvården och den kommunala vården behöver också intensifieras och utvecklas så att man delar ansvar för den nära vården. För att omställningen till en god och nära vård ska bli framgångsrik krävs att medarbetarnas erfarenheter tas tillvara och att nya arbetssätt utvärderas på ett vetenskapligt sätt.

*Jan Nilsson
Kungl. Vetenskapsakademiens
kommitté för hälsofrågor*



Foto: Mikael Sjöberg



”Den kliniska forskningens
fokus är patienterna
och deras behov.”

JAN NILSSON
KUNGL. VETENSKAPSAKADEMIENS KOMMITÉ FÖR HÄLSOFRÅGOR

En berättelse från Storbritannien

– hur forskningen stärkts och integrerats inom NHS/NIHR

Foto: Department of Health and Social Care



LUCY CHAPPELL

Professor, chef för National Institute for Health and Care Research (NIHR) och vetenskaplig chefsrådgivare till Hälso- och Socialdepartementet i Storbritannien.

Lucy Chappells introduktion (som den formuleras till allmänheten):

"Forskning är det bultande hjärtat för all utveckling. Och då handlar det mycket om att ställa de rätta frågorna. Forskning förtjänar större plats än någonsin och vi måste se till att det är de mest briljanta förmågorna som lockas att hitta lösningar för både dagens och morgondagens hälsoutmaningar. Vi behöver prestera forskning som förmår attrahera investeringar och kan förbättra livet för de allra mest utsatta i samhället. Vårt (NIHR:s) uppdrag är att transformera människors liv och att förbättra nationens hälsa genom forskning."

Varför går NIHR ut med detta budskap?

Patienter separerar inte forskningen från själva sjukvården. Forskningen måste hela tiden utvärderas och översättas till sjukvårdsvardagens utmaningar. Bakom kulisserna måste forskningen finansieras nationellt, organiseras med en fungerande infrastruktur. Allt enligt OECD:s Frascati-manual från 2015.

Hur? Genom följande huvudsakliga uppdrag:

1. Finansiering av högkvalitativ, adekvat forskning som är till nytta för NHS, folkhälsan och socialtjänsten.
2. Investeringar i expertis av världsklass, i faciliteter och professionellt skicklig yrkeskår som förmår översätta forskningsresultat till bättre behandlingar och bättre bemötande av patienter.
3. Samarbeta med patienter, vårdtagare, omsorgsgivare och kommuner så att

forskningen är relevant, av hög kvalitet och betydelsefull för alla parter.

4. Attrahera, utbilda och ge stöd till de bästa tänkbara forskarna som har lösningar på hälso- och sjukvårdens utmaningar.
5. Samarbeta med andra offentliga finansierare, välgörenhetsorganisationer och industri för att skapa ett sammanhängande och globalt konkurrenskraftigt forsknings-system.
6. Finansiering av tillämpad global hälso-forskning och praktik för att möta behoven bland de allra fattigaste i låg- och mellan-inkomstländer.

Lucy Chappell menar att det behöver finnas tydliga forskningscentra och faciliteter där forskningen får stöd. "Vi måste till varje pris undvika områden där "forskningsöken" råder, forskningen måste pågå överallt.

"Vi anser att de kliniskt verksamma har stor betydelse och har 11 000 anställda som levererar forskning på olika nivåer, resurser som till exempel användes flitigt och effektivt under pandemin. Men det är helt avgörande att infrastrukturen finns på plats och att det finns ett tydligt partnerskap mellan patienterna och vårdgivarna. Patienterna är vår bästa resurs i vårdforskning – och att prioritera av patienter för patienter."

Ett bra exempel för Sverige, enligt Lucy Chappells, är James Lind Alliance "Spinal Cord Injury's" (Sweden) top prioriteringar med många patienter som frivilligt deltar i forskningen. Det ger en pool av patienter där nyttan går i båda riktningarna.

"Men", säger Lucy Chappell, "om vi glömmer bort medarbetarnas engagemang och fortbildning kommer vi ingen vart. Och därför spelar programmen inom NIHR Academy en viktig roll." Hon betonar hur viktigt samarbetet med offentliga finansierare, välgörenhetsorganisationer och industrin är.

”Vi måste hitta partnerskap med hela life science-sektorn och bli bättre på att översätta ny teknik och innovationer till patientnytta. Vi behöver också bryta ner de silos som separerar primärvården från specialistvården.”

Årligen ingår NHR partnerskap med life science-industrin genom sin forskningsinfrastruktur, med:

- mer än 1600 forskningsstudier som är finansierade av industrin
- 4600 forskningsstudier finansierade av välgörenhets/patientorganisationer
- rekrytering av 28 000 deltagare till studier
- att stötta och samarbeta med små- och medelstora företag

Från juni 2022 finns ett Memorandum of Understanding mellan Sverige och Storbritannien för att stärka samarbete mellan hälso- och sjukvården, forskning och innovationssystem för att gemensamt stödja utvecklingen av attraktiva life science-ekosystem. [<https://www.gov.uk/government/publications/memorandum-of-understanding-between-the-uk-and-sweden-regarding-life-sciences>]

Hur ser nästa kapitel ut av “Bäst forskning för bättre hälsa”?

1. Bygger vidare på lärdomar från forskningen under pandemin.
2. Bygger större kapacitet och förmåga till preventiv vård och socialtjänst (som genom åren hade fått mindre fokus och finansiering).
3. Genom forskning stärka livskvaliteten för människor med multipla kroniska tillstånd.
4. Se till att klinisk och tillämpad forskning når perifera (underförsörjda) regioner.
5. Genomgående bygga in jämlikhet, mångfald och inkludering i NHR:s forskning och forskningssystem.
6. Stärka karriärmöjligheterna för forskare.
7. Finansiera forskning i världsklass som levererar hållbara lösningar.

Sammanfattningsvis: Varför vill NHS integrera forskningen i hela sin verksamhet? Vad kan Sverige lära?

1. Det är uppenbart bättre för patienterna.
2. Det är bättre för medarbetarna och för rekrytering att normalisera forskning som en självklar del av arbetet för alla läkare.
3. Forskning stärker hälso- och sjukvården som helhet och förmågan till innovation genom inkludering.

”Vi måste leva forskning. Alla i ledningen av hälso- och sjukvården måste underlätta och främja forskning samt hur den produceras och används i verksamheten.”

”Inom vården behöver man tydligt kunna visa att forskningspengar kommer till nytta för patienterna. Vi behöver vara tydliga mot beslutsfattare att forskning och utveckling är en nyckelfråga för att både attrahera och behålla kompetenta medarbetare i hälso- och sjukvården.”

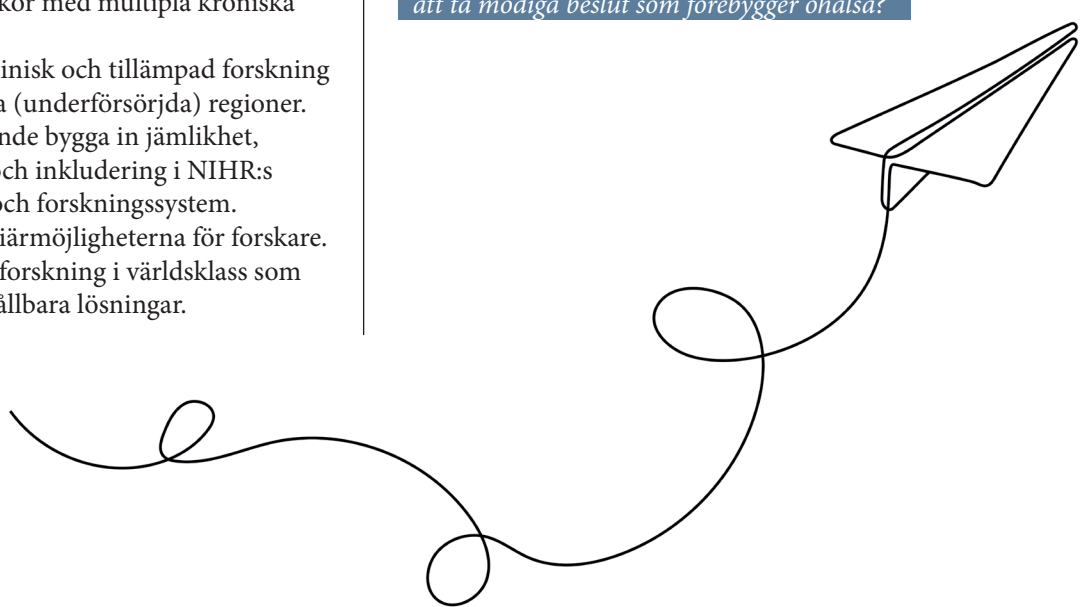
Kommentar från deltagare

Stefan Lindgren, professor vid medicinska fakulteten i Lund.



Foto: Svenska Läkaresällskapet

”Det är produktionen av vård som är den heta potatisen i Sverige. Att vi ska producera vård utan att forskning och fortbildning inkluderas. Hur ska vi kunna få till en omsvängning mot prevention? Hur kan vi hjälpa beslutsfattare att ta modiga beslut som förebygger ohälsa?”





”Problemet i hälso- och sjukvården är att den professionella basen inte finns med i styrmodellerna.”

KERSTIN SAHLIN
SENIORPROFESSOR I FÖRETAGSEKONOMI,
UPPSALA UNIVERSITET

Presentation av förslag till ändrat styrsystem för att stimulera forskning i vården

Foto:Press



KERSTIN SAHLIN

Seniorprofessor i företags-ekonomi, Uppsala universitet.

"Jag måste säga att jag är otroligt glad över att vi får till en diskussion mellan organisationsforskare och kliniska forskare. Det är ett måste om vi ska åstadkomma förändring."

Om styrmodeller – och då särskilt NPM (New Public Management):

"Det finns ett ganska utbrett missnöje i vården med styrmodellerna. Men ekonomistyrning är inte ett nyckelfärdigt hus vi köper. Hur modellerna kommer in i vården är väl så viktigt. Vi måste tänka translation här också. Ett enhetligt system kan inte fungera överallt. NPM var egentligen en samling olika tekniker efter att det myntades 1990. Många förknippar NPM med ökad dokumentation och en resultatkultur för mätning, men det finns också goda delar kring den resultatorientering som NPM introducerade. De flesta ekonomiska styrmodeller har dock oftast fokuserat på produktion och en idé om att vi jobbar med ett industriellt system. Då är forskning och utbildning inte självklara ingredienser."

Introduktionen av tillsitsstyrd styrning då? Är ett fluffigt begrepp. Den bygger på förutsättningen att man måste veta vem man hyser tillit till. Frihet inom tydliga ramar. Det är svårt att översätta en sådan modell i vårt komplexa system.

Om politikens roll:

Politiken finns på väldigt många nivåer, flernivåstyrning, primärkommunala och privata aktörer plus allt annat. Vi måste börja med förutsättningarna. Samtidigt som varje region har ett eget ansvar och staten ansvarar för likvärdig vård, jobbar man i praktiken med många olika styrmedel, och samordnare.

Och hur får vi då allt att fungera ihop?

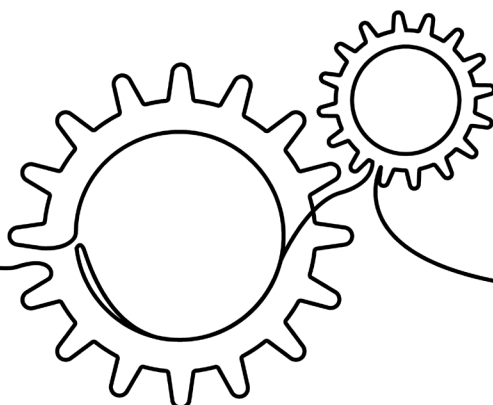
Vi måste se hur olika typer av styrningar samspelar. Nya reformer ger ytterligare ny komplexitet, om vi glömmer bort att göra "house-keeping", det vill säga inte rensar ut det gamla när vi inför nytt – och då måste flera lager av styrning anpassas till varandra.

Reformers spridning över världen är som modedågar, de kommer inte inifrån sjukvården, de är inte evidensbaserade och de utvärderas sällan, inte ens konsekvensanalyser görs.

Problemet i hälso- och sjukvården är att den professionella basen inte finns med i styrmodellerna. Man borde vara rädd om den organisatoriska evidensmodellen.

Förändringar kan ske i form av successiva övergångar, komplettera olika former av styrning och vara evidensbaserad.

Slutsats: "Ha inte övertro på enkla modeller. Se där, 30 års forskning sammanfattat kort."





ULRIKA WINBLAD

Professor i hälso- och sjukvårdsforskning, Uppsala universitet.

Frågeställningar/utgångspunkter

Det kliniska forskningen minskar i Sverige. Andelen forskarutbildade läkare har minskat med 20 % sedan år 2005 och färre personer blir idag docenter vilket leder till svårigheter att handleda, undervisa och examinera. Dessutom ser vi på flera håll ett lågt söktryck till de kliniska forskartjänsterna.

Var sitter problemen – och svaren?

Ansvar för den kliniska forskningen är delat mellan regionerna och staten. Uppdelningen innebär att den kliniska forskningen baseras på olika lagar och regleringar, vilket resulterar i betydande variationer i styrning, förutsättningar och handlingsutrymme. Inte sällan föreligger målkonflikter och konkurrens mellan de olika styrvåerna som hindrar forskningen.

Det är ofta otydligt på övergripande regionspolitisk nivå vilket ansvar politiken har för den kliniska forskningen, både när det gäller hur forskningsuppdrag ges och hur uppföljningen ska gå till. Den otydliga styrningen kan innebära att vården nedprioriterar forskningen.

Det saknas ofta tid och resurser på den kliniska nivån för forskning.

Forskningsuppdraget måste ingå i grunduppdraget. Forskningen behöver ges ett meritvärde.

Hur kan man stimulera den kliniska forskningen? Vad är statens ansvar?

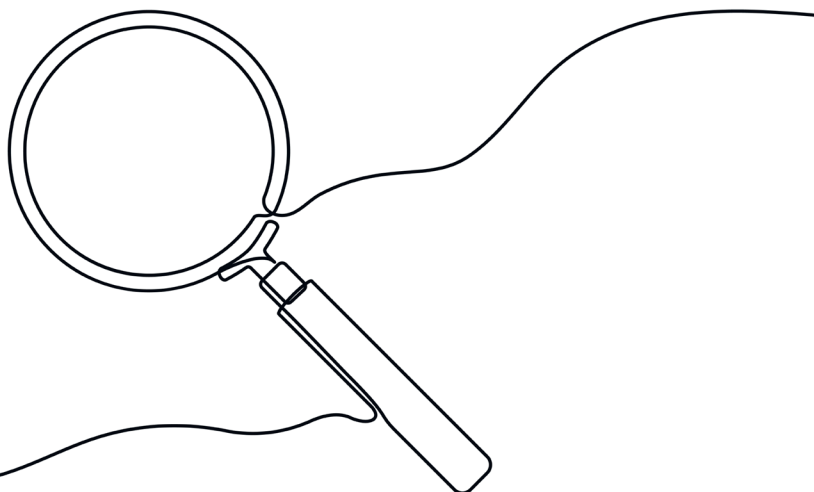
- Se över lagar som är motsägelsefulla och inte premierar klinisk forskning.
- Gör långsiktiga satsningar på forskningsstödande infrastruktur.
- Lyft även fram evidensbaserad policy – t ex vid införande av nya ersättningsystem.
- Stärk den nationella uppföljningen av den kliniska forskningen.
- Skapa incitament för forskarutbyten genom nationella och internationella avtal.

Regional nivå. Hur tydligt är det regionala ansvaret för forskningen?

- Förtydliga var i organisationen ansvaret för den kliniska forskningen ligger.
- Stärka styrningen genom att göra den kliniska forskningen till en del av ledningsstrukturen.
- Skapa tydligare incitament för karriärsutveckling genom klinisk forskning - för alla yrkesgrupper.
- Det behövs ett tydligare karriärperspektiv för kliniska forskare. Vi vet att miljöer som bedriver forskning är mer attraktiva.

Hur kan klinisk forskning stimuleras?

- Tydliggör att forskning är en del av kärnuppdraget vid anställning på universitetskliniker.
- Skapa tydligare karriärvägar för disputerade kliniska forskare.
- Vi behöver ha chefer och ledare som är forskare.
- Betona betydelsen av translationell forskning.



Betydelse av klinisk forskning för att utveckla vården

Foto: Sahlgrenska universitetssjukhuset



ANN-MARIE WENNBERG LARKÖ

Ordförande Nationella vårdkompetensrådet och tidigare sjukhuschef vid Sahlgrenska universitetssjukhuset.

Sjukvårdens utmaningar

Vi blir fler och fler invånare och allt fler som överlever tack vare vårdens framsteg. Vi kan rädda ofödda från vecka 22. När efterfrågan på hälso- och sjukvården ökar får vi problem med tillgängligheten – och skatteunderlaget är vad det är. Alla kan ju inte jobba i vården. Tillgången på personal är begränsad. Färre ska ta hand om fler.

Så hur ska vi göra?

Forskning och innovationer är en del av lösningen. Gårdagens forskning är dagens rutinsjukvård. Det vi gör idag inom forskningen kommer att vara morgondagens rutinsjukvård. Från hälso- och sjukvårdens perspektiv är det ett skott i foten att vi bara ska jobba med produktion av vård. 2/3 av arbetsdagen för sjuksköterskorna på Sahlgrenska går till indirekt patientarbete.

En nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning ska tas fram av Nationella vårdkompetensrådet (som består av 14 ledamöter från regioner, kommuner, lärosäten, Socialstyrelsen och Universitetskanslerämbetet)

Mycket handlar om att:

- tillvarata kompetens
- ge medarbetarna större handlingsutrymme
- mindre detaljstyrning.
- mycket av det administrativa kan tas bort
- god arbetsmiljö
- teamarbete

”Under pandemin lärde vi oss tvärprofessionellt arbete, digitalisering och administration på ett nytt sätt. Vi har också sett vikten av docenter för att utbilda framtidens sjukvårdspersonal.”

Karriärstegen – från student till professor, exempel från Göteborg

1. Prova-på-forskning och amanuensprogram
2. Forskar-AT-tjänster (har t ex utökats i Göteborg)
3. Tydlig väg från student till docent
4. Kombinationstjänster behöver ökas
5. Lönepåslag om man forskar

”I Göteborg har vi skapat titlar som visar akademisk meritering; Universitetssjukhusövernågotning för den som disputerat. En stark forskningskultur driver utvecklingen av hälso- och sjukvården vilket i sin tur skapar bästa möjliga vård för patienterna.”

”När det gäller ledarskap, behöver vi akademiskt kompetenta chefer!”

Triple helix-exempel från VGR

Samverkan med näringslivet är av största vikt, enligt Ann-Mari Wennberg Larkö. Ett bra exempel är hur vi gemensamt kan använda kvantdatorer som en brygga mellan fysik, kvantmekanik och genetik för att skapa större patientnytta och evidensbaserad vård.

”R&D for health and wealth”

Samarbete inom life science skapar också möjligheter för mer personcentrerad vård. Det finns mycket att vinna i samverkan med patienter. Vi har exempel från teledermatologi som möjliggör 80 patienter/dag/läkare, det vill säga sänkta kostnader som ger universitetssjukhuset DRG-poäng.

”Det är mycket vi vet, men sedan måste vi implementera det vi vet. Båten måste i sjön. Och det är inte vår bästa gren i det här landet.”

Hur kan vården på ett bättre sätt använda forskning för att utveckla den egna verksamheten?

Foto: Eva Tov/IS:1 Eriks ögonsjukhus



ANDERS AHLSSON

Hälso- och sjukvårdsdirektör
Region Stockholm.

"Fred och vetenskaplig forskning kommer att segra över krig och okunnighet", sade Louis Pasteur 1892. Det är viktigt att tro på detta, och fortsätta det arbetet. Forskning är en oöverträffad metod att generera ny kunskap. Frågan om forskning i vården är i första hand en kulturfråga, i andra hand en ersättningsfråga."

Hur fördelas resurserna på din klinik till produktion, utbildning och forskning?

Utgår man från ordet produktion blir det svårt – hälso- och sjukvården levererar så mycket mer än det. En modell är att se vårdleverans som artärsystemet, undervisning som vensystemet och forskningen som nervsystemet – det är och ska vara utmanande att dissekera isär dessa strukturer.

Varför forskar vi?

För att göda verksamheten med ny kunskap, och den processen måste fungera.

Lyckas vi?

Frågan är om den egna forskningsverksamheten i tilltagande grad är ökad för medarbetarna? Kommer frågan upp när en ny avhandling presenteras, går någon igenom vad den visade och vad ska vi föra in i verksamheten av den? "Förlegat" säger man, "det är det stora internationella studierna som betyder något". Men jag vill hävda att det egna forskningsarbetet behöver återkopplas och göda verksamheten.

Forskarutbildning och ledarskap

Forskarutbildning är en fantastisk tillgång i alla delar av livet. Kanske vi ska ha det kravet i universitetssjukvården på ledare, att de bör

ha en forskningsbakgrund? Det akademiska samtalet behöver nämligen stärkas – det är det roliga med att arbeta i akademiska miljöer, de livgivande diskussionerna. Den har blivit åsidosatt idag. Och det är svårt att hitta utrymme. Känslan av viktiga sammanhang går förlorade.

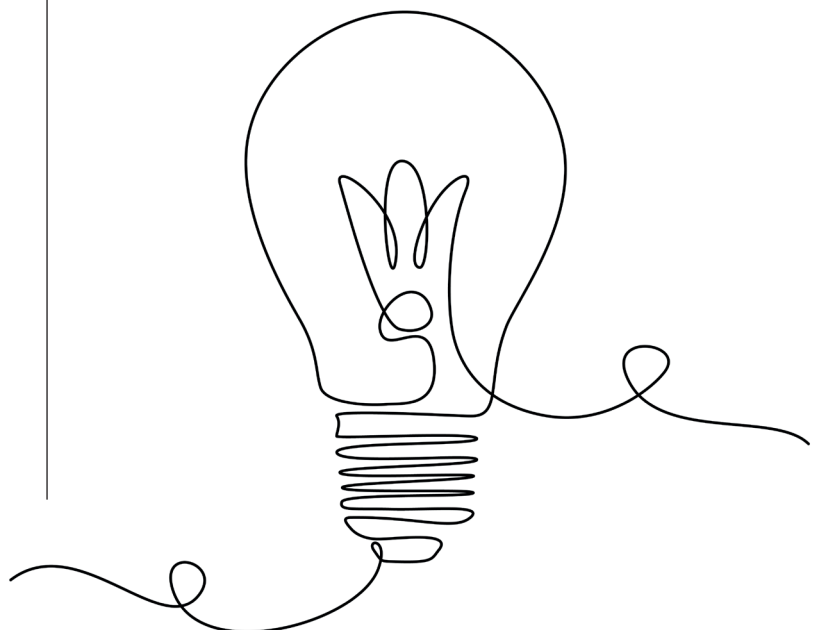
Vilka är hoten?

- Tilltagande svårt att börja forska. Har man en miljö där man som ung kan komma in i forskningsmiljöer har det stor betydelse. Man behöver plockas in tidigt.
- Regler och byråkrati måste hela tiden stävas.
- Forskarutbildning startas för sent.
- Entreprenörskapet är nyckeln. God entreprenörerna!
- Den gråa delen av forskningen riskerar att ta över och dödar det lustfyllda.

Lösningen?

Hur vi planerar den akademiserade vardagen i vården

- Veckovis: En stund reserverat till genomgång av aktuell forskningsrapport.
- Månadsvis: En lunch reserverad till studier.
- Terminsvis: En halvdag ägnas till forskning, akademiska samtal.





”Deep work är den enda
sanna vägen – men
en utrotningshotad metod.”

ANDERS AHLSSON
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSREKTÖR,
REGION STOCKHOLM

Foto: iStockphoto

Gruppdiskussioner

Grupp 1

1. Det måste bli konkret att forskning och utbildning ingår i själva uppdraget för hälso- och sjukvården. Det betyder att medarbetare behöver ha regelbundna forskningstimmar inbokade, och det ska inte bara inkludera läkare.
2. Vi måste underlätta för kliniska prövningar, det måste bli lättare för sjuksköterskor att planera in forskning, kanske vi behöver specifika forskningssjuksköterskor?
3. Det behöver planeras för patientinvolvring på olika nivåer som ett komplement.
4. Det finns en hel del att lära av England.

Grupp 2

Vi är ett kunskapsföretag, det är kunskap vi vill leverera till medborgarna, men vi ser stora skillnader i olika delar av Sverige vad gäller kunskapsnivån.

Förslag till åtgärder:

1. Själva uppdragsbeskrivningen: Forskningen måste ingå som en naturlig del med tydlig målsättning och konsekvenser om man inte följer dem. Man behöver bli triggad att följa beskrivningen.
2. Transparens där forskning blir en del i upphandlingar.
3. Lagstiftningen måste anpassas så att det gör det möjligt att forska för patienternas bästa.
4. Kommunikation länkar samman allting, forskning och sjukvård är inte parallella världar utan samma värld.

Grupp 3

Förslag:

1. Gör forskningsuppdraget mer synligt, uppföljning ska redovisas tillsammans med ekonomi, hitta rätt KPI:er för det. Fråga: Kan vi ha patientmedverkan i detta?
2. Regelefterlevnad, ibland är reglerna hinder. Vi tolkar det väldigt hårt i Sverige. Kan vi få en justering?
3. Säkerställa förståelsen för forskningens villkor på alla nivåer. Disputerad ledare ett plus.

4. Vid sida av ekonomin, sätt upp forskningsproduktionsmål. Se till att verksamheten får konkreta mål som de ska redovisa.
5. Karriärutvecklingsprogram, belöna forskning.
6. Ha överkapacitet för att kunna bevilja forskningsledighet. Ekonomiska förutsättningar behövs för det.
7. Gynna tidig start i forskningsutbildning, starta tidigare, stimulera med forskar-AT.

Grupp 4

Kommentar: Högsta ledningen inom sjukvården rekryteras på basen av ekonomiska meriter inte vård, forskning och utbildning. Det påverkar resten av organisationen. Uppföljning i vården baseras på parametrar som ekonomi och antal patienter. Forskning och utbildning följs upp mer perifert.

- Modellen i Göteborg är intressant, med kompetenstrappan och tydliga incitament för forskning och fortbildning.
- Vi löser inte allt här och nu, men måste börja arbeta i små steg. För kompetensförsörjningens skull måste vi göra det!

Grupp 5 (med Lucy Chappell som en av deltagarna)

Vi diskuterade kulturen och klimatet som är avgörande med ett vetenskapligt förhållningsätt och kritiskt tänkande, när man inte har tydlig ledning och driv vad man vill åstadkomma, vill man gärna ha mer pengar.

Att fokusera på:

- Betona kloka kliniska val. Förändringsarbete kom inifrån, det blev tydlig under covid.
- Mycket resurser går till dåligt underbyggda behandlingar och som dessutom är farliga. Här finns pengar att tjäna in.
- Krav på evidens, inte politiskt driv att införa nya behandlingar och organisatoriska förändringar.
- Kvalitetsregister är en guldgruva för forskning, använd registren som incitament för forskning.

- Lucy Chappell föreslog att vi skulle hitta våra fem viktigaste hälsoutmaningar, satsa på forskning och exportera kunskapen.

Hur kan styrmedel förändras så att de bidrar till mer forskning och livslångt lärande? (Kommentarer från diskussionen i grupp 5:)

Frågeställningar, Stefan Lindgren:

”Vad är det vi gör annorlunda i dag jämfört med för 25 år sedan? Och vilka är drivkrafterna? Vad är det i våra miljöer som vi känner behöver förändras för att stärka forskning och livslångt lärande?”

Johan Franck: ”Jag tycker att det saknas en tydlig vision om vad vi vill åstadkomma? Och att våra tidshorisonter ofta är för korta. Vi behöver tydliga milstolpar och längre horisont. Vi behöver också vara tydliga med vilka det är vi adresserar, vilken publik vi har. Vem är det vi försöker övertyga? Vi behöver en portfolio med berättelser som möter vår publik. Och bli bättre på att visa på både ekonomiska och hälsomässiga vinster med forskning. Vi behöver lära oss av läkemedelsindustrin som har greppat detta medan vi har varit lite blyga. Vi behöver oftare vända oss till finansministern i stället för social- och sjukvårdsministern. Finansministern vill då ha siffror på bordet. Vi måste alltså ha dem redo, siffrorna.”

Lucy Chappell: När det gäller forskning för hälso- och sjukvård, så är det något som i allra högsta grad formar morgondagens lösningar, men ändå saknas förståelse för att investeringen måste göras nu för att skapa framtid. Behöver vi en ”kulturrevolution” som fångar medarbetarna?

Anders Ahlsson: Det handlar mycket om hur kulturen ser ut i vården, hur vi ser på forskning, och då är det särskilt viktigt med den unga generationen. Vi borde satsa mycket på att skapa en forskningskultur i hälso- och sjukvården som lockar unga. Vi behöver andas forskning. De som har ledande positioner behöver både kunna arbeta kliniskt och forska. Tidsutrymmet för forskning behöver återerövas. De flesta studenterna är väldigt intresserade av forskning.

Vilka är det vi ska övertyga?

1. Politiker
2. Hälso- och sjukvårdens ledare/chefer

Lucy Chappell: I Storbritannien har vi numera forskning i 100 procent av alla våra enheter. Där finns våra forskningshjältar. Vi har våra tentakler utspridda över hela landet. Vi har sett ett tydligt skifte där forskningen numera bedrivs över hela landet, på alla kliniker.

Stefan Lindgren: Även om en hel del patienter i Sverige inte är knutna till universitetssjukhus, så saknar vi en forskningskultur i primärvården för att fånga upp patienter.

Johan Franck: ...Snarare har komplexiteten kring forskningsprojekt skjutit i höjden.

Stefan Lindgren: ”Vår erfarenhet är att erkännande är viktigare än lönepåslag. Men kliniska studier är väldigt komplexa att få till och uppfattas inte lika självklart som akademiskt arbete. Vi dras med en del snobberi kring detta. Här handlar det återigen mycket om ledarskap och huruvida våra professorer driver aktiv klinisk forskning. Vi behöver dock bygga system som inte bara bygger på några få stjärnor.”

Tobias Alfvén: ”Viktigt att vi får fler att visa upp resultat i praktiken, inte bara producera publiceringar i tidskrifter.”

Hälso- och sjukvårdens andel av BNP är drygt 11 procent. Knappt 1 procent går till forskning. Samtidigt ökar kostnaderna för hälso- och sjukvården, mycket på grund av att det finns så mycket större möjligheter att behandla och bota, och det skapar en större efterfrågan att implementera nya behandlingsmetoder så snabbt som möjligt samtidigt som kravet på evidens är högt, ska vara högt, menar Lucy, och tillägger att det finns ett politiskt motiverat driv att implementera. Exempelvis mamмоgrafi för kvinnor över 75, det är till mer skada än nytta, men drivs politiskt.

När man introducerar nya metoder, behöver man också begränsa dem. Och ha en aktiv diskussion kring vad vi ska sluta göra. Till exempel avvägningen mellan läkemedel och teknologi. Läkemedel är mycket mer beroendeframkallande än teknologi. Ändå är det läkemedelsbudgeten som fortsätter att stiga och stiga. Vi behöver undersöka hur hälso- och sjukvården ska tillägna sig ny teknologi och artificiell intelligens. Hur vi använder nya innovationer med vishet? Vi kan inte alltid kräva att vi ska ha mer och mer och mer. Vi behöver visa omdöme och ansvar.

Att spendera resurser på ett klokt och hållbart sätt är nyckeln.

Anders Ahlsson: "Medborgarna känner fortfarande ett förtroende för vården och forskningen. Men med flodvågor av fejknyheter kan tilliten och förtroendet naggas i kanterna. Från hälso- och sjukvården behöver vi vara snabba att förklara och kommentera vad som pågår. Vi behöver förstå att någon kommer att äga narrativet. Är det mitt jobb? Frågar sig många inom hälso- och sjukvården. Vi behöver ta mer plats i debatten och när narrativen skapas."

Stefan Lindgren: "Vi har en tendens att be om hjälp utifrån. Kanske svaret istället finns i mindre enheter där förändringar kan ske. Kvalitetsregistren skulle kunna vara bra incitament för förändring. Vi behöver bli bättre på att arbeta från insidan än sitta och vänta på hjälp från utsidan."

Lucy Chappell: "Jag skulle verkligen uppskatta om jag hade samma tillgång som ni har i nationella kvalitetsregistren. Mitt medskick till er att hitta de fem största behovsområden för hälsa i Sverige, där forskning kan göra stora nytta för befolkningen. Ta reda på vilka guldgruvor ni redan sitter på. Och vilka vinster ni kan skapa nationellt och globalt. Och var inkluderande. Glöm inte bort delar av befolkningen."

Grupp 6

Kommentarer och förslag:

Generellt kommer själva organisationen överst som den stora utmaningen på grund av det dubbla huvudmannaskapet. Vi har en struktur där stat inte får lägga sig i och kombination med en tjänstemannastruktur med stor makt

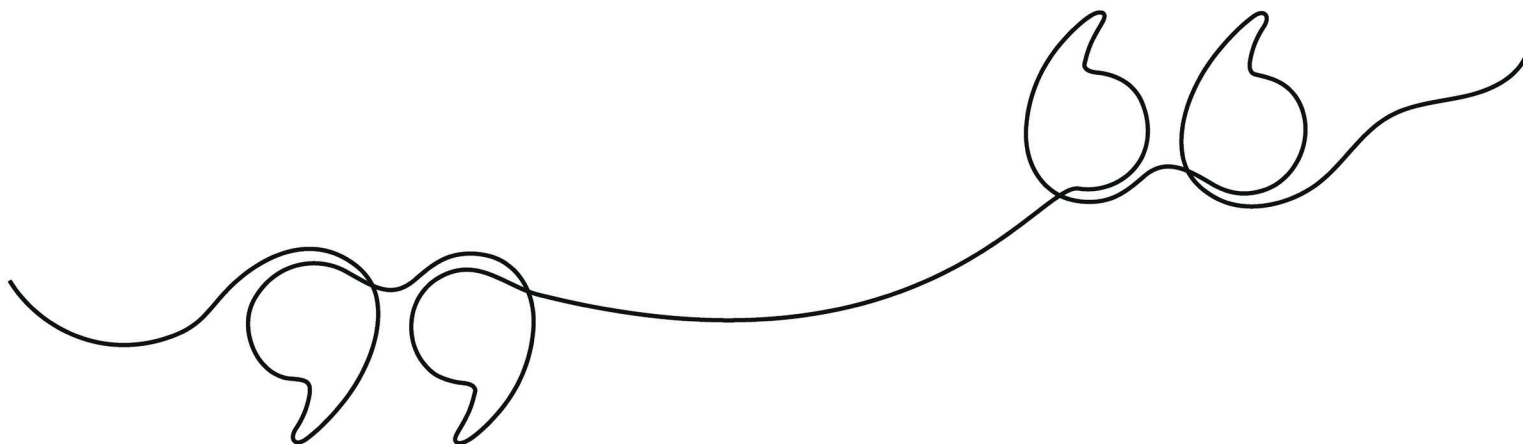
att motarbeta innovation. Man måste våga förändra strukturer ordentligt i Sverige. Titta på Norge som kunde göra en förändring.

1. Vi tycker att det bör vara samma huvudman för akademien och delar av vården, statliga sjukhus.
2. Vi behöver styrsystem som betonar forskning i uppdraget och en transparens om vart pengarna går.
3. Styrsystem som mäter varje vårdtillfälle ser inte nyttan av tidig diagnos med konsekvensen att det går lättast att göra nedskärningar just där. Vi uppfattar dagens innovationssystem som innovationsfientliga. Tydligare momentum för diagnos och behandling behövs.
4. Man tenderar att öka på administration centralt men minskar där den skulle göra skillnad. Vi har styrsystem som driver upp administrationsbördan. När man mäter varje liten box blir det dessutom osund konkurrens som inte främjar slutresultatet.
5. Vi behöver sektorsövergripande program över departement, sjukvård, näringsliv.

Grupp 7

Sammanfattning:

1. Vi behöver konkretisera forskningsuppdraget för att driva på nationell nivå. Vi tror att socialdepartementet är en viktig spelare.
2. På den regionala nivån behöver vi tydliggöra hur vi beställer forskning, skriva in forskning i uppdraget så att det följer med i mätningar och uppföljningar.
3. Forskningsprojekt behöver tydligare stödfunktioner.
4. Styra mer forskning till community care och social care.



”Vi behöver styrsystem som
betonar forskning i
uppdraget och en transparens
om vart pengarna går.”

Foto: iStockphoto

Intensive t
2 CH

Intensive therapy
CH 1



Paneldiskussion

Hur kan vi stimulera forskning? Vad har ni snappat upp?
Hur ska vi göra det här seminariet till verkstad?



Foto: Privat

*Anders Ahlsson, Region Stockholm, Ameli Norling, Sveriges kommuner och regioner,
Tobias Alfvén, SLS, Lotta Håkansson, Reumatikerförbundet, Ulrika Winblad, Uppsala universitet,
Jonas Oldgren, huvudsekreterare för klinisk forskning, Vetenskapsrådet och
Jan Nilsson, Kungl. Vetenskapsakademiens kommitté för hälsofrågor.*

Lotta Håkansson: "Fler behöver våga släppa in patienterna i forskningen. Det var ljuv musik när Lucy pratade om den brittiska modellen. Vi behöver träna på detta tillsammans – patienter, vården och forskare, det kommer att göra forskningen bättre."

Ameli Norling: "Diskussion om forskningen som involverar patienter fastnar ofta vid frågan om organisation och styrning, men vi kanske skulle fokusera mer på nya arbetssätt och ta fram datadrivet underlag istället för att gissa oss till beslut eller ta ideologiskt baserade beslut. Patienter sitter på mycket information och kan också bidra. Utan fakta kommer vi bara med ytterligare en åsikt."

Tobias Alfvén: "Det är viktigt att lyfta patienternas medverkan och komma ihåg att det finns inget perfekt system. De som fungerar bra är när professioner har tydlig roll och driver på utvecklingen. Det finns ju ingen modell som kommer att ordna allt. Det är viktigt att vi inte byråkratiserar."

Anders Ahlsson: "Det ligger stort ansvar på oss i vården att förse de folkvalda med bästa tänkbara beslutsunderlaget. Beslutsfattarena representerar invånarna som klagar när det inte fungerar. Ingen vet riktigt hur det här ska styras. Och byter man styrningssystem får man

nya nackdelar."

Ulrika Winblad: "Politikens roll är viktig, men vi behöver förklara för politiker vilken roll forskningen spelar och jobba med målbilder för vad vi vill uppnå. Det avgörande är att börja se forskningen som en del av den ordinarie vårdproduktionen."

Jonas Oldgren: "Vården i siffror... vi kan se hur många patienter med bröstcancer blir opererade inom tidsramen, men jag kan inte se hur många patienter deltar i kliniska studier. Och hur mäter vi om vi är bra på forskning?"

Lotta Håkansson: "Över 90 procent av patienterna är villiga att vara med i forskningen om de får frågan. Den frågan borde ställas. I många patientföreningar vill man delta i forskningsprojekt. Reumatikerförbundet har 70 utbildade forskningspartners. Vi behöver lära oss mer av varandra."

Anders Ahlsson: "Av de patienter som kommer in på ett universitetssjukhus ska 100 procent bli tillfrågade att bli en del av studier."

Ameli Norling: "Studier på populationsnivå är också viktiga. Det finns ingen politisk motsättning mellan att ha många olika aktörer och forskning. Jag ser fram emot att indikatorer

men utan manuell hantering. Kan vi automatfånga data om forskning så får vi med det.”

Tobias Alvéen: ”Nej tack, inga fler blanketter ska skickas ut. Vi måste automatisera, men forskningen måste vara en naturlig del av de nya patientsystemen/journalsystemen. Vad finns det för tjänster där den stora delen av patientgruppen finns?”

Jonas Oldgren: ”Patientjournaler kan redan idag indikera vilka patienter som är intressanta att inkludera i forskningen.”

Ulrika Winblad: ”Många initierade patienter skulle vara intresserade av att få reda på mer om hur de kan involveras i forskningen.”

Jonas Oldgren: ”Vi behöver kanske lära oss att kommunicera forskning på ett nytt sätt. Kommer det att påverka beslutsfattare?”

Anders Ahlsson: ”Sjukvården är dålig på att beskriva sina framgångar. Sjukvården bär sina framgångar på sina axlar. Vi har nya effektiva behandlingar. SKR gjorde en fin månadsrapport i september. Ekonomiska analyser, jämförde överlevnad i cancer i förhållande till ekonomi. Hur många debattörer har läst rapporten, tror vi?”

Lotta Håkansson: ”Någonting måste hända, tänker alla. Politiken måste finnas med i diskussionerna. Vi behöver fler forum för möten av det slaget. Bli bättre på kommunikation och visualisera framstegen vi har gjort, hur kom vi från punkt a till punkt b.”

Tobias Alvéen: ”Ett exempel från England igen: En finansiär ville att vi skulle beskriva 10 sätt hur vi har förbättrat sjukvården med vår forskning, inte hur många publikationer vi åstadkommit i vetenskapliga tidskrifter. Att räkna artiklar är lätt. Men vi behöver börja tänka mer impact. Finansiärer och forskare behöver kunna svara på: Vad är den faktiska betydelsen?”

Anders Ahlsson: ”Vi är fostrade i att ha referenserna. Det är en annan skola när man ska sitta i tv-studion. Det största problemet att vi inte axlar den vanliga kommunikativa delen att göra forskningen tillgänglig.”

Jonas Oldgren: ”Hur mycket kan vi göra i det befintliga systemet? Sahlgrenska t ex med karriärstegen. Vad kan vi lära av varandra?”

Lotta Håkansson: ”Kommunikationen inom sjukvården verkar vara usel. Alla uppfinner sina egna små hjul. Stöter på det väldigt ofta, kommunikationen mellan bra saker som görs saknas.”

Tobias Alvéen: ”Det handlar om ledarskap på flera nivåer där utrymme skapas för utbildning, kollegiala dialoger och hänger på att vi har ledare med forskarutbildning.”

Anders Ahlsson: ”Det går att göra mycket i de system vi har. Alla vårdgivare som har ett tredelat uppdrag: Vård, forskning och utbildning.”

Stefan Lindgren: ”Att mindre än 1 procent inom hälso- och sjukvården går till forskning och utveckling, är det rimligt? Om vi kunde enas om vad vi menar med produktion inom regionerna skulle vi komma långt.”

Ameli Norling: ”Nu mäts produktivitet i antal besök och längden på besök. Om du inte tar hand om dina patienter, och de dör, kan du fortfarande registrera många besök för fler patienter och visar fin produktivitet. En annan, kanske bättre ansats vore att mäta att det vi gör är bra i form av kvalitet.”

Ulrika Winblad: ”Och vi har vi pratat väldigt lite om kommunernas roll. Det finns ganska mycket kunskap och forskning där som skulle kunna appliceras i sjukvården, främst om äldre patienter.”

Anders Ahlsson: ”10 procent av Region Stockholms befolkning gör fel (äter fel, dricker alkohol, röker), den gruppen behöver vi nå, hitta rätt metoder för att nå dem. Vi kommer att förhindra sjukhusinläggningar om 5–10 år i den här gruppen genom att investera i att nå dem nu. Vi borde kunna räkna ut hur mycket vi tjänar på det. Status för den typen av forskning har dock inte hög status i jämförelse med t ex cancerforskning.”

Ameli Norling: Kommunal vård står för stor del, ca 30 % av svensk hälso- och sjukvård. Vi behöver samtidigt sudda ut gränser mellan fysisk och digital vård och hitta patienterna ute i samhället, kliniken finns inte där på samma sätt längre för fysiska besök.

Vad tar ni med er hem till era organisationer?

Anders Ahlsson: Att vi behöver fundera på de 5 viktigaste områdena inom vården som skulle gynnas av forskning.

Lotta Håkansson: Det var häftigt att höra hur långt man kommit i Storbritannien. Att det finns en stor samstämmighet i gruppen. Hoppas vi har öppnat nya dörrar.

Tobias Alfvén: Vi behöver inte uppfinna hjulet. Dags att få ut båten i sjön.

Ulrika Winblad: Patientperspektivet.

Ameli Norling: Vill kolla hur vi kan fånga upp forskningsdata på SKR.

Avslutande ord!

*Tobias Alfvén, ordförande SLS
Jan Nilsson, Kungl. Vetenskapsakademiens kommitté för hälsofrågor*

Oerhört spännande dag: Uppmuntrande med alla bra idéer som finns och hur mycket som finns att lära från Storbritannien och av varandra. Patientperspektivet kommer tillbaka. Var är politikerna, undrade en del. Vi ville ha ett välförankrat förslag som vi tar vidare till dem.

Medskick:

1. Forskningen är en självklar del av hälso- och sjukvården.
2. Vi måste följa upp forskningen på samma sätt som produktionen följs upp idag.
3. Vårdens professioner måste ha självklar roll.
4. Kulturen vi behöver skapa är att forskningen är en självklar roll och central del av ledarskapet.
5. Avbyråkratisera forskningen.
6. Hur kan vi rapportera impact/resultat? Vi behöver bli bättre på att visa på forskningens resultat.
7. Lär oss mer varandra.
8. Båten måste i sjön – tillsammans.



”Jag trodde det skulle bli bra,
men det blev än så
mycket bättre”



”Fortsätt dialogen!
De bästa tankarna kommer
när man kommer hem.
Håll igång diskussionen!”



”Hitta de fem största behovs-
områdena för hälsa i Sverige,
där forskning kan göra stora
nytta för befolkningen.”

LUCY CHAPPELL
PROFESSOR, CHEF FÖR NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE
RESEARCH (NIHR)

Foto: iStockphoto



Svenska
Läkaresällskapet

ADRESS Klara Östra Kyrkogata 10, Box 738, 101 35 Stockholm
TELEFON 08-440 88 60 **E-POST** sls@sls.se **WEBB** www.sls.se