

Bilaga 1

Uppdraget

# Uppdraget

Protokoll 50 c  
vid regeringssammanträde  
2002-05-02 S2002/3794/HS

## **Projekt med uppgift att göra en översyn av den högspecialiserade vården**

---

1 bilaga

Regeringen beslutar att det inom Regeringskansliet skall inrättas ett projekt med uppgift att göra en översyn av den högspecialiserade vården enligt vad som närmare anges i bilagan till detta protokoll. Arbetet skall avslutas senast den 31 december 2004.

Regeringen bemyndigar chefen för Socialdepartementet att

- besluta om de personer som skall ingå i projektgruppen och att utse en av dem att leda projektet,
- utse de experter som skall biträda projektgruppen,
- inrätta en styrgrupp,
- utse medlemmar i en referensgrupp.

Kostnaderna skall belasta Utgiftsområde 1 Rikets styrelse, anslaget 90:5 Regeringskansliet m.m., anslagsposten 5 Socialdepartementet.

Utdrag till

Statsrådsberedningen  
Finansdepartementet/Ba  
Finansdepartementet/Ke  
Utbildningsdepartementet  
Regeringskansliets förvaltningsavdelning  
Socialutskottet  
Socialstyrelsen  
Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik  
Landstingsförbundet

Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2002-05-02 nr 50 c  
Socialdepartementet

## **Projekt om en översyn av den högspecialiserade vården**

### **1 Bakgrund**

Den medicinska, medicintekniska, samhällsekonomiska och demografiska utvecklingen fortsätter att ställa hälso- och sjukvården inför nya och skärpta krav men öppnar samtidigt också upp nya möjligheter. Regeringen har därför tidigare tagit en rad initiativ för att stärka det svenska hälso- och sjukvårdssystemets funktionssätt. I samarbete med huvudmännen har ett antal åtgärder vidtagits för att råda bot på konkreta brister och för att hälso- och sjukvården skall stå väl rustad att möta framtidens krav och ta tillvara på dess möjligheter.

De tidigare initiativen har skett med utgångspunkt i en helhetssyn och har haft till syfte att förbättra hela hälso- och sjukvårdens funktionssätt och resultat. De konkreta åtgärderna har hittills främst varit riktade mot systemets bas, dvs. primärvården och den grundläggande sjukhusvården. Regeringens strategi för att utveckla den svenska hälso- och sjukvården kommer även under de närmaste åren främst att vara inriktad mot att i samarbete med huvudmännen bygga upp primärvårdens kapacitet och förbättra hälso- och sjukvårdens kvalitet och tillgänglighet. Som ett komplement till dessa satsningar kvarstår dock ett behov av att närmare analysera förutsättningar, utmaningar samt framgångsfaktorer för att utveckla den högspecialiserade vården och den kliniska forskningen. Målet är att den svenska hälso- och sjukvården även fortsättningsvis skall tillhandahålla högspecialiserad vård och kunskapsutveckling i världsklass.

### **2 Inrättande av ett projekt för att göra en översyn av den högspecialiserade vården**

Ett särskilt projekt inrättas inom Regeringskansliet för att göra en översyn av den högspecialiserade vården. Syftet med översynen är

att komma till rätta med vissa problem samt att skapa förutsättningar för en god utveckling och effektiv resursanvändning.

Inledningsvis skall arbetet inom projektet inriktas på att kartlägga de aktuella områdena och att närmare precisera de frågor som skall behandlas vidare inom projektet.

Kartläggningen skall bl.a. behandla följande områden:

- Den högspecialiserade vårdens nuvarande omfattning, inriktning och roll i vårdkedjan.
- Dimensionering, koncentration samt former för samordning, styrning och ledning av den högspecialiserade vården.
- Effekter och dynamiska skeenden inom hälso- och sjukvården till följd av den förväntade medicinska, medicintekniska och informationsteknologiska samt demografiska utvecklingen, med speciellt fokus på den högspecialiserade vården.
- Huruvida planer för vissa diagnos- och sjukdomsgrupper kan vara ett bra redskap för att utveckla/förbättra den högspecialiserade vården.
- Effekterna på den högspecialiserade vården av ett ökat EU-samarbete kring hälso- och sjukvårdstjänster.
- Analys av universitetssjukhusens roll i hälso- och sjukvården och deras betydelse samt nuvarande ansvarsfördelning för klinisk forskning, utveckling och utbildning.
- Förutsättningarna för att bedriva klinisk forskning inom vården samt för att sprida de resultat som nås.
- Den högspecialiserade vårdens och forskningens kompetens- och personalförsörjningsbehov.

Arbetet kommer i vissa delar att beröra samma områden som förhandlingarna avseende ersättning till sjukvårdshuvudmännen för vissa kostnader i samband med utbildning och forskning (de s.k. ALF-förhandlingarna). Detta kommer att beaktas på lämpligt sätt under arbetets gång.

### **Former och tidsplan**

Arbetet skall bedrivas av en projektgrupp inom Socialdepartementet. Projektgruppen skall bestå av en projektledare och projektmedarbetare som utses av chefen för Socialdepartementet.

Under projektets gång kan experter knytas till projektet för att biträda projektgruppen. Experterna skall utses av chefen för Socialdepartementet. Projektet kan därutöver behöva anlita externa uppdragstagare för vissa arbetsuppgifter.

Projektledaren leder arbetet inom projektet. Till stöd för projektet inrättas en styrgrupp under ledning av Socialdepartementet.

I styrgruppen skall ingå företrädare för Social-, Finans- och Utbildningsdepartementen.

Arbetet förutsätter dessutom medverkan från berörda myndigheter och intressenter. För att underlätta ett fortlöpande samråd med dessa inrättas en referensgrupp. Referensgruppen leds av ansvarig statsekreterare inom Socialdepartementet och skall i övrigt bestå av företrädare för Socialdepartementet, Socialstyrelsen, Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik, Landstingsförbundet och landstingen. Medlemmarna i referensgruppen utses av chefen för Socialdepartementet.

Projektet skall under arbetets gång samråda med den av staten utsedde särskilde förhandlare om ersättning till huvudmännen för vissa kostnader i samband med utbildning och forskning.

En första redovisning av resultaten av projektets arbete skall redovisas senast den 31 oktober 2003. Projektet skall vara slutfört den 31 december 2004.

# Bilaga 2

## Samverkan mellan universitet och sjukvård

av

Peter Aspelin, professor i diagnostisk radiologi,  
Karolinska Institutet

och

Jan Nilsson, dekanus, professor i experimentell  
kardiovaskulär forskning,  
Lunds universitet

# Samverkan mellan universitet och sjukvård

av Peter Aspelin, professor i diagnostisk radiologi, Karolinska Institutet, och Jan Nilsson, dekanus, professor i experimentell kardiovaskulär forskning, Lunds universitet

## 1 BAKGRUND

Svensk hälso- och sjukvård står idag inför många svåra utmaningar. Antalet äldre i befolkningen ökar kraftigt, den medicinska grundforskningen går snabbt framåt och skapar förutsättningar för nya behandlingsmöjligheter. Utvecklingen inom informationsteknologin har gjort det möjligt för patienter att bli mer välinformerade om egna sjukdomstillstånd och ställa krav på vad sjukvården bör erbjuda i form av diagnostik och behandling. Kravet på ekonomiska prioriteringar i vården ökar och ställs emot medicinska prioriteringar. Förändringarna ställer krav på ändrade utbildningsformer av vårdens personal med ökad inriktning på teamarbete. Inte minst måste vården skapa en attraktiv arbetsmiljö som gör det möjligt att trygga de framtida personalbehoven.

Dessa utmaningar ställer stora krav på sjukvårdens förmåga till utveckling och förändring. Universitetssjukhusen har alltid haft en central roll i detta sammanhang. Det är på många sätt en unik miljö där undervisning, forskning och klinisk verksamhet pågår sida vid sida och ger stora möjligheter till konstruktiv samverkan. Denna miljö har i en engelsk rapport beskrivits som ”the place where the future confronts the present”. Den samverkan som vid universitetssjukhuset sker mellan forskning och sjukvård ger möjlighet att omsätta experimentell grundforskning i klinisk forskning, klinisk forskning i klinisk utveckling och klinisk utveckling i förbättrad vård och behandling. Den vetenskapliga kompetens som finns samlad vid universitetssjukhusen, ger också sjukvården möjlighet att följa den internationella utvecklingen inom den medicinska forskningen, avgöra hur dessa framsteg kan bidra till att utveckla sjukvården och sprida information om ny kunskap och behandlingsformer genom hela sjukvårdssystemet. Att denna samverkan



är väl fungerande är av helt avgörande betydelse för att vi i framtiden ska kunna ta tillvara de stora framsteg som sker in medicinsk forskning och garantera tillgång till vård av internationellt högsta kvalitet.

Det finns dock mycket som talar för att denna samverkan idag inte längre fungerar lika väl som tidigare. Utvecklingen har pågått under många år men uppmärksammats först under senare år när problemen för den kliniska forskningen kommit i fokus. En bidragande orsak till att samverkan mellan universitet och sjukvård försvagats, ligger i det delade huvudmannskapet där stat/universitet ansvarar för forskning/utbildning och region/landsting för sjukvården medan det är otydligt vem som har ansvar för att samverkan i gränsområdet mellan verksamheterna fungerar. Dessutom saknas en klart formulerad målsättning och strategi för forskning och utveckling inom sjukvården, vilket är förvånande, med tanke på den stora samhällsekonomiska betydelsen.

Paradoxalt nog förklaras den försämrade samverkan mellan universitet och sjukvård till stor del av väl motiverade krav på tydligare prioritering och redovisning inom respektive verksamhetsområden. Detta har medfört att universitetssjukhusen allt mer fokuserat på att producera så mycket och så god sjukvård som möjligt, inom tillgängliga ekonomiska ramar. Fokusering mot enbart sjukhusproduktion har ytterligare stärkts av införandet av köp-sälj system och ökad konkurrens med andra icke-universitetssjukhus. För universiteten har det varit viktigt att få externa medel från Vetenskapsrådet och andra externa forskningsfinansiärer. Medicinsk grundforskning och experimentellt inriktad klinisk forskning har här varit betydligt mer framgångsrik än den patientnära, sjukvårdsinriktade forskningen. Utan att det har varit en medveten strategi från någon sida har därför den kliniska forskning och utveckling som ligger i gränsområdet mellan universitetens och sjukvårdens ansvarsområden, successivt försvagats.

Att denna utveckling till stor del förklaras av en otydlighet i frågan om vem som ansvarar för samordningen av forskning och utveckling i sjukvården är tydligt. En konsekvens som är tydlig, är att sjukvårdens möjlighet att utveckla verksamhetens kvalitet försämrats genom ett det egna forsknings- och utvecklingsarbetet minskat. För universiteten har den gjort att forskningens möjligheterna att studera den kliniska tillämpbarheten av nya forskningsframsteg försämrats.

Den här utvecklingen är inte unik för Sverige. Liknande problem har beskrivits i många andra länder och olika förslag till åtgärder

har tagits fram. Goda exempel på former för närmare samverkan finns fram för allt i Holland och USA, men samlade nationella initiativ för ökad samverkan mellan universitet och sjukvård saknas i stort. Förutsättningarna för att Sverige ska kunna fungera som ett internationellt föregångsexempel inom detta område är goda, något som nyligen belysts i en engelsk forskningsrapport (Smith 2003). En ökad medvetenhet om problemen finns inom både universitet och sjukvård liksom en vilja till förändring. Inom ramen för det förnyade ALF-avtalet kommer universitet och regioner/landsting att bygga upp gemensamma strukturer för prioritering av medel till klinisk forskning. En nationell handlingsplan för den högspecialiserade vården ger möjlighet till en tydlig nationell samordning och ansvarfördelning för frågor som rör forskning, utveckling och utbildning inom sjukvården. Är detta arbete framgångsrikt kommer Sverige att avsevärt förstärka sin ställning inom klinisk forskning och vara avsevärt bättre rustat att möta de utmaningar som svensk hälso- och sjukvård står inför.

## **2 DEN KLINISKA FORSKNINGEN I SVENSK SJUKVÅRD**

Fram till för 20-30 år sedan fungerade samverkan mellan utbildning, forskning och sjukvård ganska väl och integrering av verksamheterna skedde ofta på ett mer eller mindre informellt sätt. Professorn inom området var oftast även klinikchef och kunde själv ansvara för att en väl fungerande samverkan kunde utvecklas. Den ekonomiska situationen inom vården var inte lika pressad som den är idag, vilket gav utrymme till forskningsaktivitet inom ramen för sjukvårdens verksamhet. Vem som var huvudman för vad, var mindre viktigt, bara helheten fungerade och målsättningen var klar. Dessa chefer var i många fall starka och karismatiska ledare som byggde upp kreativa forskningsmiljöer som ofta hämtade sin inspiration från mötet med patienten och som hade ett klart fokus på en klinisk problemställning.

Forskningen var mycket framgångsrik och det finns många exempel på hur svensk klinisk forskning på avgörande sätt bidragit till genombrott i diagnostik och behandling av olika sjukdomar. Utvecklingen av läkemedlen heparin och streptokinas som idag är basen i den moderna behandlingen av akut hjärtinfarkt, gjordes av svenska forskare. Orsakerna till blödarsjuka identifierades och en effektiv behandling utvecklades. Dialysbehandling av njursjuka ut-

vecklades och blev grunden till Gambro. Utveckling av kontrastmedel för röntgendiagnostik, pacemakern, det medicinska ultraljudet och respiratorn är andra exempel på viktiga svenska forskningsgenombrott. Bindvävsforskningen i Uppsala lade grunden för Pharmacia och utvecklingen av Healon, som har revolutionerat ögonkirurgin. Forskare inom mag-tarmområdet påvisade helicobakterinfektioners betydelse för uppkomst av magcancer, utvecklade Losec och läkemedel mot inflammatorisk tarmsjukdom. Arvid Carlsson och andra framgångsrika svenska forskare inom neuroområdet skapade förutsättningar för utveckling av nya antidepressiva läkemedel och behandling av Parkinsons sjukdom. Listan över svenska medicinska genombrott kan göras mycket lång och visar tydligt på den betydelse svensk klinisk forskning haft för sjukvården, utveckling och näringslivet i Sverige under senare delen av 1900-talet.

### **3 HUR PÅVERKAS DEN MEDICINSKA FORSKNINGEN AV EN MINSKAD SAMVERKAN MED SJUKVÅRDEN?**

Hur bra är då svensk klinisk forskning idag och vilka möjligheter har vi att upprätthålla vår position som en internationellt ledande nation inom detta viktiga område? Det finns inget som talar för att svensk klinisk forskning generellt sett blivit sämre men den har delvis ändrat arbetssätt. Många kliniska forskare har framgångsrikt tagit upp de stora framsteg som gjorts inom den molekylärbiologiska och molekylärgenetiska forskningen. Forskningen har därmed alltmer kommit att förläggas till laboratorier och då på avstånd från avdelningar och patienter. De ökade krav som ställs för att denna forskning ska vara internationellt framgångsrik, har gjort att forskarna fått allt mindre tid att ägna sig åt klinisk verksamhet och patienter. Denna del av den kliniska forskningen i Sverige står starkt internationellt och har erhållit mycket av den forskningsfinansiering som prioriteras på vetenskaplig grund. Diabetes, hjärtkärlsjukdomar och cancer är exempel på sådana forskningsområden. Den forskning som bygger på nära kontakt med patienter, och som bedrivs mer eller mindre inom ramen för sjukvårdsverksamheten, har klarat sig sämre. Metodutvecklingen har inte varit lika stark som inom den experimentella forskningen och studiematerialen har ofta varit för små för att nå internationellt ge-

nomslag. Forskning inom kirurgi, anestesi och intensivvård samt öron-näsa-halssjukdomar är exempel på sådana områden.

Under senare år ses en positiv utveckling inom den patientnära kliniska forskningen där uppbyggnaden av nationella register och stora biobanker skapat förutsättningar för en mycket slagkraftig klinisk forskning. Den svaga utvecklingen för den patientnära kliniska forskningen är också ett internationellt fenomen men det är troligt att den varit mer påtaglig i Sverige, med tanke den starka ställning som denna forskning tidigare haft.

Ett område av särskilt stor betydelse för sjukvården är behandlings- och utvärderingsforskning. Det ställs idag krav på att den vård som ges ska vara "evidence based", dvs vara vetenskapligt underbyggd och utvärderad. Denna forskning är mycket resurskrävande och domineras idag helt av externt finansierad verksamhet, huvudsakligen läkemedels- och medicinsk teknisk industri. Denna forskning är generellt av mycket hög kvalitet men kan av naturliga skäl inte uppfylla sjukvårdens behov av fokusering på kostnadseffektivitet och helhetssyn. Vidare görs mycket lite forskning på de behandlingar inom sjukvården som inte är av kommersiellt intresse för näringslivet. Det är troligt att om sjukvården och staten tog ett större ansvar för medicinsk behandlings- och utvärderingsforskning skulle detta leda till avsevärda medicinska vinster och en ökad kostnadseffektivitet i vården. I rapporten "Framtid för svensk industri" (Bennet m.fl. 2002) framhålls samtidigt att en ökad statlig satsning på klinisk forskning och uppbyggnad av centra för läkemedelsutveckling vid universitetssjukhusen skulle gynna både sjukvården och svensk läkemedelsindustri.

Vad är då orsakerna till den patientnära kliniska forskningens svårigheter? Det är numer ovanligt att det finns ett samlat ledarskap för forskning, utbildning och sjukvård i verksamheten. Ökade krav på ekonomisk prioritering och transparens, en allt kärvare ekonomisk situation inom vården, en ökad arbetsbelastning som idag gör det svårt för en individ att samtidigt göra ett fullgott arbete som forskningsledare och klinikchef, gör att situationen idag är helt annorlunda. Frånvaron av ett gemensamt chefskap i kombination med avsaknad av en gemensam målsättning och strategi för forskning och sjukvård, har gjort att verksamheterna allt mer glidit isär. Utvecklingen förstärks av att både sjukvården och universitetet av ekonomiska skäl allt mer prioriterat sin kärnverksamhet. Det senare har beskrivits av bland annat Tom Smith (2002):

*There may be greater cause for concern about the balance now than in the past because institutional incentives and system pressures are forcing partners further apart. Pressure on service, the rise in consumerism, costs and the need to demonstrate quality all make the task of managing health services a more challenging agenda than ever before. Service can be all consuming in university hospitals. In universities, increasing competition for research grants and that "new" pre-clinical science is taking the lions share of funding means research is less focused on the service agenda. These are global trends and are making partnerships more difficult.*

Det är numer ovanligt att forskningsmeriter beaktas vid tillsättning av chefstjänster i sjukvården. Utvecklingen är tydlig på icke-universitetssjukhus, men blir allt vanligare även på universitetssjukhusen och ska ses mot bakgrund av vad Tom Smith beskriver ovan. Förhållandet har bidragit till att ytterligare distansera forskning och sjukvård och dessutom sänt en tydlig signal om att forskning inte är meriterande för den kliniska karriären. Detta har i sin tur bidragit till en försämrade rekrytering av läkare och läkarstuderande till den medicinska forskningen. Rekryteringen har istället kommit att domineras av studenter och unga forskare med naturvetenskaplig utbildning, vilket gjort att forskningens fokus blivit allt mindre kliniskt. Det kan också finnas skäl att fråga sig om den minskade efterfrågan på forskarutbildade läkare inom sjukvården till del kan bero på att den kliniskt inriktningen på forskarutbildning som ges vid universiteten, inte är anpassad till de behov som finns inom sjukvården. En strukturerad analys av vilka behov av forskarutbildad personal som behövs för att säkerställa en fortsatt högkvalitativ utveckling av sjukvårdens verksamhet saknas och är ytterligare ett exempel på den bristande övergripande samordningen mellan forskning och sjukvård. Det är sannolikt att en sådan analys bör göras på nationell nivå.

En förändring vars betydelse inte ska underskattas ligger på det kulturella planet. I de integrerade sjukvårds- och forskningsmiljöer som fanns på många universitetskliniker för 20-30 år sedan fanns en utpräglad vi-känsla, där man upplevde ett gemensamt ansvar hela verksamheten. Man arbetade nära varandra och det fanns många naturliga former för dagliga möten och diskussioner. Den tilltagande separationen mellan forsknings- och sjukvårdsverksamheterna har lett till att olika kulturer växer fram. Forskare och kliniska verksamma läkare, båda med var sitt allt mer specialiserad fackspråk, får allt svårare att kommunicera med varandra, de natur-

liga mötesplatserna är sällsynta och den dagliga dialogen ovanlig. Forskarna tycker att de kliniskt verksamma läkarna inte förstår sig på forskning och de kliniskt verksamma läkarna att forskarna inte förstår vilka problemställningar som är kliniskt relevanta.

Alla dessa faktorer bidrar till att den forskning som har en tydlig fokusering på kliniska problemställningar i den dagliga sjukvården successivt försvagas.

#### **4 HUR PÅVERKAS VÅRDENS KVALITET AV EN MINSKAD SAMVERKAN MELLAN UNIVERSITET OCH SJUKVÅRD?**

Betydelsen av en minskad interaktion mellan forskning och sjukvård för vården är mer långsiktig men inte desto mindre djupgående. En nära samverkan mellan forskning, undervisning och sjukvård är av central betydelse för att vetenskapliga framsteg skall omsättas i förbättrad vård. I miljöer där forskning och sjukvård är väl integrerade, stimuleras forskning med ett tydligt kliniskt fokus. Är integreringen svag, får forskningen ett mer inomvetenskapligt perspektiv. Det betyder inte att forskningen i sig blir sämre och kanske inte heller mindre långsiktigt kliniskt relevant men däremot försvagas den del av forskningen, som i ett kortare tidsperspektiv, utvecklar vårdens kvalitet.

Försvagas kopplingen till forskning minskar också sjukvårdens möjligheter att genom ett strukturerat forsknings- och utvecklingsarbete försöka lösa de problem och utmaningar som den dagligen verksamheten möter. Det är samtidigt så att svensk sjukvård aldrig i egentlig mening, på ett strukturerat sätt, använt sig av forskning och utvecklingsarbete för att utveckla verksamhetens kvalitet. Det är lätt att få intrycket att sjukvårdsansvariga nedprioriterat dessa frågor i jämförelse med mer påträngande ekonomiska frågor, samt att man upplevt sig ha en svag kompetens inom området. Det är också troligt att man ansett att forskningsfrågor varit universitetens ansvar.

Sammanfattningsvis har således svensk sjukvård sedan länge underutnyttjat möjligheterna att genom ett strukturerat forsknings- och utvecklingsarbete utveckla verksamhetens kvalitet. Med tanke på den stora forskningskompetens som finns i sjukvården (25 % av alla läkare har forskarutbildning) finns här en stor outnyttjad potential inför framtiden. I en situation där det egna forsknings- och utvecklingsarbetet inom sjukvården varit svag, har andra aktörer,

främst läkemedels- och medicinskt tekniska företag, kommit att spela en allt större roll.

Det ligger i sakens natur att detta bidrar till kostnadsökningarna inom vården. Ett tydligt exempel på detta finns inom behandlingen av högt blodtryck. Basbehandling under 60- och 70-talet utgjordes av billiga vätskedrivande läkemedel. Sedan dess har en rad nya och betydligt dyrare läkemedel, som alla har en något mer uttalad effekt på blodtrycket, introducerats av olika företag och tagit en dominerande del av marknaden. I en stor offentligt finansierad studie i USA fann man nyligen ingen skillnad mot vätskedrivande läkemedel när det gällde att förebygga stroke och hjärtinfarkt, dvs behandlingsens egentliga syfte. Hade denna kunskap funnits tidigare hade stora besparingar varit möjliga inom läkemedelsområdet.

Kvalitetssäkring har blivit ett alltmer centralt begrepp inom dagens sjukvård. Kopplingen mellan forskning och kvalitetssäkring är stark. En noggrann uppföljning och utvärdering av tillgängligt patientmaterial är en grundförutsättning för både kvalitetssäkring och den patientnära kliniska forskningen. De förstärker därför varandra. De vetenskapliga analystekniker som används inom forskningen kan användas för att utveckla metoder för kvalitetssäkring. Finns väl uppföljda patientmaterial inom ramen för en verksamhets kvalitetssäkring, stärks möjligheterna att genomföra god klinisk forskning. Det finns anledning att tro att de vinster som finns genom ett nära samarbete mellan kvalitetssäkring och forskning inte utnyttjas fullt ut.

En nära koppling mellan forskning, undervisning och sjukvård är också av stor betydelse för kompetensutvecklingen inom sjukvården. Det största hindret för att nya forskningsgenombrott ska få genomslag i vården är att kunskapen inte får spridning. Ju större del av personalen inom vården som är aktiva inom forsknings- och utvecklingsverksamhet, desto fortare kan ny kunskap få genomslag. Här bör universitetssjukhusens ansvar för kunskapsspridning inom vården som helhet tydliggöras.

Det är uppenbart att det missnöje med arbetssituationen inom vården, som blivit allt tydligare under senare år, delvis har sin grund i att personalen inte ges möjlighet att arbeta med att utveckla sin egen verksamhet och arbetsmiljö. En ökad satsning på vårdforskning av särskilt betydelsefull i detta sammanhang och är sannolikt en förutsättning för att säkra framtidens personalrekrytering inom vården.

Vårdforskningen är särskilt viktig för sjukvården, därför att den har ett tydligare fokus på den enskilde patienten än den traditionella kliniska medicinska forskningen.

## **5 SAMVERKAN UNIVERSITET OCH LANDSTING I SVERIGE**

Nedan följer en sammanfattning av hur det formella samarbetet ser ut idag. Uppgifterna är huvudsakligen tagna från ALF-utredningen.

### **Umeå universitet och Västerbottens läns landsting**

För övergripande samrådsfrågor på universitets- och landstingsledningsnivå finns en Samrådskommitté med landstingsstyrelsen ordförande, landstingsstyrelsens vice ordförande, landstingsdirektören, rektor, prorektor och förvaltningschef. Kommittén är övergripande och högsta instans för samråd mellan universitet och landstinget. Kommittén är inte beslutande utan avger rekommendation till respektive huvudman.

Huvuddelen av samrådsärenden avser samarbetet mellan landstinget och universitetet rörande medicinsk och odontologisk utbildning och forskning samt utbildningar inom vårdområdet. Två samrådsgrupper finns, en för det medicinsk-odontologiska (MO) och en för vårdutbildningar (V). Respektive huvudman utser sina representanter i samrådsgrupperna. Ordförandeskapet och sekretariatet alternerar årligen mellan parterna.

Fördelning av ALF-medlen sker under (samrådsgrupp MO) i ett särskilt beredningsorgan kallat ALF/TUA-kommittén, sammansatt av representanter från medicinsk-odontologiska fakulteten och Umeå sjukvård. I frågor där ALF/TUA-kommittén är enig lämnas beslutsförslag till sjukvårdsdirektören. Om ALF/TUA-kommittén är oenig hänskjuts frågan till samrådsgrupp MO för medicinsk-odontologiska området för ställningstagande. Om enighet inte kan uppnås är formellt sjukvårdsdirektören beslutande.

I ALF/TUA-kommittén representeras Västerbottens läns landsting av divisionschef vid Norrlands universitetssjukhus med ansvar för ALF-resursen samt ytterligare en representant för ledningen inom Umeå sjukvård, en representant för tandvårdsförvaltningen, ekonom vid Umeå sjukvård samt kanslichefen för Umeå sjukvård. Umeå universitet representeras av fyra representanter, utsedda av



medicinsk-odontologiska fakulteten samt kanslichefen för medicinsk-odontologiska fakulteten.

### **Forskning**

ALF-TUA-kommittén beslutar om principer för fördelning av resurser till forskning. Man är enig om krav på prioritering, planering och genomförande av forskningsprojekt, finansierade med landstingsmedel, inkl ALF-medlen.

Forskningstid till LUS-läkare fördelas i relation till storleken på respektive basenhets ALF-budget. Inga generella procentsatser tillämpas. Medlen skall, efter ansökan från berörda läkare, fördelas till prioriterade projekt inom basenheten.

ALF-TUA-kommittén har beslutat att all ALF-finansierad forskning skall baseras på av prefekten/forskningsledaren och verksamhetschefen fastställda projektplaner inkl. budgetar. All ALF-finansierad forskning måste ha som tydligt redovisad ambition att leda till aktivitetspoäng enligt fakultetens poängberäkningssystem. Poängberäkningssystemet ligger till grund för prioritering av forskningsprojekt, bekostade av ALF-medel. Fakulteten deltar i fördelningen av de FoU-medel, som landstinget avsätter.

### **Uppsala universitet och Landstinget i Uppsala län**

I samrådsnämnden mellan Uppsala universitet och Uppsala läns landsting fattas övergripande och strategiska beslut rörande ALF-medlen. Samrådsnämnden består av landstingsstyrelsens ordförande, 2 landstingsråd, landstingsdirektören, sjukhusdirektören vid Akademiska universitetssjukhuset och hälso- och sjukhusdirektören samt Uppsala universitets rektor, förvaltningschef, vicerektor för det medicinska och farmaceutiska vetenskapsområdet samt kanslichef för medicin och farmaci.

För grundläggande klinisk läkarutbildning disponeras 15 procent av den totala ALF-resursen. Av återstående 85 procent går ca 10 procent till gemensamma investeringar och riktade satsningar, 22 procent till hyra för forskningslokaler och kostnader för bibliotek, 10 procent till forskarmånader och 43 procent fördelas till kliniker för forskning.

Beslut rörande den fortsatta fördelningen av ALF-medlen sker i samrådsgruppen mellan Akademiska sjukhuset och medicinska fa-

kulteten. Där ingår från sjukhuset: sjukhusdirektören, lokal- och utrustningschefen, vårdutvecklingschefen, chefsläkaren och administrativa chefen. Från medicinska fakulteten deltar vicerektor, dekanus för medicinska fakulteten, prodekanus för medicinsk grundutbildning och kanslichef för medicin och farmaci.

Enligt överenskommelse fördelas driftanslaget för forskning till kliniknivå efter en nyckelfördelning som till 50 procent bestäms av Akademiska sjukhuset och till 50 procent av medicinska fakulteten. I den s.k. sjukhusnyckeln ingår externa anslag, 7,5 procent, disputerade, 20 procent, docenter, 26 procent, professorer, 11 procent, lektorer, 2 procent, kliniska assistenter, 1 procent samt fakultetsnyckeln, 32,5 procent. Fakultetsnyckeln baseras på aktivitetsområdena forskarutbildning, externa medel, publikationer och antal docenter enligt proportionerna 50, 20, 25 respektive 5 procent. Varje klinik gör årligen upp en budget av tilldelade ALF-medel. Beträffande ALF-medel för forskning skall budgeteringen vara projektbaserad. Budgeten skall göras upp i samråd mellan klinikchef och prefekt/motsvarande. Kan dessa inte komma överens hänskjuts frågan till sjukhusdirektör och dekanus.

Fakultetsnyckeln används vid fördelning av ALF-månader till institutionerna. Beslut om fördelning till institutionerna tas i fakultetsnämnden efter prioritering av respektive prefekt i samråd med klinikchef/motsvarande.

De medel som finns för investeringar och riktade satsningar bereds i en arbetsgrupp, där bl.a. sjukhusdirektören och vicerektor ingår, innan beslut fattas i samrådsgruppen.

### **Karolinska Institutet och Stockholms läns landsting**

Samarbetet mellan Karolinska Institutet (KI) och Stockholms läns landsting (SLL) sker inom ramen för ett regionalt tecknat avtal. KI har verksamhet förlagd till ett stort antal sjukvårdsenheter inom landstinget. De volymmässigt dominerande enheterna är Karolinska sjukhuset (KS), Huddinge universitetssjukhus (HS), Södersjukhuset (SöS) och Danderyds sjukhus (DS). Med undantag för KS är dessa sjukhus numera av landstinget helägda aktiebolag. Universitetssjukhus är Karolinska sjukhuset och Huddinge universitetssjukhus men även DS och SöS har en icke oansenlig volym utbildning och forskning.

### *Samråd mellan KI och SLL*

Det finns en särskild samverkansnämnd benämnd KI-SLL som är rådgivande till respektive beslutande organ och har en bred representation från båda parter. Ordförandeskapet alternerar mellan ordföranden i hälso- och sjukvårdsnämnden i Stockholms läns landsting och rektor vid KI. Nuvarande sammansättning omfattar landstingsråd ansvariga för hälso- och sjukvården samt ledande tjänstemän.

KI-SLL behandlar frågor som upplåtna enheter, förändringar av hälso- och sjukvården av betydelse för KI:s verksamhet, principer för fördelning av forskningstid, utrustningsmedel, lokaler och andra resurser av gemensamt intresse, former för styrning och uppföljning av

- FoUU-resurser
- Landstingets FoUU-råd

FoUU-rådet bereder frågor rörande resurser till forskning, utveckling och sådan klinisk utbildning som ingår i vårddyrkesutbildningar. Rådet lägger förslag till fördelning av ALF-medlen till respektive sjukhus. Rådet lägger förslag till fördelning av landstingets FoUU-medel. I rådet, som leds av FoU-direktören vid landstingskontoret, ingår bl.a. sjukvårdsdirektören vid HSN och sjukhusdirektörerna vid HS och KS. KI är för närvarande ej representerat i rådet.

### **Universitetssjukhusens FoUU-råd**

Universitetssjukhusen KS och HS har egna FoUU-råd med ca 25 ledamöter. Råden behandlar frågor avseende ALF- och FoUU-medel vid respektive sjukhus. I rådet ingår FoUU-cheferna för respektive sjukhus. FoUU-cheferna är professorer vid KI men i denna funktion utsedda av respektive sjukhusdirektör.

### **Forskning**

I det centrala ALF-avtalet fastställs ett forskningsutrymme för LUS-läkare i Stockholms läns landsting. Detta fördelas på vetenskaplig grund och förslag till fördelning görs av KI medan landstinget fattar det slutliga beslutet.

För klinisk FoU-verksamhet avsätts därutöver medel som baseratsättning, relaterad till antal professorer, kliniska lektorat och s.k.

LUS-tjänster samt till gemensamma FoU-lokaler. Ungefär en tredjedel av de för forskning avsatta ALF-medlen utgår i form av aktivitetsrelaterad ersättning till enheter som omfattas av ALF-avtalet.

## **Linköpings universitet och Östergötlands läns landsting**

### **Presidiesamrådet**

I Presidiesamrådet ingår rektor vid Linköpings universitet samt universitetsdirektör och från landstinget landstingsdirektör och landstingsråd. I Presidiesamrådet redovisas årligen de ersättningar staten kommer att lämna till landstinget med anledning av ALF-avtalet, de förslag till medelsfördelning i övrigt som universitetet avser att för egen del avsätta inom Hälsouniversitetet och det hälsovetenskapliga utbildnings- och forskningsområdet i övrigt, samt de avsättningar och dispositioner landstinget avser att göra med utgångspunkt från detta avtal.

Landstinget i Östergötland och Linköpings universitet överenskom i maj 1997 om en strategi för profilering av gemensam verksamhet inom kvalificerad hälso- och sjukvård, forskning och utbildning. Strategin berör de områden där landstingets och universitetets verksamheter och ansvarsområden har tydliga beröringspunkter, men omfattar inte enbart verksamheter som är knutna till Hälsouniversitetet och Universitetssjukhuset, utan även verksamheter inom övriga delar av landstinget och universitetet.

Presidiesamrådets prövning sker mot bakgrund av beslutade strategiska inriktningar. Härmed länkas förslagen in i respektive parts budgetprocess. Formellt bindande beslut fattas därefter av respektive part.

### **ALF-förhandlingsgruppen**

ALF-förhandlingsgruppen tillämpar det regionala avtalet samt bereder den ALF-budget som fastställs i en årlig överenskommelse om fördelning av ALF- och LFoU-medel. I gruppen ingår FoU-ansvarig chefläkare samt controller från universitetssjukhuset, landstingets FoU-samordnare, prodekanus och fakultetsdirektör.

### FoU-utskottet till universitetssjukhusets styrgrupp (FoUT)

FoUT består bl.a. av representanter för såväl universitetssjukhusets styrgrupp som fakultetsledning och är kontaktytan mellan Universitetssjukhuset och Hälsouniversitetet. FoUT stimulerar samverkan, investeringar samt fördelar vissa riktade landstingsfinansierade FoU-medel.

### Forskning

ALF-tid för forskning fördelas i huvudsak efter redovisade prestationer enligt kriterier som föreslås av ALF-förhandlingsgruppen och beslutas av universitetssjukhusets styrgrupp respektive fakultetsnämnden och fastställs i årlig överenskommelse. Särskilda medel avsätts till strategiska satsningar inkl. stöd till vissa forskningssvaga kliniker. Allmän forskningsersättning är avsedd att täcka kostnader för forskningsprojekt med klinisk anknytning, vilka inte räknas in i schablonersättningen. Ersättning sker efter samma principer som ALF-tid för forskning och skall i första hand täcka kostnader för projekt, som erhållit ALF-tid.

Kliniskt forskningscentrum och EM-avdelning, elektronmikroskopiavdelningen, är gemensamma angelägenheter för Hälsouniversitetet och universitetssjukhuset. Drifts- och lokalkostnaderna bekostas lika mellan ALF- och landstings-FoU-medel.

Schablonersättning relateras till antalet lärartjänster, forskar-studerande och specialistläkare som är kopplade till ALF-avtalet.

Landstinget i Östergötland finansierar helt eller delvis ett antal universitetslärartjänster. Dessutom bidrar landstinget till grundforskningen vid Hälsouniversitetet genom finansiering av lokaler för den cellbiologiska institutionen samt driftbidrag till preklinisk farmakologi och mikrobiologi.

## Göteborgs universitet och Västra Götalandsregionen

För samråd i övergripande och principiella frågor mellan Sahlgrenska akademien/medicinska fakulteten och Västra Götalandsregionen finns en samrådsgrupp benämnd LUA-SAM. Samrådsgruppen är rådgivande till respektive parter ansvariga organ, vilka är Hälso- och sjukvårdsnämnden respektive Sahlgrenska akademistyrelsen. I LUA-SAM ingår för Göteborgs universitet, Sahlgrenska akademien: preses, dekanus vid medicinska fakulteten, ordförande för programnämnden för medicinsk utbildning, chefen för akademiförvaltningen samt ytterligare två ledamöter. För Västra Götalandsregionen ingår: hälso- och sjukvårdsdirektören, direktören vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset, en ledamot som utses av hälso- och sjukvårdsdirektören samt tre ledamöter som utses av direktören vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

LUA-SAM väljer inom sig ordförande och vice ordförande. Ordförandeskapet alternerar årsvis mellan Göteborgs universitet och Västra Götalandsregionen.

LUA-SAM:s huvuduppgift är att vara rådgivande och därvid verka för ett effektivt samarbete till fördel för de berörda parternas verksamhet. Bland uppgifter som gruppen behandlar är upplåttna enheter, inrättande av professor och universitetslektor med klinisk anknytning, principer för fördelning av forskningstid, lokaler, utrustning, forskningsprojekt eller organisationsförändringar av särskild betydelse för samarbetet, samt tolkning av samarbetsavtalet.

### Representation i olika organ

Akademistyrelsen utser representant att närvara vid sammanträden med bl.a. styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Västra Götalandsregionen utser representanter att närvara vid sammanträden med medicinska fakultetsnämnden och programkommittén för medicinsk utbildning.

Ledningarna för medicinska fakulteten respektive hälso- och sjukvården i Västra Götaland skall minst fyra gånger per år dryfta gemensamma angelägenheter.

I Västra Götalandsregionen finns en speciell "Göteborgsmodell", som enligt avtalet bygger på samverkan mellan medicinska fakulteten och Göteborgs sjukvård. Tilldelning av medel för forskningsprojekt baseras på vetenskaplig prioritering efter ansökan, projekt- och individriktad, inte klinik- eller institutionsinriktad bedöm-

ning och tilldelning, treårstilldelning i normalfallet samt resurstilldelningen inom sjukvårdsenheterna enligt fakultetens förslag om fördelning

ALF-resurserna disponeras av projekthuvudmännen, som har att ersätta sjukvårdshuvudmannen för merkostnader enligt de regler som utfärdas av sjukvården.

### **Forskning**

Ca 23 procent av ALF-medlen avsätts för kombinationstjänster klinisk FoU-verksamhet. Medlen tillförs i relation till antalet kliniska läkar/läraryrkebefattningar.

Resterande ca 60 procent fördelas till forskningsprojekt efter ansökan. Forskningsnämnden vid medicinska fakulteten ansvarar för vetenskaplig granskning av inkomna projektansökningar. Fakultetens förslag till prioritering föreläggs samverkansorganet LUA-SAM och förslag till beslut fattas i samråd mellan sjukvård och fakultet. Beslut om tilldelning fattas i LUA-SAM.

### **Lunds Universitet och Region Skåne**

Det finns två universitetssjukhus i Region Skåne, universitetssjukhuset i Lund och universitetssjukhuset MAS i Malmö.

Medicinska fakulteten tillsammans med Region Skåne fördelar ALF-medlen mellan posterna forskning, grundutbildning, särskilda åtgärder, infrastruktur och administration. Den närmare fördelningen av medel avsedda för forskning, grundutbildning och särskilda åtgärder prioriteras av medicinska fakulteten. Resterande medel fördelas av Region Skåne i samråd med fakulteten.

### **Representation i olika organ**

Region Skåne har en fullvärdig representant i medicinska fakultetsstyrelsen. Därtill har de båda cheferna för universitetssjukhusen närvaro- och yttranderätt. Medicinska fakultetens dekanus adjungeras till Region Skånes forskningsberedning, ett politiskt organ, när frågor av gemensam art tas upp.

## Samråd mellan medicinska fakulteten och Region Skåne

Samråd mellan medicinska fakulteten och företrädare för sjukvårdshuvudmannen sker enligt det lokala avtalet på tre nivåer. Mellan verksamhetschefer och projektledare/terminsansvariga, mellan forskningsdirektören och prodekanus för ALF-frågor samt mellan regiondirektören och medicinska fakultetens dekanus.

I samråd mellan regiondirektören och medicinska fakultetens dekanus behandlas övergripande strategiska frågor. Denna konstellation utgör också sista instans vid tvister i ALF-frågor. Samråd mellan forskningsdirektör och prodekanus för ALF-frågor sker regelbundet. Budget görs upp efter samråd med företrädare för kliniken och skrivs under av båda parter. Prefekten är med i klinikkens ledningsgrupp.

## Forskning

Medel avsatta för forskning riktas direkt till särskilda forskningsprojekt och till forskningsutrymmen för yngre forskare. Tilldelning sker efter ansökan. Prioriteringen görs efter en bedömning av de ansökta projektens vetenskapliga kvalitet. Region Skåne fattar beslut om tilldelning på grundval av fakultetens förslag.

## Sammanfattning av samarbete universitet - landsting

Sammanfattningsvis finns väl utvecklade regionala och lokala samarbeten mellan landsting och universitet, men det finns skillnader mellan de olika regionerna på vilket sätt ALF-medel och lanstingets FoU-medel fördelas. Samtliga regioner och parter verkar dock nöjda med det lokala samarbetet.

## 6 UNIVERSITETSSJUKHUSETS ROLL I SVENSK SJUKVÅRD

Universitetssjukhusens roll i den svenska sjukvården är mycket stor och betydelsefull. Universitetssjukhusen står för mer än 30 % av all slutna sjukvård i Sverige. Genom ALF-avtal och genom verksamhet som universitetet har förlagt till universitetssjukhusen tillsammans med externa medel har den kliniska forskningen stor betydelse för och tar ett stort utrymme inom universitetssjukhuset.



Många menar dessutom att en stor del av den kliniska forskningens kris betingas av den dåliga ekonomin som universitetssjukhusen har. Frågorna är då: hur sker idag samarbetet mellan universitetet och universitetssjukhuset och hur samverkar man för att ge den kliniska forskningen optimalt utrymme och finansiering?

Att klassificera forskning som preklinisk eller klinisk är inte längre relevant. Denna klassificering härrör från en tid då gränserna mellan medicinsk grundforskning och den forskning som bedrevs av läkare på sjukhus var relativt skarpa. Numera bedrivs medicinsk sjukdomsorienterad forskning inte enbart av kliniskt verksamma forskare. Ofta har det visat sig vara mer effektivt att låta forskare med *olika* perspektiv och kompetens forska utifrån samma övergripande frågeställning men på olika nivåer och med olika metoder – s.k. ”translational research”. De pusselbitar som saknas för att hitta nya behandlingsmetoder eller nya diagnostiska metoder är ofta spridda på flera händer.

Kliniskt verksamma forskare (läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster m.fl. yrkesgrupper) sitter med viktiga och intressanta frågeställningar men har inte tid, resurser eller all den kompetens som behövs för att besvara dem.

Den teoretiskt verksamma grundforskaren besitter kunskap som han/hon inte kan omsätta i ny diagnostik eller nya behandlingsmetoder och som därför inte kommer patienterna eller sjukvården tillgodo.

Epidemiologiskt kunniga forskare har vetenskaplig kompetens som – rätt använd - kan hjälpa kliniska forskare att hitta den kunskap de behöver för att bota sina patienter eller hjälpa dem på annat sätt.

Tillsammans – inte var för sig – kan dessa (och andra) forskare med olika hemvist färdigställa puzzlet. Därtill behövs kringkompetens för att stötta stora forskningsprojekt (som exempelvis statistiker och administratörer). Att samla forskare med olika kompetens och perspektiv kring specifika sjukdomsorienterade frågeställningar och projekt blir därför en viktig och angelägen uppgift för ett universitetssjukhus. För denna forskning är inte bara en statlig angelägenhet. Den är inte heller att betrakta som en rättighet eller anställningsförmån för några anställda vid universitetssjukhusen. Inte heller är den en hobby som läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster m.fl. yrkesgrupper bör bedriva på sin fritid eller bara ett sätt för dessa yrkesgrupper att avancera i karriären. Nej, denna forskning är viktigare än så.

Staten och sjukvårdshuvudmännen har sedan 1997 ett gemensamt ansvar för "kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område" samt för "folkhälsovetenskapligt forskningsarbete". Sjukvårdshuvudmännen ska enligt hälso- och sjukvårdslagen (§ 26 b) "medverka i planering, finansiering och genomförande av kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område samt av folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. Härvid skall landstinget, i den omfattning som behövs, samverka med andra landsting samt med berörda universitet och högskolor". Att bedriva kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område och folkhälsovetenskapligt forskningsarbete är alltså en lagstadgad skyldighet och ett arbete. Att detta arbete fått allt svårare att rymmas i ett sjukvårdspressat system är ett erkänt faktum.

Så som sjukvården kommer att utvecklas - inte minst i perspektivet med den nya tekniken - måste man samverka på nationell nivå. Direktörer och deras chefläkare vid universitetssjukhusen har i en debattartikel också krävt en sådan nationell handlingsplan för att säkra universitetssjukhusens utveckling. Man skulle kunna sammanfatta universitetssjukhusets viktigaste uppgifter så här:

Universitetssjukhuset skall

- bedriva högspecialiserad vård
- vara centrum för utbildning av läkare, sjuksköterskor och annan sjukvårdspersonal
- utveckla nya metoder för diagnostik och behandling
- utvärdera gamla metoder för diagnostik och behandling
- vara en bro mellan medicinsk grundforskning och patientnära forskning
- vara konsult för andra sjukvårdsinrättningar
- stå till myndigheternas tjänst i etiska och andra samhällliga frågor
- överföra kunskap till vårdgivare och allmänhet - främst inom den egna regionen.

Men precis som en *ensam* forskare idag ofta står sig slätt i konkurrensen så klarar inte längre universitetssjukhuset sina viktiga uppgifter på egen hand. Aldrig så skickliga forskare och lärare kan inte bedriva sjukdomsorienterad forskning eller utbildning utan tillgång till patienter. Utbildning av läkare, sjuksköterskor och annan sjukvårdspersonal kräver tillgång till patienter. För att kunna följa sjukdomsförlopp och se konsekvenser av de behandlingar som sätts in

räcker det inte att studera patienterna under den korta tid de befinner sig på akutsjukhuset. Stora patientgrupper tas dessutom helt och hållet om hand av primärvården eller hemsjukvården. För att kunna utveckla nya metoder och utvärdera de gamla behövs därför tillgång till patienter längs *hela* vårdkedjan. Att fungera som en bro mellan preklinisk och *patientnära* forskning kräver förstås *nära* tillgång till patienter. osv. osv. Uppenbart är att forskningen och utbildningen måste finna former för att tillsammans med sjukvården nå ut till öppenvården och också i ökande utsträckning samverka med andra sjukhus och med kommunerna.

### **Hur bör tjänstekonstruktionen inom klinisk FoUU se ut i framtiden?**

I dagens ALF-förhandlingar pågår diskussioner om hur man skall undvika det dubbla huvudmannskapet för den kliniska forskaren i framtiden. Viktigt är att även i framtiden behålla kombinationen klinisk forskning och klinisk kompetens. Det är därför viktigt att de kliniska forskarna har sin verksamhet förlagd till den kliniska sjukvården. Om man kan enas om en tjänstekonstruktion där de bägge arbetsgivarna i varje enskilt fall förhandlar om fördelningen mellan arbetsuppgifter och att universitetet är huvudarbetsgivare torde detta vara det bästa sättet att förbättra den kliniska forskningen. Helt klart är att med den ökade medicinska informationen och det ökade antalet möjliga diagnostiska och terapeutiska åtgärder vid olika sjukdomar som kommer att erbjudas måste framtidens sjukvårdspersonal kunna på ett vetenskapligt sätt analysera och värdera nya forskningsrön. Kraven på evidensbaserad medicin kommer att öka. Det är då av största vikt att de som leder sjukvården har kompetens och kraft att utrangera ineffektiva metoder och förstå och prioritera bland nya metoder.

## **7 LANDSTINGETS EGEN FOUU-ORGANISATION**

Förutom ovan nämnda samarbetsformer som oftast berör ALF-medlen och endast mera sällan och i varje fall mindre tydligt berör landstingets egna FoU-medel (Stockholm, Skåne) har landstingen, trots 26:e sjukvårdsparagrafen oftast ingen egen policy för hur de vill använda sina egna FoU-medel. Ej heller finns någon uttalad

policy för vilken typ av extern forskning som bör prioriteras eller tillåtas inom respektive universitetssjukhus.

Det betyder att landstingen är en förhållandevis passiv "huserare" av den kliniska forskningen och har ingen egen policy eller strategi för hur den vill samverka med universiteten, hur den vill använda sina egna FoUU-medel, hur den vill prioritera och acceptera externa forskningsmedel som används i landstingets universitetssjukhusmiljö.

Många utredningar har försökt fastställa storleken på landstingets egna FoUU-medel utan att kunna ge ett definitivt besked. Många landsting satsar dock direkt eller indirekt betydande summor på klinisk forskning utan att ha en egen policy eller styrning av desamma. Dock skall betonas att i de flesta fall sker prioriteringen i samarbete med universiteten eller av lokala FoUU-organisationer/klinikchefer.

## **8 HUR FÖRBÄTTRA DEN KLINISKA FORSKNINGENS VILLKOR?**

Enligt vårt förmenande är det viktigt att sätta upp såväl kvalitativa som kvantitativa mål inom den kliniska forskningen och ytterligare definiera rollerna och finansieringen av densamma för att lyckas återskapa den kliniska forskningens internationella konkurrenskraft och locka till sig de bästa krafterna.

Viktigt är då också att såväl landsting som stat visar på och beskriver det värde och mervärde som klinisk forskning innebär, dels självklart i form av bättre och effektivare sjukvård, men dels också för kompetensutvecklingen av såväl sjukvård som universitetspersonal liksom nödvändigheten i den nya tekniska utvecklingen att lära alla inblandade i sjukvården ett kritiskt tänkande.

Förutom en brist på strategi från landstingens sida på den kliniska forskningen saknar oftast såväl universitet som landsting en tydlig uppföljning/kvalitetskontroll på utfallet av den kliniska forskningen.

Likaså finns det ringa kunskap om storleken på och samordning av de totala kliniska forskningsmedlen om man lägger samman dem.

Statens fakultetsmedel distribueras uteslutande av universiteten. ALF-medlen fördelas oftast i samarbete mellan fakultet och landstinget. Landstingets FoUU-medel är antingen inkluderat i ALF-medelsfördelningen eller har ingen tydlig fördelare. Externa medel

fördelas av externa givare, men vare sig fakultet eller landsting prioriterar eller samordnar dessa med de övriga tre resurserna.

Någon övergripande organisation som prioriterar eller har en strategi för hur dessa medel totalt bäst kan samverka eller som följer upp effekten av dessa medel finns ej.

## 9 SAMMANFATTNING

Sammanfattningsvis håller svensk sjukvård och svensk klinisk forskning hög internationell standard. Förutsättningarna för klinisk forskning unika i Sverige.

De senaste åren har såväl sjukvården som den kliniska forskningen känt av de stora kostnadsbesparingar framför allt inom sjukvården som har tagit utrymme från den kliniska forskningen. En stor del av den kliniska forskningens problematik är universitetssjukhusens dåliga ekonomi.

Lösningen måste därför bli att definiera forskningens roll i sjukvården, i första hand definiera universitetssjukhusens uppgifter.

Detta sker bäst genom att stat och landsting gemensamt garanterar utrymme inom sjukvården för klinisk forskning genom att tillsammans på ett tydligare sätt än idag dels poola, dels prioritera och dels följa upp de samlade resurserna, allt ifrån statliga fakultetsanslag, statliga ALF-medel, landstings FoUU-medel och externa medel. Viktigt är också att åter prioritera medicinsk kompetens och forskarutbildning inom karriären inom universitetssjukhusen så att incitament och rekrytering till den kliniska forskningen förbättras.

# Bilaga 3

Högspecialiserad vård – utmaningar för  
regioner och större sjukvårdsområden

av

Johan Calltorp, professor i hälso- och sjukvårds-  
administration, hälso- och sjukvårdsdirektör  
Västra Götalandsregionen

# Högspecialiserad vård - utmaningar för regioner och större sjukvårdsområden

av Johan Calltorp, professor i hälso- och sjukvårdsadministration, hälso- och sjukvårdsdirektör, Västra Götalandsregionen

## Inledning

Denna promemoria, skriven som ett underlag för utredningen om högspecialiserad vård, fokuserar på ett antal frågor kring det svenska hälso- och sjukvårdssystemet som helhet, de viktigaste utmaningarna de närmaste åren, vårdens karaktär av kunskapsorganisation, vårdens styrning genom uppdelning i beställare och utförare samt strukturfrågor. Västra Götalandsregionen används som exempel på ett nybildat geografiskt och befolkningsmässigt större sjukvårdshuvudmannaoområde. Exemplet kan utgöra utgångspunkt för en diskussion om möjligheter och hinder för en ändamålsenlig planering och utveckling av vården.

## Utmaningarna för hälso- och sjukvårdssystemet

Hälso- och sjukvården i Sverige står inför ett antal utmaningar under det närmaste decenniet. Dessa brukar oftast beskrivas utifrån ett antal grundläggande förändringsfaktorer vilka åstadkommer obalanser och spänningar i hälso- och sjukvårdssystemet. De viktigaste är medicinsk utveckling och innovationer som ger nya interventionsmöjligheter, demografiska förändringar som ger ökade vårdbehov men också förändringar i tillgången på vårdpersonal samt förändrade attityder hos befolkningen som innebär ett ökat kravställande på vårdens prestationer, service och tillgänglighet. IT och andra kommunikationstekniker i samhället bidrar till att vårdens logistik och struktur håller på att förändras. Även impulser och påverkan från andra serviceområden i samhället är väsentliga för vårdens förändringstryck.

Dessa förändringsfaktorer är generella och innebär att påfrestningarna på vården är tämligen likartade i alla västliga industriländer. Därtill kommer internationaliseringen i sig, mest påtagligt inom den Europeiska Unionen där en begynnande harmoniseringsprocess inom detta samhällsområde nu kan skönjas. Hälso- och sjukvårdssystemen i olika länder är emellertid också starkt präglade av respektive lands tradition, kultur och specifika utvecklingsförhållanden, vilket förklarar kvarstående och relativt stora skillnader mellan länder trots de starka internationellt verkande harmoniserings- och förändringskrafterna. Dessa förhållanden är viktiga att ha i åtanke vid aktuella överväganden om det svenska hälso- och sjukvårdssystemet och dess mest ändamålsenliga förändring. Det finns t.ex. vissa historiskt betingade särdrag, positiva och negativa, som är särskilt viktiga för vårt land.

Om man väger in dessa särdrag skulle man kunna beskriva de följande viktigaste utmaningarna för det svenska hälso- och sjukvårdssystemet under det närmaste decenniet:

- Att adekvat i politik och administration hantera vårdens karaktär av kunskapsorganisation med en speciell dynamik och utvecklingskraft.
- Att säkra de långsiktiga ekonomiska resurserna till vården för att kunna tillgodose hela befolkningens vårdbehov utan fragmentisering eller diskriminering.
- Att bibehålla och utveckla ett funktionellt sammanhållet vårdssystem. Det finns ett starkt beroende mellan nivåerna i systemet (vertikalt) och mellan specialiteter och vårdformer (horisontellt). Detta gäller såväl ur patientens perspektiv där en sjukdom eller symtom hanteras av flera specialister (särskilt gäller detta de dominerande kroniska sjukdomarna). Men det gäller också ett alltmera utvecklat samspel mellan specialister, tekniker och metoder (de gamla specialiteterna och hierarkiska geografiska nivåerna bryts successivt upp).
- Att åstadkomma en förstärkning funktionellt av en "första linjens vård" (beskriven i regeringens nationella handlingsplan). Sverige är avvikande i ett europeiskt perspektiv med en relativ ojämn och svag allmänläkarvård. En stark "första linjens vård" är nödvändig för att de



mera specialiserade delarna skall få utrymme och fungera. Innehåll och inriktning av den "första linjen" är också avgörande. De växande nya typerna av sjukdomar (stress, "utbrändhet", psykosociala och existentiella symtom) hänger sannolikt samman med ett mera komplext samhälle. Vårdens måste adekvat kunna möta dessa utmaningar och nya patientgrupper.

- Säkerställa rekrytering och arbetsvillkor genom att utnyttja vårdens potential av spännande och givande arbetsmiljö. Få yrkesområden kan uppvisa samma kombination av högteknologi, humanism och människonärhet i samma organisation.
- Bevara och utveckla den demokratiska kontrollen av hälso- och sjukvården med basen i en lokal demokrati och politiskt inflytande enligt traditionen i landstingsmodellen. Samtidigt finna ändamålsenliga former för nationell och regional styrning ur perspektivet att bibehålla ett enhetligt sjukvårdssystem med vård av hög kvalitet.
- I ett allt mer komplext samhälle med allt flera specialiserade expertfunktioner bibehålla det reellt goda och välutvecklade (men inte alltid synliga) intersektoriella samspillet för folkhälsa.

### **Samhällets mest komplexa kunskapsorganisation - och en demokratisk styrning**

Hälso- och sjukvården utvecklas alltså (liksom hela samhället) till ett allt mer komplext system. Forskning och utveckling är "förändringsmotorn" främst utifrån universitetssjukhusen och kunskapskomplexet biomedicin - teknik - universitet - företag. Den traditionella modellen med snabb kunskapsöverföring preklinisk - klinik har förändrats (diskuteras i detalj av andra experter) till förmån för mera separerade men också mer mångvetenskapliga kunskapsystem. Staten och i ökande grad landstingen är finansierare och landstingens engagemang i klinisk patientnära forskning har ökat. Tendensen till kommersialisering av delar av den biomedicinska forskningen utgör en ny faktor av stor betydelse för innovations-

komplexet - men också på sikt för karaktären av sjukvårdssystemet. Läkemedelsforskningen utgör ett mycket bra och tydligt exempel på hur olika krafter och intressen samspelar och måste hanteras av finansärer, vårdgivare och befolkningsföreträdare. Generellt sett fungerar innovation och utveckling mycket väl inom det biomedicinska systemet. De traditionella metoderna och vägarna för spridning av innovationer och därmed innehållslig förnyelse av vårdssystemet fungerar från universitetssjukhusen vidare ut i sjukvårdssystemet. I växande grad blir FoU också en angelägenhet för flera enheter än universitetssjukhusen, gränserna blir oskarpare mellan universitetsenheter och andra enheter. Detta har också markerats i det nya ALF-avtalet.

Ytterligare en aspekt av komplexiteten i sjukvårdssystemet utgör mängden professioner och den ökande specialiseringen. Även om försök görs att föra samman till bredare specialiteter utgör den kraftiga kunskapsutvecklingen en fortsatt drivkraft för ökad formell eller informell specialisering. Antalet yrkesgrupper är många och tenderar att öka. Mer och mer sjukvårdsarbete utförs i arbetslag där olika specialistkompetenser samverkar. Även lagstiftning, arbetsmiljöaspekter och andra särförhållanden driver på denna utveckling.

I ett visst spänningsförhållande till denna bild av en starkt dynamisk, utvecklingsinriktad och allt mer komplex vårdverksamhet står de administrativa och politiska delarna av hälso- och sjukvården. Dessa arbetar utifrån sina "logiker" och bevekelsegrunder, vilka är helt annorlunda än den medicinska logikens. Viktigt är den historiska grunden och traditionen där administrationen av sjukvården fortfarande delvis präglas av förvaltningstänkande (delar är obestridligen förvaltning då man arbetar enligt kommunallagen). Det politiska systemet arbetar utifrån grundläggande ideologier och värdefrågor, ofta med nödvändig förenkling av frågeställningar. Opinionstryck och starka lokala intressen är betydelsefulla. Cyklerna med val vart fjärde år spelar en viktig roll för tidsperspektiv och kollision med de ofta långsiktiga förändringsprocesserna i sjukvården.

Hälso- och sjukvårdssystemet, enligt nuvarande svensk modell, har utan tvekan här en svag punkt i skärningen mellan demokrati (i nuvarande tradition och beslutsordning) och den snabba medicinska kunskapsstillväxten och tilltagande systemkomplexiteten. Fördjupad analys av dessa förhållanden är väsentliga för de överväganden som görs kring såväl högspecialiserad vård som hela vårdsystemets stabilitet och funktion.

## Styrning av hälso- och sjukvård, beställar-utförarmodellen

Beställar/utförarmodellen (B/U-modellen) utvecklades i Sverige i början av 1990-talet (först i Dalarna, Bohuslän och Stockholm) som en nyorientering av hälso- och sjukvårdens styrning. Den kan ses som ett svar på den tidigare diskuterade problematiken med den starkt kunskapsintensiva och snabbt föränderliga hälso- och sjukvården å ena sidan och den administrativa och politiska styrningen å den andra. Förebild och inspirationskälla var reformerna i den engelska sjukvården (den "interna marknaden") och allmänna drag i tiden som krävde ökad dynamik och möjligheter till mångfald i vården. Formellt har cirka 50 - 70 % av landstingen vid någon tidpunkt omfattats av denna modell och tankar och utveckling förbunden med den har haft ett stort inflytande över svensk sjukvård de senaste 10 åren. Ett omfattande nationellt utvecklingsarbete har t.ex. genomförts av nätverket för beställare i landstingen med ett akademiskt utbildningsprogram för beställartjänstemän. Rikstäckande programarbete kring flertalet centrala frågor inom sjukvårdsadministration har genomförts av nätverket. Den årliga "beställarriksstämman" med cirka 200-300 deltagare har utvecklats till en stor mötesplats för tjänstemän och även politiker i landstingen. Ett särskilt nationellt nätverk för "beställarpolitiker" finns etablerat.

Grundidéerna i B/U-modellen kan beskrivas så här:

- Politikerna är befolkningsföreträdare i nämnder (styrelser) representerande behovs- och befolkningsperspektiven. Flertalet landsting som använder B/U-modellen har renodlat systemet så att några politiska styrelser direkt för utförarverksamheten inte finns.
- Tjänstemannaarbetet systematiseras och utvecklas enligt den s.k. "beställarcykeln": behov – resurser - val av strategier för intervention - uppföljning/utvärdering/hälsokonsekvenser.
- Avtalsstyrning definierar uppdrag till utförarna, med varierande detaljinhåll, i bästa fall systematik och utvecklade professionella relationer mellan beställare och utförare. Fokusering på vårdens innehåll, effekter, kvalitet, behov etc. Modellen innebär fördelar i de fall man önskar och arbetar med alternativa vårdgivare, systematik i uppdrag och avtal.

Ett försök till värdering av detta styrkoncept kan se ut som följer. Det mest betydelsefulla är en begynnande utveckling av professionalisering kring styrningsfrågorna i vården. De uppenbara svårigheterna för det politiska systemet att axla befolkningsföreträdarrollen kan underlättas av en kompetensutveckling hos tjänstemannaorganisationen. Tanken är att den traditionellt starka utförarorganisationen skall "utmanas" av en kompetent "ifrågasättare".

Nationellt har beställarnätverket otvetydigt bidragit till en generell utveckling av metoder och kunskap kring sjukvårdsstyrning. Man ser nu en utveckling där mycket av B/U-modellens ingredienser integreras under delvis andra benämningar i landstingens successivt nya organisationer, överväganden pågår att byta benämning på själva modellen till "kontraktstyrning" och/eller "företrädarmodell". En begränsning är att B/U-modellen inte ensamt "orkar" hantera kostnadskontroll med den kraft som behövs för att hantera de stora ekonomiska underskottssituationer som flertalet landsting brottas med. För en välfungerande styrning efterlyser allt flera en tydlig ägarroll som komplettering till B/U-modellen. Utan tvekan representerar dock B/U-modellen en viktig utvecklingsfas på väg mot en mer professionaliserad sjukvårdsstyrning.

Sjukvårdspolitikerna måste också finna sin mer precisa roll. I de stora regionerna finns dessutom en svårighet att politiskt axla ett så stort ansvarsområde som 1,5 miljoner invånares vård (vårdstruktur, regionala samband, avvägningar lokalt/regionalt etc.). Situationen i Stockholm, Skåne och Västra Götaland illustrerar detta väl - den regionala politiska beslutsnivån ("halvvägs till riksdagen") illustrerar tydligt hur svår sjukvårdspolitikerna kan bli på en nivå med ett relativt stort avstånd till de traditionella lokala konkreta sjukvårdsfrågorna. Helt nya utmaningar för det demokratiskt styrda vårdsystemet kan iakttas här.

### **Den nationella sjukvårdsstrukturen**

Den 140-åriga traditionen med landstingen som ansvariga för huvuddelen av hälso- och sjukvården - och landstingsgränserna relativt intakta under hela denna tid - är en betydelsefull grundpelare för svensk vårdorganisation. Landstingens skattefinansiering - med ett ökande statligt bidrag (från början mera detaljerat men nu i "klump" och tidvis kopplat till statens styrning av den totala ekonomin) är också en traditionell grund för landstingens självbestämmande.

I princip har staten lämnat vårdgivaransvaret till landstingen - provinsialläkarväsendet, mentalsjukhusen och de statliga sjukhusen. Statens detaljstyrning via läkarfördelningsprogram på 1970- och 80-tal och investeringskontroll har successivt avvecklats till förmån för en "ramstyrning". Ekonomistyrningen med start via Dagmar-systemet har varit uttalad. I linje med den övergripande decentraliseringen av hälso- och sjukvården har också den tidigare mer omfattande styrningen av högspecialiserad vård och rikssjukvård i princip upphört.

Regionsjukvårdstanken från 1958 är en annan betydelsefull faktor. (Tidigt och "modernt" i Europeiskt perspektiv var regionindelningen med ett frivilligt samarbete mellan suveräna landsting kring regionsjukhusen). Successivt har regionsjukvårdsstrukturen fördjupats avseende innehåll i samarbetet - och kan beskrivas som en föregångsstruktur till de nya regionbildningarna i Skåne och Västra Götaland. Speciellt det fördjupade medicinska samarbetet inom regionerna har varit betydelsefullt.

Stockholms läns landsting bildades 1970 genom en sammanslagning av Stockholms stads sjukvård och Stockholms läns landsting. Västra Götalandsregionen och Skåne-regionen bildades 1999 genom sammanslagning av fyra resp. tre sjukvårdshuvudmän och upplösning av de gamla landstingen. Förutom sjukvård finns också ett regionalt utvecklingsansvar - och det är detta som ger en ny plattform. Ombildningarna är historiskt sett stora reformer med tanke på landstingstraditionen sedan 140 år. De utgör svenskt samhälles största fusioner under de senaste årtiondena och har ett tydligt EU-perspektiv.

Att hälften av svensk sjukvård nu finns i tre stora block hos dessa huvudmän (1,3 - 1,8 miljoner invånare) är betydelsefullt för den nationella dynamiken. En generell diskussion om normala landsting är "för små" har uppstått och det är uppenbart att utvecklade formella eller informella samarbeten pågår på andra håll i landet. Utvecklingen inom dessa tre stora följs noga och slutsatser kring de möjligheter, men också de risker som större geografiska och befolkningsmässiga enheter erbjuder, är viktiga. Utvecklingen är dessutom olika mellan de tre stora regionerna. En skiss kan se ut enligt följande.

Stockholms läns landsting och Skåne, som bytt politisk majoritet i senaste valet och har betydande ekonomiska underskott, genomför en betydande centralisering av sin politiska och tjänstemannastyrning (beställarfunktionerna centraliseras t.ex., regionstyrelsen får ökad makt). Västra Götalandsregionen som startade med en

stark turbulens och flera politiska skiften styrs sedan tre år av en blocköverskridande koalition som också gick stärkt ur förra valet. Ekonomin har förbättrats så att regionen som helhet uppvisat ekonomisk balans de två senaste åren liksom enligt prognos även 2003. Styrningsmässigt går dock regionen från och med nuvarande år från en relativt centralstyrd modell till en mer decentraliserad (t.ex. vad avser beställaransvar för den basala hälso- och sjukvården med 12 lokala hälso- och sjukvårdsnämnder). Utvecklingstendenserna är alltså något olika mellan de tre stora regionerna.

### **Nordiska perspektiv**

Den norska utvecklingen innebär bildning av statliga helseföretag i fyra helseregioner av storlek på ca 500 000 - 1,5 milj. invånare. Detta innebär en radikal reformering av det politiska systemet så att i princip hela fylkespolitiken avseende sjukvården bortfallit med en ökad tonvikt på en professionell styrning i helseföretagen.

I Danmark diskuteras liknande reformer med regionbildningar då amten (motsvarande landstingen) upplevs som alltför små. Hovedstadens sykehusfelleskap i Stor-Köpenhamn fungerar sedan 8 år som en integrerad organisation med en storlek motsvarande cirka 1,5 miljon invånare.

### **Västra Götaland som exempel**

Västra Götalandsregionen har 17 sjukhus i tre sjukhusgrupper och några fristående enheter. Primärvårdsorganisation omfattar ca 165 vårdcentraler samt ungefär lika många tandvårdsenheter. Regionen har relativt få bolagsdrivna enheter, främst gäller det entreprenader inom primärvården.

Den politiska organisationen omfattar regionstyrelse, hälso- och sjukvårdsstyrelse (övergripande frågor, högspecialiserad vård) samt 12 lokala beställarstyrelser med större delen av beställaransvaret. Det finns sjukhusstyrelser för alla vårdgivare, samt en primär- och tandvårdsstyrelse.

Vårdstrukturtänkandet bygger på att regionen ses som en funktionell helhet med (SU) som universitetssjukhus och "motor" i utvecklingen, de stora brett specialiserade sjukhusen Skövde, Borås, Uddevalla/Trollhättan, och de medelstora/mindre sjukhusen Lidköping, Alingsås, Kungälv samt ett antal mindre sjukhus. Regi-

onbildningen har utnyttjats för att understryka och definiera helhet och samband. Vårdstrukturarbetet år 2000 som ledde fram till ett antal förändringsbeslut spelade framförallt den rollen.

En "bottenplatta" definieras som "närsjukvård" i ett funktionellt samspel mellan primärvård och kommunal vård och de mindre sjukhusen. Olika utformning och innehåll i olika delar av regionen utifrån lokala förutsättningar, vårdmönster osv. Regionen definierar övergripande en modell och gemensamma nämnare i närsjukvården, lokalt arbete avseende detaljerna. Utmaningarna är betydande för att få detta att fungera. Det finns t.ex. vissa konflikter med den nationella handlingsplanens målsättningar/måltal när det gäller allmänläkarantal per invånare. Självklart finns spänningsförhållande gentemot professionella ambitioner och lokala opinioner.

Den övriga sjukhusorganisationen utvecklas i samspel mellan de brett specialiserade sjukhusen. De framtida utvecklingslinjerna innehåller tydligare definitioner av uppdrag och profiler för sjukhusen. Sahlgrenska Universitetssjukhusets roll är att som högspecialiserat universitetssjukhus svara för metodutveckling och förnyelse. Vårdstrukturen formas och utvecklas utifrån den traditionella innovationskedjan där metoder flyttas ut från universitetssjukhuset. Alla sjukhus skall inte ha alla specialiteter - högt specialiserade profiler mellan Skövde-Borås-Uddevalla/Trollhättan kan komma att utvecklas på sikt. En utveckling av ett betydande antal enheter för planerad vård är angelägen.

Underlag för denna framåtriktade planering (som nu startat på nytt i ett regionövergripande strukturarbete) finns bl.a. i de 25 medicinska sektorsrådens arbete. Dessa råd är sammansatta av representanter för alla regiondelarna och ger underlag för planeringen utifrån medicinsk utgångspunkt. De arbetar f.n. med ett omfattande arbete att beskriva verksamheten inom respektive specialitet i prioriteringstermer. Detta innebär enhetliga beskrivningar av varje specialitets innehåll så att de blir jämförbara, vertikal prioritering - det politiska systemet kommer därefter att ta sig an den horisontella prioriteringen med detta underlag. Annat underlag finns i beskrivningar av volymer och innehåll i sjukhusens verksamhet, gemensam vårddatabas, DRG-registrering sedan lång tid osv. Ett beskrivningssystem för specialiserad öppen vård har också utvecklats. En framtidsvision är en vårdplanering som utgår från de medicinska specialiteternas planering för hela befolkningsunderlaget - volym, utvecklingstakt, vad utförs på SU, vad i Skövde, vad i Lidköping/Falköping o.s.v.?

Den specialitetsvisa regionövergripande planeringen "knyts ihop" i produktionsenheterna (sjukhusen). Där möter detta specialitetstänkande vårdprocesstänkandet i en matrisform. Beskrivning av vårdprocessarbete pågår kring bl.a. stroke och diabetes. Dessa områden har nu också regionövergripande expertråd som stöder utvecklingen.

Vissa specialiteter kan byggas upp som en regionövergripande enhet i mer eller mindre virtuell form - t.ex. inom laboratoriespecialiteterna. Projekt diskuteras t.ex. inom cytologin med ett regiongemensamt laboratoriesvarssystem. Nästa steg kan vara att knyta ihop enheterna verksamhetsmässigt.

Forsknings- och utvecklingsfrågor är en viktig del i tänkandet kring regionens utveckling. Sahlgrenska Universitetssjukhuset har ett tydligt ansvar för metodspridning och FoU regionövergripande. Exempel på detta är t.ex. reumatologin där SU aktivt utbildar och stöder lokalt inom hela regionen. Adjungerade professorsprogrammet tillsammans med Sahlgrenska Akademin stödjer lokalt. FoU-organisationen har cirka 40 miljoner kronor för regionövergripande projekt. Samarbeten utvecklas med lokala högskolor och kommuner, t.ex. Fyrbodalinstitutet med 10-15 forskartjänster som skall verka inom den nordvästra delen av regionen.

Utlokaliseringen av PCI (PTCA) från SU till övriga stora sjukhus utgör en modell sedan tre år tillbaka. Uppföljning sker i ett särskilt kvalitetsregister, för att ge underlag för bedömning av kvalitet och grad av decentralisering. Behov av ytterligare enhet för öppen hjärtkirurgi övervägs men behövs ännu inte volymmässigt. Framtida planeringsbild avseende frågekomplexet hjärtinfarktvård – PCI (PTCA)-öppen hjärtkirurgi är av stor betydelse.

### Sammanfattande diskussion

Om man vidgar perspektivet och återkopplar till de inledande problembeskrivningarna i denna PM framstår följande som särskilt viktiga frågeställningar:

*Storleken på befolkningen för ett landsting/region. Kan större enheter mera rationellt hantera vårdstrukturen och dess förändringar? Vilka är i så fall villkoren för detta? Det tycks finnas argument för att dagens landsting med 200-400.000 invånare är alltför små för att inom sitt eget område rationellt kunna tackla de kontinuerliga omstruktureringsfrågorna. Allt flera exempel finns på strukturarbete som sträcker sig över landstingsgränser. Det tycks behövas en*



större yta (befolkning, eventuellt också geografi) för att optimalt kunna planera hela kedjan från högspecialiserad vård till den lokala närsjukvården.

*Närsjukvårdsstrukturen är en nyckelfråga, särskilt i samspelet mellan kommunerna och landstingets olika delar.* Det sker olika framväxt och varierande lösningar på olika håll i landet runt de lokala sjukhusen. Dessutom varierar samarbets- och huvudmannalösningarna. Tonvikten är alldeles tydligt på att finna funktionella lösningar och inte enbart formella organisatoriska. Familjemedicinen utgör den helt nödvändiga basen för ett fungerande vårdsystem.

*Sjukhusstrukturen blir allt mera integrerad mellan olika enheter inom ett större geografiskt område.* Det är en viktig framtida fråga att urskilja och beskriva hur de lämpligaste formerna för denna integration kan utformas. Generellt kan utvecklingen beskrivas som en övergång till matris- eller nätverksorganisation, där samspel mellan specialiteter och enheter sker på ett nytt sätt i förhållande till dagens geografiska mönster och avgränsade specialiteter.

*Bättre och utvecklat underlag för planering och styrning* är mycket viktigt. Det gäller befolknings- och hälsoperspektivet, medicinska produktionsdata, kvalitetsbeskrivningar, kostnadsuppgifter, liksom utvecklade jämförelser inom landsting/region liksom på nationell nivå.

*Demokratiperspektivet är centralt.* Formandet av närsjukvården lämpar sig för lokal nära demokrati.

Vissa mer *kontroversiella vårdstrukturförändringar kräver avstånd och distans.* Riksnivån är betydelsefull för kvalitet, likhet och ekonomisk rationalitet i en fortsatt utveckling av högspecialiserad vård som är tillgänglig för landets samtliga 9 miljoner invånare. En nyckelfråga i detta sammanhang är att tydliggöra och skapa konsensus om beslutsunderlag och styrmekanismer för såväl den demokratiska beslutsprocessen som för den administrativa och professionella styrningen på de olika nivåerna.

# Bilaga 4

## Samverkan mellan universitet och universitetssjukhus

av

Karin Christensson, sjukhuschef  
Universitetssjukhuset MAS

# Samverkan mellan universitet och universitetssjukhus

av

Karin Christensson,  
sjukhuschef, Universitetssjukhuset MAS

## Bakgrund

Till det av regeringen 2002-05-02 beslutade projektet om Hög-specialiserad vård har knutits en expertgrupp med företrädare för sjukvården och sjukvårdsregionerna. Inledningsvis har arbetet inriktats mot att kartlägga området. Som en del ingår att beskriva samarbetet mellan universitet och universitetssjukhus. I denna PM belyses dagens förhållanden och frågor som är kopplade till hur integrationen skulle kunna fördjupas. Hur fungerar samverkan? Om det finns problem, hur ser de ut? Vilka är stora respektive små problem? Hur skulle alternativa lösningar kunna se ut? Beskrivningen innefattar samverkan både på landstingsnivå/motsvarande och på sjukhus- och kliniknivå.

## Inledning

De senaste decenniernas utveckling kännetecknas av att utbildning, forskning och universitetssjukvård alltmer har glidit isär. En bidragande orsak kan vara att det saknas ett gemensamt uppdrag för de båda parterna, och att det därför heller inte byggts upp tydliga samarbetsformer för att understödja en närmare integration. Snarare har trycket ökat på både hälso- och sjukvården och universiteten att koncentrera sig på det som anses vara huvuduppgiften för var och en. Andra faktorer som kan ha bety-

delse är att den prekliniska forskningens andel har ökat och att allt fler doktorander inom de medicinska fakulteterna har annan bakgrund än läkare. Dessa forskare har inte en lika tydlig roll i den direkta vården som forskare med vårdutbildning har. Verksamhetscheferna vid universitetssjukhusen har numera dessutom sällan en kombination med akademisk tjänst i form av en professur som tidigare klinikchefer hade. Dessa förhållanden har sammantaget minskat den kliniska vårdens direkta involvering i forskningen.

## Material

Underlaget till denna PM bygger framförallt på olika dokument från enskilda landsting/regioner och universitetssjukhus, Landstingsförbundets rapporter: "Svensk hälso- och sjukvård under 1990-talet – utvecklingstendenser 1992-2000", "Hälsa, medicin och vård" Teknisk Framsyn 1999, "Den medicinska utvecklingens konsekvenser för sjukvårdens resursbehov" (2003) samt slutbetänkandet från utredningen "Vårdens ägarformer – vinst och demokrati" (SOU 2003:23).

En central del i underlaget spelar det arbete som bedrivs mellan Medicinska Fakulteten vid Lunds Universitet, Region Skåne samt de båda universitetssjukhusen i Lund och Malmö i syfte att stärka samarbetet mellan forskning, utbildning och hälso- och sjukvård. Arbetet har dokumenterats i tre rapporter.

## Uppdraget som universitetssjukhus

Den komplexitet som kännetecknar universitets-/regionsjukhusen som helhet och de olika verksamheterna inom dessa kan vara svår att beskriva. Uppdraget för universitetssjukhusen är att parallellt producera sjukvård, forska, utbilda och utveckla. Som regel genomförs de olika delarna samtidigt, sida vid sida, inom sjukhusens kliniker och laboratorier. Komplexiteten ligger i att det är två olika huvudmän, staten och lands-

tingskommunerna, som har det yttersta ansvaret för olika delar i uppdraget. På denna gemensamma arena som universitetssjukhusen utgör, möts de med olika styrsystem, ledningsorganisation, mål och kulturer. Båda är beroende av varandra, men har samtidigt skilda förutsättningar och drivkrafter bakom sina uppdrag vilket ställer särskilda krav för att åstadkomma gemensamma kraftsamlingar.

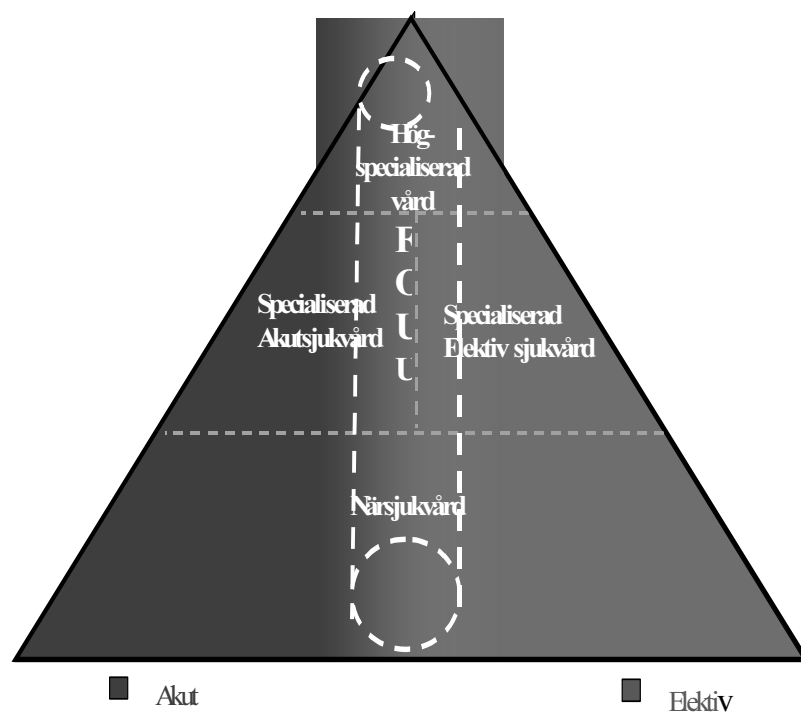
Kortfattat kan de olika delarna i universitetssjukhusens uppdrag sammanfattas enligt följande:

### **Hälso- och sjukvård**

Universitetssjukhusen ska bedriva vård inom alla nivåer, både akut och planerat. Uppdraget innefattar specialiserad vård som kräver särskilda insatser samt större tekniska och personella resurser än sjukvården i övrigt. Den högspecialiserade vården är riktad till små sjukdomsgrupper med särskilt svåra problem och har patienter i en eller flera sjukvårdsregioner som upptagningsområde. Verksamheten riktar sig också till vård av patienter med sjukdomar som kräver tillgång till specifik kompetens, och team med olika specialistkompetens, i kombination med avancerad medicinsk-teknisk utrustning.

Begreppet närsjukvård används allt oftare för att beskriva den vård som befolkningen har behov av att ha tillgång till på nära håll. Ännu finns ingen allmänt vedertagen definition. En vanlig beskrivning är att närsjukvården består av den kommunala hälso- och sjukvården, primärvården och basal öppen och sluten sjukhusvård. Närsjukvården bygger på ett tätt samarbete mellan de olika vårdgivarna. Universitetssjukhusen tillgodoser den lokala befolkningens behov av närsjukvård.

## Universitetssjukhusets uppdrag



Källa: Skånsk Livskraft - vård och hälsa

Till universitetssjukhusens uppdrag hör att vara den s.k. sista länken i vårdkedjan, vilket innebär att när andra vårdgivares möjligheter att erbjuda vård är uttömda ska universitetssjukhusens särskilda resurser tas i anspråk. Universitetssjukhusen ska också svara för att överföra kompetens till andra vårdgivare och intressenter utanför den direkta vården samt sprida nya metoder för utredning, diagnostik, behandling och rehabilitering så snart de

är tillräckligt etablerade och med fördel kan tillämpas utanför universitetssjukhusen. De ska också utvärdera gamla metoder och vid behov medverka till att de avvecklas.

## Utbildning

Utbildningsuppdraget innebär enligt hälso- och sjukvårdslagen krav på sjukvårdshuvudmannen att ansvara för att personalens kompetens upprätthålls genom adekvat utbildning av framtida personal och genom specialistutbildning och kompetensutveckling av redan anställda.

Under de senaste åren har de medellånga vårdutbildningarna växlat huvudmannaskap från landstingen till staten. De medicinska fakulteterna vid universiteten samt högskolorna är numera ansvariga för dessa utbildningar. En strävan är att integrera de medellånga vårdutbildningarna i den akademiska miljön. För sjukvårdshuvudmännen innebär denna förändring vidgade behov av samverkan ur olika perspektiv och som regel samarbete med fler utbildningsinstitutioner både vid universitet och högskolor.

Vid universitetssjukhusen bedrivs

- grund- och specialistutbildning av bl.a. arbetsterapeuter, biomedicinska analytiker, logopeder, läkare, sjuksköterskor och sjukgymnaster
- allmäntjänstgöring och specialisttjänstgöring för läkare
- utbildning av forskare
- kompetensutveckling riktad till alla yrkesgrupper

De olika uppdragen och de ekonomiska ersättningarna mellan huvudmännen regleras genom avtal/överenskommelser på såväl nationell som regional/lokal nivå.

På många håll har det visat sig att den utbildning som idag bedrivs inte uppfyller de krav på kompetens hos färdigutbildad arbetskraft som sjukvårdshuvudmännen har. Behoven har därför ökat på att sätta in särskilda åtgärder med fördjupad introduktion för att nyanställda ska fungera i sina yrkesroller. Ett tydligt

tecken på denna utveckling är att det byggs upp utbildningsavdelningar/enheter där studenter från olika utbildningar får möjligheter att utveckla sina färdigheter och få tidig erfarenhet av samverkan och teamarbete. Enheterna byggs ofta upp tillsammans med universitet och högskolor. De fråntar inte betydelsen av att sjukvårdshuvudmännen kontinuerligt tydliggör för utbildningshuvudmannen vilka krav som måste ställas på utbildningarna för att de ska svara mot vårdens behov.

## Utveckling

Sjukvården har tillsammans med staten fr.o.m. 1997 ett lagstadgat ansvar (HSL § 26 b) för den mer patientnära forskningen och utvecklingen samt för folkhälsovetenskaplig forskning. Den utveckling som skett under de senare åren har i huvudsak skett inom respektive sjukvårdshuvudmans egen organisation. I ett fåtal fall har viss samordning skett inom de olika sjukvårdsregionerna.

Utveckling definieras på olika sätt och upplevs ibland som otydligt i förhållande till vad som är forskning. Det finns en gränzon mellan begreppen som medverkar till gränsdragningsproblemet mellan de båda huvudmännens ansvar. Till utveckling hänför vi som regel arbete som rör metod- och produktutveckling, utvärdering av medicinsk praxis samt kunskapsöverföring och kliniska läkemedelsprövningar.

## Forskning

För att tydliggöra forskningsuppdraget i förhållande till utvecklingsuppdraget finns ett antal kriterier som ska vara uppfyllda för att aktiviteten ska räknas som forskning:

- sökande efter ny kunskap
- initial kvalitetsgranskning inom det program som projektet tillhör
- forskningsprogram och arbetsplan ska finnas



- godkännande av forskningsetisk kommitté i förekommande fall

Det finns inga entydiga definitioner av olika typer av forskning. Nedan följer ett sätt de kan beskrivas på:

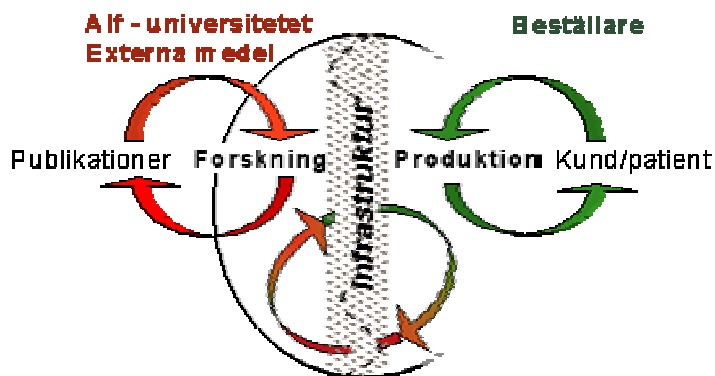
Till "*grundforskning*" räknas forskning som syftar till att öka förståelsen för biologiska strukturer och funktioner.

Till "*klinisk forskning*" räknas sjukdoms- eller hälsoorienterad forskning som behandlar ett kliniskt problemområde. "*Patientnära klinisk forskning*" är sådan forskning om ett sjukdoms- eller omvårdnadsproblem som sker i nära kontakt med patienter eller försökspersoner. "*Icke patientnära klinisk forskning*" är forskning som inte sker i nära eller återkommande kontakt med patienter eller försökspersoner. "*Epidemiologisk forskning*" omfattar orsaker till och fördelning av hälsorelaterade faktorer i en population samt användande av resultaten i kontrollerande eller hälsoförebyggande syfte.

"*Omvårdnadsforskning*" är som regel patientnära. Dess betydelse för vårdens samlade kvalitet uppmärksammas i dag särskilt inom vården av äldre. Forskningen bygger ofta på vardagsnära problem som lyfts fram i samband med kvalitetsarbete och kompetensutveckling. Mer sällan kopplas omvårdnad till högspecialiserad vård. I det fortsatta arbetet med att stärka samverkan mellan vård och universitet spelar vårdforskningen en viktig roll också inom den högspecialiserade vården, där teknisk utveckling och medicinsk forskning av tradition haft en mer framskjuten plats. Det bör finnas en potential i att knyta medicinsk patientnära forskning och omvårdnadsforskning närmare varandra.

Genom den gradvisa splittringen mellan vård och forskning försvagas kraften som ligger i att kunna ta tillvara den gemensamma potential för innovationer som skapas när vård och forskning bedrivs i samma miljö. Det gäller också möjligheten att snabbare omsätta resultaten av forskningen i patientvården.

## Infrastruktur för forskning



Källa: Region Skånes merkostnadsutredning

### Relationen mellan forskning och produktion

#### Statlig nivå

##### *ALF*

Avtalet om läkares utbildning och forskning, ALF, innebär att regioner och landsting med universitets-/regionsjukhus ersätts av staten, s.k. "intrångs"-/merkostnads ersättning, för att sjukvårdens resurser, i form av personal, lokaler, utrustning, material m.m, utnyttjas för såväl grundutbildning till bl.a. läkare som till forskning. Medlen kanaliseras till regionerna/landstingen och de olika universitetssjukhusen, via universitetet, enligt principer som fastställts i lokala ALF-avtal. Forskarna ansöker om anslag till sina projekt, vilka prioriteras vetenskapligt av en särskild kommitté. Prioriteringen fastställs efter samråd mellan sjuk-

vårdshuvudmännen. Formerna för samråd i anslutning till fördelning av ALF-frågor varierar.

I de lokala avtalen är också medel avsatta för den infrastruktur som krävs på universitetssjukhusen som stöd för att upprätthålla god forskning och utbildning.

Det centrala ALF-avtalet har sagts upp och ett förslag till nytt avtal förhandlas för närvarande.

### Landstings-/regionnivå

Samverkansformerna skiftar dels beroende på de lokala ALF-avtalens utformning, dels beroende på historisk utveckling hos huvudmännen. I en del landsting/regioner är samverkan starkt reglerad, i andra bygger den på mer begränsad reglering. De landsting som har universitetssjukhus är som regel representerade i respektive fakultetsstyrelse. I flera landsting finns politiska organ alternativt samrådsgrupper med särskilt ansvar för forsknings- och utbildningsfrågor.

På flera håll pågår för närvarande ett gemensamt arbete med att ta fram en policy för forskning mellan de båda huvudmännen. De kan tjäna en viktig roll för en fortsatt positiv utveckling av relationerna mellan universitetssjukvården och forskningen.

Inom samtliga landsting/regioner med universitetssjukhus finns särskilda regionala anslag dels för FoUU-insatser och dels för infrastrukturen som fordras för att kunna bedriva forskning. Det finns ibland även medel för icke direkt patientrelaterade s.k. ”sista-länken”- uppdrag knutna till den högspecialiserade vården. Anslagen kan också avse att täcka kostnader för utökad jour, beredskap och konsultverksamhet samt fort- och vidareutbildning inom högspecialiserad verksamhet. Dessa uppdrag ersätts ofta inte fullt ut via gängse ersättningssystem. Inom många sjukvårdsregioner finns avtalat om viss samfinansiering för denna typ av verksamhet.

## Sjukhusnivå

Sjukhuscheferna ingår ofta som fullvärdiga eller adjungerade ledamöter i medicinska fakulteternas styrelse.

På universitetssjukhusen finns som regel en särskild chefläkare alternativt bitr. sjukhusdirektör för att möta upp sjukhusledningens ansvar och stöd för FoUU-uppdraget. Till rollen knyts vanligtvis en administrativ enhet med uppdrag att handlägga de landstingskommunala/regionala forskningsmedlen och därtill kopplade merkostnader för bl. a infrastruktur och ”sista länken”-kostnader knutna till universitetssjukhusens specifika uppdrag inom högspecialiserad vård.

Samråd sker mellan företrädare för landstingen, universitetssjukhusen och medicinska fakulteterna på olika nivåer.

## Verksamhets-/kliniknivå

Samverkan på denna nivå bygger ofta på lokala förutsättningar och är mestadels av informell karaktär. Utformningen varierar från klinik till klinik bl.a. beroende på i vilken mån indelningen i institutioner och verksamheter/kliniker stämmer överens.

Andra faktorer som har betydelse är vilken roll verksamhetschefen har inom universitetet och intresset hos universitetets företrädare för den kliniska verksamheten. Inom flera verksamheter ingår akademiska företrädare i ledningsgruppen. Det kan vara ett sätt att bygga vidare på för att formalisera samarbetet.

Professorer, universitetslektorer, studierektorer och kliniska lärare har kombinationstjänster, vilket innebär att de tjänstgör både vid universitetet och sjukhuset. Huvudarbetsgivare är universitetet.

## Utblickar utanför Sverige

### Holland

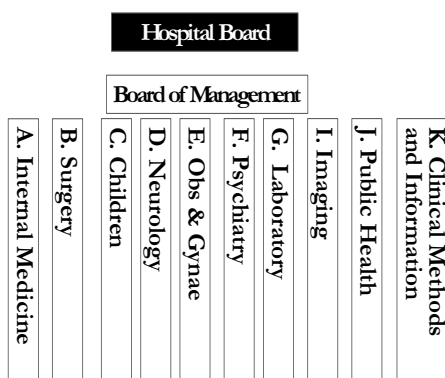
I Holland har utvecklats en modell för integration mellan ledning av forskning, utbildning och sjukvård. Organisationen illustrerar betydelsen av organisatorisk utveckling och samordnad strategisk planering.

Modellen innebär att sjukhusklinikerna och utbildnings- och forskningsinstitutionerna inom medicinska fakulteterna är sammanfogade i en gemensam matrisorganisation:

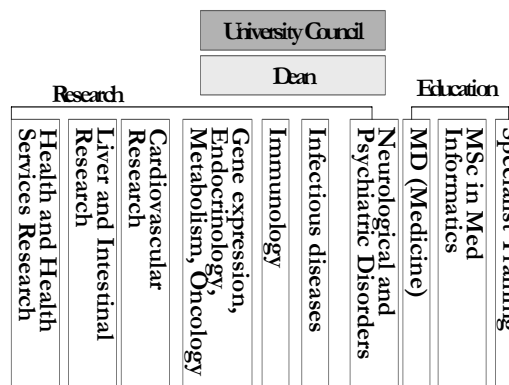
Först reorganiserades sjukhuset:

Därefter reorganiserades universitetet:

**Figure 2a: The matrix model from Amsterdam AMC first the hospital reorganised**

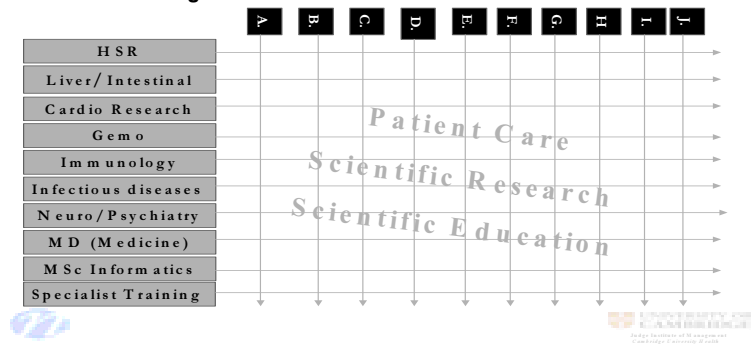


**Figure 2b Then the university organised itself into research and educational institutes**



Slutligen skapades en gemensam matrisorganisation:

**Figure 2c: after a year the new structures came together in a matrix structure**



Källa: Tom Smith, Research Associate, Judge Institute of Management, Cambridge University and the Nuffield Trust, UK

## Danmark

Hälso- och sjukvården i Danmark bedrivs i huvudsak av amten och kommunerna. År 1995 bildades Hovedstadens Sygehusfælleskab (H:S) som har ansvar för verksamheten vid sjukhusen i Köpenhamns och Fredriksbergs kommuner. Amten har ansvar för sjukhusväsendet sedan ca 30 år tillbaka. De utarbetar fleråriga sjukhusplaner som används för att fastlägga ramarna för utvecklingen av sjukhusvården inom sina områden: Fysiska ramar, fördelning av specialiteter, utvecklingsprojekt m.m. Balansen mellan lokalsjukhus, specialiserad vård och kvalitet avvägs i sjukhusplanerna. De ekonomiska ramarna och konsekvenserna behandlas i budgetarna som, med undantag av investeringsbudgetarna, i princip är ettåriga. På nationell nivå koordinerar Sundhedsstyrelsen planerna. Hälso- och sjukvården finansieras av amtsskatter och statliga anslag. Planeringen av den högspecialiserade vården leds av Sundhedsstyrelsen som avgör var den ska bedrivas utifrån kriterier om bl.a. vårdbehov, hur komplicerad vården är samt kostnader.

Hur kopplingen mellan universitet och universitetssjukhus är uppbyggd har inte varit möjlig att få fram i dokumenterad form under denna arbetsprocess. Enligt uppgift finns dock flera likheter med Sverige. Kombinationstjänster finns inrättade på universitetssjukhusen och särskilda avtal reglerar grundutbildningen av läkare.

Forskningen finansieras huvudsakligen från amten, privata fonder och vissa anslag från staten.

Regeringen tillsatte i början av år 2002 ett rådgivande utskott inom hälso- och sjukvårdsområdet som ska lägga fram förslag till förbättringar inom vårdområdet. Utskottet har i början av år 2003 framlagt en rapport med förslag till reformer på sjukhusområdet, och inom dessa olika förslag till modeller för den politiskt- administrativa strukturen. I uppdraget har ingått att beskriva, värdera och lägga förslag till reformer och förändringar av sjukhusväsendets struktur, finansiering och styrning samt samarbetet mellan privat och offentlig vård. Syftet är att uppnå ökad effektivitet, kortare väntelistor, säkra kvalitet, innovation och lyhördhet till patienternas önskemål och förväntningar. Avsikten är också att på kort sikt åstadkomma bättre utnyttjande av resurserna.

### **Svagheter i dagens system**

Komplexiteten finns i gränssnittet mellan universitetens och universitetssjukvårdens uppgifter. Gränssnittet har beskrivits som det område där nutiden möter framtiden. Vården är alltför upptagen av att lösa dagens problem kortsiktigt, medan universiteten är mer inriktade på att arbeta med framtidsfrågor. Det krävs nya sätt för att återskapa och ta tillvara den dynamik som ligger i en miljö där nutid och framtid möts från två olika håll.

## Landstings-/regionnivå

Det strategiska värdet av ett djupare samarbete mellan universitet/högskolor och landsting/regioner är otydligt. Ett effektivt samarbete bygger på ett sammanhållet system, som efterfrågar både kliniskt arbete, forskning och utbildning. Idag saknas ett sådant system och det är en utmaning att skapa det inom ramen för nuvarande ansvarsfördelning mellan olika huvudmän.

På den politiska nivån är intresset för universitetssjukhusen och deras särskilda roll i sjukvården som regel störst bland dem som är ledamöter i regionvårdsnämnderna. I större landsting/regioner är detta ett problem eftersom det krävs engagemang från fler politiker på ett bredare plan. När resurserna är otillräckliga uppstår lätt en konkurrens mellan övriga sjukhus och universitetssjukhusen, som uppfattas dyra vid jämförelser med mindre sjukhus.

De nybildade regionerna har utvecklingsansvar inom fler områden än hälso- och sjukvård. Det finns en tendens att se de olika områdena skilda från varandra, istället för att utnyttja möjligheterna av att stärka sambanden. Detta innebär i tider av knappa resurser att det finns en risk att prioriteringar tillgrips som kan medföra negativa effekter för helheten.

Ett stort antal landsting styr idag sin verksamhet efter s.k. beställar- utförarmodell. Beroende på hur modellen har utvecklats finns olika uppfattningar om hur den påverkar universitetssjukhusens förutsättningar att vidmakthålla och utveckla den infrastruktur som krävs för att fullgöra sina sammansatta uppdrag. Modellen kan riskera att styra verksamheten strikt för att optimera sjukvårdsproduktionen, vilket förflyttar uppmärksamheten bort från uppdragen att forska och utbilda. Drivkraften hos beställarna att satsa på forskning varierar beroende på vilket uppdrag de har. I en del landsting är beställarfunktionen gemensam för hela området, i andra finns lokala beställare för allt utom forskning och utbildning. När beställarfunktionerna splittras på flera plan finns en risk att betydelsen av att hålla samman universitetssjukhusens olika uppdrag, och den infrastruktur dessa förutsätter, går förlorad. Universitetssjukvårdens roll som motor



i vårdens utveckling inom den högspecialiserade vården försvagas då påtagligt.

### Sjukhusnivå

Någon tydlig definition av vad som utmärker ett universitetssjukhus finns inte. Undervisning är inte enbart en uppgift för universitetssjukhusen och forskning bedrivs även inom andra delar av vården. Avsaknaden av definition av universitetssjukhusens uppdrag har inneburit att drivkraften att utveckla och ta ansvar för forskning och utveckling inom den högspecialiserade vården har avtagit hos landstingen.

Den spänning som finns i gränssnittet mellan universitetens och universitetssjukhusens huvuduppdrag har både strukturell och kulturell karaktär. Universitetet och universitetssjukhusen styrs på skilda sätt. Företagskulturen hos de båda huvudmännen är olika och kan vara svåra att förena. Tidigare var klinikcheferna ofta akademiskt meriterade och tillika professorer. Utvecklingen av de båda rollerna har under de senaste decennierna försvårat möjligheten att förena uppdragen på ett bra sätt, eftersom båda även var för sig är mycket krävande. Det har också blivit allt svårare att kombinera roller i praktisk vård med att forska och medverka i utbildning. I takt med att utvecklingen drar åt olika håll inom vården respektive forskningen försvåras förutsättningarna för den enskilde individen att fullgöra båda delarna.

En tendens är att den högspecialiserade vården håller på att suddas ut genom att den sprids ut på alltför många sjukhus. Det saknas idag krav från staten och landstingen på volymer, kvalitet, kompetens och andra kriterier som ska vara uppfyllda för att ett sjukhus skall upphöjas till universitetssjukhus. Riksövergripande samordning av den högspecialiserade vården har hittills visat sig svår att genomföra på frivillig grund, trots att det rör sig om mycket begränsade volymer vård. Enskilda landsting, sjukhus och individer klassificerar vad som är högspecialiserad vård och avgör på egen hand var och av vem den ska bedrivas. Verksamheten byggs upp utan hänsyn till storleken på patientunderlag

och baseras på ett fåtal specialister. Stora risker finns för suboptimering inom såväl enskilda landsting som riket som helhet. När vården bygger på enstaka individers kompetens finns en risk för att det försvårar den kunskapsutveckling som långsiktigt krävs för att vården skall vara av hög klass både nationellt och internationellt. Sveriges befolkningsunderlag är för litet för att alla sjukhus skall uppnå den "kritiska massa" som krävs. Resurserna behöver istället samlas genom att den högspecialiserade vården koncentreras mer än vad som görs idag. Även på kort sikt riskerar en för stor spridning av högspecialiserad vård leda till svårigheter att knyta tillräckligt med kompetens till sjukhusen. Det leder bl.a. till problem med att upprätthålla en medicinskt säker jourorganisation.

Den sjukvårdspolitiska debatten har framförallt handlat om vårdens struktur, väntelistor och inte minst ekonomi. Förändringar av länsdelssjukhusens inriktning och innehåll, nedläggning av förlossningsavdelningar och andra förändringar som upplevts som synbara försämringar hos allmänheten har väckt starka reaktioner. Inom hälso- och sjukvårdens egna väggar har uppmärksamheten riktats mot nya organisationsformer, fusioner, ekonomiska styrsystem, minskning av vårdplatser, brist på personal och ökade ohälsotal hos de anställda. Kraven skärps på hälso- och sjukvården att möta de behov som följer av att andelen äldre ökar och att den medicinska utvecklingen erbjuder fler och nya möjligheter till diagnostik och behandling. Samtidigt förväntas högre tillgänglighet, kostnadseffektivitet samt att kvalitet och resultat redovisas mer genomgående och systematiskt än hittills. Kortsiktiga problem som kan gälla bemanning, brist på vårdplatser och köer har fått till följd att otillräcklig kraft läggs på forskningen.

Ekonomi är en faktor av betydelse för att stärka samverkan mellan två huvudmän. En balanserad ekonomi ökar möjligheten att göra gemensamma satsningar i infrastruktur och att skapa det utrymme som krävs för att gränsområdet mellan utveckling och forskning ska finansieras. De nuvarande styr- och ersättningsystemen innehåller inte incitament som med automatik stödjer

den utveckling som behövs för att få en effektiv högspecialiserad verksamhet i vårt land. När all forskning i princip blivit konkurrensutsatt och landstingens ekonomi parallellt försämrats har ekonomin begränsat möjligheterna för utveckling. De resurser som flera landsting tidigare riktade till läkare med s.k. LUS-tjänster vid universitetssjukhusen innebar att en viss del av tjänsterna innefattade tid för utveckling och forskning. Under det senaste årtiondet har denna del praktiskt taget försvunnit genom en ändring av strukturen som innebär att all klinisk forskning som finansieras genom ALF-systemet är konkurrensutsatt. Detta gynnar större forskningsgrupper. Därmed har det också blivit svårare att ge stöd åt att utveckla idéer som eventuellt kan leda till framtida viktig forskning. Ett problem som blivit alltmer uppenbart under senare år med delad ekonomi mellan universitet och universitetssjukvård är att båda parter har en ytterst ansträngd ekonomi. Mycket energi tvingas därför läggas på förhandlingar och strikt ekonomiska frågor.

Både forskningsföreträdare och verksamhetschefer önskar att det finns en närhet mellan klinik och forskning. Det framhålls att den tidigare närheten historiskt har varit en framgångsfaktor för svensk medicinsk forskning. Särskilda ansträngningar krävs för att skapa förutsättningar för interaktion mellan klinisk och preklinisk forskning och att omsätta ny kunskap till kliniskt bruk. Forskarutbildning för läkare kan ha två syften. Ett är att den bidrar till en ökad kvalitet och kompetens hos kliniskt verk-samma läkare som inte fortsätter på forskarbanan. Ett annat syfte är att den kan vara början på en fortsatt karriär som innefattar en kombination av klinisk verksamhet och forskning. Sist-nämnda kategori utgör en väsentlig länk mellan mer experimen-tell forskning och kliniska frågeställningar samt kliniskt inriktad forskning.

Omvärlden uppfattar inte alltid någon nytta med att ha ett universitetssjukhus i sin närhet. Universitetssjukhusen tycks inte tillräckligt tydligt ha visat vad övriga delar i vården får tillbaka genom den forskning och utbildning de bedriver. Effekterna av minskad satsning på forskning och utveckling är inte omedelbart

lika synliga som andra förändringar i vården och vållar därför inte samma starka debatt hos politiker, chefer och fackliga organisationer. För lokala landstingspolitiker och anställda inom läns- och länsdelssjukhusen uppfattas inte sällan universitetssjukhusen och den högspecialiserade vården ställa oskäligt höga krav på resurser som anses behövas för att vidmakthålla sjukvårdsstrukturen i övrigt. Med fortsatt ambition att finansiera hälso- och sjukvården solidariskt, utan att öka uttaget av skatter, är det nödvändigt att ta ställning till vilken roll universitetssjukhusen skall spela i den svenska sjukvården och hur den bäst bör styras.

### **Universitets- / fakultetsnivå**

Forskningen är, som tidigare nämnts, till stor del konkurrensutsatt. Det ställer striktare krav på tillgång till en "kritisk massa" individer/patienter vilket gynnar större forskargrupper. Nästan alla anslagsgivare till forskning, såväl från den privata och den statliga sidan, har någon form av aktivitetsrelaterad ranking i samband med att man prioriterar olika former av anslag.

Forskarnas karriär är beroende av resultat som kan leda till internationella publikationer. En fokusering på detta "betalar sig" bra genom ökad tilldelning av prioriterade forskningsmedel från såväl statliga som privata finansiärer. De senare administreras i huvudsak efter samma prioritering som universitetens fonder. Forskarnas tidshorisont handlar ofta om vad som är möjligt på 10-15 års sikt, medan vårdens perspektiv och upplevda behov oftast ligger betydligt närmare i tid.

### **Faktorer som påverkar universitetssjukvården regionalt och lokalt**

Flera faktorer kan ha bidragit till att klyftan mellan forskning och vård på regional och lokal nivå har ökat:

### **Decentraliserat ansvar i kombination med svag styrning**

Hälso- och sjukvården är starkt decentraliserad. Varje landsting ansvarar för planeringen av vården inom sitt område. Samverkans-/regionvårdsnämnderna har ansvar för att samordna den högspecialiserade vården, men kan i praktiken inte självständigt besluta om vilken vård som ska bedrivas vid olika sjukhus. Någon egentlig styrning sker heller inte på nationell nivå via Socialstyrelsen. Ansvaret för strukturen vilar helt på landstingen/regionerna. Patienterna kan dessutom i högre grad än tidigare göra egna val var de önskar bli vårdade. Decentralisering och möjligheten att fritt välja vårdgivare är i grunden positivt. Det bidrar till ökad flexibilitet, stimulerar innovationer och ökad produktivitet. Samtidigt ställer decentralisering höga krav på tydliga riktlinjer och ramar för att säkerställa att övergripande sjukvårdspolitiska mål uppnås som rör kvalitativa resultat och ekonomisk effektivitet.

### **Polarisering mellan de olika huvuduppgifterna motverkar gemensamma mål**

Universiteten och universitetssjukvården har skilda huvuduppgifter. Delar av uppgifterna ligger inom ett gemensamt område där det finns ett ömsesidigt behov av integration. Under senare år har det snarare skett en motsatt utveckling. Universiteten har som mål att bedriva obunden forskning för att söka ny kunskap. Hälso- och sjukvården har behov av att lösa kliniska frågeställningar, vilket framöver kommer att kräva en större satsning från sjukvårdshuvudmännens sida. Det är inget nytt. Förändringen är att ny kunskap idag inte lika ofta som tidigare utgår från frågor som har nära samband med kliniska problem. Nya kunskapsområden har vuxit fram utanför och i gränslandet till det klassiskt medicinska som öppnar helt andra vägar att förebygga, attackera och lösa frågeställningar som rör hälsa och sjukdom. Ett exempel är forskning på stamceller, andra är genetik, kemi och tumörbiologi. När fältet att forska därmed vidgats och forskningen

samtidigt till stor del blivit konkurrensutsatt, utan att den samlade volymen resurser påtagligt ökat, har den patientnära forskningen relativt sett fått stå tillbaka.

### **Inga tydliga fördelar av samverkan**

Det saknas tillräckliga incitament och motivation inom universitetssjukhusen som stöder forskning. Utrymmet för forskning i vården har minskat. Brist på tid och pengar anges ofta som de starkaste skälen. Universitetssjukhusen uppträder som "värdar" för forskningen som en annan huvudman, staten, är ansvarig för. Forskning underlättar inte självklart karriär vare sig för kliniker eller forskare. Bristen på personal förstärker detta. Den enskilde forskaren disponerar inte självständigt sin tid utan kombinerar ofta forskning och kliniskt arbete. Är den kliniska verksamheten pressad riskerar forskningen att komma i andra hand.

### **Delat ledarskap**

Det delade ledarskapet ställer krav på att det formuleras gemensamma mål och att det utvecklas arbetsformer som stöd för att uppnå dessa. Företrädarna för universitet och medicinska fakulteter uppfattas mer fokuserade på forskning som syftar till ökad kunskap på ett bredare plan än på klinisk nytta på kort sikt. På omvänt sätt har verksamhetscheferna även på universitetssjukhusen mest fokus på den direkta vården.

Ledarskapet hos båda huvudmännen förutsätter ett starkt engagemang för varandras verksamhet i sin helhet. Bäst förutsättningar för detta finns med forskare som har klinisk bakgrund och verksamhetschefer med vetenskaplig skolning och forskning i bakgrunden.

## Skilda kulturer

De olika kulturer som kännetecknar universitet, högskolor och universitetssjukhus behöver överbryggas för att samverkan mellan de olika huvudmännen inte ska försvåras och öka klyftan ytterligare mellan de olika delarna. Ett sätt kan vara att skapa gemensamma miljöer för forskare och anställda som huvudsakligen arbetar kliniskt i vården. I sådana miljöer kan grunden läggas till delvis gemensamma värderingar och ökad insikt om det ömsesidiga beroendet för att bedriva både framgångsrik forskning och utveckla den praktisk sjukvården.

## Avsaknad av gemensamma forum för kommunikation

Broar behöver byggas mellan både forskare och de som är verksamma i den direkta patientvården. Den naturliga dagliga kontakten mellan forskning och vård ska inte underskattas. Öppna diskussioner behövs och en miljö som stimulerar till ömsesidigt utbyte av kunskap och erfarenheter. Det är en viktig uppgift för både verksamhetschefer, prefekter m.fl. att skapa förhållningsätt som tillåter växelvisa insatser både inom vård, forskning och utveckling.

## Tankar inför framtiden

Här följer rent personliga reflektioner. Syftet är främst att ge associationer för det vidare arbetet med projektet.

## Plattform och definition

Universitetssjukhusen behöver en tydligare plattform för att Sverige långsiktigt ska stärka sin position att kunna tillhandahålla effektiv högspecialiserad vård, utbildning och forskning. Förutsättningen är ett uttalat stöd på nationell nivå. Det måste också

finnas ett övergripande system som gör att universitetssjukhusen får en tydlig identitet.

Forskning och utbildning bedrivs i alla delar av hälso- och sjukvården, vilket är nödvändigt för att vårdkedjan i sin helhet ska utvecklas. Samtidigt behöver universitetssjukhusens roll definieras distinkt och avgränsas mot övrig vård. Definitionen har naturligt sin utgångspunkt i de tre delarna i det integrerade systemet vård, forskning och utbildning. Andra viktiga grundkrav handlar om stabil infrastruktur, förutsättningar för återväxt och kompetensmässig förnyelse samt en långsiktig strategi för forskning och utveckling.

En rad frågor behöver belysas för att definitionen ska bli tydlig. Måste universitetssjukhusen vara fysiskt identifierbara sammanhållna enheter? Är universitetssjukvård en mer ändamålsenlig beteckning än universitetssjukhus? Ett skäl skulle kunna vara att flera sjukhus kompletterar varandra genom olika profiler inom den högspecialiserade vården och forskningen. Tillsammans bildar de ett universitetssjukvårdssystem. En annan anledning kan vara att universitetssjukvård i vissa delar kan bygga på en virtuell struktur med avancerade medicinska tjänster som tillhandahålls genom utvecklad telemedicinsk informations- och kommunikationsstruktur. Den fråga som då reses är hur den nödvändiga infrastrukturen skapas och hålls samman?

Universitetssjukhusen är unika jämfört med de flesta andra delar av samhället och näringslivet. Yrkesverksamma, studenter och forskare finns samlade i en miljö som i flera avseenden är integrerad. Framtida möjligheter handlar om att tillvara denna potential ännu bättre genom att skapa större utrymme att kombinera olika kompetenser, inom forskning såväl som praktisk vård, och att hitta nya samverkansformer både inom och utanför vården som gynnar utvecklingen. Det direkta målet är ytterst ökad hälsa, men samtidigt skapar vård och forskning tillsammans ökad tillväxt inom branscher utanför den direkta vården. Drivkraften är de stora behoven av produkter och tjänster som krävs för att effektivisera och förbättra vården.



## Handlingsplan

Till plattformen för universitetssjukhusen hör en handlingsplan med strategier för hur dessa ska uppnås.

Som grund för en handlingsplan behövs en målbild för universitetssjukvården. Den ska på ett enkelt och tydligt sätt visa var universitetssjukvården ska befinna sig inom en viss tidshorisont. Den ska också ge överblick och vägledning för hur resurser kan fördelas och utvecklas på ett optimalt sätt. Utgångspunkter är bl.a. demografi och vårdbehov. Villkor och riktlinjer bör exempelvis belysa frågor om Sverige har förutsättningar att vara ledande inom alla delar av den högspecialiserade vården och forskningen som är kopplad till denna, eller om det är mer framgångsrikt att satsa på områden där vårt land ligger särskilt långt framme och bedriver spetsforskning? Även frågor som rör vilka incitament som behövs för att öka motivationen för unga läkare och andra yrkesgrupper i vården att forska är viktiga att lyfta fram?

I målbilden ska också ingå grundkraven för ett universitetssjukhus, t.ex. kopplingen till universitet och medicinsk fakultet.

### Hur ska universitetssjukvården styras och finansieras?

Ett problem är att många diskussioner om ökad integrering relateras mer till organisation än till den gemensamma uppgiften. Frågan är om en i grunden ändrad politisk struktur och finansieringsform kan säkra universitetssjukvårdens och den högspecialiserade vårdens utveckling. Mycket talar för att förbättrad styrning inte i första hand löses med organisatoriska medel, utan med krav på kompetens/resultat och att det finns tillräckliga resurser. Huvudmannaskapets makt är kopplat till möjligheten att styra med resurser och att följa upp. Ett sätt att stärka universitetssjukhusen/vården kan vara att bibehålla det regionala huvudmannaskapet i kombination med ett ökat statligt inflytande. Därigenom kan universitetssjukhusens uppdrag tydliggöras och universitetssjukvården hållas samman som ett system på natio-

nell nivå. De ekonomiska insatserna bör stärkas både från statligt och regionalt håll. Staten bör ta större ansvar för universitetssjukvården genom att ge riktade medel, ställa krav och följa upp resultat. Landstingen å sin sida bör använda de s.k. infrastrukturmedlen mer medvetet än idag för att styra. Infrastrukturmedlen kan skapa en motkraft mot de splittrade krafter som vardera finns inom den kliniska verksamheten och forskarvärlden. Olika beräkningar visar att det finns ett samband mellan medicinsk utveckling och ökade resursbehov. I den av Landstingsförbundet nyligen redovisade rapporten "Den medicinska utvecklingens konsekvenser för sjukvårdens resursbehov" beräknas nivån ligga på cirka två procent per år. Sjukhusen kompenseras idag inte för detta utan utrymme förutsätts skapas genom sänkta kostnader inom andra områden.

Frågan om i vilken mån det delade ansvaret mellan utbildningsdepartementets och socialdepartementets ansvar för forskning och utbildning respektive för hälso- och sjukvården försvårar möjligheten att sluta klyftan mellan universitet och universitetssjukvård måste ställas. Det är inte otänkbart att en samordning mellan universitetssjukvårdens tre uppdrag på departementsnivå skulle stärka förutsättningarna för att de svenska universitetssjukhusen, den högspecialiserade vården och till den kopplad forskning framgent ska finnas på ledande plats internationellt.

Det finns en möjlighet att se över regionindelningen och att stärka regionvårdsnämndernas vägledande och rådgivande funktion. Ett sätt är att respektive landstingsstyrelses ordförande och vice ordförande regelmässigt ingår som ledamöter i regionvårdsnämnderna. Det är väsentligt att nämndernas arbete uppfattas gynna ett "vinna-vinna" förhållande mellan både universitetssjukhusen och övriga sjukhus i regionerna. Universitetssjukhusen behöver i än högre grad än hittills medverka till att överföra och bygga upp kompetens för att säkra att specialistkompetensen upprätthålls i regionerna som helhet. Vården av regionpatienter vid universitetssjukhusen kommer även framöver att begränsas till ovanliga och särskilt komplicerade sjukdoms-

tillstånd för att erhålla bästa möjliga resultat och använda hus-hålla med specialistkompetens och andra tunga resurser på mest optimalt sätt.

### **Fokus på kvalitet och resultat**

Den medicinska resultatfokuseringen måste vidareutvecklas. Sverige har unika förutsättningar genom att alla individer har ett personnummer. Ett viktigt redskap i kvalitetsarbetet är de nationella kvalitetsregistren, som borde vara ett obligatorium för alla sjukhus att delta i. De ger värdefullt underlag till forskning och kvalitetsutveckling och kan också användas för olika typer av jämförelser mellan sjukhus. Eventuellt skulle de på sikt kunna knytas till ersättning för vissa typer av vård. Registren bör kopplas samman med krav på att sjukhusen ska uppnå tillräckligt goda resultat för att bedriva verksamhet inom ett specifikt område.

Andra sätt att stärka styrningen av universitetssjukvården kan vara att etablera riktlinjer för god klinisk vård, ”good clinical practice”. För detta krävs ett system som föreskriver vilka kriterier som ska uppfyllas. Här finns ett område som skulle kunna vara av gemensamt intresse att bygga upp mellan universitetssjukhus och universitet.

Åter andra sätt att bygga upp en kvalitetssäkrad universitetssjukvård kan vara att utveckla system för granskning genom s.k. ”medical audit” alternativt en form för ackreditering.

Oavsett vilket eller vilka system som används bygger de på att de ska vara gemensamma och obligatoriska för alla universitetssjukhus.

### **Ledning och organisation**

Åtminstone på kort sikt är det osannolikt att det finns förutsättningar att återföreina det sammanhållna akademiska och kliniska

ledarskapet vid universitetssjukhusen. Under optimala förhållanden vore det önskvärt.

Ledningen på lokal nivå bör i första hand inriktas mot att utveckla samverkansformerna. Ett sätt kan vara att i ännu högre grad arbeta i integrerade miljöer, andra att samverka i ledningsgrupper, bygga upp nätverk och använda de möjligheter som informationsteknologin rymmer. Gemensamma satsningar på kliniska områden och forskning inom dessa är av grundläggande betydelse. I den mån det är möjligt att bygga upp organisationer inom universitet respektive universitetssjukhus som har naturliga gemensamma gränssnitt mot omgivningen är det en styrka.

# Bilaga 5

## Utmaningar för styrning av den högspecialiserade vården

av

Arne Johansson, direktör  
Landstinget i Östergötland

# Utmaningar för styrning av den högspecialiserade vården

av Arne Johansson, direktör, Landstinget i Östergötland

## BAKGRUND

Ett särskilt projekt har inrättats inom regeringskansliet för att göra en översyn av den högspecialiserade vården. Syftet med översynen är att komma till rätta med vissa problem samt skapa en god utveckling och effektivare resursanvändning. Tidigare har motsvarande initiativ tagits via nationella handlings- och utvecklingsplaner för att stärka bassjukvården i landet – inte minst har tillgänglighet och valfrihet varit i fokus för dessa initiativ .

## VAD ÄR HÖGSPECIALISERAD SJUKVÅRD ?

Någon entydig definition av vad högspecialiserad vård är finns inte. Detta är naturligt då sjukvårdens innehåll snabbt förändras. En kontinuerlig förnyelse sker via utbildningsväsendet, specialistföreningar, samverkan inom regionerna samt inte minst den personliga fortbildningen via vetenskapliga artiklar, deltagande i symposier och forskningsprojekt. Med hänsyn till den allt snabbare kunskapsförnyelsen inom sjukvården så måste denna fråga om fortbildning uppmärksammas allt mer av huvudmän och statsmakter om vi ska en vård av världsklass. Det är självklart att arbetsgivaren, i samverkan med professionen, måste ta ett större ansvar för dessa frågor både vad avser finansiering och innehåll. Med det nybildade fortbildningsinstitutet har redan initiativ tagits i rätt riktning.

Normalt förstås med högspecialiserad sjukvård dels den riks-sjukvård som framgår av socialstyrelsens vårdkatalog samt dels den regionsjukvård som regleras via överenskommelse mellan landsting inom en sjukvårdsregion. Eftersom vi numer har tre landsting som

också till större delen kan sägas motsvara en traditionell sjukvårdsregion så minskar denna typ av definition i värde.

Den s.k. högspecialiserad vården definierad som rikssjukvård och regionsjukvård är relativt statisk i volym men förändrar innehåll kontinuerligt. Av den samlade sjukvårdskostnaden inom landstingen så utgör den mindre än 10 procent exklusive läkemedelskostnader. Den domineras av de kirurgiska specialiteterna:

- Neurokirurgi
- Thoraxkirurgi
- Hand-och plastikkirurgi
- Transplantationskirurgi
- Barnkirurgi
- Behandling av vissa tumörsjukdomar

Den sammanfattande bilden av den högspecialiserade sjukvården är att den är väl fungerande och har en god tillgänglighet jämfört med vissa delar av bassjukvården. Bakgrund till detta är den noggrannare kartläggning och uppföljning som sker av högspecialiserad vård i jämförelse med bassjukvården. Problemen med den högspecialiserade vården är förknippad med universitetssjukhusens ekonomiska problem samt koppling till den kliniska forskningen.

## HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS UTMANINGAR

Om en sjukvårdsorganisation ska ändras beror dels av hur den löser sina nuvarande uppgifter i förhållande till uppsatta mål dels vilka nya utmaningar som sjukvården står inför.

Kritiken mot vården är i första hand en kritik mot tillgängligheten. Däremot är merparten nöjda med kvalitet i service och behandling när de får tillgång till vård. De trender som kännetecknar förändringsarbetet inom sjukvården är:

- Utveckling av en samlad vårdprocess
- Förbättrad resultatuppföljning
- Kvalitetsarbete
- Utveckling av lednings-och styrsystem
- Förbättrad ekonomistyrning

Pågående utveckling innebär att de traditionella strukturerna ifrågasättes och ibland upplöses om än långsamt. Närsjukvårdskoncept

utvecklas där primärvård, öppen specialistsjukvård och vissa traditionella slutenvårdformer som vissa delar av internmedicinen, geriatriken samt rehabiliteringen samverkar inom en organisation i ett samlat vårdförlopp. Denna förändring är tydligast där det ej finns något stort sjukhus. Vägledande för denna förändring är befolkningens behov samt patientnytta och ej produktionsapparatens önskemål. En fortsatt utveckling i denna riktning är önskvärd då en av de stora utmaningarna är det ökade vårdbehovet i en åldrande befolkning. En lokal närsjukvård skapar möjlighet till samverkan med övriga lokala aktörer som kommun, försäkringskassa och arbetsförmedling.

De utmaningar som framtidens sjukvård står inför är:

- Fler äldre som behöver vård
- Allt snabbare kunskapsutveckling
- Nyare och bättre läkemedel
- Ändrade värderingar
- Medborgare med nya krav på bemötande och med bättre kunskaper

Sjukvårdens övergripande målsättningar kommer att förbli:

- Vård på lika villkor
- Vård av god kvalitet
- Ett effektivt resursutnyttjande
- Vård med god tillgänglighet
- Demokratisk styrning och kontroll
- Valfrihet

Svårigheten blir att parera utmaningar och mål inom en begränsad ekonomisk ram.

## UNIVERSITETSSJUKHUS

Den högspecialiserade vården är koncentrerad till universitetssjukhusen. Dessa har ett antal olika roller som gör dem till mycket komplexa organisationer att styra. De olika rollerna är:

- Lokalsjukhus
- Länssjukhus
- Regionsjukhus
- Utbildningssjukhus
- Forskningssjukhus



Hälso- och sjukvårdsorganisationen är en kunskapsorganisation. Detta skapar stora utmaningar i att utveckla en väl fungerande styrning. De professionella värderingarna tenderar att styra mer än den samlade organisationens mål. Till detta ska läggas den akademiska kulturen som finns inom universitetssjukhusen genom den symbios som finns mellan de medicinska fakulteterna och universitetssjukhusen. Komplexiteten är väl känd ifrån olika internationella studier. Fördelarna med samverkan mellan forskning, utbildning och sjukvården är så stora att de överväger nackdelarna med den stora komplexa organisationen.

Det pågår ett arbete inom universitetssjukhusen att tydliggöra de olika uppdragen. Detta måste fortsätta och följas av tydliga mål och resurser för uppdragen. Uppdragen måste följas upp vad avser resultat och resursförbrukning. Allt detta är självklarheter men fungerar ofta bristfälligt då bra it-stöd och dugliga ledare ofta saknas. Problemet med att styra en kunskapsorganisation där är att den egna specialitetens utveckling i regel är överordnad organisationens resultat. Jag tror inte att det är möjligt att förändra detta genom att ändra överordnade organisationsstrukturer till exempel att förstatliga universitetssjukhusen. Däremot behövs ökad kraft och forskning kring hur välfärdssystem bör ledas och styras. Allt för mycket av styrning inom hälso- och sjukvården hämtas i brist på annan kunskap från företagsekonomin.

## **UNIVERSITETSSJUKHUSENS ROLL INOM DEN HÖGSPECIALISERADE VÅRDEN**

Även om den högspecialiserade vården utgör en liten del av hela sjukvårdskostnaden så betyder den mycket för de enskilda universitetssjukhusen – mellan 10 och 30 procent av omsättningen. Den dominerande delen av detta är s.k. regionsjukvård. Kanske borde universitetssjukhusen på ett tydligare sätt betona sin roll som regionsjukhus – sista linjens sjukhus – och mindre sin roll som universitetssjukhus. Regionsjukhusets huvuduppgifter är att dels utgöra grund för ett antal specialiteter som ett enskilt landsting ej har underlag för att etablera, dels utgöra ett kompetenscentrum för regionens sjukvård.

Samverkan inom regionerna har förbättrats kring regionsjukvården även om bilden ej är helt entydig eller stämmer vid varje enskild tidpunkt. Till detta har flera faktorer bidragit. I flera regioner har etablerats fasta strukturer för forskningssamarbete. Överens-

kommelser finns om samarbete kring ST-utbildning och efterutbildning av lasaretsläkare Professionen från hela regionen medverkar aktivt i preciseringen av den högspecialiserade vården. En ökad respekt från universitetssjukhusens sida för den kompetens som finns hos länssjukhus samt inte minst en ökad insikt i att universitetssjukhusen är kompetenscentra i första hand och inte enbart en plats för att driva centraliserad högspecialiserad vård.

Den politiska samverkan kring universitetssjukhusen sker inom samverkansnämnderna – ett organ som är ett informations- och förslagsorgan. En fråga som bör tas upp till diskussion är om dessa organ skulle utvecklas för att ta ett större ansvar för hela sjukhusstrukturen inom en region. Arbetet inom de tre stora regionerna tyder så här långt inte på att arbetet med sjukhusstrukturen blir enklare med större regioner. Likväl bör denna fråga följas då utvecklingen med möjlighet till samverkan ökar i takt med it-stödets utveckling samt fortsatt minskad omfattningen av slutenvården för flera discipliner t.ex. ögon och öron. Andra discipliner som kan stärkas av en ökad integration är neurologi och reumatologi. Utvecklingen pekar mot ett ökat behov av integreringen av sjukhusvården inom regionerna.

Även om jag ovan påtalat ett allt bättre samarbete inom regionerna kring den högspecialiserade vården så skapar den ansträngda ekonomin svårigheter i de årliga ekonomiska överläggningarna.

Trots tankar kring universitetssjukhusens roll som kompetenscentrum är det svårt att hitta system för hur detta ska kompenseras ekonomiskt. Enligt min uppfattning är det nödvändigt och önskvärt att universitetssjukhusen får en mer uttalad roll i kompetensutveckling, kvalitets- och resultatuppföljningsarbetet inom regionen. Det finns olika vägar att förverkliga en sådan ambition.

Universitetssjukhusen skulle kunna drivas inom ramen för ett kommunalförbund mellan de olika landstingen. Detta kommunalförbund skulle få ett uppdrag att utveckla en tydlig organisation som tar ett ansvar för att det inom regionen drivs en sjukvård av hög och likvärdig kvalitet. Förbundet skulle också ha en aktiv roll inom metod- och kompetensutveckling. Det innebär inte att en ny stor organisation ska byggas upp. Arbetsformen bör vara projektorienterad och utnyttja basorganisationernas kompetens. Områden för gemensam utveckling utöver kvalitet och kompetens är it-stöd där redan nu ett landsting är för litet att driva en samlad utveckling. Andra områden som är viktiga för gemensam utveckling är laboratoriemedicin och radiologi. Till detta kommer givetvis samverkan kring regionsjukvården.

Ett alternativ till denna organisationsförändring kan vara att det utarbetas ett ersättningssystem på nationell nivå som inkluderar finansiering av ett antal gemensamma funktioner som sjukvårdsregionen åläggs att etablera. Även de stora landstingen som i princip klarar sin regionsjukvård i egen regi skulle åläggas att etablera motsvarande funktioner .

## UNIVERSITETSSJUKHUSEN OCH STATEN

På senare tid har det ibland rests förslag om ett förstatligande av universitetssjukhusen. Ett motiv för detta är den kliniska forskningens kris. Någon entydig kartläggning av denna kris har inte skett enligt min mening. Självklart så har 90-talets ekonomiska kris skapat resurssvagare universitetssjukhus. Samtidigt så har antalet som doktorerar inom medicinska fakulteterna ökat. Vad betyder den förändrade synen på arbete fritid familj för den enskilde som vill ägna sig åt forskning? Vad betyder det ökade inslaget av andra kompetenser inom forskningen? Vi har ett betydande ökat inslag av forskare som kommer från de medellånga vårdutbildningarna. Utvecklingen inom biomedicinen och bioinformatiken kräver samverkan över fakultetsgränser. En sådan samverkan, samtidigt som tillgång till registerdata inom sjukvården ökar i takt med att it-stödet utvecklas, öppnar nya spännande möjligheter för den medicinska forskningen. En ökad koncentration mot strategiområden som kan bli nationellt och internationellt konkurrenskraftiga bör också ske. En översyn av den kliniska forskningen ska också ske inom projektet vilket är viktigt. Det är viktigt att detta utöver resurssituationen belyser de nya möjligheter som finns .

Staten bör i första hand stärka universitetssjukhusen genom att resurser tillförs den medicinska forskningen, samt ställa krav på en snabbare utveckling mot naturliga centra för hela sjukvårdsregionen enligt ovan beskriven modell. En sådan utveckling bör stimuleras åtminstone övergångsvis genom tillförsel av nya medel i takt med att aktiviteter startar inom regionerna. Denna typ av regionala centra bör genom att de får olika profil få en viss nationell profil.

Ett renodlat förstatligande skulle med stor sannolikhet skapa ett brott i utvecklingen av universitetssjukhusens roll som regionala centra. Dessutom är det sannolikt så att på de orter vi har universitetssjukhus skulle vi få en utveckling av lokala sjukhus för att huvudmännen ej skulle tappa tempo och förlora kontrollen över ut-

vecklingen av vårdflöden mellan sjukhus, primärvård och kommunernas hälso- och sjukvård.

## STATENS STYRNING AV RIKSSJUKVÅRDEN

Den statliga styrningen av den högspecialiserade vården har minskat för att i och med avvecklingen av nämnden för utrustning av universitetssjukhusen i slutet av 80-talet upphöra. Sedan början av 90-talet har Socialstyrelsen i uppdrag att sammanställa en vårdkatalog över s.k. riksspecialiteter. Vårdkatalogen är i första hand att se som ett informationssystem. Kriterier för att komma med i vårdkatalogen är bland annat omfattningen av den mellanregionala remitteringen, utvecklings- och forskningsaktiviteter inom området samt redovisade resultat. Vårdkatalogen har ett värde som informationskälla både för patienter och remittenter.

En önskvärd utveckling är att bättre etableringskontroll av riksspecialiteter införs. Detta för att se till att volymer blir tillräckligt stora samt att det finns förutsättningar att driva en stark forskning inom området. Det är inte rimligt att det är upp till ett enskilt universitetssjukhus att etablera t.ex. hjärttransplantationer. Ett centralt nationellt organ bör utfärda någon typ av ackreditering och kontinuerligt följa kvalitet och forskning. Under sjukvårdens expansionsfas fanns ett samarbetsorgan mellan staten och landstingen – sjukvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut, SPRI. Detta organ avvecklades med rätta då det saknade förmåga att anpassa sig till den snabba utvecklingen. När vi nu står inför nya och annorlunda utmaningar så finns ett behov av ett nationellt organ som på ett aktivt sätt kan spela en roll i utvecklingen av vården ur ett patient- och kvalitetsperspektiv. Ett sådant nationellt organ bör arbeta tillsammans med regionala centra.

Ett stort antal s.k. riksspecialiteter avser enstaka diagnos eller diagnosgrupp. När den ledande läkaren flyttar från ett sjukhus till ett annat följer verksamheten med. Det är tveksamt om dessa ska anses som riksspecialiteter. Det kan fortfarande finnas ett värde i att ha med informationen i en vårdkatalog om dessa enligt befintliga rutiner.

Ett område för statligt inflytande och medfinansiering är etablering av nya mycket dyra behandlingsmetoder som är i tidig klinisk utveckling t.ex. eventuell etablering av behandling av tumörer med proton- eller neutronterapi.

Generellt har staten på senare år tagit initiativ som stärker patientens ställning:

Krav på förbättrad tillgänglighet

Väntetidsredovisning

Valfrihet

Gemensam sjukvårdsupplysning

Det är naturligt att staten vill ha ett större inflytande över en viktig välfärdsektor som tar betydande resurser och samtidigt betyder mycket för medborgarna. Hälso- och sjukvårdsektorn kommer med stor sannolikhet att bli allt viktigare och ta en ökad andel av den gemensamma sektorn i anspråk. Valfrihet och totalkostnadskontroll är motstridiga uppdrag för landstingen som kräver fortsatt dialog mellan landstingen och staten. Landstingen arbetar med prioriteringar som ett medel att möta obalansen mellan efterfrågan och resurser. Sett ur medborgarnas synpunkt är det ej acceptabelt med olika vård beroende på i vilket landsting man bor. Den hög-specialiserade vården är på kort och medellång sikt inte det stora problemet i svensk hälso- och sjukvård. Det innebär inte att denna delsektor ska lämnas därhän för närvarande. Universitetssjukhusen bör utvecklas till att ta och få ett större ansvar för utveckling av kvalitet och kompetens inom sjukvårdsregionerna i nära samarbete med lokal och nationell nivå.

## **SAMMANFATTNING**

Hälso- och sjukvården kommer att kunna göra allt mer för medborgarna. Parallellt med denna kunskapsutveckling kommer medborgarnas förväntningar på vården sannolikt att växa än snabbare. Vi löper risk att få de svikna förväntningarnas missnöje. Vård på lika villkor kräver i tid med ökad resursbrist en ökad central styrning kring resurser och utbud av specialiserad vård. Samtidigt ska genomförandet av vården vara lokalt. En förändring av styrning ska utgå från de tendenser som finns i dagens utveckling. Statens roll bör vara att ta ställning till de samlade resurser som bör gå till sjukvårdssektorn samt garantera medborgarna tillgång till vård på lika villkor samt tillgång till en vård av hög kvalitet. Medel att stödja denna utveckling är att skapa organ som har ett ansvar för tillsyn av kvalitet och kan stimulera utvecklingen.

# Bilaga 6

Högspecialiserad vård och klinisk  
forskning

av

Peter Lönnroth  
professor, direktör för planering och FoU  
Sahlgrenska universitetssjukhuset,  
Göteborg

# Högspecialiserad vård och klinisk forskning

av Peter Lönnroth, professor, direktör för planering och FoU, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

## Sammanfattning

Universitetssjukhusen har svårigheter beskriva och redovisa volymen av högspecialiserad vård enligt rådande definitioner. Dess tydliga och starka koppling till klinisk forskning är emellertid allmänt bekräftad. Denna koppling synes ej vara annorlunda än den som finns mellan klinisk forskning och annan vård.

Vid universitetssjukhusen anges ett behov av tydligare ledning och styrning av strukturen beträffande högspecialiserad vård. Den modell som allmänt föredras är att utifrån professionens konsensus göra riktade satsningar med statliga medel från central statlig nivå.

Mycket talar för att ett universitetssjukhus bör lyda under en huvudman istället för två, och utgöra en centrumbildning i en region med 1-2 miljoner invånare. En modell där universitetssjukhusen är antingen statligt eller regionalt ägda utförarenheter från vilka vården upphandlas av såväl nationell som regional beställarenhet behöver utredas vidare. Som led i denna utredning bör nationella standarder för beskrivningen av vårdvolymerna av högspecialiserad vård samt av forskningsproduktion tas fram.

## 1 Bakgrund

### 1.1 Uppdraget

Som del i arbetet med översynen av den högspecialiserade vården gavs uppdraget att beskriva sambandet mellan klinisk forskning och högspecialiserad vård. Detta samband beskriver kontaktytan mellan fakulteten/akademien på universitetssidan och kliniken/sjukhuset på landstingsidan vid ett universitetssjukhus. Både den kliniska

forskningen och den högspecialiserade vården bedrivs kring denna kontaktyta i samverkan mellan de bägge huvudmännen. Detta innebär att aktiviteten/verksamheten kan komma att uppfattas, registreras och redovisas på olika sätt hos de bägge huvudmännen. Utredningen ville därför ha svar på hur universitet och sjukhus hantear kopplingen mellan klinisk forskning och högspecialiserad vård vad avser samverkan kring strategiskt tänkande, styrning, finansiering, etc.

## **1.2 Arbetssätt**

Kontakt har tagits med flera personer vilka på vardera universitetssidan eller landstings-, sjukhussidan lett, styrt och administrerat den föreliggande typen av frågor. Kontakten har täckt in Norrlands Universitetssjukhus, Akademiska sjukhuset, Karolinska sjukhuset, Huddinge Universitetssjukhus, universitetssjukhusen i Malmö och Lund, Linköping samt Sahlgrenska Universitetssjukhuset. En undersökning har genomförts med skriftlig enkät och med telefonintervju.

## **1.3 Rapport**

Rapporten redovisar resultat av enkät samt intervjumaterial och syftar till att ge en analys av rådande förhållanden. Beträffande några nyckelfrågor redovisas rådande uppfattningar bland tjänstemän som handlägger den aktuella typen av frågor i ”grå-zonen” mellan akademi/klinisk forskning och sjukhus/högspecialiserad vård. Slutligen ges några förslag på hur ledning och styrning av dessa fält kan förbättras.

## **2 Sambandet mellan klinisk forskning och högspecialiserad vård**

### **2.1 Sambandet**

Sambandet mellan forskning och utveckling och sjukvård vid ett universitetssjukhus är en företeelse som vuxit fram ur en mångårig kultur vid universitetssjukhusen. I denna verksamhet är det ofta oklart vilken huvudman, universitet eller sjukhus, som egentligen driver den sammankopplade verksamheten, hur den beskrivs och



vem som redovisar. Därför är det angeläget beskriva kopplingen mellan klinisk forskning och högspecialiserad vård utifrån flera perspektiv. Denna rapport syftar att beskriva sambanden och kopplingarna ur verksamhets-, ekonomi- och personalperspektiven.

## 2.2 Enkät

Efter kontakt med universitetssjukhusen (ovan) utsändes en enkät till vederbörande sjukhusdirektör med frågor om verksamhet, ekonomi och personal. Vid en efterföljande telefonkontakt överenskomms att enkäten kunde besvaras även med avrundade siffror eller med beskrivande kommentarer och med proportioner. Det var ävenledes angeläget att stämma av att de definitioner som utredningen valt för benämningarna ”klinisk forskning” respektive ”högspecialiserad vård”, användes i arbetet med enkäten. Enkätens metod avsåg att kunna uttrycka kvantitativt aktiviteter och resursanvändning inom klinisk forskning respektive högspecialiserad vård för att se proportionen gentemot totalvolymerna vid universitetssjukhusen. Därtill skulle anges vilka aktiviteter som drivs parallellt (kopplingen).

## 2.3 Resultat av enkät

Endast tre universitetssjukhus besvarade enkäten (Norrlands Universitetssjukhus, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Universitetssjukhuset MAS). Vid efterföljande telefonkontakt med respektive ledningar har besked givits att man har svårt att beskriva sin verksamhet i rådande termer och definitioner. I flera fall har universitetssjukhusen svårigheter med att redovisa volymer av högspecialiserad vård och har registreringen fokuserad på vilka tjänster som utförts inom eller utom den egna beställarenheten, snarare än på tjänstens art, annat än genom DRG. Likaså redovisar de olika universitetssjukhusen sina kliniska forskningsaktiviteter, dess finansiering och bemanning på olika sätt.

Ur de tre (ofullständigt) besvarade enkäterna kan dock extraheras flera intressanta jämförelsetal. Tabell 1 speglar de tre universitetssjukhusens angivna proportioner av sin kliniska forskning respektive högspecialiserad vård uttryckt som del av totalvolymen vid universitetssjukhuset. Vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset utgörs cirka 1/4 av produktionen av högspecialiserad vård och detta

motsvaras av cirka 1/4 av finansieringen vid sjukhuset. Vid Norrlands Universitetssjukhus anges exakt 50 % av vården vara högspecialiserad medan den utgör cirka 1/4 av finanserna varför skillnader i uppföljning och/eller redovisningssystem synes vara för handen. Av särskilt intresse är dock att forskningsbudgeten är ungefär hälften så stor som budgeten för högspecialiserad vård vid både Sahlgrenska och Norrlands Universitetssjukhus. Likaså utgör budget för klinisk forskning 12-13 % av totalbudget vid bägge sjukhusen medan Malmö använder en mindre del av budget för klinisk forskning (5 %).

Tabell 2 avser visa hur de tre universitetssjukhusen beskriver statlig, landstings/regions och andras (näringsslivets) engagemang i forskningsverksamheten uttryckt som finansiellt engagemang eller som finansiering av läkararbetstid. Även här är uppgifterna om ekonomin ofullständiga och jämförelser kan halta framförallt beroende på om forskningsfinansieringen från landstinget verkligen har identifierats eller ej (identifikationen av "gråzonsmedlen", se nedan). Emellertid anger tabellen de tre universitetssjukhusens uppfattning om sin forskningsfinansiella bild. Ur detta kan extraheras att statlig finansiering uppfattas dominera FoU-anknuten finansiering. Följaktligen uppfattas landstingen/regionen bära en mindre del av forskningskostnaderna än staten vid alla tre universitetssjukhusen. Vid alla tre universitetssjukhusen utgör statligt anställda läkare 10-15 % av totala antalet läkare.

Endast ett sjukhus har försökt kvantifiera graden av koppling mellan klinisk forskning och högspecialiserad vård (Sahlgrenska Universitetssjukhuset). När man spårar projektmedel vid verksamheter knutna till den högspecialiserade vården har det gjorts möjligt att uttrycka hur stor del av forskningsmedlen som de olika finansierarna satsar på dessa projekt jämfört med projekt knutna till basjukvård. Siffrorna från Sahlgrenska anger att forskningsmedel som går till projekt knutna till högspecialiserad vård utgör ungefär samma proportion (30 %) av total forskningsbudget som högspecialiserad vård produktion utgör av totalvolymen (tabell 3). Slutsatsen blir alltså att åtminstone vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset är inte kopplingen mellan klinisk forskning och högspecialiserad vård annorlunda än kopplingen mellan klinisk forskning och annan vård.

## 2.4 Analys

Den främsta slutsatsen av den genomförda undersökningen är att landets universitetssjukhus ofta inte kan redovisa totalvolymen av högspecialiserad vård enligt föreslagen definition och därmed ej dess finansiering.

Beträffande redovisning av den kliniska forskningsproduktionen och dess finansiering skiljer sig systemen mellan universitetssjukhusen. De flesta kan identifiera ALF-medel till olika projekt, men endast i liten omfattning kan man göra detsamma beträffande den landstingsfinansierade gråzonsforskningen.

Debatten kring styrningen av högspecialiserad vård och dess nationella struktur har i någon mån präglats av olika föreställningar om huruvida högspecialiserad vård är mer eller mindre forskningsintensiv än annan vård vid universitetssjukhuset. Olika uppfattningar har också redovisats beträffande graden av statligt vs landstingsengagemang vad gäller finansieringen av denna verksamhet. En vidare analys av dessa frågeställningar torde vara meningslös innan universitetssjukhusen anpassat sina register-, bokförings- och redovisningssystem enligt definitionen av högspecialiserad vård.

I den fortsatta strukturdiskussionen avseende högspecialiserad vård bör man utgå ifrån att de styrsystem som råder inom denna sektor ej skiljer sig från de styrsystem eller styrprinciper som gäller för annan vård vid universitetssjukhusen. Graden av koppling till klinisk forskning och därmed kravet på samverkan mellan sjukhus och akademi för att leda och styra verksamheten skiljer inte högspecialiserad verksamhet från annan specialiserad verksamhet vid universitetssjukhusen. Likaså bör i sammanhanget uppmärksammas att strukturen för klinisk forskning över huvudtaget är avhängig utbildningsuppdraget vid universitet ifråga.

## 3 Styrning av klinisk forskning/högspecialiserad vård vid universitetssjukhuset

### 3.1 Två huvudmän

Ledning och styrning av all verksamhet vid universitetssjukhuset karakteriseras av att två huvudmän (universitetet/staten och sjukhuset/landstinget/regionen) samverkar i samma verksamheter. Detta innebär att strukturen för högspecialiserad vård styrs utifrån andra villkor än strukturer som avhandlas gentemot t ex en lokal beställarenhet inom landstingets/regionens förvaltning. En avgö-

rande faktor som inverkar negativt på universitetssjukhusets förmåga att styra och leda denna del av verksamheten utgörs av det förhållandet att de bägge ingående huvudmännen har helt olika system för ledning och styrning och använder helt olika beslutsprocedurer.

### **3.2 Sjukhusets ledning och styrning**

Sjukhuset följer rak linjeorganisation där chefen rapporterar till en politiskt vald styrelse och fattar beslut i kretsen av sin ledningsgrupp eller i facklig samverkan, där i varje forum eftersträvas beslut i konsensus. En chef utses av sin chef efter förankring. Ledningsgruppens sammansättning kan komma att övervägas eller påverkas vid reservationer mot gruppens beslut. Verksamhetsansvar innebär resultatansvar, personalansvar och ansvar för arbetsmiljön.

### **3.3 Akademiens ledning och styrning**

Universitetet följer högskoleförordningens kollegiala ledningssystem. Detta innebär att en tydlig linjeorganisation saknas. Beslut fattas efter votering i styrelse eller nämnd. Ordföranden jämte ledamöter i styrelse eller nämnd är tillsatta efter kollegialt val. Ledningsgrupp där linjechefer samverkar är ej konstituerad. Linjechef har dock ansvar för ekonomi, personal och arbetsmiljö.

### **3.4 Ekonomistyrning vid sjukhus och akademi**

Sjukhuset har i allmänhet en prestationsbaserad budgetstyrning. Sjukhusen skiljer sig dock åt beträffande graden av intäktsfinansiering och incitamentsstyrning. Skillnaderna har blivit mindre sedan 2002 års allmänna val, efter vilket man ser en större grad av homogenitet med övergripande kostnadskontroll och mindre inslag av incitament i form av prestationsersatt vård utan intäktstak. Emellertid gäller detta inte vård utanför landstinget vilken ersätts fullt ut. Detta innebär att sjukhuset/landstinget även kan ha ett ekonomiskt incitament att bedriva högspecialiserad vård för landstingsexterna uppdragsgivare.

Beträffande sjukhusets/landstingets stadgade åtagande att bedriva forskning och utveckling ges detta ekonomiskt uttryck i särkostnader för universitetssjukhuset. Dessa särkostnader för klinisk

forskning, kvalitetsuppföljning å ena sidan är så helt sammanknuten med kostnader för särskild investering, särskild jour och beredskap, särskild kompetensutveckling, etc., att en särredovisning för varje kostnadslag är komplicerad. Debatten kring universitetssjukhusen särkostnader och sjukhusens ”gråzonsverksamhet” har därför på ett olyckligt sätt kommit att leda fram till en redovisningsövning i försöken att redovisa varje tårtbit i säruppdraget för sig. Detta torde inte leda långt eftersom säruppdraget utförs av samma personer som utför basuppdraget, med samma utrustning, i samma lokaler. Därtill kommer att dessa personer tjänstgör under två olika huvudmän.

De medel som universitetssjukhuset erhåller från staten som ersättning för merkostnader för säruppdraget redovisas avseende verksamhet och ekonomi i särskild ordning. Alla universitetssjukhus har olika system för redovisningen av ALF-medel vs redovisningen av landstingsfinansierad FoU, i likhet med flera övriga universitetssjukhus i Europa med dubbla huvudmän.

Universitetets ekonomiflöde är helt olikt sjukhusets. Inverkan av budgetstyrning av drift och investering och därmed av verksamhet är ringa. Den större delen (50-75 %) av ekonomin är externt finansierad och riktad direkt mot enskilda projekt och är inte kopplad mot någon allmän verksamhetsplan eller investeringsberedning. Fakultetsanslaget används till största delen för lönekostnader. Investeringar för lokaler och utrustning för klinisk forskning bärs till större delen av sjukhuset/landstinget. Eftersom projektmedlen kan komma att omdisponeras men universitetet har arbetsgivaransvaret kan den höga andelen projektfinansierad verksamhet ofta komma att resultera i en förutsatt ständig utökning av personalkostnaden. Interna centrala medel för strategisk satsning saknas eller är ringa. Incitamentet på central nivå att bedriva högspecialiserad vård är i ringa grad ekonomiskt. Snarare är incitamentet hårdare knutet till de prestationsbaserade anslagen för klinisk forskning och utveckling, riktade direkt till projekt.

### 3.5 Analys

Universitetssjukhusens beslutskraft kan ibland brista i klarhet beträffande dess ledning och styrning av högspecialiserad vård kopplad till klinisk forskning. Detta beror ofta på att de bägge ingående huvudmännen (universitet och landsting) har olika system för ledning och styrning av verksamhet och ekonomin och incitamenten

att bedriva högspecialiserad vård är olika. Denna problematik har uppmärksammats på senare år vid de flesta universitetssjukhusen varför olika program för samverkan har upprättats, vari beskrivs för huvudmännen gemensamma visioner och mål. Emellertid kvarstår de ovan beskrivna skillnaderna mellan huvudmännen och gemensamma strategiska planer kan slås omkull om endera huvudmannen befinner sig i bristande ekonomisk eller organisatorisk situation. Den gemensamma planeringen kan då komma att brista och bytas till en redovisningsövning i retrospekt, ledande till en motsatsställning mellan de två huvudmännen.

En tydligare strukturering och planering för den högspecialiserade vården skulle möjliggöras av en för universiteten och sjukhusen gemensam planering, verksamhetsplan och ekonomi framdrivet av ett gemensamt incitament.

#### **4 Inventering av åsikter om central styrning av klinisk forskning och högspecialiserad vård**

Som ett led ingående i förevarande utredningsarbete företogs en enkel telefonintervju med personer knutna till universitetssjukhusens ledningar, vilka handlägger frågor kring högspecialiserad vård och dess koppling till FoU-frågor. Intervjuerna omfattade universitetssjukhusen i Umeå, Uppsala, Stockholm (Karolinska och Huddinge), Lindköping, Lund, Malmö och Göteborg (intervjuaren). De intervjuade var sjukhusdirektör vid universitetssjukhuset eller chefläkare eller FoU-direktör. I något fall företogs grupp-samtal. Intervjun var öppen, obunden och ägnad att fånga åsiktsriktningar kring styrning av högspecialiserad vård och dess koppling till klinisk forskning. Åsikterna har tolkats och återgivits nedan i helt fri form som exempel på åsiktsriktningar utan bindande till källan.

Vid samtliga universitetssjukhus angavs ett tydligt behov av central nationell styrning av viss högspecialiserad vård. Hjärttransplantationer och barn-hjärtkirurgi angavs av flera som exempel. Beträffande sättet att styra nationellt föreslogs från de flesta universitetssjukhusen det grundläggande synsättet att ett professionellt koncensus fattat i nationellt råd skall vara vägledande för beslut. Ytterligare stöd bör fås genom att skapa incitament genom riktade satsningar med statliga medel. Detta skulle tydliggöra det för universitet och sjukhuset gemensamma incitamentet att samla sig kring en gemensam målbeskrivning. Däremot ansågs centrala

ersättningssystem inte vara tillräckligt kraftfullt som ensamt styrmedel. Från flera håll kunde ges exempel på regional strukturplanering som ej genomförts trots ekonomisk styrning med riktade ersättningar. Man pekade därvid på behovet av en koppling mellan professionens förankring och incitament skapat av investeringar och riktade ersättningar. Samtliga intervjuade anger att råd och anvisningar samt rekommendationer ej är tillräckligt styrande.

Regional samverkan mellan landsting eller regionbildning angavs i allmänhet som en naturlig bas för strukturplanering av högspecialiserad vård där staten utgör central beställarenhet. Lämpligt populationsunderlag för sådan region angavs vara 1-2 miljoner invånare.

Slutligen framhölls vid intervjuerna den kraftfulla kopplingen mellan högspecialiserad vård och klinisk forskning samt dess viktiga samband med klinisk bassjukvård liksom med teoretisk forskningsverksamhet. Det i ALF-avtalet tydliggjorda sambandet mellan utbildningsuppdraget och den kliniska forskningen påpekades allmänt. Universitetssjukhusets struktur framhölls därför i sin helhet som den rätta basen för utveckling av högspecialiserad vård. Emellertid angav sju av åtta att universitetssjukhusen bör ha endast en huvudman för att kunna utveckla sina styrkeområden efter gemensamma prioriteringar.

Sammanfattningsvis synes det finnas en stor åsiktsgemenskap vid universitetssjukhusen beträffande en rad centrala frågor rörande den högspecialiserade vården. Det råder en bred uppfattning att den högspecialiserade vården bör drivas vid universitetssjukhusen med regional bas och central statlig styrning och att gemensamt huvudmannaskap mellan universitet och sjukhus därvid vore att föredra ur styrning och ledningssynpunkt. Alternativen statligt versus regionalt huvudmannaskap nämns på flera håll och bör utredas närmare.

**Tabell 1** Produktion och ekonomi högspecialiserad vård och klinisk forskning

	Produktion DRG		Omsätt- ning (mkr)	
<b>SAHLGRENSKA UNIVER- SITETSSJUKHUSET</b>				
Totalt	119 400		7 600	
Högspecialiserad vård (% av total)	29 850	(25%)	1 700	(24%)
Klinisk forskning (% av total)	–		882	(12%)
<b>UMAS</b>				
Totalt	45 780		3 700	
Högspecialiserad vård (% av total)	Uppgift saknas		Uppgift saknas	
Klinisk forskning (% av total)	–		172	(5%)
<b>NORRLANDS UNIVERSI- TETSSJUKHUS</b>				
Totalt	37 600		2 900	
Högspecialiserad vård (% av total)	18 800	(50%)	775	(27%)
Klinisk forskning (% av total)	–		390	(13%)



**Tabell 2** Uppskattning av statens vs landstingens vs näringslivets engagemang i klinisk forskning

	Ersättning klinisk FO (mkr)	för Totalt läkare (%)	antal
<b>SAHLGRENSKA UNIVERSITETS- SJUKHUSET</b>			
Statligt			
– ALF	337		
– Fakultetsanslag	150		10
Landsting/region	337		90
Annan	75		–
<b>UMAS</b>			
Statligt-			
– ALF	66		10
– Fakultetsanslag	Uppgift saknas		
Landsting/region	15		90
Annan	84		
<b>NORRLANDS UNIVERSITETS- SJUKHUS</b>			
Statligt-			
– ALF	102		
– Fakultetsanslag	102		15
Landsting/region	85		85
Annan	100		-

**TABELL 3** Kopplingen mellan högspecialiserad vård och klinisk forskning vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset

	FO-medel (mkr)	Varav i projekt knutna till hög- specialiserad vård (mkr)
ALF-medel	337	97.4
Total budget klinisk FO	882	~250

Andelen av totala FO-medel knuten till högspecialiserad vård speglar ungefär andelen som högspecialiserad vård utgör av totala vårdvolymen (25-30 % av totalen).

**Slutsats:** Kopplingen mellan högspecialiserad vård och klinisk forskning är vid SU inte starkare än kopplingen mellan klinisk forskning och länssjukvård.