Utvärdering av universitetssjukvård

Strukturer och processer

Socialstyrelsen

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

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

Artikelnummer 2018-3-23

Publicerad www.socialstyrelsen.se, mars 2018

Förord

Socialstyrelsen har haft i uppdrag av regeringen att utvärdera universitetssjukvården i förhållande till avtalet mellan svenska staten och vissa landsting om samarbete om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården (ALF-avtalet).

Syftet med avtalet är att främja hälso- och sjukvårdens utveckling genom fördjupat och vidgat samarbete inom forskning, utbildning och utveckling.

Socialstyrelsens utvärdering har, i enlighet med uppdraget, i första hand varit inriktat på strukturer och processer. I uppdraget har även ingått att ta fram förslag till miniminivåer för vad universitetssjukvården bör uppnå. I denna rapport presenteras resultaten från utvärderingen med förslag till fortsatt arbete och förslag till miniminivåer.

Utvärderingen vänder sig främst till regeringen, nationella styrgruppen för ALF, regionala ledningsorgan för ALF, beslutsfattare i berörda landsting och universitet samt universitetssjukvårdsenheter. Rapporten kan även vara till nytta för andra som har intresse av utvecklingen av universitetssjukvården i förhållande till ALF-avtalet.

Ett särskilt tack riktas till nationella styrgruppen för ALF som varit projektets referensgrupp, de regionala ledningsorganen med kontaktpersoner som bistått i arbetet på flera sätt och som besvarat enkäten riktad till dem och slutligen de 202 universitetssjukvårdsenheterna för besvarande av enkäten.

Ett särskilt tack riktas också till de 34 universitetssjukvårdsenheter som möjliggjort den fördjupade granskning som genomförts inom ett urval områden, genom att bistå Socialstyrelsens granskningsteam med underlag och planering och som tagit emot oss vid platsbesök. Ett särskilt tack också till de regionala ledningsorganen för gemensam planering och genomförande av regionala möten.

Ett varmt tack också till Vetenskapsrådet för råd och god samverkan i arbetet.

Slutligen ett varmt tack till Socialstyrelsens expertpanel som med sin kunskap och sitt engagemang deltagit i genomförandet av uppdraget.

Projektledare för utvärderingen har varit Helena von Knorring. Ansvarig chef har varit enhetschef Anders Bengtsson.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord 3
Sammanfattning 7
Strukturer och processer på plats 7
Universitetssjukvårdsenheterna uppfyller i stort uppsatta kriterier 7
Förslag till miniminivåer 8
Inledning 10
Regeringsuppdrag till Socialstyrelsen 10
Bakgrund 11
Anslutande arbeten 12
Metod och genomförande 13
Underlag inför kommande utvärderingar 13
Förkortningar 14
Rapportens disposition 14
På rätt väg med ALF 15
Strukturer och processer är på plats 15
Klinisk forskning 16
Läkarutbildning 19
Utveckling av hälso- och sjukvård 21
Socialstyrelsens förslag till miniminivåer 26
Uppdraget 26
Vad är en miniminivå? 26
Process för att sätta miniminivåer 26
Synpunkter som inkommit under remisstiden 27
Kännetecken för en universitetssjukvårdsenhet 28
Förslag till miniminivåer 29
Bilaga 1. Iakttagelser från fördjupad granskning 35
Bilaga 2. 202 universitetssjukvårdsenheter – Resultat av enkätundersökning 49
Bilaga 3. Sju regionala ledningsorgan – resultat av enkätundersökning. 105
Bilaga 4. Aktiviteter vid universitetssjukvårdsenheter och regionala ledningsorgan – exempel 131
Bilaga 5. Från forskning till praktik – exempel 137
Bilaga 6. Metod och genomförande 143
Bilaga 7. Projektorganisation 148
Övriga bilagor 151

Sammanfattning

Socialstyrelsen har haft i uppdrag av regeringen att utvärdera universitetssjukvården avseende strukturer och processer, med utgångspunkt i avtal mellan staten och vissa landsting om samarbete om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården (ALF-avtalet). I uppdraget ingick också att ta fram förslag till miniminivåer för vad universitetssjukvården bör uppnå.

I denna rapport presenteras resultaten från utvärderingen med förslag till fortsatt arbete och förslag till miniminivåer.

Strukturer och processer på plats

Enligt ALF-avtalet ska det regionala samarbetet stärkas genom att regionala avtal sluts mellan berört landsting och universitet, avtalet ska reglera

- hur och på vilka grunder universitetssjukvårdsenheter utses och hur verksamheten för forskning, utbildning och utveckling ska organiseras
- hur enheter som ska bedriva verksamhetsförlagd utbildning av läkare utses inom och utanför universitetssjukvården
- att regionala ledningsorgan bildas med representation från landstinget och universitetet, som verkar på lika villkor
- hur gemensam prioritering och fördelning av ALF-ersättningen ska göras med utgångspunkt i kraven för läkarexamen, gemensamma visioner och målsättningar.

I utvärderingen konstaterar Socialstyrelsen att alla dessa delar är uppfyllda och på plats i alla regioner.

Universitetssjukvårdsenheterna uppfyller i stort uppsatta kriterier

Vid tiden för Socialstyrelsens utvärdering hade 202 universitetssjukvårdsenheter utsetts av de regionala ledningsorganen. Den nationella styrgruppen för ALF har beslutat om ett antal kriterier för universitetssjukvårdsenheterna avseende klinisk forskning, utbildning av läkare och utveckling av hälso- och sjukvård samt infrastruktur.

Socialstyrelsen har genomfört enkätundersökning med utgångspunkt i kriterierna, där svar lämnats från alla universitetssjukvårdsenheter.

Enkätundersökningen tillsammans med resultaten från den fördjupade granskning som Socialstyrelsen har genomfört vid 34 universitetssjukvårdsenheter visar att de flesta enheterna i stort uppfyller kriterierna. Trots goda resultat har utvärderingen visat på några förbättringsområden där Socialstyrelsen lämnar följande förslag till fortsatt arbete.

Förslag till fortsatt arbete

Socialstyrelsen lämnar följande förslag till fortsatt arbete för regionala ledningsorgan och universitetssjukvårdsenheter inom områdena klinisk forskning, utbildning av läkare och utveckling av hälso- och sjukvård.

Klinisk forskning

Socialstyrelsen rekommenderar att en FoU-ansvarig som är minst docent utses i ledningen hos universitetssjukvårdsenheter som saknar en sådan. Vidare rekommenderas att ha en samlad strategi som stödjer utvecklingen från student till docent samt att ledningsorganen överväger en utbyggnad av de kliniska forskarskolorna och inrättande av fler kombinationstjänster vid universitetssjukvårdsenheterna.

Utbildning av läkare

Socialstyrelsen rekommenderar att ledningsorgan och universitetssjukvårdsenheter tillser att de som handleder läkarstuderande under verksamhetsförlagd utbildning/verksamhetsintegrerat lärande har en pedagogisk handledarutbildning och god kännedom om policys, läroplaner, instruktioner och strategier runt läkarutbildningen.

Utveckling av hälso- och sjukvård

Socialstyrelsen rekommenderar ledningsorganen att ha en strategi för innovation. Vidare att universitetssjukvårdsenheterna har en handlingsplan för systematisk implementering av kunskapsstöd, ökad användning av data om patienters skattning av sin hälsa och upplevelse av vården samt arbetsformer för ökad patientdelaktighet i forsknings- och utvecklingsarbetet.

Socialstyrelsen överväger att ta fram öppna jämförelser för patientmedverkan i utvecklingsarbetet.

Förslag till miniminivåer

Socialstyrelsen har tillsammans med en expertpanel utarbetat föreslag till miniminivåer för universitetssjukvården inom klinisk forskning, utbildning av läkare och utveckling av hälso- och sjukvård. Förslagen har justerats efter samverkan med och synpunkter inhämtade från flera intressenter.

Socialstyrelsens förslag till miniminivåer har fokus på universitetssjukvårdsenheterna och gäller strukturer, processer och i några fall resultat.

Miniminivåer för klinisk forskning

Socialstyrelsen föreslår elva miniminivåer som berör bl.a. en forsknings-, utvecklings- och utbildningsansvarig (FOUU-ansvarig) i ledningsgruppen, tillämpning av handlingsplaner för att stimulera studenter och kliniskt verksam personal till forskning, samverkan, produktion av vetenskapliga artiklar.

Miniminivåer för utbildning av läkare

Socialstyrelsen föreslår åtta miniminivåer som berör den verksamhetsförlagda/verksamhetsintegrerade lärandet (VFU/VIL) som sker hos universitetssjukvårdsenheterna, handledarutbildning, lärandemål, utvärdering och uppföljning.

Miniminivåer för utveckling av hälso- och sjukvård

Inom utveckling av hälso- och sjukvård bör universitetssjukvårdsenheterna ligga i framkant för den övriga hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens föreslår åtta miniminivåer som berör kunskapsutveckling och spridning av kunskap, användning av data för utveckling av verksamheten, samverkan med olika intressenter som patientföreträdare samt personalens kompetensutveckling.

Inledning

Regeringsuppdrag till Socialstyrelsen

I syfte att stödja universitetssjukvårdens utveckling i enlighet med avtalet mellan svenska staten och vissa landsting om samarbete om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården (ALF-avtalet) har regeringen gett Socialstyrelsen i *Uppdrag att utvärdera universitetssjukvård* (S2016/06247/FS).

Uppdraget gäller att utvärdera universitetssjukvården vid de landsting som omfattas av ALF-avtalet.

Enligt uppdraget ska Socialstyrelsens utvärdering utgå från den verksamhet och de kännetecken för universitetssjukvården som anges i 1 § i ALF-avtalet. I utvärderingen ska självvärderingar av de regionala ledningsorganen och utvalda universitetssjukvårdsenheter ingå. Socialstyrelsen ska utse en expertpanel som ska medverka i utvärderingsarbetet.

Vidare ingår i Socialstyrelsens uppdrag att föreslå en miniminivå som universitetssjukvården bör uppnå.

Vid genomförandet av uppdraget ska Socialstyrelsen samråda med Vetenskapsrådet. Socialstyrelsen ska samverka med Vetenskapsrådet vad gäller insamling av data. Socialstyrelsen ska även genomföra sitt arbete efter samråd med den nationella styrgruppen för ALF.

I ärendebeskrivningen åberopas skrivningar i ALF-avtalet som bl.a. anger att utvärderingen ska genomföras vart fjärde år. Den första utvärderingen ska i första hand gälla strukturer och processer. Vidare anges att resultatet av utvärderingen ska få karaktär av nationella jämförelser och bör tydliggöra högt ställda krav på universitetssjukvården i enlighet med avtalet.

Den första utvärderingen avser perioden 1 januari 2015 – 31 maj 2017, beroende på att avtalet trädde i kraft den 1 januari 2015.

Utvärderingen ska redovisas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 mars 2018.

Samverkan med Vetenskapsrådet

Samtidigt som Socialstyrelsen fick detta regeringsuppdrag fick även Vetenskapsrådet två regeringsuppdrag:

1. Uppdrag att utvärdera den kliniska forskningens kvalitet avseende forskningens kliniska betydelse och samhällsnytta samt forskningens förutsättningar, (U2016/04203/F.
2. Uppdrag att utvärdera den kliniska forskningens vetenskapliga kvalitet, (U2016/02935/F.

Socialstyrelsen har samverkat med Vetenskapsrådet i arbetet med enkätundersökningar avseende definitioner och undersökning om alternativa datakällor. Samråd och avstämningar har också skett under arbetets gång.

Samråd med den nationella styrgruppen

Socialstyrelsen har regelbundet samrått med nationella styrgruppen, som utsågs till referensgrupp i genomförandet av uppdraget. Styrgruppen har kunnat följa arbetets gång nära.

Bakgrund

ALF-avtalet

ALF-avtalet har funnits länge, det första avtalet tecknades 1984, detta avtal föregicks av läkartutbildningsavtal (LUA). Det nuvarande ALF-avtalet gäller sedan den 1 januari 2015.

Avtalet reglerar samverkan mellan svenska staten och Västerbottens läns landsting, Landstinget i Uppsala län, Stockholms läns landsting, Örebro läns landsting, Landstinget i Östergötland, Västra Götalands läns landsting, och Skåne läns landsting. Avtalet gäller de sju landsting som har universitetssjukhus.

Genom avtalet har parterna kommit överens om fördjupat samarbete om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården. Parterna har också enats om statens ersättning för landstingens åtagande att medverka i utbildning av läkare och klinisk forskning, den så kallade ALF-ersättningen.

Regionala avtal

I enlighet med det nationella avtalet har regionala ALF-avtal (RALF) tecknats mellan ingående landsting och universitet.

ALF-avtalet reglerar också att ett gemensamt ledningsorgan, där landstingets och universitetets ledningsnivåer är representerade och verkar på jämbördiga villkor ska bildas i varje region. Regionala avtal ska enligt avtalet träffas mellan

- Västerbottens läns landsting och Umeå universitet
- Landstinget i Uppsala län och Uppsala universitet
- Stockholms läns landsting och Karolinska institutet
- Örebro läns landsting och Örebro universitet
- Landstinget i Östergötland och Linköpings universitet
- Västra Götalands läns landsting och Göteborgs universitet
- Skåne läns landsting och Lunds universitet

Utvärdering av universitetssjukvård

Enligt ALF-avtalets §3 ska, i syfte att stödja universitetssjukvårdens utveckling, vart fjärde år en utvärdering av universitetssjukvården genomföras med avseende på struktur, process och resultat i fråga om forskning, utbildning och utveckling. Den första utvärderingen 2017/2018 inriktas främst på struktur och process.

ALF-avtalet anger att utvärderingen genomförs enligt riktlinjer som den nationella styrgruppen för ALF angett, uppdraget gavs till Socialstyrelsen.

Nationell styrgrupp för ALF-avtalet

En nationell styrgrupp för ALF-avtalet är tillsatt och består av representanter för staten och landstingen. Från statens sida ingår Utbildningsdepartementet, Socialdepartementet, Vinnova, Vetenskapsrådet, Lunds universitet, Karolinska Institutet, Umeå universitet. Från landstingen ingår FoU-chefer/direktörer från de sju landsting som ingår i avtalet.

Definition och kriterier

Ett underlag som Socialstyrelsen använt som utgångspunkt för utvärderingen är dokumentet *Definition av universitetssjukvård_beslutad_160531,* se bilaga 8. Dokumentet har beslutats av den nationella styrgruppen för ALF.

I dokumentet beskrivs, för att tydliggöra för universitetet och landsting vilka särskilda krav som kommer att ställas i utvärderingar av universitetssjukvården, ett antal kriterier som bör vara uppfyllda vid varje universitetssjukvårdsenhet (USVE). Kriterierna är indelade i fyra områden och gäller forskning, utbildning, sjukvårdsutveckling och infrastruktur.

Nationella styrgruppen för ALF har även beslutat om en utvidgning, av definitionen av USVE i förhållande till ALF-avtalet.

Underlag till utvärdering av universitetssjukvård

Nationella styrgruppen för ALF har även tagit fram underlag för utvärderingen, utöver nämnda kriterier för universitetssjukvårdsenheter är det förslag till expertpanel och riktlinjer för utvärderingen.

Nationella styrgruppen för ALF:s förslag gäller självvärderingar via enkäter ställda till de gemensamma ledningsorganen (definierade enligt § 2 i avtalet).

Vidare anges att vid varje utvärderingstillfälle ska även en mer djupgående utvärdering ske av ett urval av universitetssjukvårdsenheterna, via enkäter ställda på enhetsnivå. Genom expertpanelens arbete genomförs även möten och intervjuer.

Enkäten till den övergripande landstings- och fakultets/universitetsnivå gäller hur intentionerna i det centrala ALF-avtalet uppfylls och enkäten till universitetssjukvårdsenhetsnivå om hur väl kriterierna för universitetssjukvård uppfylls.

Anslutande arbeten

Nivåstrukturering av högspecialiserad vård

Parallellt med uppdraget om utvärdering av universitetssjukvård i förhållande till ALF-avtalet har regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att pröva en arbetsprocess för att nivåstrukturera den högspecialiserade vården på nationell nivå, samt att ta fram en plan för att fasa ut dagens system med rikssjukvård. Uppdraget att pröva arbetsprocessen ska rapporteras till regeringen den

15 juni 2018, (dnr S2017/05457/FS).

En ny lag föreslås träda i kraft den 1 juli 2018 och i samband med detta kommer den nuvarande rikssjukvården att övergå i nationell högspecialiserad vård.

Socialstyrelsen planerar att med hjälp av sakkunniggrupper genomlysa ett 20-tal nationella vårdområden/programområden för att identifiera vad som bör vara högspecialiserad vård på nationell nivå.

Efter genomlysningen tar Socialstyrelsen beslut om vilka åtgärder som är aktuella för nationell högspecialiserad vård och hur många vårdenheter i landet som ska utföra uppdraget. En särskild nämnd tar sedan beslut om var någonstans vården ska bedrivas.

I de fall som kommande nivåstrukturering berör universitetssjukvården kan hänsyn tas även till de kriterier som nationella styrgruppen för ALF beslutat när nationella högspecialiserade vårdenheter utses. De utvärderingar av universitetssjukvården som genomförs i förhållande till ALF-avtalet kan därför komma att utgöra underlag för arbetet med frågor rörande strukturer och processer i arbetet med nationell nivåstrukturering.

Metod och genomförande

Socialstyrelsen har i stort följt det upplägg för utvärderingen som den nationella styrgruppen för ALF har beslutat om. Vi har utgått från ALF-avtalet och de underlag som nationell styrgrupp för ALF beslutat om, se bilagorna 13, 9 och 10. För närmare information om metod och genomförande se bilaga 6.

Uppdraget har genomförts i flera delprojekt:

1. Enkätundersökning till regionala ledningsorgan för ALF-avtalet
2. Enkätundersökning till samtliga 202 universitetssjukvårdsenheter
3. Metodutveckling för fördjupad granskning
4. Fördjupad granskning inom ett urval av universitetssjukvårdsenheter.
5. Förslag till miniminivåer
6. Regionala konferenser/platsbesök
7. Bedömningsseminarium

Expertpanel

För arbetet med att ta fram förslag till miniminivåer och för genomförandet av fördjupad granskning av ett urval universitetssjukvårdsenheter samt för arbetet med samlad bedömning har Socialstyrelsen tillsatt en expertpanel som tillsammans med Socialstyrelsen genomfört arbetet.

I expertpanelen har det ingått representanter för universitet och landsting varav flera är eller har varit verksamhetschefer inom universitetssjukvården. Se bilaga 7.

Underlag inför kommande utvärderingar

Socialstyrelsen har under genomförandet av enkätundersökningen till universitetssjukvårdsenheter uppmärksammat att vissa frågeställningar varit svåra att besvara. Det kan gälla tolkningsproblem eller att system för att få fram den efterfrågade informationen har saknats.

Socialstyrelsen har, för att underlätta för universitetssjukvårdsenheterna inför nästa utvärdering, för avsikt att under 2018 ta fram ett underlag med information om vilka uppgifter som de behöver kunna besvara vid nästa utvärdering, för det fall Socialstyrelsen får i fortsatt uppdrag av regeringen att genomföra en undersökning om fyra år (i ALF-avtalet beskrivs att en utvärdering av universitetssjukvården ska ske vart fjärde år).

Förkortningar

Socialstyrelsen använder följande förkortningar i rapporten:

- ALF-avtalet – avtalet mellan svenska staten och vissa landsting om samarbete om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården.
- USVE – universitetssjukvårdsenhet, även begreppet enhet och USV-enhet används för universitetssjukvårdsenhet i rapporten.
  - USVE utses av de regionala ledningsorganen för ALF. De regionala ledningsorganen som finns i respektive region utgörs av universitetet och landstinget och verkar på lika villkor i enlighet med regionala ALF-avtal.
- Nationella styrgruppen för ALF – nationell styrgrupp för ALF-avtalet
  - Styrgruppen består av sju representanter för staten och sju representanter för landsting/regioner. Från statens sida ingår Utbildningsdepartementet, Socialdepartementet, Vinnova, Vetenskapsrådet, Lunds universitet, Karolinska Institutet och Umeå universitet. Från landstingen ingår FoU-chefer/direktörer från de sju landsting som ingår i avtalet.
- VFU/VIL – verksamhetsförlagd utbildning/verksamhetsintegrerat lärande
- Landsting – i ALF-avtalet används den formella benämningen *landsting* för både landsting och regioner. Socialstyrelsen använder genomgående begreppet landsting i rapporten oavsett om aktuellt landsting är region.

Rapportens disposition

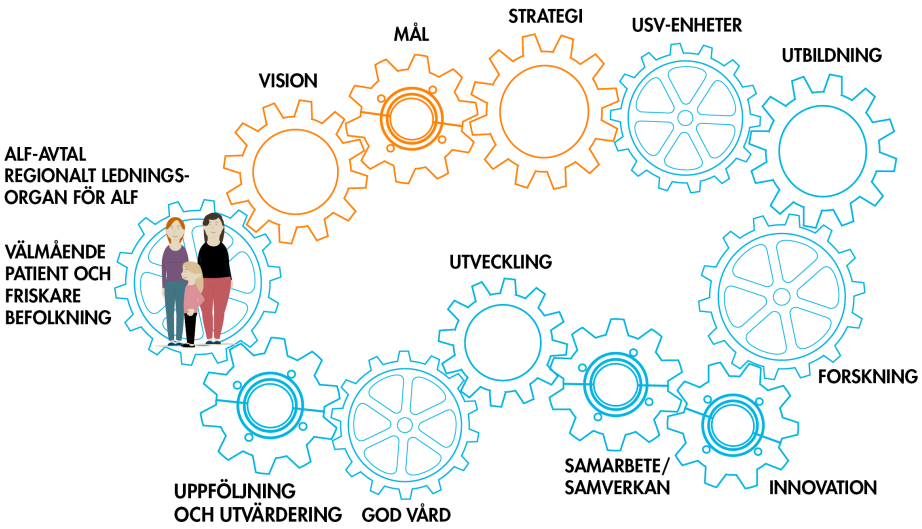
Rapporten presenteras i två delar med bilagor, där bilaga 1-3 redovisar resultaten av de undersökningar som Socialstyrelsen genomfört:

1. Samlad bedömning av utvärderingen med utvecklingsområden och rekommendationer
2. Förslag till miniminivåer

Bilagor
1. Resultat: Fördjupad granskning av ett urval universitetssjukvårdsenheter.
2. Resultat: Enkätundersökning till 202 universitetssjukvårdsenheter.
3. Resultat: Enkätundersökning till 7 regionala ledningsorgan
4. Aktiviteter vid universitetssjukvårdsenheter och regionala ledningsorgan – exempel
5. Från forskning till praktik – exempel

Övriga bilagor, se innehållsförteckning.

På rätt väg med ALF



Socialstyrelsens utvärdering har genomförts i bred samverkan och med stort gensvar från nationell styrgrupp för ALF, regionala ledningsorgan för ALF och universitetssjukvårdsenheter över hela landet.

Socialstyrelsens utvärdering baseras på tre undersökningar, med grund i ALF-avtalet och kriterier för universitetssjukvårdsenheter, och gäller:

- en fördjupad granskning av ett urval universitetssjukvårdsenheter
- universitetssjukvårdsenheterna och dess uppfyllande av uppställda kriterier (enkätundersökning)
- ledningsorganen och dess struktur, funktion och stöd till universitetssjukvården (enkätundersökning)

Resultaten av respektive undersökning redovisas i bilaga 1–3. Utifrån dessa tre undersökningar vill Socialstyrelsen lyfta fram följande iakttagelser och utvecklingsområden.

Strukturer och processer är på plats

De regionala strukturer och processer som överenskommits genom det nationella ALF-avtalet är på plats i alla sju landsting och kan därmed anses ha skapat förutsättningar för att uppfylla intentionerna i ALF-avtalet.

Alla landsting har bildat gemensamma ledningsorgan där landstingets och universitetets ledningsnivåer är representerade och verkar på jämbördiga villkor.

Varje landsting och varje universitet har gemensamt fattat beslut om regionala ALF-avtal (RALF) om samverkan mellan landstinget och berört universitet. I de regionala avtalen regleras hur gemensamma prioriteringar och fördelning av ALF-medlen och övriga gemensamma medel, i förekommande

fall, ska prioriteras. De har gemensamma strategier med visioner och mål för den verksamhetsintegrerade utbildningen av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvård.

De regionala ledningsorganen har utsett universitetssjukvårdsenheter i enlighet med ALF-avtalet med grund i kriterier beslutade av den nationella styrgruppen för ALF och/eller regionala kriterier. Totalt finns 202 universitetssjukvårdsenheter (2017).

När det gäller regionala strategier av betydelse för universitetssjukvårdens uppdrag avseende verksamhetsintegrerad utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården är det mesta redan på plats. Genom den utvärdering som Socialstyrelsen har genomfört av universitetssjukvårdsenheterna har det framkommit att det finns behov av implementering och ökad kännedom om och användning av strategier som direkt berör universitetssjukvårdsenheterna.

Goda resultat vid de flesta av universitetssjukvårdsenheterna

Socialstyrelsens enkätundersökning av de 202 universitetssjukvårdsenheterna visar huvudsakligen goda resultat, de flesta uppfyller i stort kriterierna för vad universitetssjukvårdsenheterna bör uppnå.

Nedan beskrivs några områden som Socialstyrelsen särskilt vill lyfta fram när det gäller universitetssjukvårdsenheterna, som gäller behov av fortsatt uppmärksamhet och utveckling.

Klinisk forskning

En stor del av ALF-ersättningen gäller klinisk forskning för att universitet och landsting ska skapa bästa möjliga förutsättningar för klinisk forskning. I avtalet anges att universitetssjukvården ska fortlöpande bedriva forskning av hög nationell och internationell kvalitet, följa den internationella utvecklingen inom medicinsk forskning, trygga patienters deltagande och delaktighet i klinisk forskning, samverka med näringsliv och patientorganisationer.

Utifrån Socialstyrelsens granskning har myndigheten uppmärksammat att det överlag råder en god forskningskultur vid universitetssjukvårdsenheterna; det är en hög forskningsaktivitet, hög produktion av vetenskapliga artiklar, universitetssjukvårdsenheterna medverkar med egen presentation vid nationella och internationella vetenskapliga möten, det råder oftast en öppen och tillåtande miljö som lockar till nyfikenhet och forskning. Samtidigt visar resultaten av granskningen och enkätundersökningarna att några områden är i behov av fortsatt utveckling.

Hög vetenskaplig kompetens i ledningen

För en stark hälso- och sjukvårdsutveckling behövs en ledning som stödjer en miljö där den kliniskt verksamma personalen uppmuntras

- till forskarutbildning och deltagande i studier avseende klinisk forskning
- att undersöka, kritiskt granska, diskutera och utvärdera forskningsresultat
- delta i utvecklingen av kunskapsstöd för hälso- och sjukvården

- sprida kunskap om behandling och metoder till övrig hälso- och sjukvård

Bland de kriterier som den nationella styrgruppen för ALF har beslutat om ingår att det ska finnas en forsknings- och utbildningsansvarig (FoU-ansvarig) som är minst docent i ledningsgruppen.

Socialstyrelsens undersökning visar generellt ett gott resultat där de allra flesta USVE under hela eller delar av undersökningsperioden har haft en FoU-ansvarig som är minst docent i ledningsgruppen. Av de 202 universitetssjukvårdsenheterna saknade 12 en sådan FoU-ansvarig under hela eller delar av uppföljningsperioden. Även vid Socialstyrelsens fördjupade granskning förekom enheter där en FoU-ansvarig i ledningen saknades eller där den FoU-ansvarige i ledningen inte uppnått docentkompetens.

Även om utvärderingen visar på generellt goda resultat är det angeläget att de enheter som ännu saknar en FoU-ansvarig i ledningen utser en sådan.

Förslag till fortsatt arbete

För universitetssjukvårdsenheter som saknar en FoU-ansvarig som är minst docent i ledningen rekommenderar Socialstyrelsen att en sådan FoU-ansvarig utses, samt att dennes uppdrag tydliggörs.

Stöd till forskarkarriär för tillgodoseende av huvudhandledare av doktorander

För att huvudhandledning ska fungera och finnas i tillräcklig omfattning vid universitetssjukvårdsenheterna bedömer Socialstyrelsen att det är angeläget med mer stöd i forskarkarriären där forskning kommer in tidigt och som uppmuntrar forskningsaktivitet mot docentur.

I Socialstyrelsens fördjupade granskning har det framkommit att det vid de flesta enheter råder en brist på personer med docentkompetens. Flera av enheterna står dessutom inför en generationsväxling som riskerar att öka bristen på personer med docentkompetens. En brist på docenter innebär en brist på huvudhandledare och kan drabba den kliniska forskningen vid enheten. Myndigheten har också uppmärksammat att det finns behov av att stimulera studenter till doktorsexamen tidigt i karriären och erbjuda en karriärstege med stöd som leder fram till docentur för att trygga tillgången till huvudhandledare. Det är också angeläget att stimulera forskning inom relevanta yrkesgrupper, bland den kliniskt verksamma personalen vid universitetssjukvårdsenheterna. Socialstyrelsens enkätundersökning visar på ett behov att öka andelen forskarutbildade inom flera yrkesgrupper än läkare, bland doktoranderna uppges 80 procent vara läkare samtidigt som andelen läkare i medarbetarstrukturen utgör 28 procent. Därutöver har Socialstyrelsen i den fördjupade granskningen uppmärksammat en viss genusproblematik där kvinnor halkar efter i forskarkarriären.

I den fördjupade granskningen har många forskare lyft fram att det är svårt och tar lång tid att bli docent. Svårigheterna ligger bl.a. i att

- få ut tillräckligt med tid till forskning
- att vetenskapliga publikationer efter doktorsexamen inte räknas som meriter om forskarens huvudhandledare fortsätter att vara medförfattare
- det ges för få tillfällen att undervisa studenter, vid vissa enheter.

För att minska bristen på docenter och öka progression till docent kan strategiska insatser göras för att tidigarelägga forskarutbildning och stimulera fler yrkesgrupper att börja forska tidigt i karriären.

Det finns regionala strategier som stimulerar utvecklingen från student till docent, men dessa är inte alltid kända inom universitetssjukvårdsenheterna. I en av regionerna var strategin väl känd hos både studenter och personal och användes hos alla enheter som besöktes. I en annan av regionerna fanns exempel där strategin lett till en lyckad förberedelse för kommande generationsväxling där flera yngre forskare uppnått docentur.

Alla ledningsorgan har olika satsningar för att stödja en utveckling mot fler forskare och docenter, vid sidan om karriärstegar och avsatt tid till forskning. Bland stöden till doktorander har kliniska forskarskolor lyfts fram av många doktorander som ett bra stöd i forskarutbildningen, men alla doktorander får inte plats. Några forskare lyfter fram behov av startbidrag för nyetablerade forskargrupper och behov av forum för dialog om forskningsprojekt på respektive klinik.

Förslag till fortsatt arbete

Socialstyrelsen rekommenderar de regionala ledningsorgan att

- ha en strategi med stödjande strukturer som stimulerar och uppmuntrar utvecklingen från student till docent och vidare
- göra strategin och dess innehåll mer känt vid universitetssjukvårdsenheterna och hos studenter.

Socialstyrelsen rekommenderar även ledningsorganen att överväga

- en utbyggnad av de nationella forskarskolorna för att ge fler doktorander plats

Vid nästa utvärdering har Socialstyrelsen för avsikt att även undersöka genusaspekter i forskarkarriären.

Behov av fler kombinationsanställningar

Socialstyrelsens enkätundersökning visar att 29 procent av postdoks med en tillsvidareanställning vid USVE och 47 procent av forskarna har en kombinationstjänst. För postdoks varierar mellan landstingen andelen med kombinationstjänst från 10 procent till 55 procent, för forskare varierar andelen forskare med kombinationstjänst från 36 till 53 procent.

I Socialstyrelsens granskning av ett urval universitetssjukvårdsenheter vill myndigheten lyfta fram tre aspekter som visar på behov av fler kombinationstjänster. Aspekterna gäller

- enheter med få forskare bland den kliniskt verksamma personalen som har kombinationstjänst
- att en kommande generationsväxling kan leda till generell brist på kliniskt verksam personal med kombinationstjänst
- ge ökad kraft för enheter med låg forskningsaktivitet.

Utifrån resultaten av enkätundersökningen och granskningen menar Socialstyrelsen att det finns ett behov att öka andelen forskare med kombinationstjänster, det kan ge en möjlighet till utökad samverkan mellan universitetet och enheten i linje med intentionerna om samverkan i ALF-avtalet. Fler kombinationstjänster kan få positiv påverkan på forskningsaktivitet och undervisning, det kan också gynna kvalitetsarbetet på enheten. Den som har en kombinationstjänst (förenad eller adjungerad anställning) är anställd av universitetet och landstinget och delar sin tid mellan forskning, utbildning och klinisk verksamhet.

Socialstyrelsen menar därför att det är angeläget att de regionala ledningsorganen verkar för fler kombinationstjänster.

Förslag till fortsatt arbete

Socialstyrelsen rekommenderar ledningsorganen att överväga att inrätta fler kombinationstjänster vid de universitetssjukvårdsenheter som har få kombinationsanställda forskare.

Läkarutbildning

En stor del av de medel som ALF-avtalet omfattar utgör ersättning för landstingens merkostnader för verksamhetsförlagd utbildning av läkare. Enligt ALF-avtalet är det av stor vikt att läkarstudenterna får en ändamålsenlig undervisning, relevant träning och god handledning för att nå utbildningens mål. För detta fordras miljöer i hälso- och sjukvården som är anpassade för studenternas lärande och träning. Vidare är det viktigt att det finns handledare med vetenskaplig och pedagogisk kompetens som är väl insatta i de mål som studenten förutsätts nå under utbildningen.

Socialstyrelsens enkätundersökning har visat att 91 procent av universitetssjukvårdsenheterna har tillhandahållit verksamhetsförlagd utbildning för läkarstuderande och nästan alla har tillhandahållit någon form av utbildningsinsats, t.ex. kurser eller föreläsningar vid universitet/högskolan. Det är ett positivt resultat. Det är endast 3 av 202 universitetssjukvårdsenheter som inte tillhandahåller någon form av utbildningsinsats. Undersökningen visade också, som tidigare nämnts, att för 12 enheter saknas en forsknings- och utbildningsansvarig person i ledningen under hela eller delar av undersökningsperioden.

Pedagogisk handledarutbildning för handledning av läkarstudenter

Bland de kriterier som den nationella styrgruppen har fastställt ingår att all personal som deltar i verksamhetsförlagda utbildningsinsatser ska ha erforderlig pedagogiskt handledarutbildning för läkarstudenter enligt universitetets direktiv.

I Socialstyrelsens enkätundersökning uppgav 23 procent av universitetssjukvårdsenheterna att all personal som medverkar i utbildningsinsatserna för läkarstuderande har en sådan utbildning och 75 procent uppger att delar av personalen har pedagogisk handledarutbildning för handledning av läkarstudenter.

I den fördjupade granskningen av ett urval universitetssjukvårdsenheter har det framkommit att det finns ett behov av att förtydliga vad som avses med en pedagogisk handledarutbildning enligt universitetet direktiv. Dessutom lyftes en diskussion om hur en pedagogisk handledarutbildning bör vara utformad, och om den kan skilja sig i omfattning för olika personalgrupper.

I granskningen framhöll de som har satsat på en handledarutbildning att det bidrar till att stärka medvetenheten om handledarrollen och att universitetssjukvårdsenheten har ett löpande utbildningsuppdrag vid sidan om forskningen och klinikarbetet.

Diskussioner om behovet av pedagogisk handledarutbildning för handledning av läkarstudenter uppstod vid Socialstyrelsens samtliga regionala möten i utvärderingen. Vid de flesta regionala möten har förslag om en nivåstrukturerad pedagogisk handledarutbildning lyfts fram. Till exempel att kursansvarig och de som regelbundet handleder studenter har en högre nivå på sin pedagogiska handledarutbildning än de som handleder läkarstudenter i enklare moment. Det finns också ett behov av att skapa en rutin för att följa upp att alla har fått sin handledarutbildning och delar värderingen om utbildningsuppdragets prioritet.

Det framkom också att det är en ekonomisk utmaning att ha personal under utbildning. Ett sätt att underlätta genomförandet kan vara att erbjuda en webbaserad handledarutbildning. En annan variant som föreslagits vid Socialstyrelsens regionala möten är att utbildningen kan ha en generell del för alla som handleder läkarstudenter och en mer specifik del med grund i den typ av verksamhet som universitetssjukvårdsenheten verkar inom.

Socialstyrelsen föreslår att en gemensam diskussion genomförs på nationell nivå om hur handledarutbildningar för de som handleder läkarstudenter ska utformas och om en nivåstrukturering av utbildningen behövs.

Kända rutiner och uppföljning

Under Socialstyrelsens arbete med fördjupad granskning har vi sett ett behov av att öka uppmärksamheten kring läkarstudenternas lämplighet som läkare.

Det handlar om rutiner för att säkra att lärandemål och bemötandemål uppnås och att föra över en muntlig och skriftlig bedömning till student och nästkommande termins kursledning. Rutinerna runt detta bör vara kända och kommunicerade mellan universitet och enheter.

Universitetssjukvårdsenheterna använder universitetets utvärdering för förbättringsarbetet, men denna feedback sker inte så ofta och är inte alltid specifik för enheten. I den fördjupade granskningen av universitetssjukvårdsenheterna har flera lyft fram att enhetens kontinuerliga egna kursuppföljningar är viktigt för att leverera en bra tjänst. Ansvaret för kvaliteten i den erbjudna tjänsten har verksamhetschefen, inom ramen för universitetets checklistor och uppsatta lärandemål. På vilket sätt enhetens kontinuerliga uppföljning genomförs kan ske i samråd med universitetet.

Socialstyrelsen har även uppmärksammat att det blir allt större studentkullar eftersom antalet utbildningsplatser ökar över tid. Det blir dessutom ännu fler läkarstuderande om införandet av ytterligare en termin, termin 12, genomförs enligt förslaget om ny läkarutbildning, *För framtidens hälsa - en ny läkarutbildning* (SOU 2013:15) och *Bastjänstgöring för läkare* (Ds 2017-56). De

allt större studentkullarna leder till ytterligare trängsel runt patienterna. Det finns ett behov av att fortsätta den påbörjade utlokaliseringen till omkringliggande verksamheter och landsting. Det är även angeläget att lokaler och studentmiljön anpassas så de är ändamålsenliga för allt större studentkullar.

Förslag till fortsatt arbete

Socialstyrelsen rekommenderar de regionala ledningsorganen att säkerställa att det finns en fungerande samverkan mellan universitet och universitetssjukvårdsenhet när det gäller:

- att pedagogisk handledarutbildning för handledning av läkarstudenter erbjuds och nyttjas av den personal som handleder läkarstudenter.
- att universitets policys, läroplaner, instruktioner, strategier runt läkarutbildningen är väl kända hos de som handleder läkarstuderande på enheter som bedriver verksamhetsförlagd utbildning.
- en kontinuerlig återkoppling av studenternas progression till de enskilda studenterna och till nästkommande termins kursansvariga sker, muntligt och skriftligt, för att utveckla studenterna mer effektivt eller i vissa fall avsluta utbildningen.

Utveckling av hälso- och sjukvård

Enligt ALF-avtalet ska hälso- och sjukvårdens utveckling främjas genom fördjupat och vidgat samarbete inom forskning, utbildning och utveckling. Vidare anges att universitetssjukvården ska följa den internationella utvecklingen inom medicinsk forskning, utbildning och hälso- och sjukvård. Därtill ska den bidra till evidensbaserad hälso- och sjukvård genom att överföra egna och andras forskningsresultat till praktisk vård och fortlöpande utvärdera etablerade och nya metoder, förmedla resultatet av sin verksamhet till övriga delar av hälso- och sjukvården och samverka med näringslivet och patientorganisationer. Universitetssjukvården ska också bl.a. kännetecknas av en innovativ kultur och incitamentsstruktur för utveckling.

Socialstyrelsens enkätundersökning visar överlag på goda resultat. Alla universitetssjukvårdsenheter uppgav att de förmedlar resultatet av sin verksamhet till andra delar av hälso- och sjukvården, nästan alla uppger att de deltar i utvecklingen av kunskapsstöd som riktlinjer och vårdprogram och 95 procent av enheterna uppger att de rapporterar till nationella kvalitetsregister. Trots goda resultat bedömer Socialstyrelsen att det finns utvecklingsbehov inom några områden.

Innovationer i universitetssjukvården

I Socialstyrelsens fördjupade granskning har det framkommit ett behov av ökat fokus på utvecklingsarbete och innovationsarbete vid universitetssjukvårdsenheterna. Det har också framkommit att det råder en osäkerhet om vad som skiljer utvecklingsarbete från innovationsarbete. Strategierna behöver göras kända och rutiner tydliggöras bland personalen på universitetssjukvårdsenheten om hur de kan gå tillväga om de har en idé eller produkt som kan bli en innovation.

Utvecklingsarbete handlar exempelvis om att testa olika lösningar på ett problem eller ta tillvara forskningsresultat. Utvecklingsarbete kan ibland leda till en innovation – en ny produkt, tjänst eller metod som sprids till andra.

En innovation kan också skapas utifrån ett behov som samhället, vården, patienter eller personal har. Det kan resultera i en uppfinning eller vara ett resultat av forskning. Resultat som gör att behovet kan tillgodoses och sprids till andra.

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

Talar man om innovationsverksamhet så används också begreppen att stärka innovationskraften eller innovationsförmågan.

Resultat av Socialstyrelsens utvärdering avseende innovationer

Socialstyrelsens enkätundersökning visar att tre av de regionala ledningsorganen hade gemensamt beslutade strategier till stöd för utveckling och innovationer. För två av ledningsorganen är en sådan strategi under framtagande. Det förekommer också strategier för innovationer, som inte är gemensamt beslutade, utan av endera respektive båda parter.

Socialstyrelsens enkätundersökning visar att 61 procent av universitetssjukvårdsenheterna (USVE) har en skriftlig och på ledningsnivå beslutad strategi för innovationer till följd av forskning och utvecklingsarbete och 52 procent av USVE har särskilda medel avsatta för innovationer. USVE arbetar aktivt med utveckling och innovativa aktiviteter, dock är innovationsstrategier och rutiner bristfälligt kända i verksamheten.

Socialstyrelsens bedömning är att med tydliga och kända strategier och rutiner kan innovationskraften stärkas och vägen från idé till färdig produkt/nytt arbetssätt bli smidigare.

Förslag till fortsatt arbete

Socialstyrelsen rekommenderar de regionala ledningsorganen att säkerställa att

- de som saknar en gemensam strategi för innovation att ta fram en sådan
- innovationsstrategin är känd i verksamheterna
- tillsammans med universitetssjukvårdsenheterna tydliggöra för personalen om hur man kan gå tillväga och vilket stöd som erbjuds när det gäller uppfinningar/ innovationer i verksamheten
- följa upp att rutinerna används i universitetssjukvården.

Ett förslag som kan övervägas är att kartlägga innovationsproduktionen per år per USVE. På nationell nivå, exempelvis nationella styrgruppen för ALF, kan det övervägas att utveckla mått för jämförelser mellan landstingen och deras USVE med avseende på innovationsutfall.

Patientmedverkan kan utvecklas

I Socialstyrelsens enkätundersökning framgår att 66 procent av enheterna har någon form av samverkan med patienter i arbetet med planering av studier avseende klinisk forskning.

Socialstyrelsen har också ställt frågan om enheterna samverkat med patienter och närstående eller patientorganisationer i utvecklingsarbetet till följd av självrapporterad hälsa (PROM) och patientupplevelser av vården (PREM). Här visar undersökningen att 126 enheter uppger att de samverkar med patienter och närstående eller patientorganisationer i utvecklingsarbetet till följd av PROM och/eller PREM.

Hälso- och sjukvården genomgår för närvarande en utveckling mot arbetsformer som präglas av ökad patientdelaktighet i forsknings- och utvecklingsarbetet. Bland de USVE som Socialstyrelsen granskat har endast enstaka USVE haft patientföreträdare i enhetens ledning. Socialstyrelsens bedömning är att patienternas perspektiv och deras behov kan bidra till bättre resursanvändning, nya frågeställningar samt ökad legitimitet och representativitet.

Förslag till fortsatt arbete

Socialstyrelsen rekommenderar USVE att överväga arbetsformer för inkludering av patientföreträdare i ledningsstrukturer, utvecklingsprojekt, forskningsprojekt och i arbetet med planering av verksamhetsförlagd läkarutbildning.

Socialstyrelsen överväger att ta fram nationella öppna jämförelser med avseende på patientmedverkan i utvecklingsarbetet.

System för implementering

Ett av kriterierna som nationella styrgruppen för ALF beslutat om gäller att universitetssjukvårdsenheten (USVE) ska bidra till en evidensbaserad hälso- och sjukvård.

För att ha god kontroll på att den egna verksamheten drivs i enlighet med aktuella kunskapsstöd, där implementering av nya och utfasning av gamla metoder är en del, bör universitetssjukvårdsenheterna ha ett systematiskt arbete med detta. En handlingsplan med uppsatta mål, åtgärder, resurser för genomförande och systematisk uppföljning kan bidra till en organiserad process i arbetet med implementering av kunskapsstöd i linje med huvudmännens nationella kunskapsstyrningsmodell för hälso- och sjukvården som är under införande.

Enligt den enkätundersökning som Socialstyrelsen har genomfört vid USVE har 145 (72 procent) USVE uppgett att de har en sådan handlingsplan, av dem har 109 (75 procent) uppgett att de följt upp planen under det senaste året. Socialstyrelsens bedömning är att universitetssjukvårdsenheternas systematiska arbete med implementering kan öka och vi menar att det är rimligt att USVE går före och visar vägen när det gäller metoder för implementering.

Under vår fördjupade granskning har exempel på praktiska verktyg framkommit. Ett exempel från cancervården gäller införandet av multidisciplinär konferens (MDK), där aktuellt nationellt vårdprogram systematiskt används och motiv till eventuella avsteg från vårdprogrammet gemensamt diskuteras, och beslut fattas om kommande vård och behandling för patienten. Ett annat

exempel gäller psykiatrin där användningen av vårdprocesskartor för olika diagnosområden tagits fram under ledning av professionerna där de mäter följsamheten.

I enkätundersökningen till de regionala ledningsorganen uppger samtidigt alla regioner att de säkerställer att aktuella kunskapsstöd används i hälso- och sjukvården, genom uppföljning. Även om en sådan uppföljning pågår så menar Socialstyrelsen att det är angeläget att USVE har ett systematiskt arbete med implementering av kunskapsstöd.

Förslag till fortsatt arbete

Socialstyrelsen rekommenderar de USVE som ännu inte har en handlingsplan eller motsvarande för systematisk implementering av kunskapsstöd att ta fram en sådan, med tillhörande uppföljningsplan. Handlingsplanen kan vara en kompletterande del till enhetens ledningssystem.

Öka användning av data om patienters skattning av sin hälsa och upplevelse av vården

Utveckling mot ökad patientdelaktighet (patientlagen (2014:821) kap 5) gör att livskvalitet, upplevt hälsotillstånd och hur vården uppfattas bör mätas regelbundet. Resultat av mätningarna bör även systematiskt användas i utvecklingsarbetet. Socialstyrelsen menar att ökad användning av PROM, inklusive diagnosspecifika delar, och PREM förstärker patientperspektivet och bör bli ett prioriterat utvecklingsområde där universitetssjukvården bör ligga i framkant. Systematiska mätningar av PROM och PREM kan också bilda patientdataunderlag för forskning.

Mätning av patientupplevelser

I Socialstyrelsens enkätundersökning uppgav 146 (80 procent), av de 183 universitetssjukvårdsenheter (USVE) som besvarat frågan, att de genomför en systematisk mätning av patienternas upplevelse av sin egen sjukdom och hälsa efter behandling eller annan intervention (PROM).

I enkätundersökningen uppgav 90 procent, av de 188 USVE som besvarat frågan, att de genomför en systematisk mätning av patienternas upplevelser av vården t.ex. bemötande, förtroende, delaktighet, väntetider, kontakt och samordning (PREM).

Användning av resultaten

I enkätundersökningen uppgav 129 enheter (88 procent), av de 146 enheterna som besvarat frågan, att de använder resultaten av PROM i sitt förbättringsarbete.

Av de 169 USVE som svarat ja på frågan om mätning avseende PREM uppger 155 enheter (92 procent) att de använder resultaten i sitt förbättringsarbete.

Enkätundersökningen visar dock inte i vilken omfattning som PROM och PREM används. Socialstyrelsens fördjupade granskning visar att arbete med PROM och PREM förekommer hos många enheter men i begränsad omfattning. Flera av enheterna redovisar att de medverkar i den nationella patientenkäten för PREM som genomförs vartannat år, men att resultaten används i begränsad utsträckning i utvecklingsarbetet. Få enheter uppger att de mäter

både PROM och PREM och använder resultaten systematiskt i sitt utvecklingsarbete. Socialstyrelsens granskning tyder på att många av USVE använder PROM och PREM i liten omfattning idag.

Utveckling av PROM pågår även i internationell samverkan. OECD förbereder arbetet för att utveckla och samla in patientrapporterade mått från medlemsländerna. Arbetet har påbörjats för vissa sjukdomsspecifika områden (höft/knäplastik och bröstcancer), och på sikt planeras en större undersökning (patient-reported indicators survey, PaRIS). Det innebär att internationellt jämförbara patientrapporterade utfallsmått ska tas fram. Socialstyrelsen förmodar att arbetet kan komma att påverka universitetssjukvårdsenheternas arbete med PROM.

Exempel finns där PROM och PREM är helt digitaliserat. Exempelvis patientens egenregistrering (PER) i Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ) där bland annat frågor om patientens hälsa, smärta och livskvalitet och hur patienten klarar det vardagliga livet besvaras via dator. Med en sådan datortjänst kan arbetet underlättas och bli en naturlig del i både vårdens verksamhet och för patientens egenrapportering.

Förslag till fortsatt arbete

Socialstyrelsen rekommenderar de regionala ledningsorganen att överväga att stödja ett mer systematiskt införande av

- PROM, inklusive diagnosspecifik PROM, före och efter behandling genom hela patientprocessen
- PREM i utvärdering av vårdprocesserna.

Strukturerad uppföljning av fortbildning och kompetensutveckling behöver utvecklas

Socialstyrelsens enkätundersökning visar att 81 procent av USVE har en samlad plan för kompetensutveckling för personalen.

Den fördjupade granskningen av ett urval universitetssjukvårdsenheter visar på ett behov av en strukturerad uppföljning av personalens fortbildning och kompetensutveckling. Ofta saknas även en samlad dokumenterad bild av alla medarbetares kompetensutveckling, där uppföljning förkommer stannar den ofta på individnivå i samband med medarbetarsamtal.

Förslag till fortsatt arbete

Socialstyrelsen rekommenderar de universitetssjukvårdsenheter som saknar en systematisk plan för kompetensutveckling och fortbildning att ta fram en sådan, som även inkluderar personalens vetenskapliga och pedagogiska meritering.

Socialstyrelsens förslag till miniminivåer

Uppdraget

I Socialstyrelsens uppdrag har även ingått att ta fram förslag till miniminivåer för universitetssjukvården.

Förslagen till miniminivåer kan komma att utgöra underlag för kommande utvärderingar av universitetssjukvårdsenheterna. Vid den utvärdering som Socialstyrelsen nu genomfört har utgångspunkten varit ALF-avtalet och de kriterier som fastslagits av nationella styrgruppen för ALF.

Vad är en miniminivå?

I regeringsuppdraget anges att Socialstyrelsen i utvärderingen ska föreslå en miniminivå som universitetssjukhusen bör uppnå. Samma sak återfinns även i ALF-avtalet. Vidare anges i avtalet att ett landsting som inte uppnår denna miniminivå ska i samverkan med berört universitet åtgärda detta inom en viss tid i enlighet med utvärderingens rekommendation. Om så inte sker får staten säga upp ALF-avtalet gentemot berört landsting. Socialstyrelsen uppfattar regeringsuppdraget som att miniminivåerna ska ange de lägsta krav som kan ställas på universitetssjukvården.

Det förslag till miniminivåer som Socialstyrelsen nu överlämnar till regeringen utgår från vad den enskilda universitetssjukvårdsenheten bör uppnå. Avtalsparter är staten och landstingen. Det betyder att miniminivåerna är uppfyllda först när alla universitetssjukvårdsenheter inom ett landsting uppfyller nivåerna.

De miniminivåer som presenteras i detta kapitel har tagits fram under utvärderingsprocessen och var alltså inte kända av ledningsorganen eller universitetssjukvårdsenheterna. Därför kan miniminivåerna inte utgöra underlag för bedömningen av resultatet vid denna utvärdering. Det kan först ske vid nästa utvärdering som beräknas ske om fyra år, i det fall regeringen väljer att ge ett sådant utvärderingsuppdrag.

Process för att sätta miniminivåer

I ALF-avtalet och nationella styrgruppen för ALF:s beslutade kriterier finns ett antal strukturer och processer beskrivna, de bedöms som viktiga för att främja hälso- och sjukvårdens utveckling (bilaga 8). ALF-avtalet och kriterierna har utgjort underlag för Socialstyrelsens förslag till miniminivåer.

I enlighet med regeringsuppdraget har Socialstyrelsen utsett en expertpanel som hjälpt till att ta fram miniminivåerna. Flertalet av deltagarna i expertpanelen är eller har varit chef för en universitetssjukvårdsenhet och är eller har varit aktiva forskare. Sammantaget har expertpanelens deltagare en stor erfarenhet från hela landet av universitetssjukvårdsenheternas verksamhet.

De som främst berörs av Socialstyrelsens förslag till miniminivåer, förutom regeringen, är de sju regionala ledningsorganen, universitetssjukvårdsenheterna och den nationella styrgruppen för ALF. Socialstyrelsen har vid flera tillfällen diskuterat förslaget vid möten med nationella styrgruppen för ALF. Vid återkopplingen till de regionala ledningsorganen för ALF av resultatet från den fördjupade granskningen av deras universitetssjukvårdsenheter ingick som ett längre moment en diskussion om förslaget till miniminivåer. Vid detta tillfälle deltog representanter från landstings- och universitetsledningarna samt chefer från universitetssjukvårdsenheterna.

Utifrån de synpunkter som framkommit vid samtliga möten tog sedan Socialstyrelsen fram ett nytt förslag.

Synpunkter har även inhämtats från andra intressenter. Exempelvis har Universitetskanslersämbetet, Vetenskapsrådet, Sveriges Kommuner och Landsting m fl. lämnat synpunkter på miniminivåförslaget.

Förslaget har varit ute för synpunkter under cirka tre månader. Utifrån alla kommentarer och synpunkter som inkommit har Socialstyrelsen tillsammans med expertpanelen tagit fram ett slutgiltigt förslag till miniminivåer för universitetssjukvården. Förslaget presenteras längre ner i detta kapitel.

Synpunkter som inkommit under remisstiden

Flera intressenter lämnade synpunkter under remisstiden. Flera av synpunkterna avsåg enskilda formuleringar av miniminivåerna, som Socialstyrelsen i de flesta fall har kunnat tillgodose. Några övergripande synpunkter som inkom var:

Skilj mellan huvudmännens och universitetssjukvårdsenhetens ansvar

Synpunkterna avsåg att tydliggöra det ansvar som universitetet har för läkarutbildningen, som exempelvis att ta fram lärandemål och genomföra kursutvärderingar.

Synpunkterna avsåg också det ansvar som landstingsledningar eller de regionala ledningsorganen har för att ta fram och besluta om övergripande strategier, exempelvis för kompetensförsörjning, kompetensutveckling och innovationsstrategier.

Socialstyrelsen har tagit hänsyn till synpunkterna. Förslaget till miniminivåer berör inte ansvarsförhållande eller vem som utarbetar dessa strategier, utan miniminivåernas fokus är hur de används på universitetssjukvårdsenheterna. Socialstyrelsen har valt att ha ett tydligt fokus på vilka krav som kan ställas på en universitetssjukvårdsenhet när myndigheten satt miniminivåer.

Anställningsform

Inledningsvis använde Socialstyrelsen begreppet tillsvidareanställd vid universitetssjukvårdsenheten. Det finns många varianter av anställningsformer, från att vara anställd vid en klinik till ett sjukhus eller av landstinget. Det förekommer också att personal är anställd vid en enhet men har sin placering

vid universitetssjukvårdsenheten. För att undvika tonvikt på anställningsformen har Socialstyrelsen istället använt begreppet kliniskt verksam personal vid universitetssjukvårdsenheten. En närmare definition av vilken personal som avses anges i definitionen i anslutning till respektive miniminivå.

Redovisningsperiod

Flera intressenter angav att redovisningsperioden (t.ex. årsvis, vart annat år) kan varje landstingsledning själv få avgöra. Det viktiga är att miniminivån på efterfrågan kan redovisas, t.ex. vid en kommande utvärdering. Utifrån denna synpunkt har Socialstyrelsen valt att ange miniminivåerna utan redovisningsperioder. Med undantag för två miniminivåer, dels om doktorander/halvtidsseminarium under en fyraårsperiod, dels under året deltagit i utarbetande eller uppdatering av kunskapsstöd.

Universitetssjukvårdsenhet

Flera synpunkter inkom på att en universitetssjukvårdsenhet inte bara är en klinik, det kan exempelvis utgöras av ett nätverk eller en vårdprocess. Socialstyrelsen har tagit hänsyn till detta och när myndigheten använder begreppet universitetssjukvårdsenhet avses ingen särskild organisationsform. Begreppet universitetssjukvårdsenhet är ett samlingsnamn för enheten och tar inte hänsyn till hur landstinget har valt att organisera vården.

Däremot har det lett till en diskussion om vad som ska kännetecknа en universitetssjukvårdsenhet, som redovisas i nästa avsnitt.

Kännetecken för en universitetssjukvårdsenhet

Socialstyrelsen har, tillsammans med expertpanelen och i samråd med representanter för den nationella styrgruppen för ALF, kommit fram till att en universitetssjukvårdsenhet kännetecknas av följande:

- Har direkt eller indirekt patientkontakt
- Har en verksamhetschef eller motsvarande, enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
- Har FoUU-kompetens i ledningen
- Kan erbjuda handledning av forskarstuderande
- Bedriver aktiv klinisk forskning
- Har engagemang i läkarutbildningen genom verksamhetsförlagd utbildning/verksamhetsintegrerat lärande och/eller föreläsningar och seminarier
- Är aktiva inom och har kunskap och kompetens inom evidensbaserad medicin, både för att ta fram kunskap och sprida den.

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

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

FoUU är en etablerad förkortning för forskning, utveckling och utbildning. Det är en eller flera personer i ledningen som har ett övergripande ansvar för utvecklingsfrågor inom dessa tre områden.

Förslag till miniminivåer

Socialstyrelsen har tagit fram förslag till 27 miniminivåer. Nivåerna är kopplade till ALF-avtalet som avser klinisk forskning, läkarutbildning och utveckling av hälso- och sjukvården. Nedan redovisas varje miniminivå för sig, med eventuellt tillhörande definition och kommentar, inom vart och ett av dessa områden.

Inledningsvis vill Socialstyrelsen understryka att:

- Förslagen till miniminivåer utgår från det nationella ALF-avtalet och definitioner och kriterier som beslutats av den nationella styrgruppen för ALF.
- Miniminivåerna är satta för att fungera oavsett organisation av universitetssjukvårdsenheten. Universitetssjukvårdsenheten utses av de regionala ledningsorganen och kan ha olika organisation och utformning.

För att undvika alltför långa texter används följande förkortningar vid redovisningen av miniminivåerna:
USVE = universitetssjukvårdsenhet
VFU = verksamhetsförlagd utbildning inom läkarutbildningen
VIL = verksamhetsintegrerat lärande inom läkarutbildningen
FoUU = forskning och utveckling samt utbildning

Miniminivåer klinisk forskning

Socialstyrelsens förslag inom området klinisk forskning omfattar elva miniminivåer. Nio av miniminivåerna avser strukturer och processer samt två är resultatmått. Områden som nivåerna berör avser tillämpning av handlingsplan för att stimulera studenter och kliniskt verksam personal till att forska, forsknings- och utbildningskompetens i ledningen, samverkan vid planering och genomförande av klinisk forskning samt deltagande i möten och konferenser. Resultatmåtten avser produktion av vetenskapliga artiklar, halvtidsseminarium och doktorsexamen vid enheten.

Övergripande definition av klinisk forskning

Med klinisk forskning avses sådan forskning som förutsätter vårdens strukturer och resurser och har som mål att lösa ett ohälsoproblem eller att identifiera faktorer som leder till ökad hälsa (enligt ALF-avtalet).

Detta inkluderar bland annat forskning/studier på människa (patientnära forskning) godkänd av etikprövningsnämnd, exempelvis experimentella studier/behandlingsstudier (t.ex. kliniska prövningar, interventionsstudier) såväl som observationsstudier (t.ex. registerbaserade studier, epidemiologiska studier, kvalitativa studier).

Förslag till miniminivåer	Definitioner och kommentarer
Vid USVE finns i ledningen minst en FoUU-ansvarig person som är minst docent med	Med *förenad anställning* avses en anställning vid högskola/universitet som är förenad med anställning vid en sjukvårdsenhet som är upplåten för

förenad eller adjungerad anställning vid universitet/högskola	medicinsk utbildning och forskning (4 kap. högskoleförordningen, 1992:1434). (Gäller enbart professorer och lektorer). Med *adjungerad anställning* avses en tidsbegränsad anställning och regleras enligt högskoleförordningen. (4 kap. högskoleförordningen, 1992:1434).
Vid USVE tillämpas en handlingsplan som stödjer utvecklingen från student till docent inom för enheten relevanta yrkesgrupper	Med *handlingsplan* avses en skriftlig plan med åtgärder för att uppfylla uppsatta mål. Den kan ha tagits fram av ledningsorganet för ALF eller av USVE. Handlingsplanen kan exempelvis innehålla olika former av stöd för perioden från student fram till docentur, samt en incitamentsstruktur som uppmuntrar till strävan att nå docentur. Med *relevanta yrkesgrupper* avses för USVE relevant personal inom de för närvarande 21 yrken som kräver legitimation för att få utöva yrket samt andra relevanta yrken med krav på högskolekompetens, t.ex. biostatistiker, molekylärbiolog, socionom, folkhälsovetare.
Vid USVE finns minst en kliniskt verksam erfaren forskarhandledare	Med *kliniskt verksam* avses personal inom de för närvarande 21 yrken som kräver legitimation för att få utöva yrket samt andra relevanta yrken med krav på högskolekompetens, t.ex. biostatistiker, molekylärbiolog, socionom, folkhälsovetare. Med *erfaren forskarhandledare* avses minst docent.
Vid USVE finns minst en kliniskt verksam doktorand, som aktivt deltar i sin forskarutbildning	Med *kliniskt verksam personal* avses personer inom de för närvarande 21 yrken som kräver legitimation för att få utöva yrket samt andra relevanta yrken med krav på högskolekompetens, t.ex. biostatistiker, molekylärbiolog, socionom, folkhälsovetare.
Vid USVE har någon av den kliniskt verksamma personalen genomfört ett halvtidsseminarium eller erhållit en doktorsexamen under en fyraårsperiod.	Med *kliniskt verksam personal* avses personer inom de för närvarande 21 yrken som kräver legitimation för att få utöva yrket samt andra relevanta yrken med krav på högskolekompetens, t.ex. biostatistiker, molekylärbiolog och socionom, folkhälsovetare. Halvtidsseminarium ska genomföras för varje doktorand som ska avlägga doktorsexamen i syfte att kontrollera att målen för doktorsexamen är på god väg att realiseras. För doktorsexamen krävs godkänd vetenskaplig doktorsavhandling samt att övriga examinationsmoment i forskarutbildningen är godkända. Nivån är satt för att även personalmässigt små enheter ska kunna utses till USVE.
USVE samverkar, vid planering och genomförande av studier avseende klinisk forskning, med - andra vårdenheter inom eget landsting/region - andra landsting/regioner - universitet/högskolor - näringsliv	Med *samverkan*, när så är relevant, avses övergripande gemensamt handlande på organisatoriskt plan för visst syfte. Någon eller några tillför sina specifika resurser, kompetenser och/eller kunskaper till en uppgift som utförs gemensamt.

- patient- och närstående och/eller företrädande organisationer.	Samverkan med patient- och närstående och/eller företrädande organisationer avser USVE som har direkt patientkontakt.
Kliniskt verksam personal vid USVE bedriver/deltar kontinuerligt i regionala, nationella och/eller internationella studier avseende klinisk forskning.	Med *kliniskt verksam personal* avses personer inom de för närvarande 21 yrken som kräver legitimation för att få utöva yrket samt andra relevanta yrken med krav på högskolekompetens, t.ex. biostatistiker, molekylärbiolog och socionom, folkhälsovetare.
På USVE finns en kontinuerlig produktion av vetenskapliga artiklar.	Med *vetenskapliga artiklar* avses originalartiklar och översiktsartiklar, dvs. artiklar som genomgått sakkunniggranskning (peer-review) och publicerats (inklusive Epub ahead of print) i vetenskapliga tidskrifter. Med *kontinuerlig* avses en ständigt pågående produktion.
Kliniskt verksam personal vid USVE deltar regelbundet i vetenskapliga möten/konferenser med egen vetenskaplig presentation.	Med *kliniskt verksam personal* avses personer inom de för närvarande 21 yrken som kräver legitimation för att få utöva yrket samt andra relevanta yrken med krav på högskolekompetens, t.ex. biostatistiker, molekylärbiolog, socionom, folkhälsovetare. Med *vetenskaplig presentation* avses inbjuden som talare eller deltagande med accepterat abstract, poster eller muntlig presentation vid nationella eller internationella vetenskapliga möten/konferenser.
Minst en forskare vid USVE har minst ett beviljat anslag i nationell/internationell konkurrens med pågående dispositionsrätt.	Med *beviljat anslag* avses medel som beviljats där kliniskt verksam personal vid USVE är huvudsökande eller medsökande. Dispositionsrätten kan ligga hos universitetet eller USVE.
Kliniskt verksam personal vid USVE har tillgång till relevant stöd och lokaler som möjliggör klinisk forskning i tillräcklig omfattning.	Här avses kliniskt verksam personal som bedriver klinisk forskning. Med *tillgång till* avses att kliniskt verksam personal har tillgång till relevant stöd antingen vid enheten eller från annan aktör, t.ex. annan USVE på sjukhuset, landstingets organisation eller universitet/högskola. Exempel på relevant stöd som möjliggör klinisk forskning: Tillgång till arbetsplats med dator Tillgång till för verksamheten adekvat biblioteks-tjänst och aktuella tidskrifter Tillgång till relevanta digitala informationssystem Forskningsansökningar Projektplanering Framtagande av studieprotokoll och patientinformation Etikansökningar/regulatoriska dokument Avtalsskrivning Forskningssjuksköterska Good Clinical Practice - utbildning (GCP-utbildning) Randomisering Core facilities Avancerad teknisk utrustning Utbildning om vad som gäller för forskning på biobanksprov

	Sjukvårdsintegrerad biobankning Biobanker och/eller biobanksdata inkl. service för tillgång till befintliga prov Biobanksservice för planering av studier Rådgivning och hjälp vid utformning av biobanskavtal Kvalitetsregister Datainsamling/datahantering/databaskonstruktion Statistisk analys Forskningsdatabas Monitorering Innovationssystem Publikationsstöd.

Miniminivå utbildning av läkare

Socialstyrelsens förslag inom området läkarutbildning omfattar åtta miniminivåer, samtliga berör strukturer och processer. Områden som nivåerna berör är att erbjuda VFU/VIL, handledarutbildning, att lärandemålen är kända vid universitetssjukvårdsenheten, uppföljning av VFU/VIL och rutin för student som inte uppfyller lärandemålen för VFU/VIL.

Övergripande definition av läkarutbildning enligt ALF:

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

Förslag till miniminivåer	Definitioner och kommentarer
Vid USVE erbjuds verksamhetsförlagd utbildning/verksamhetsintegrerat lärande och/eller annan utbildningsinsats.	
Den personal som regelbundet deltar i verksamhetsförlagd utbildning/verksamhetsintegrerat lärande (VFU/VIL) för läkarstuderande vid USVE har erforderlig pedagogisk handledarutbildning enligt universitets direktiv.	
Vid USVE erbjuds alla läkarstuderande en namngiven handledare under VFU/VIL som de kan vända sig till.	
Personal som handleder läkarstudenter vid USVE följer handledarinstruktionerna.	Universitetet ansvarar för handledarinstruktionerna.
Utbildningens lärandemål för VFU/VIL är kända av personal som handleder läkarstudenter.	Lärandemålen är framtagna av universitetet, USVE kan dessutom ha omsatt lärandemålen i mer detaljerade mål anpassade för verksamheten.
USVE kan redovisa exempel på hur kursutvärderingar och uppföljningar under VFU/VIL har använts i förbättringsarbetet.	Universitetet ansvarar för kursutvärderingar. Med *uppföljning* under VFU/VIL avses att USVE inhämtar feedback från läkarstudenter.

Vid USVE används en känd skriftlig rutin för studenter som inte uppfyller lärandemålen.	Med *rutin* avses ett bestämt tillvägagångssätt för hur aktiviteter ska genomföras samt hur ansvaret ska fördelas. Universitetet ansvarar för rutinen/riktlinjen.
USVE tillhandahåller lokaler och basal utrustning som möjliggör verksamhetsförlagd utbildning av läkarstudenter (VFU/VIL).	Exempel på relevant infrastruktur som möjliggör utbildning av läkare. Ändamålsenliga lokaler för seminarier och utbildning Ändamålsenlig utbildningsmiljö för klinisk färdighetsträning, VFU/VIL Tillgång till arbetsplats med dator Tillgång till för verksamheten adekvat bibliotekstjänst och aktuella tidskrifter Tillgång till relevanta digitala informationssystem

Miniminivå utveckling av hälso- och sjukvård

Socialstyrelsen förslag inom området utveckling av hälso- och sjukvård omfattar åtta miniminivåer, samtliga avser strukturer och processer. Den nationella styrgruppen för ALF:s beslutade kriterier följer i stort de krav som ställs i lagar och författningar på all hälso- och sjukvårdande verksamhet. Socialstyrelsen har utgått från kriterierna men satt kraven lite högre än nationella styrgruppens kriterier för några av miniminivåerna. Myndigheten anser att universitetssjukvårdsenheterna bör vara vägledande inom flera områden för den övriga hälso- och sjukvården. Under remissrundan har de flesta som lämnat synpunkter stött detta synsätt på universitetssjukvårdsenheterna som föregångare för en utveckling av kunskapsbaserad hälso- och sjukvård. Det finns även förslag till miniminivåer som har sin grund i det nationella ALF-avtalet och som rör patientdata och samverkan med patienter eller företrädare för dem.

Miniminivåerna omfattar områden som berör kunskapsutveckling och spridning av denna, användning av data för utveckling av verksamheten, samverkan med olika intressenter såsom patientföreträdare och personalens kompetensutveckling.

Förslag till miniminivåer	Definitioner och kommentarer
USVE kan redovisa på vilket sätt kliniskt verksam personal använder kunskapsstöd.	Med *kunskapsstöd* avses exempelvis riktlinjer och vårdprogram.
Kliniska verksam personal vid USVE har under året deltagit i utarbetande/uppdatering av kunskapsstöd.	
USVE förmedlar resultatet av sin verksamhet och sitt utvecklingsarbete i en skriftlig årsrapport.	Med *utvecklingsarbete* avses användande av vetenskap eller beprövad erfarenhet (exempelvis införande av och utmönstring av metoder) samt innovationer i syfte att utveckla verksamheten. Med *förmedla* avses att göra den skriftliga rapporten tillgänglig och sprida till övriga delar av hälso- och sjukvården.
USVE använder data från för verksamheten relevanta kvalitetsregister i utvärdering och utveckling av verksamheten.	Med *utvärdera* avses bedöma resultatet av en verksamhet eller åtgärd.

	Med *utveckla verksamheten* avses att konkreta förändringar införs i verksamheten med syfte att leda till förbättringar för patienterna.
USVE använder data från mätningar av patienternas upplevelser och kan redovisa att det bidragit till utveckling av verksamheten.	Med *patienternas upplevelser* avses - upplevelse av sin egen sjukdom och hälsa efter behandling eller annan intervention (t.ex. symtom, funktionsförmåga, hälsorelaterad livskvalitet). - upplevelser av vården (t.ex. bemötande, förtroende, delaktighet, väntetider, kontakt, samordning). Avser USVE som har direktkontakt med patienter.
USVE samverkar med patienter och närstående eller patient- och närståendeorganisationer i utvärderings- och utvecklingsarbetet.	Avser USVE som har direktkontakt med patienter.
USVE har en skriftlig och på ledningsnivå beslutad strategi/rutin eller motsvarande som stöder innovationer, till följd av utvecklingsarbete och forskningsresultat och som är känd i verksamheten.	Med *ledningsnivå* avses den nivå som har mandat att fastställa gemensamma strategier/riktlinjer eller motsvarande. Strategin kan exempelvis innehålla stöd till anställda med målet att de ska ha kunskap, kompetens och färdigheter för att bidra till innovationer i hälso- och sjukvården. Den kan också innehålla stöd för utveckling och implementering av innovationer i hälso- och sjukvården. Strategin/rutinen kan vara beslutad på annan nivå än USVE, t.ex. av landstinget/regionen. Med *strategi* avses en långsiktig övergripande plan. Med *rutin* avses ett bestämt tillvägagångssätt för hur aktiviteter ska genomföras samt hur ansvaret ska fördelas. Med *innovationer* avses goda idéer som har utvecklats till nyskapande produkter, tjänster eller arbetsmetoder till nytta för invånare, patienter, och medarbetare och som svarar mot behov och efterfrågan i vardagen och omvärlden. Värdet uppstår i nyttiggörandet och tillämpningen av en idé.
Vid USVE finns en rutin för att kontinuerligt följa upp den kliniskt verksamma personalens individuella fortbildnings- och vidareutbildningsplaner	Med *kliniskt verksam personal* avses personer inom de för närvarande 21 yrken som kräver legitimation för att få utöva yrket samt andra relevanta yrken med krav på högskolekompetens, t.ex. biostatistiker, molekylärbiolog, socionom, folkhälsovetare. Med *fort- och vidareutbildning* avses utbildning i syfte att upprätthålla och utveckla den kompetensnivå som krävs för att kunna utföra arbetsuppgifterna. Med *rutin* avses ett bestämt tillvägagångssätt för hur aktiviteter ska genomföras samt hur ansvaret ska fördelas.

Bilaga 1. Iakttagelser från fördjupad granskning

Socialstyrelsen har som komplement till enkätundersökningen som inkluderade samtliga utsedda universitetssjukvårdsenheter genomfört en fördjupad granskning av ett urval universitetssjukvårdsenheter (USVE). Totalt har 34 platsbesök, med flertal intervjuer, genomförts inom fem områden. En USVE per område per region har besökts. Socialstyrelsens granskningsteam har utgjorts av experter från Socialstyrelsens expertpanel. De områden som valts ut gäller

- barnsjukvård
- kvinnosjukvård
- onkologi
- psykiatri
- allmänmedicin/primärvård

Den fördjupade granskningen har genomförts i flera syften, dels för att kunna ge en direkt återkoppling till de enheter som besökts, dels för att undersöka hur väl enkätundersökningen fungerat, dels undersöka frågor om minimini-våer som inte ingått i enkätundersökningen, dels för ökad kunskap om universitetssjukvården för utvärderingen som helhet.

Granskningsteamen har haft en särskild granskningsmall samt enkätsvaret för den enhet som ska besökas. De enheter som har besökts har bistått med förberedelser genom att sammanställa intervjuschema, bistå med underlag till granskningsteamen samt ordna lokal för intervjuer och visning av lokaler och utrustning.

Intervjuer vid platsbesöken har genomförts med verksamhetschef (eller dess underordnade chef för universitetssjukvårdsenheten), FoU-ansvarig, studierektor/kursansvarig, läkarstuderande, handledare för doktorander och läkarstuderande, doktorand, forskare samt i förekommande fall, patient- och närståendeföreträdare.

Nedan presenteras granskningsteamens sammanfattande iakttagelser från granskningen inom respektive område.

Fördjupad granskning av sju universitetssjukvårdsenheter inom allmänmedicin/primärvård

Socialstyrelsens fördjupade granskning av ett urval enheter inom allmänmedicin/primärvård, sju universitetssjukvårdsenheter har besökts, visar på i stort goda resultat. Socialstyrelsens fördjupade granskning av enheter inom allmänmedicin/primärvård har visat på en påfallande stor variation i uppbygg-

nad av de sju etablerade universitetssjukvårdsenheter som besökts från landsting med enstaka universitetssjukvårdsenhet till landsting med en omfattande verksamhet som involverar många vårdcentraler.

Enheterna har i stor utsträckning uppfyllt de kriterier som Socialstyrelsen undersökt. Det är ett stort antal frågeställningar som belyses inför och vid platsbesök. Utifrån enkätsvar och andra underlag, intervjuer och iakttagelser på plats har Socialstyrelsen samtidigt uppmärksammat behov av utveckling inom några områden. Exempel på aktiviteter som har uppmärksammats från enheterna i samband med granskningen redovisas i slutet av detta kapitel, samlat för alla områden.

Klinisk forskning

En aktiv forskning pågår vid alla besökta universitetssjukvårdsenheter inom allmänmedicin/primärvård. Flera universitetssjukvårdsenheter har en hög produktion av vetenskapliga artiklar. Det finns också enheter under uppbyggnad med lägre produktion. En FoU-ansvarig som är minst docent har funnits hela eller delar av perioden vid fem av universitetssjukvårdsenheterna och de flesta redovisar erhållna medel i konkurrens. En enhet var i skede att tillsätta en FoU-ansvarig i ledningen och en universitetssjukvårdsenhet saknar en FoU-ansvarig i ledningen. Samtliga universitetssjukvårdsenheter deltar i vetenskapliga möten. Vid en enhet saknas för närvarande någon som är doktorand. I granskningen har det uppmärksammats att en förhållandevis låg andel av doktoranderna är allmänläkare/ST-läkare i allmänmedicin.

Den nationella forskarskolan i allmänmedicin upplevs av alla universitetssjukvårdsenheter som ett mycket värdefullt bidrag till doktorandernas möjlighet att utveckla allmänmedicinsk klinisk forskningskompetens samt nationella forskningsnätverk. Samtliga yrkesgrupper i den kliniska verksamheten i primärvården kan delta i nationella forskarskolan, dvs läkare, sjuksköterskor, psykologer, arbetsterapeuter, socionomer och fysioterapeuter .

Alla universitetssjukvårdsenheter uppger att de har avsatt minst 20 procent tid för forskning både för doktorander och för forskare. Bland enheterna finns de som erbjuder doktorander 50 procent forskningstid efter halvtidsseminarium, och forskar-ST kan förekomma. Dock kan det i praktiken bli en utmaning att få tid för forskning på grund av den stora mängden läkarstudenter och personalbrist i den kliniska verksamheten. Vid flera enheter upplevs att grundutbildningen tränger undan forskningstid för lärare och forskande läkare, vilket de menar kan riskera att forskande kliniskt verksam personal avstår från att gå vidare i sin forskarkarriär.

Externa anslag vid de sju universitetssjukvårdsenheterna varierar från inga externa anslag alls till 32 miljoner kronor. I granskningen uppmärksammades att ALF-medel för forskning som erhållits av enheter inom allmänmedicin/primärvård är omkring 1–2 procent av totala forsknings-ALF i regionerna, vilket kan jämföras med utbildningsuppdraget med ALF-medel för grundutbildning på cirka 10 procent av totala grundutbildnings-ALF. Kliniskt verksamma vid universitetssjukvårdsenheterna uppger att uppbyggnad av stödjande strukturer för fortsatt utveckling av forskning i primärvården är

angelägen för hela hälso-och sjukvårdens utveckling. De menar att universitetssjukvårdsenheterna därför behöver öka ansträngningarna för att få tillgång till mer externa forskningsanslag och anslag via forsknings-ALF.

Det pågår generationsskiften för forskningshandledare och forskare inom allmänmedicin. I granskningen har det uppmärksammats att det finns ett behov av strategier för god succession för att säkra en kritisk massa av forskningshandledare och docenter.

Vid de flesta universitetssjukvårdsenheter är tillgången till infrastruktur för forskning och utbildning god. Vid ett par enheter finns bra infrastruktur, men inte i tillräcklig omfattning och i något fall upplevs en brist på lokaler för forskning.

Läkarutbildning

Läkarstudenterna vid alla sju universitetssjukvårdsenheterna uppger i såväl skriftliga utvärdering som i våra intervjuer att de är nöjda med sin verksamhetsförlagda utbildning (verksamhetsintegrerat lärande) på vårdcentralerna. De har framfört att det varit bra att möta många olika hälsoproblem och sjukdomar som man gör under sina dagar på vårdcentral och att tiden på vårdcentral är mycket väl använd. De har ofta angett att den verksamhetsförlagda utbildningen på vårdcentral bör utökas.

Samtidigt har Socialstyrelsen uppmärksammat att några av universitetssjukvårdsenheterna har en relativt omfattande del i den verksamhetsförlagda utbildningen av läkare. Det föreligger emellertid en stor variation, 5–15 veckor, mellan regionerna när det gäller verksamhetsförlagd utbildning på vårdcentral.

Alla allmänläkare som deltar i den kliniska handledningen har pedagogisk handledarutbildning. Några enstaka av övrig personal kan sakna sådan.

Läkarstudenterna erbjuds en namngiven handledare som de kan vända sig till. Detta kan vara en handledare för en mindre grupp studenter under de första terminerna och för varje student under terminer i slutet av utbildningen, som regel på termin 11.

Vid några enheter används s.k. peer-learning som har visat på ett nytt sätt att lära och som dessutom till viss del kan spara handledartid.

Vid några av enheterna upplevs en brist på lokaler för undervisning.

Utveckling av hälso- och sjukvård

Universitetssjukvårdsenheterna är aktiva i utvecklingsarbete, deltar i utarbetande av riktlinjer och vårdprogram, rapporterar till nationella kvalitetsregister och sprider information om sin verksamhet genom seminarier, rapporter och årsredovisningar samt hemsidor. Flera enheter anordnar Primärvårdsdagar och Distriktsläkardagar för personal inom sitt landsting.

Några av enheterna har en handlingsplan för implementering av kunskapsstöd som medicinska riktlinjer och vårdprogram, andra uppger att de har en rutinmässig användning av kunskapsstöd.

Patientmedverkan förekommer i olika grad. Det finns exempel där patientmedverkan är väl utvecklad och används inom planering av forskning samt utveckling av hälso- och sjukvård. Det finns också exempel där medborgare

regelbundet träffar primärvårdsledningen. Ett flertal allmänläkare vid universitetssjukvårdsenheterna medverkar regelbundet i olika patientföreningar.

När det gäller mätning av patientupplevelse av vården (PREM) och självrapporterad hälsa och välbefinnande (PROM) så förekommer det i begränsad omfattning. Flera av enheterna redovisar att de medverkar i den nationella patientenkäten för PREM som genomförs vartannat år, men resultaten används i begränsad utsträckning i utvecklingsarbetet. Två enheter uppger att de använder både PREM och PROM och använder resultaten i sitt utvecklingsarbete.

Innovativ forskning och utvecklingsarbete redovisas vid flera av universitetssjukvårdsenheterna inom allmänmedicin/primärvård. Inom enheterna pågår en stor bredd av utvecklingsprojekt inom de stora folksjukdomarna, exempelvis diabetes, astma/Kol, osteoporos, fysisk aktivitet för äldre, palliativ vård i hemsjukvård, sårvård, smärta samt utvärderingar av processer för diagnostik av patienter med diffusa symtom och cancermisstanke (DC), e-hälsoprojekt, utvärdering av digitalt anamnesverktyg och effekten av mindfulness som gruppbehandling vid depression.

Ett exempel som visar hur forskning och implementering kan kombineras gäller metodutveckling som benämns *Vårdsamordnare psykisk ohälsa på vårdcentralen*, där den första delen av ett metodutvecklingsprojekt genomförts som en fullskalig randomiserad kontrollerad studie (RCT-studie) på 23 vårdcentraler. Resultaten från RCT-studien har tagits till vara i breddimplementering. Andra exempel är ett projekt om förmaksflimmer som påtagligt förbättrat behandlingen av förmaksflimmer vid vårdcentralerna och ett e-hälsa-projekt om att använda mobil för interaktiva råd om levnadsvanor.

Fördjupad granskning av sju universitetssjukvårdsenheter inom onkologi

Socialstyrelsens fördjupade granskning av ett urval enheter inom onkologi, sju universitetssjukvårdsenheter har besökts, visar på i stort goda resultat.

Enheterna har i stort uppfyllt de kriterier som Socialstyrelsen har undersökt. Det är ett stort antal frågeställningar som gås igenom inför och vid platsbesök. Utifrån enkätsvar och andra underlag, intervjuer och iakttagelser på plats har Socialstyrelsen samtidigt uppmärksammat behov av utveckling inom några områden. Exempel på aktiviteter som uppmärksammats från enheterna i samband med granskningen redovisas i slutet av detta kapitel, samlat för alla områden. Här redovisas några iakttagelser inom de tre områden som ALF-avtalet omfattar.

Klinisk forskning

Alla enheter har en FoU-ansvarig i ledningsgruppen, som är minst docent, och alla utom en av dem har en kombinationstjänst med anställning vid enheten och vid universitetet.

Alla enheter har forskningshandledare, men få med kombinationstjänster. Det finns ett begränsat antal docenter för några av enheterna och en av enheterna står inför stora pensionsavgångar, medan andra har en god akademisk kompetens i hela ålderspyramiden.

Tiden avsatt för forskning varierar, det finns exempel där forskare och även doktorander har 40–50 procent av tiden avsatt för forskning/forskarutbildning och andra har minst 20 procent. För de forskare som har omkring 50 procents tid till forskning är det lättare att få tiden fredad och även nå docentur snabbare. Flera forskare och doktorander uppger att det är svårt att få ut sin tid i praktiken, särskilt för mer seniora forskare, specialister och överläkare, där den kliniska vardagen tar över. En av enheterna genomför en systematisk granskning av hur tid till forskning tas ut och har kunnat öka tiden som tas ut för forskning från 60 till 90 procent.

Miljön och utvecklingsmöjligheterna för forskarstudenter och forskare varierar. Alla enheter erbjuder någon form av stimulans till forskning, t.ex. tillgång till forskarskola, skrivarstugor, stimulera till deltagande i vetenskapliga projekt, avsatta medel ur budgeten för tid till forskning, medarbetarsamtal med forskare och doktorander, ett särskilt FoU-råd för samverkan mellan enheten och universitetet för att stärka och bredda forskningen, tillsättande av universitetsläkartjänster eller överanställning av läkare för ökad möjlighet till tid till forskning och lönepåslag efter doktorsexamen och docentur. Det varierar dock på vilket sätt och hur strategiskt enheterna stödjer utvecklingen från student till docent. För några enheter används den strategi som tagits fram av landstinget och/eller universitetet eller har tagit fram egna strategier för att stödja utvecklingen från student till docent, med karriärplanering och olika stöd. Ett exempel där en av enheterna som har en strategi med bl.a. skrivarstugor, forskaraspirantsprogram, forskar-AT och forskar-ST har många redan sin doktorsexamen vid tiden för AT och många ST är på god väg mot docentur. Enheten har flera unga docenter och strategier gäller för all legitimerad personal. Samtidigt finns enheter som saknar en sådan strategi. Där är det mycket upp till den enskilda forskarens initiativ och drivkraft och det kan vara svårt att komma vidare. Det kan också finnas olikheter i möjligheter inom en och samma enhet, t.ex. är det lättare att få tillgång till resurser för väl etablerade forskargrupper men svårare för nya forskare och forskargrupper att etablera sig. Det förekommer också olika regler och ersättning till doktorander på en och samma enhet.

I granskningen har Socialstyrelsen uppmärksammat en viss genusproblematik, där kvinnor halkar efter i karriären. Det är störst fokus på läkares forskningsaktivitet men det finns exempel på andra yrkesgrupper. Vid en enhet ingår en sjuksköterska med kombinationstjänst 50/50 procent i ledningsgruppen.

De flesta enheter kan visa en hög vetenskaplig produktion med många studier och stor produktion av vetenskapliga artiklar samt medverkan i vetenskapliga möten med egen presentation. Några enheter kan även redovisa hur stor andel av patienterna som deltar i studier. Stora anslag i nationell och internationell konkurrens är en viktig framgångsfaktor vilket också kunde noteras vid ett par USV-enheter med högt antal doktorander och publikationer som resultat.

De flesta har god tillgång till infrastruktur för forskning. Men flera upplever att det är i otillräcklig omfattning när det gäller statistikstöd, randomisering, avtalsstöd och forskningssjuksköterskor. En av enheterna upplever det svårt att få ut data från kvalitetsregister av RCC p.g.a. höga krav för att kunna logga in i registren. En annan enhet saknar laborativ samarbetspartner för translationell forskning.

Läkarutbildning

Flera enheter saknar egen kurs i onkologi, onkologi är där inbakat i annan kurs och få dagar verksamhetsförlag utbildning (VFU/VIL) ingår. Studenterna är överlag nöjda.

Vid alla enheter saknar handledare för läkarstudenter en pedagogisk handledarutbildning enligt universitetets direktiv. De utbildningsansvariga har det men inte alla som handleder läkarstudenter. Vid en del enheter saknas även kännedom om handledarinstruktioner. De flesta enheter kan erbjuda studenterna en namngiven handledare som de kan vända sig till.

Avseende utvärderingar och återkoppling ser det olika ut, det sker oftast på övergripande nivå av universitetet, ibland inte specifikt för onkologi. Exempel finns på enkäter vid sit-in som sammanställs av ämnesansvarig och delges personalen. Andra exempel där enheten i förbättringsarbetet utgått från återkoppling från studenter, har lett till minskad storlek på grupper och uppdaterad information till studenterna. Flera enheter upplever behov av egen utvärdering eller uppföljning för att löpande kunna utveckla sitt erbjudande till studenterna.

Det framkommer också att studenterna ser behov av återkoppling med avslutande samtal i grupp och individuellt, särskilt avseende svåra samtal med patienter.

Flera enheter saknar studentarbetsrum.

Utveckling av hälso- och sjukvård

Alla enheter medverkar i arbetet med utveckling och uppdatering av medicinska riktlinjer och vårdprogram, men flera enheter saknar en plan för implementering av kunskapsstöd. Två enheter visar en föredömlig plan för implementering av vårdprogram antingen med multidisciplinära konferenser där vårdprogrammet är utgångspunkt och patienters behandling diskuteras varje vecka vid terapikonferenser, eller att processledare med ansvar att förmedla ny kunskap till medarbetarna är utsedda och har tid avsatt för det.

En del enheter följer utvecklingen av verksamheten genom kvalitetsregister och redovisar utvecklingsarbetet i årliga bokslut. Enheterna driver flera utvecklingsprojekt exempelvis utveckling av biverkningsmottagning, ett bedömningsrum för bättre tillgänglighet för patienterna, behandling av lymfom i hemmet, innovationer inom strålbehandling, nationellt utvecklingscentrum för brachyterapi, uppföljning av bäckenbehandling.

Alla enheter har samverkan med patient- och/eller närstående eller representanter för dessa. Hur långt det utvecklats varierar. Från att det i en av enheterna ingår patientrepresentanter i lednings-/styrgrupper på olika nivåer till att enheten bjuds in till patientföreningar för föreläsningar. För de flesta enheter är detta ett utvecklingsområde.

Användningen av patientrapportering varierar och är även det ett utvecklingsområde. När det gäller att följa upp och analysera PREM och PROM har de flesta arbetat med PREM årligen eller vartannat år. När det gäller PROM sker det inom begränsade områden och ibland som projekt. Arbetet med PREM har till exempel lett till förbättringar för patienterna genom tillskapandet av bedömningsenhet för ökad tillgänglighet och bättre information till patienter under strålningsbehandling.

Vid en av enheterna finns en etablerad modell med tillhörande stödfunktioner som enheten använder sig av när det gäller innovationer, enheten har även medel avsatt genom stöd från Vinnova. Enheten är nominerad att bli utsedd till innovationsklinik. Vid övriga enheter saknas kända rutiner för hur man går tillväga, samtidigt har en av dessa enheter medel avsatt genom stöd från Vinnova. Innovation är ett utvecklingsområde där kända rutiner behövs för att öka möjligheterna till utveckling och spridning av innovationer.

Socialstyrelsen har uppmärksammat att kompetensutvecklingsarbetet varierar och är ett utvecklingsområde. Det kan finnas en landstingsövergripande strategi, med kompetensstegar och ett kompetensutvecklingsråd. För en av enheterna finns även en kompetensstege för sjuksköterskor framtagen av landstinget. Kompetens- och utvecklingsplaner för personalen finns på flera enheter men följs upp i varierande grad. Flera erbjuder veckovisa föreläsningar. Vid en enhet har regionalt cancercentrum (RCC) veckovisa föreläsningar via video till alla i sjukvårdsregionen, det är ofta medarbetare från kliniken som medverkar. Vid andra enheter finns temaföreläsningar och seminarier. Andra exempel är klinikdagar där magisters- och doktorandprojekt presenteras och en enhet har en gång per termin en samling för presentation av 10 i topp-publikationer på enheten. Dessa är oftast riktade till läkare på enheterna.

Fördjupad granskning av sju universitetssjukvårdsenheter inom psykiatri

Socialstyrelsens fördjupade granskning av sju universitetssjukvårdsenheter inom psykiatri visar på goda resultat.

Enheterna har i stort uppfyllt de kriterier som Socialstyrelsen undersökt. Det är ett stort antal frågeställningar som gås igenom inför och vid platsbesök. Utifrån enkätsvar och andra underlag, intervjuer och iakttagelser på plats har Socialstyrelsen samtidigt uppmärksammat behov av utveckling inom några områden. Exempel på aktiviteter som uppmärksammats från enheterna i samband med granskningen redovisas i slutet av detta kapitel, samlat för alla områden. Här redovisas några iakttagelser inom de tre områden som ALF-avtalet omfattar; klinisk forskning, VFU/VIL under läkarutbildning på grundnivå samt utveckling av hälso- och sjukvård.

Universitetssjukvårdsenheterna går mot att bedriva en länsövergripande psykiatri.

Klinisk forskning

Det pågår överlag en aktiv klinisk forskning med hög vetenskaplig produktion vid de besökta enheterna. Alla har erhållit forskningsanslag i konkurrens men i olika omfattning. De har också en nära samverkan med universitetet. Alla enheter har en FoU-ansvarig som är minst docent i ledningen.

En väl utvecklad forskningsverksamhet och forskningsmiljö ses hos alla universitetssjukvårdsenheterna med en engagerad ledning och god rekrytering av forskare i flera yrkesgrupper som läkare, sjuksköterskor och psykolo-

ger. Forskningshandledare finns hos alla enheter. De flesta har en god dokumentation över forskningsverksamheten men alla redovisar inte sin forskning i ett FoU-bokslut eller motsvarande.

För ett par av enheterna upplevs behov av att minska avståndet mellan de kliniskt verksamma forskarna och den övriga kliniskt verksamma personalen. Sådant som lyfts fram handlar om att skapa forskningsmöjligheter för dem som är huvudsakligen kliniskt verksamma och former för ökad samverkan med dem i utformning och planering av forskning. Brist på specialistläkare och specialiserade sjuksköterskor försvårar rekrytering av forskningsintresserade. Det råder också brist på handledare för de forskningsstuderande.

Alla enheter har olika stöd för forskning såsom avsatt tid till forskning och lönepåslag för doktorsexamen och docentur. Få enheter använder dock en utvecklad strategi för karriärstöd hela vägen från student till docent. Ett par av universitetssjukvårdsenheterna visar en väl utvecklad regional strategi som är väl förankrad och används på enheterna. Flera universitetssjukvårdsenheter tog upp problem med att behålla kliniska forskare efter disputation. Det finns också exempel på enheter där en större andel forskare efter disputation behöver stimuleras till fortsatt klinisk forskning, det gäller särskilt kvinnliga forskare.

Tid till forskning erbjuds med minst 20 procent av arbetstiden hos alla enheter. För flera enheter skjuter regionen till medel för att öka tiden avsatt till forskning, hos en enhet bidrar regionen med medel för att öka forskningstiden från 20 procent till 30 procent och för en annan enhet bidrar regionen så att 50 procent av arbetstiden avsätts till forskning.

Flera exempel på forum för dialog finns exempelvis Journal Clubs, regelbundna konferenser, seminarier och nätverksträffar.

Läkarutbildning

Vid alla enheter upplevs utbildningsmiljön för läkarstudenter god.

Uppföljning från ledningens sida anses viktig för att höja kvaliteten på den begränsade tid som studenterna har kontakt med psykiatriområdet. Ett par universitetssjukvårdsenheter inkluderar undervisning i ledningsansvaret. Hur utbildning och bemötande av läkarstudenter på klinikens grundenheter bedrivs är med få undantag något som följs upp av ledningen. Det gäller både förbättringsarbeten, grundläggande pedagogisk utbildning av de kliniska handledarna och arbetssätt för att undvika att olämplig studerande släpps vidare.

Vid alla enheter finns handledare som saknar pedagogisk handledarutbildning för läkarstudenter, i vilken utsträckning varierar från 20 procent och uppåt.

När det gäller erbjudande av namngiven handledare till läkarstudenterna så varierar det. De enheter som erbjuder namngiven handledare har grupphandledare för 7–8 studenter eller en huvudhandledare och/eller en dag till dag. Vid en enhet erbjuds inte studenterna en namngiven handledare och vid en annan råder det olika uppfattning mellan studenter och ledning.

Vid en av enheterna upplevdes arbetslokaler trånga och en bristande tillgång till datorer.

Utveckling av hälso- och sjukvård

Arbetet med utveckling av hälso- och sjukvården kännetecknas av ett aktivt deltagande i arbetet med utvecklingsprojekt, vårdprogram, riktlinjer och kvalitetsregister. Medverkan i utveckling av vårdprogram varierar bland universitetssjukvårdsenheterna och handlar oftast om att delta i utformning av lokala eller regionala vårdprogram och regionala rutiner.

Enheterna rapporterar till nationella kvalitetsregistren men få använder dem systematiskt för uppföljning, forskning och för utvecklingsarbetet.

Resultaten av utveckling sprids i olika hög utsträckning, några universitetssjukvårdsenheter redovisar sitt utvecklingsarbete i en årlig rapport och/eller genom föreläsningar, möten och seminarier.

Flera universitetssjukvårdsenheter har en handlingsplan för implementering av riktlinjer och vårdprogram och ett par av dem använder så kallade vårdprocesskartor för implementering, ytterligare en av dem har påbörjat införandet av vårdprocesskartor. När det gäller uppföljning av handlingsplanen så görs det men hos ett par enheter inte systematiskt. Ett par enheter saknar en handlingsplan för implementering av medicinska riktlinjer och vårdprogram. Vid granskningen framkom också exempel där tillämpning av vårdprogram görs av den forskande kliniskt verksamma personalen men att det varierar bland övrig kliniskt verksam personal och att det finns ett behov av rutinmässig implementering.

Enheterna har ett aktivt arbete när det gäller utveckling av vården och visar flera exempel på överföring av metoder och idéer till det kliniska behandlingsarbetet som avser samverkan mellan öppenvård och heldygnsvård, identifiering av patienter med ekonomiska problem, initiering av kvalitetsregister för spelberoende.

PREM och PROM förekommer hos alla universitetssjukvårdsenheter, men för de flesta är de inte rutinmässigt och systematiskt använda i utvecklingsarbetet. Samarbete med patientföreningar eller särskilda patientråd kopplade till universitetssjukvårdsenheten är vanligt. Ofta sker det genom brukarråd och flera enheter har en god organisation med samverkan i utvecklingsarbetet. Ett par enheter har en särskild samordnare för arbetet med patientmedverkan. Exempelvis medverkan i personintroduktioner, analys av patientenkäter, vissa forskningsprojekt och införande av s.k. Peer-support där personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning är professionellt verksamma för att stötta patienter i deras återhämtningsprocess. Vid några av enheterna kan patientsamverkan utvecklas och bli mer rutinmässig eller systematisk.

Strategi för innovationer finns, ofta regionalt framtagna. Några av enheterna har också medel avsatta för arbetet med innovation. Generellt förefaller övergripande strategier, styrdokument och konkreta rutiner för innovation vara dåligt kända i enheterna.

Strukturerad information om aktuell kompetens och fortbildningsbehov för klinikens medarbetare saknas i princip i alla universitetssjukvårdsenheter eller är ofullständigt uppdaterad. På individnivå diskuteras fortbildning och kompetensutveckling vanligen vid medarbetarsamtal men uppföljningen dokumenteras sällan systematiskt.

Fördjupad granskning av sju universitetssjukvårdsenheter inom barn- och ungdomssjukvård

Socialstyrelsens fördjupade granskning av ett urval enheter inom barn- och ungdomssjukvård, sju universitetssjukvårdsenheter har besökts, visar på i stort goda resultat.

Enheterna har i stort uppfyllt de kriterier som Socialstyrelsen undersökt. Det är ett stort antal frågeställningar som gås igenom inför och vid platsbesök. Utifrån enkätsvar och andra underlag, intervjuer och iakttagelser på plats har Socialstyrelsen samtidigt uppmärksammat behov av utveckling inom några områden. Exempel på aktiviteter som uppmärksammats från enheterna i samband med granskningen redovisas i slutet av detta kapitel, samlat för alla områden. Här redovisas Socialstyrelsens iakttagelser inom de tre områden som ALF-avtalet omfattar; klinisk forskning, VFU/VIL under läkarutbildning på grundnivå samt utveckling av hälso- och sjukvård.

Klinisk forskning

Det pågår en aktiv klinisk forskning med hög vetenskaplig produktion hos alla besökta enheter och alla har erhållit forskningsmedel i konkurrens men i olika omfattning. Alla enheter har en FoU-ansvarig som är minst docent i ledningen, för fyra enheter är den FoU-ansvarige professor och för två av dessa enheter ingår dessutom två docenter.

Forskningsmiljön är överlag god. De flesta enheter har en lång tradition av forskning och en nära samverkan med universitetet. Det råder ett uppmuntrande klimat vid flera enheter med goda förutsättningar för forskning och undervisning och det finns forskare inom flera yrkesgrupper. För en av enheterna upplevdes behov av att öka antalet forskare för att uppnå en kritisk massa och förankra en långsiktig forskningsstrategi. Tillgång till forskarskola för doktorander lyfts fram som ett gott stöd i forskarutbildningen och finns på flera universitetssjukhus. Forskarskolan uppskattas av doktoranderna, men flera uppger att det är för få platser.

Forskningstiden värnas på de flesta enheterna. Vid dessa enheter blir doktoranderna och forskarna sällan avbrutna under sina forskningsveckor. Vid ett par enheter avbryts dock forskningstiden ganska ofta p.g.a. läkarbrist i den kliniska verksamheten. För forskare utanför läkargruppen är här förhållandena bra.

Vid granskningen uppgav flera forskare vid några av enheterna att det är svårt att nå docentur. Svårigheterna består bland annat i att få tid till forskning, krånglig och tidsödande administration, den löpande registreringen av meriter eller att meriter inte räknas om den ursprungliga handledaren fortsätter att vara medförfattare samt för få tillfällen att undervisa studenter. Det finns också exempel på enheter där det finns en oro rörande anslagen bland de forskare som inte ingår i de stora etablerade forskargrupperna.

Några enheter står inför generationsskifte och det finns en oro för att det kommer att saknas erfarna handledare för forskare/doktorander. För ett par av enheterna är frågan väl hanterad. För att säkra progression av forskare och

uppnå fler docenter kan goda möjligheter för forskarkarriär tidigt under läkarutbildningen erbjudas.

Lokaler och utrustning för utbildning och forskning är överlag lättillgängliga och av god kvalitet. Forskningsstöd finns ofta på nära håll, tillgången är framför allt en fråga om finansiering. På alla universitetssjukhus pågår dessutom omfattande kapacitetshöjning och nybyggnation.

Läkarutbildning

Vid de flesta enheter är utbildningsmiljön för läkarstudenter god. Överlag är studenterna nöjda med sin verksamhetsförlagda utbildning. Studenterna vittnar om att de känner sig väl mottagna och sedda, att namngiven handledare meddelas och att det är ordning och reda med scheman och annat. En positiv inställning till utbildningsuppdraget och en välplanerad struktur och organisation för placeringar med tydlig information till studenterna finns. Vid en av enheterna pågår ett fortlöpande arbete med värdegrundsfrågor. Vid ett par enheter upplevde studenterna problem, och vid den ena uppgavs problem med udda håltimmar och en känsla av att vara i vägen på vissa mottagningar. Vid den andra enheten upplevdes tempot lite för högt och att placeringstiden var väl kort.

Socialstyrelsens granskning visar att handledaruppdraget tas på olika stort allvar. På pressade kliniker kommer utbildningen och handledaruppdraget ofta i kläm. Många medarbetare saknar en pedagogisk handledarutbildning för handledning av läkarstudenter.

Utvärderingar och uppföljningar används fortlöpande vid alla enheter för att förbättra enhetens arbete med verksamhetsförlagd utbildning. Det kan vara enklare kursutvärderingar varje vecka, kursråd ett par gånger per termin där studenterna ger återkoppling eller genom KlinikKurt och KursKurt som är skriftliga utvärderingar. Det handlar också om system för att följa studenterna mellan terminerna där kursansvariga möts och studenterna får muntlig och skriftlig information om förbättringsområden och handledaren kan för kursansvarig lyfta problem med empati eller bemötande av patienter och medarbetare. En enhet avsätter tid för återkoppling och synpunkter till kursledningen varje vecka vid seminarier. En annan enhet arbetar med studentlunchmöten där studentrepresentanter möter kursansvariga. För att bedöma studenternas kunskaper och förhållningsätt används flitigt praktiska tentamina med s.k. Sit-in och MiniCEX. Dessa tentamensformer som inkluderar patienter är också mycket uppskattade bland studenterna.

Samtidigt har Socialstyrelsen uppmärksammat att det vid samtliga enheter behövs mer tydlighet, kunskap och samsyn kring strategi och rutiner för att stödja och/eller avskilja läkarstudenter som inte lever upp till kunskapsmål eller professionellt förhållningsätt.

Trängsel vid utbildningsstationer och för lite patientkontakt fick Socialstyrelsen många vittnesmål om. Studentkullarna är nu betydligt större än tidigare och beräknas blir än större framöver och det upplevs ett behov av planering och förberedelser för att vården ska kunna ta emot dem.

Utveckling av hälso- och sjukvård

Arbetet med utveckling av hälso- och sjukvården kännetecknas av ett aktivt deltagande i arbetet med nationella vårdprogram, riktlinjer och kvalitetsregister.

De nationella kvalitetsregistren används av de flesta enheterna både för forskning och för utvecklingsarbetet.

Enheterna sprider resultaten av sin forskning och utveckling i en årlig rapport och/eller genom möten och seminarier både internt, regionalt och nationellt. Ofta även internationellt.

PREM och PROM förekommer men inte hos alla enheter. För några universitetssjukvårdsenheter uppges att funktionsförmåga och livskvalitet bedöms vid uppföljningsbesök både objektivt och genom självskattning. En enhet uppger också att en PREM-app används för uppföljning av patienternas upplevelse av vården, som är framtagen för hela sjukhuset. För en av enheterna sker löpande uppföljning systematiskt på vetenskapligt sätt och där ligger patientuppgifterna till grund för både forskning och utveckling. På det hela taget ligger dock patient- och anhörigupplevelser bara i begränsad utsträckning till grund för utvecklings- och kvalitetsarbetet eller forskning.

Samarbete med patientföreningar eller särskilda patientråd kopplade till enheterna förekommer men är inte särskilt vanligt. Inom många diagnosområden saknas aktiva lokala föreningar. Där patientsamverkan förekommer finns exempel på utvecklingsprojekt i samverkan med patienter eller patientföreträdare, såsom utformning av lekterapi, övergången till vuxenvård och utveckling av vårdkedjor.

Strategi för innovationer finns, ofta regionalt framtagna, de är inte alltid kända av personalen. Få enheter har innovationsmedel avsatta. Vid en enhet har en biträdande verksamhetschef ett särskilt ansvar avseende innovation och särskilda medel finns avsatta vid enheten. Vid enheten finns en struktur för hur idéer från patienter, närstående och medarbetare kan tas emot och behandlas. Vid en annan enhet uppges att innovationsavdelningarna både på universitetet och i landstinget, liksom rutiner, är väl kända bland personalen på enheten. Här arbetar man bl.a. med förbättringstavlor på alla avdelningar.

Individuell fortbildning och kompetensutveckling tas vanligen upp vid medarbetarsamtal men en mer strukturerad fortbildningsplanering för specialistläkare och övrig personal saknas överlag.

Fördjupad granskning av sex universitetssjukvårdsenheter inom kvinnosjukvården

Socialstyrelsens fördjupade granskning av ett urval enheter inom kvinnosjukvården, sex universitetssjukvårdsenheter besökts, visar på i stort goda resultat.

Enheterna har i stort uppfyllt de kriterier som Socialstyrelsen har undersökt. Det är ett stort antal frågeställningar som gås igenom inför och vid platsbesök. Utifrån underlag, intervjuer och iakttagelser på plats har Social-

styrelsen samtidigt uppmärksammat behov av utveckling inom några områden. Exempel på aktiviteter som uppmärksammats från enheterna i samband med granskningen redovisas i slutet av detta kapitel, samlat för alla områden.

Klinisk forskning

Det pågår en aktiv klinisk forskning med hög vetenskaplig produktion hos alla besökta enheter. Alla enheter har en FoU-ansvarig i ledningsgruppen, men för en av enheterna är den FoU-ansvarige disputerad men inte docent så som anges i kriterierna.

Flera enheter har dock brist på erfarna forskningshandledare, docenter. Kombinationstjänster, med anställning i både klinik och universitet, förekommer hos de flesta. Flera av enheterna står inför en generationsväxling som riskerar att öka bristen på handledare. Ett par av enheterna har visat en god planering och strategi för att säkra försörjningen av erfarna forskningshandledare.

Enheterna har goda intentioner att öka den vetenskapliga kompetensen och det finns exempel på målsättningar som *En docent vartannat år* och strategi *Från student till docent*. Olika former av stöd ges såsom forskarskola, ALF-medel för forskningstid, karriärstege med lönepåslag och stöd för fortsatt forskning t.ex. mentor efter disputation.

De flesta enheter visar en positiv attityd, tillåtande miljö, god stämning och en god produktion av vetenskapliga artiklar.

Under granskningen har det samtidigt framkommit att det varierar när det gäller möjligheten att ge utrymme i schemat för att ta ut avsatt tid för forskning. Det finns exempel på enheter där det fungerar väl, ingen forskningstid fryser inne. Men för andra kan det vara svårt att ge utrymme för forskning i schemat på grund av personalbrist. Bland forskare och doktorander upplevdes det även svårt att få tiden att räcka till deltagande i forum för dialog och erfarenhetsutbyte. Det blir lätt så att forskningsarbetet förläggs till fritid. Detta gäller både doktorander och forskare som strävar efter att bli docenter. Samtidigt uppfattades det generellt att det är (för) svårt att bli docent och tar lång tid. Vidare efterfrågas stöd såsom en plattform för att lägga in alla aktiviteter i, som leder till docentur.

Alla besökta universitetssjukvårdsenheter genomgår en generationsväxling, som innebär att för flera enheter är det ont om handledare dvs personer med docent kompetens.

När det gäller doktorander finns hos ett par enheter tillgång till forskarskola, som är uppskattad.

De flesta av de som forskar är läkare, men det finns också exempel på barnmorskor, psykologer, biologer och genetiker bland forskarna. Fler forskare inom dessa och andra yrkesgrupper skulle gynna kunskapsutvecklingen.

Patientmedverkan inom den kliniska forskningen förekommer. På en enhet läggs stor vikt vid detta i arbetet med design av nya forskningsprojekt, men för övriga enheter är patientmedverkan är ett område i behov av fortsatt utveckling.

Läkarutbildning

Läkarstudenterna är generellt sett nöjda med sin utbildning vid enheterna. Studenterna känner sig välkomna och får överlag god introduktion och information. De erbjuds namngiven handledare och det är ordning och reda vad gäller scheman, checklistor och examinationer. De utmaningar som framkommit gäller främst trängsel, engagemang bland vissa handledare och deras pedagogiska kunskaper. Många handledare saknar specifik pedagogisk utbildning för att handleda läkarstudenter.

Antalet läkarstudenter har ökat och det upplevs ibland ha blivit för många. En problematik som lyfts fram gäller trängsel vid utbildningsstationerna, inte minst vid kirurgiska moment. Studenter och handledare upplever ibland att de resurser som krävs för en god utbildning ofta inte räcker till. Det kan gälla tillgång till vissa seminarielokaler, patientunderlag och sammanhängande handledning.

Flera enheter arbetar med proffspatienter, något som uppskattas av studenterna.

En enhet uppger att de genomför regelbundna kursnämndsmöten, där studenter träffar kursansvariga för att diskutera svagheter, problem och styrkor i utbildningen.

När det gäller användning av kursutvärderingar ser det olika ut, de kan ha formen av kursråd 2 ggr/termin eller kursutvärderingstävling Kurs-Kurt och KlinikKurt.

En av enheterna har tillsammans med universitetet genomfört ett omfattande arbete för att ta fram en modell för att urskilja och eventuellt avskilja studenter som inte är lämpliga för yrket och flera har strategier för studenter som inte klarar lärandemålen. Detta är dock ett område som enheterna upplever är i behov av utveckling.

Utveckling av hälso- och sjukvård

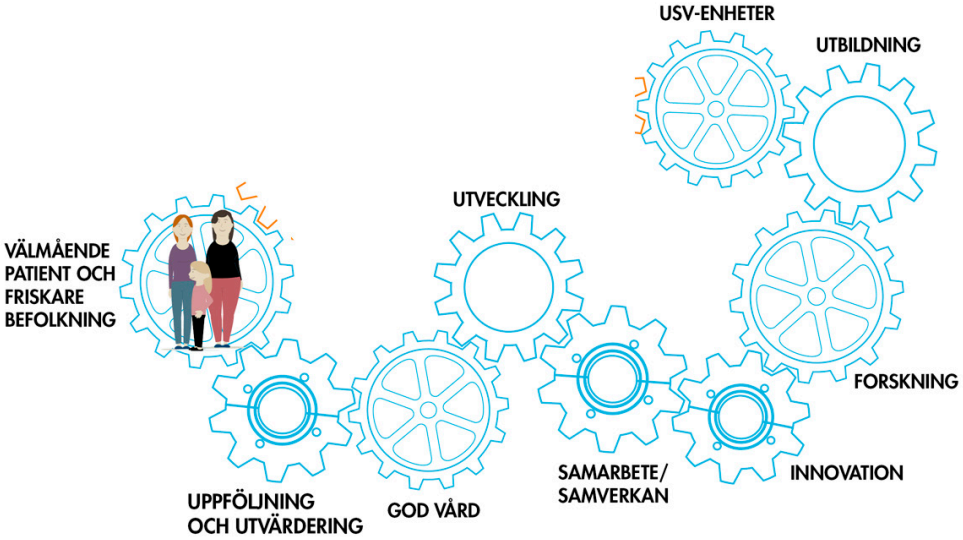
Arbetet med utveckling av hälso- och sjukvården kännetecknas av ett aktivt deltagande i nationella vårdprogram, nationella kvalitetsregister, där Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) spelar en viktig roll. Arbetet med värdebaserad kvalitetsutveckling har kommit långt med stöd av kvalitetsregistren, Gyn-op, Graviditets-, Bristnings-, Q-IVF- och INCA-registret. Alla enheter har en plan för implementering av medicinska riktlinjer och vårdprogram.

Flera enheter har tillsatt tjänster som verksamhetsutvecklare för bl.a. arbete med kvalitetsregister, patientuppföljningar, avvikelserapportering och händelseanalyser. Det finns också ett par exempel på enheter som lagt ned stor vikt vid att följa upp och analysera PREM och PROM. En av dessa enheter har fått kvalitetspris för sitt arbete med patienters skattning av sin hälsa och upplevelse av vården. Samtidigt är patientmedverkan och användning av PROM och PREM i arbetet med att utveckla hälso- och sjukvården ett fortsatt utvecklingsområde.

Strategier för innovation finns oftast på sjukhus/regional nivå, vid platsbesöken har Socialstyrelsen uppmärksammat att dessa är mindre kända på enheterna och man har oftast inte medel avsatt för innovationer. Samtidigt finns det flera exempel på innovationer som utvecklats vid enheterna.

Kunskapsspridning sker genom flera forum regionalt, nationellt och internationellt.

Bilaga 2. 202 universitetssjukvårds-enheter – Resultat av enkätundersökning



Socialstyrelsen har genomfört en enkätundersökning till alla 202 universitetssjukvårdsenheter med frågor som ska svara mot de kriterier som den nationella styrgruppen för ALF har beslutat samt ytterligare frågor mot bakgrund av ALF-avtalet.

Det är första gången en sådan undersökning har genomförts. Socialstyrelsen har för den här undersökningen uppnått en mycket hög svarsfrekvens. Alla 202 enheter har besvarat enkäten. Det finns dock interna svarsbortfall för vissa frågor vilka kan förklaras av att det är första gången frågorna ställs och universitetssjukvårdsenheterna saknat möjlighet eller förutsättningar att besvara vissa frågor, t.ex. kan de sakna system för att ta fram uppgifterna inom utsatt svarstid för enkäten. Det saknas ibland enkla system för att få ut information om exempelvis personalens medverkan i studier avseende klinisk forskning.

Orimliga jämförelser?

Att jämföra universitetssjukvårdsenheter

Det är de sju regionala ledningsorganen för ALF som utser vilka enheter som ska vara USVE i respektive region. De flesta ledningsorganen har utgått från de kriterier som beslutats av nationella styrgruppen för ALF. Kriterierna ställer inte några krav om den personalmässiga storleken på enheterna, utan har fokus på frågeställningar om vad en universitetssjukvårdsenhet ska uppnå. I

den av nationella styrgruppen för ALF utökade definitionen av universitetssjukvårdsenheter anges att en USVE i normalfallet bör utgöra en klinik eller motsvarande basenhet.

Skillnader i storlek

Enkätundersökningen visar att det är stora skillnader i storlek på de enheter som är utsedda till USVE. Det finns enheter med endast ett tiotal anställda samtidigt som en enhet har över 11 000 anställda. Anledningen till att vissa enheter är så stora är att en region tillämpar en tillfällig lösning där bland annat hela sjukhus utsetts till en USVE. Detta är i avvaktan på framtagande av regionala kriterier.

Skillnader i antal enheter

Det är inte bara stor skillnad i antalet anställda vid universitetssjukvårdsenheterna utan även en stor skillnad avseende antalet utsedda universitetssjukvårdsenheter (USVE). Regionen med minst antal USVE har utsett 10 USVE medan den region som har flest har utsett 48 USVE.

I arbetet med jämförelser där antalet USVE utgör grunden för procentberäkningar innebär detta att rättvisa jämförelser mellan landstingen inte låter sig göras. Av det skälet har Socialstyrelsen valt att komplettera diagrammen med redovisning av antalsuppgifter i tabellform. Det är dock fullt möjligt för ett enskilt landsting att jämföra sitt resultat mot rikets genomsnitt.

Tabell 1. Tabellen redovisar antal enheter respektive antal tillsvidareanställda vid universitetssjukvårdsenheter per landsting. För tre enheter saknas uppgift om antal anställda och flera enheter har bortfall för vissa yrkesgrupper.

I enkäten finns ett svarsalternativ, *övriga yrkesgrupper,* där det i svaren uppgetts yrkesgrupper som inte uppfyller definitionen. I det svarsalternativet har yrkesgrupper som inte kräver högskoleutbildning angivits, t.ex. undersköterskor. Socialstyrelsen har därför inte räknat in gruppen *övriga yrkesgrupper* i redovisningen, om inget annat anges.

Tabell 1. Antal anställda vid universitetssjukvårdsenheterna

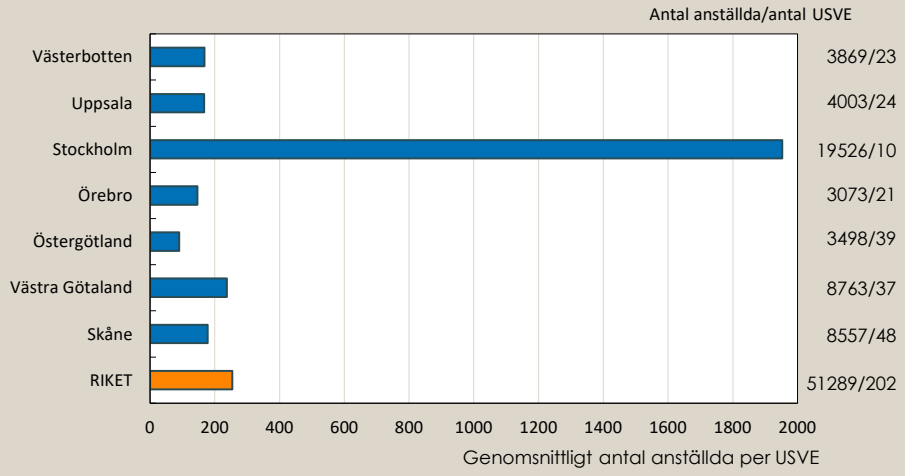
Med anställda avses något av de 21 legitimationsyrkena samt ytterligare yrken med högskoleutbildning relevant för hälso- och sjukvården. Kategorin *övriga anställda* har exkluderats ur sammanställningen.

	Antal USVE	Antal anställda	Genomsnittligt antal anställda/USVE
Västerbotten	23	3869	168
Uppsala	24	4003	167
Stockholm	10	19526	1953
Örebro	21	3073	146
Östergötland	39	3498	90
Västra Götaland	37	8763	237
Skåne	48	8557	178
RIKET	202	51289	254

Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

Diagram 1. Genomsnittligt antal anställda per USVE

Genomsnittligt antal anställda per universitetssjukvårdsenhet och landsting/region.



Källa: Socialstyrelsens enkät 2017

Redovisning av resultat från enkätundersökningen

Nedan redovisas ett urval av resultaten från enkätundersökningen. Resultatet redovisas utifrån följande struktur:

- Kriterium – nationella styrgruppen för ALF:s beslutade kriterium som ligger till grund för frågeställningen, där ett sådant kriterium finns angivet.
- Enkätfråga – fråga från enkätundersökningen
- Definition – definitionen ger ett förtydligande av begrepp i enkätfrågan.
- Felkällor/tolkningssvårigheter – anger olika faktorer som kan påverka tolkningen av resultatet, exempelvis bortfall och olika tolkning av frågan.
- Resultat – redovisas i tabeller och diagram.

I denna bilaga används *USV-enhet* för universitetssjukvårdsenhet, då det användes i enkätundersökningen, även *USVE* används.

När universitetsjukvårdsenheter utsågs

Enkätfråga

När utsågs USV-enheten (enligt gällande ALF-avtal) formellt av landstinget/regionen?

Definition

Med *formellt* avses dokumenterat beslut i exempelvis avtal, skriftligt protokoll eller motsvarande.

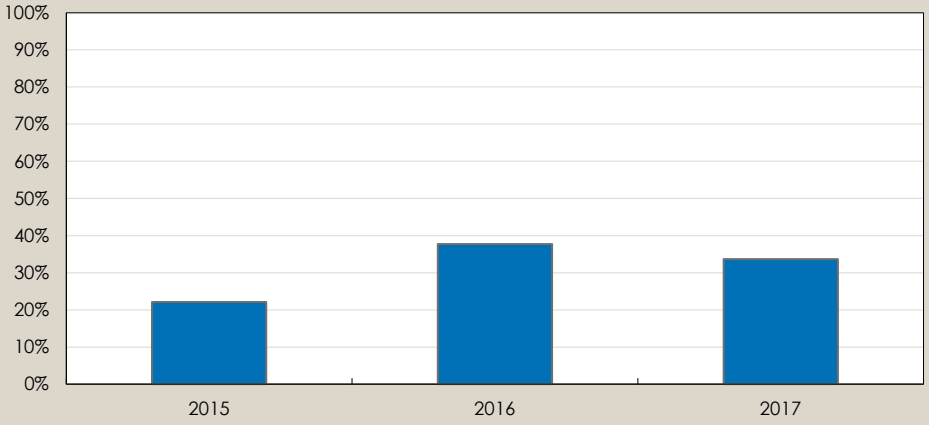
Resultat

ALF-avtalet gäller sedan den 1 januari 2015, sedan dess har totalt 202 universitetssjukvårdsenheter utsetts i landet.

Av de 186 universitetssjukvårdsenheterna som besvarat frågan uppger 44 (22 procent) att de utsågs år 2015, 75 (37 procent) uppger att de utsågs 2016 och 67 (33 procent) uppger att de utsågs 2017.

Diagram 2. När USV-enheterna utsågs

När USV-enheten formellt utsågs av landstinget/regionen enligt gällande ALF-avtal).



Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

*n=186

Medarbetarstruktur

Kriterium

- Vid USV-enheten ska forskarutbildad personal finnas inom – för enhetens kliniska verksamhet – relevanta personalgrupper
- Vid USV-enheten ska forskningstid schemaläggas för forskarutbildad personal inom – för enhetens kliniska verksamhet – relevanta personalgrupper

Enkätfråga

Ange totalt antal tillsvidareanställda per yrkesgrupp den 31 maj 2017

Definition

Med *hälso- och sjukvårdspersonal* avses personal inom de för närvarande 21 yrken som kräver legitimation för att få utöva yrket samt andra yrken med krav på högskolekompetens, t.ex. biostatistiker, molekylärbiolog och socionom.

Här avses personal som var tillsvidareanställd vid USV-enheten, hel- eller deltid, det avsedda mätdatumet.

Felkällor/tolkningssvårigheter

Totalt besvarade 200 USVE frågan, men vissa enheter har inte kunnat besvara frågan fullständigt för alla yrkesgrupper.

För två enheter i samma landsting saknas uppgifter.

I enkäten fanns ett svarsalternativ övriga yrkesgrupper som inte ingår i tabell 2 på grund av att yrkesgrupper som inte ingått i definitionen har uppgetts i svaren. I diagram 3 består istället gruppen övriga av exempelvis audionomer, sjukhusfysiker, apotekare, receptarier, optiker, tandläkare och molekylärbiologer.

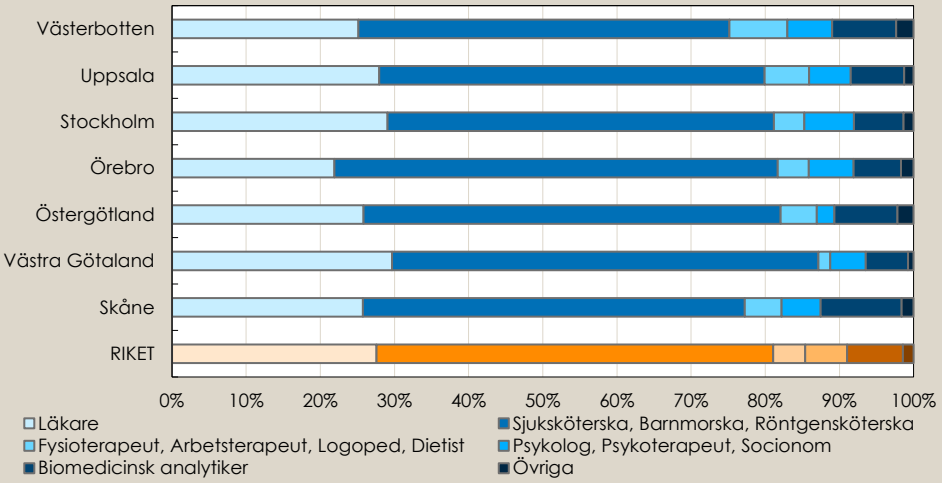
Resultat

I diagrammet är yrkesgrupperna redovisade i sex grupper. I gruppen övriga ingår exempelvis audionom, sjukhusfysiker, apotekare, receptarie, optiker, tandläkare, molekylärbiologer.

Antalet tillsvidareanställda läkare vid de 200 av landets universitetssjukvårdsenheter som besvarat frågan var totalt 14 143 den 31:a maj 2017. Motsvarande uppgift för sjuksköterskor, barnmorskor och röntgensjuksköterskor var 27 437 och för biomedicinska analytiker 3 860.

Diagram 3. Medarbetarstruktur

Fördelningen av det totala antalet tillsvidareanställda vid USVE per yrkesgrupp, den 31 maj 2017.



Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

*n=200

Tabell 2. Medarbetarstruktur, totalt antal per yrkesgrupp

Det totala antalet tillsvidareanställda per yrkesgrupp, den 31 maj 2017.

	Läkare	Sjuksköterska, Barnmorska, Röntgensköterska	Fysioterapeut, Arbetsterapeut, Logoped, Dietist	Psykolog, Psykoterapeut, Socionom	Biomedicinsk analytiker	Övriga
Västerbotten	973	1935	302	234	334	91
Uppsala	1119	2080	241	224	288	51
Stockholm	5671	10174	802	1307	1306	266
Örebro	673	1837	129	185	197	52
Östergötland	903	1968	171	82	298	76
Västra Götaland	2600	5037	143	418	500	65
Skåne	2204	4406	425	449	937	136
RIKET	14143	27437	2213	2899	3860	737

N=200.
Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

Doktorander

Kriterium

- Vid USV-enheten ska forskarutbildad personal finnas inom – för enhetens kliniska verksamhet – relevanta personalgrupper
- Vid USV-enheten ska minst en kliniskt verksam anställd vara registrerad doktorand

Enkätfråga

Av de tillsvidareanställda ange totalt antal registrerade doktorander per yrkesgrupp som bedriver klinisk forskning.

Definition

Med *klinisk forskning* avses sådan forskning som förutsätter vårdens strukturer och resurser och har som mål att lösa ett ohälsoproblem eller att identifiera faktorer som leder till ökad hälsa (7 § ALF-avtalet). Detta omfattar forskning/studier på människa (patientnära forskning) godkänd av etikprövningsnämnd, dvs. 1) experimentella studier/behandlingsstudier (t.ex. kliniska prövningar, interventionsstudier) och 2) observationsstudier (t.ex. registerbaserade studier, epidemiologiska studier, diagnostiska studier, kvalitativa studier).

Felkällor/tolkningssvårigheter

Totalt har 200 USVE besvarat frågan, men vissa enheter har inte kunnat besvara frågan fullständigt för alla yrkesgrupper. För två enheter i samma landsting saknas uppgifter.

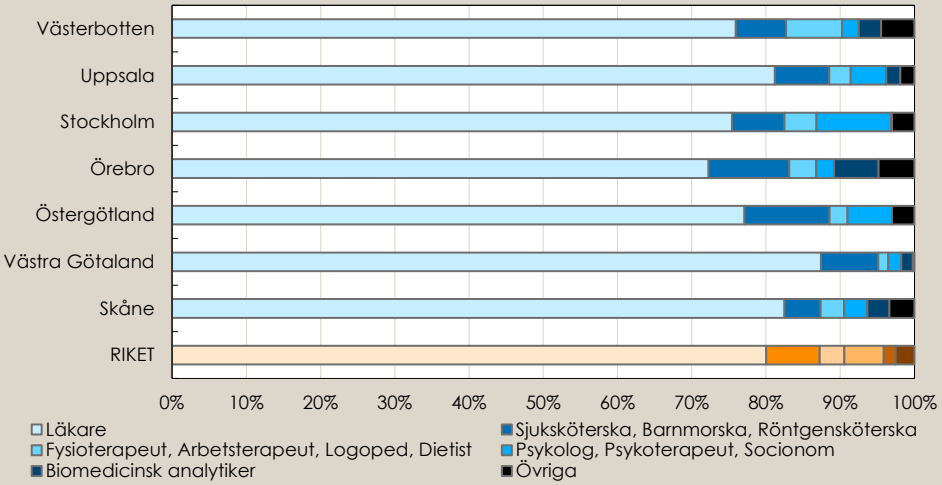
I enkäten fanns ett svarsalternativ (*övriga yrkesgrupper*) som inte ingår i tabell 3 på grund av att yrkesgrupper som inte ingått i definitionen har uppgetts i svaren. I diagram 4 består istället gruppen *övriga* av exempelvis audionomer, sjukhusfysiker, apotekare, receptarier, optiker, tandläkare och molekylärbiologer.

Resultat

Av de USVE som besvarat frågan uppgavs att antalet tillsvidareanställda läkare vid landets universitetssjukvårdsenheter som var doktorander var totalt 1 855 den 31:a maj 2017. Motsvarande uppgift för sjuksköterskor, barnmorskor och röntgensjuksköterskor var 167. För psykologer, psykoterapeuter och socionomer var siffran 123 och för fysioterapeuter 77.

Diagram 4. Doktorander, fördelning

Fördelningen av det totala antalet registrerade doktorander vid USVE, som besvarat frågan, per yrkesgrupp den 31 maj 2017.

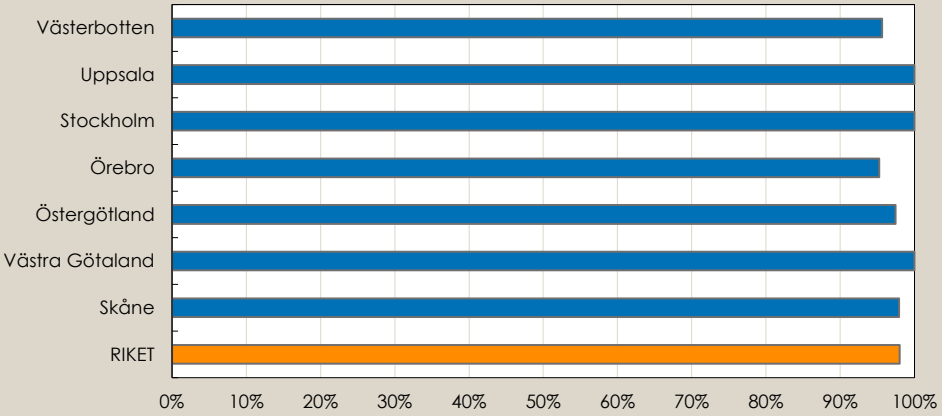


Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

*n=200

Diagram 5. Doktorand

Andelen av USV-enheterna bland de som besvarat frågan som uppgett att de har minst en doktorand anställd eller anknuten, den 31 maj 2017.



Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

*n=200.

Tabell 3. Antal doktorander fördelat per yrkesgrupp

Antal doktorander per region den 31 maj 2017, fördelat per yrkesgrupp

	Läkare	Sjuksköterska, Barnmorska, Röntgensköterska	Fysioterapeut, Arbetsterapeut, Logoped, Dietist	Psykolog, Psykoterapeut, Socionom	Biomedicinsk analytiker	Övriga	Totalt
Västerbotten	101	9	10	3	4	6	133
Uppsala	255	23	9	15	6	6	314
Stockholm	525	49	30	70	1	21	696
Örebro	60	9	3	2	5	4	83
Östergötland	128	19	4	10	0	5	166
Västra Götaland	395	35	6	8	7	1	452
Skåne	391	23	15	15	14	16	474
RIKET	1855	167	77	123	37	59	2318

Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

Postdoks

Kriterium

- Vid USV-enheten ska forskarutbildad personal finnas inom – för enhetens kliniska verksamhet – relevanta personalgrupper
- Vid USV-enheten ska forskningstid schemaläggas för forskarutbildad personal inom – för enhetens kliniska verksamhet – relevanta personalgrupper

Enkätfråga

Av de tillsvidareanställda, ange totalt antal *postdoks* per yrkesgrupp som är anställda eller anknutna till universitet/högskola och bedriver klinisk forskning. Ange också arbetstid avsatt för forskning (om minst 20 procent).

Definition

Med *klinisk forskning* avses sådan forskning som förutsätter vårdens strukturer och resurser och har som mål att lösa ett ohälsoproblem eller att identifiera faktorer som leder till ökad hälsa (7 § ALF-avtalet). Detta omfattar forskning/studier på människa (patientnära forskning) godkänd av etikprövningsnämnd, dvs. 1) experimentella studier/behandlingsstudier (t.ex. kliniska prövningar, interventionsstudier) och 2) observationsstudier (t.ex. registerbaserade studier, epidemiologiska studier, diagnostiska studier, kvalitativa studier).

Med *adjungerad anställning* avses en tidsbegränsad anställning och regleras enligt högskoleförordningen. (4 kap. högskoleförordningen, 1992:1434).

Med *förenad anställning* avses en anställning vid högskola/universitet som är förenad med anställning vid en sjukvårdsenhet som är upplåten för medicinsk utbildning och forskning (4 kap. högskoleförordningen).

Med *anknuten/affilierad* avses medverkan i universitetets/högskolans verksamhet utan anställning.

Med *hälso- och sjukvårdspersonal* avses personal inom de för närvarande 21 yrken som kräver legitimation för att få utöva yrket samt andra yrken med krav på högskolekompetens.

Felkällor/tolkningssvårigheter

Totalt har 197 USVE besvarat frågan, men vissa enheter har inte kunnat besvara frågan fullständigt för alla yrkesgrupper. För fem enheter saknas uppgifter, några av dem är personalmässigt mycket stora USVE.

I enkäten fanns ett svarsalternativ (*övriga yrkesgrupper*) som inte ingår i nedanstående diagram och tabeller på grund av att yrkesgrupper som inte ingått i definitionen av tillsvidareanställda har uppgetts i svaren. I diagram 6 består istället gruppen *övriga* av exempelvis audionomer, sjukhusfysiker, apotekare, receptarier, optiker, tandläkare och molekylärbiologer.

Med undantag för tabell 5 där *övriga yrkesgrupper* från enkätsvaren ändå redovisas för att visa att det även i den gruppen finns postdoks.

I enkätfrågan saknas definition av postdoks varför olika tolkningar kan ha påverkat svaren, resultatet bör därför tolkas med försiktighet.

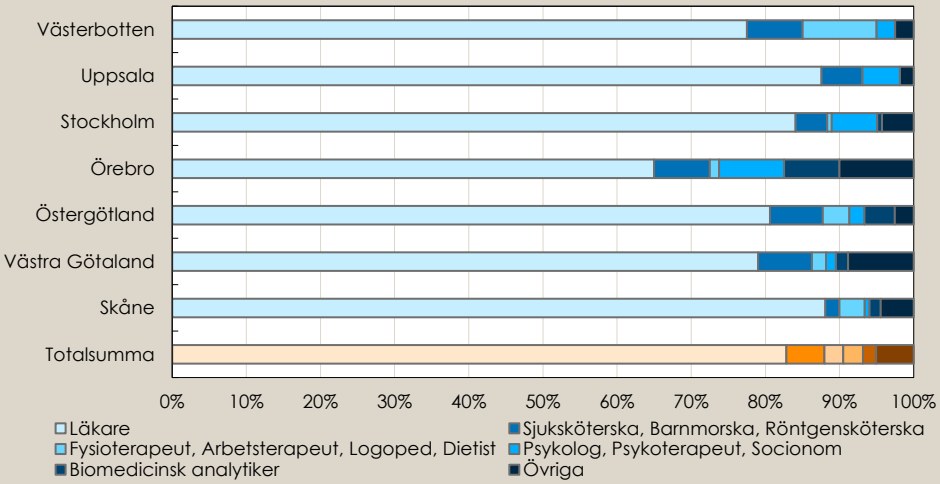
Resultat

Redovisning av resultat för de 197 USVE som besvarat frågan.

Diagram 6 visar fördelningen av postdoks mellan olika yrkesgrupper. Av tillsvidareanställda postdoks var 1 307 läkare. Motsvarande uppgift för sjuksköterskor, barnmorskor och röntgensköterskor var 81 postdoks.

Diagram 6. Postdok, fördelning

Fördelningen av det totala antalet postdoks vid USVE som bedriver klinisk forskning, per yrkesgrupp den 31 maj 2017.

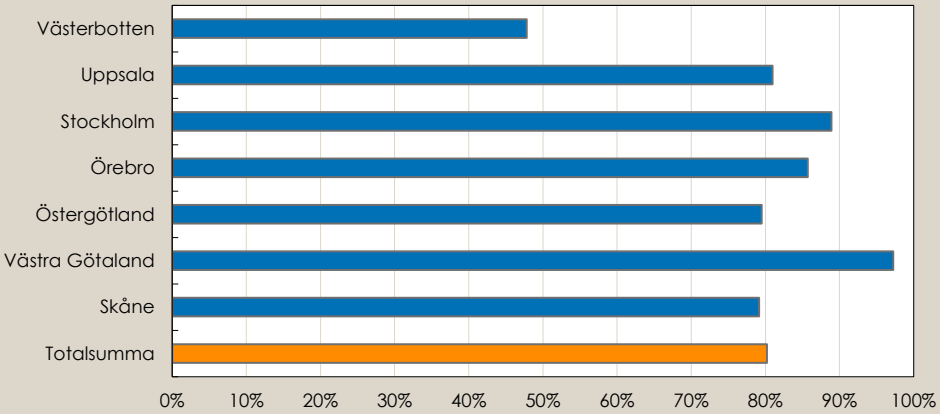


Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017. *n=197

Diagram 7 visar att 158 (80 procent) av USVE uppgett att de hade minst en tillsvidareanställd postdok.

Diagram 7. Andel USVE med anställda postdoks

Andelen av USV-enheterna som uppgett att de har minst en postdok anställd eller anknuten, den 31 maj 2017.



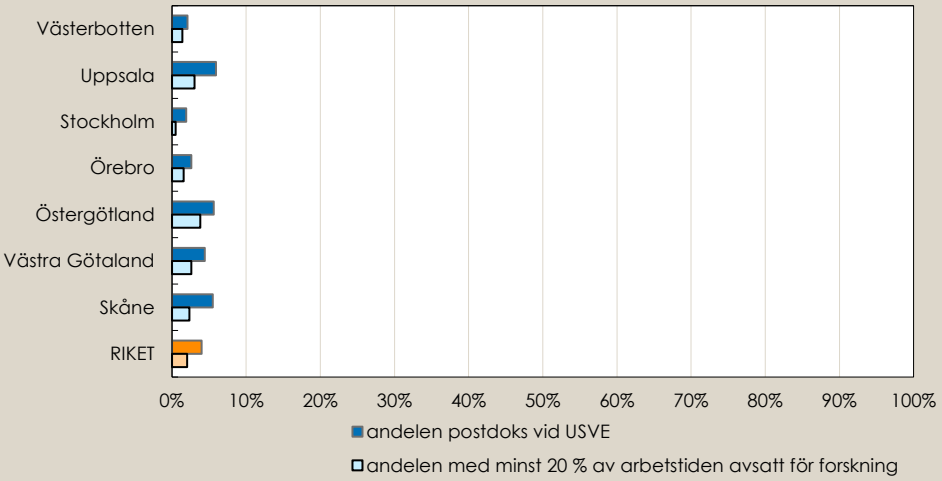
Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017. *n=197

I diagram 8 redovisas andelen postdoks respektive andelen postdoks med 20 procent tid avsatt för forskning av det totala antalet tillsvidareanställda (legitimerad personal och andra med högskoleutbildning, se definition ovan).

Av det totala antalet vidareanställda var 4 procent postdoks. Postdoks med minst 20 procent tid avsatt för forskning utgjorde 2 procent av det totala antalet anställda.

Diagram 8. Postdok

Andelen postdoks av det totala antalet tillsvidareanställda, samt andelen postdoks med minst 20 % av sin arbetstid avsatt till forskning, den 31 maj 2017.



Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017. *n=197

Tabell 4 visar antal postdoks som har minst 20 procent tid avsatt för forskning. Av alla i enkäten redovisade tillsvidareanställda postdoks har 51 procent minst 20 procent av sin arbetstid avsatt för forskning.

Tabell 4. Postdoks med avsatt tid för forskning

Totalt antal postdoks per yrkesgrupp som är anställda eller anknutna till universitet/högskola och bedriver klinisk forskning som har minst 20 procent tid avsatt för forskning. Avser personer som är tillsvidareanställda.

	Läkare	Sjuksköterska, Barnmorska, Röntgensköterska	Fysioterapeut, Arbetsterapeut, Logoped, Dietist	Psykolog, Psykoterapeut, Socionom	Biomedicinsk analytiker	Övriga	Totalt
Västerbotten	41	5	4	2	0	2	54
Uppsala	93	6	0	10	0	2	111
Stockholm	27	4	1	2	0	7	41
Örebro	35	2	1	5	4	7	54
Östergötland	104	12	6	4	4	3	133
Västra Götaland	155	28	6	5	6	20	220
Skåne	163	6	10	0	3	17	199
RIKET	618	63	28	28	17	58	812

Källa: Socialstyrelsens enkät, 2017.

Tabell 5. Postdoks anställda eller anknutna till universitet/högskola

Tabellen visar av postdoks som bedriver klinisk forskning, fördelat efter anställd eller anknuten till universitet/högskola. I den här tabellen ingår även gruppen övriga.

	Adjungerad anställning	Förenad anställning	Anknuten	Totalt
Västerbotten	23 (29%)	21 (26%)	36 (45%)	80 (100%)
Uppsala	65 (28%)	17 (7%)	147 (64%)	229 (100%)
Stockholm	13 (7%)	5 (3%)	160 (90%)	178 (100%)
Örebro	16 (19%)	7 (8%)	61 (73%)	84 (100%)
Östergötland	40 (20%)	38 (19%)	126 (62%)	204 (100%)
Västra Götaland	47 (12%)	93 (23%)	260 (65%)	400 (100%)
Skåne	35 (7%)	73 (15%)	368 (77%)	476 (100%)
RIKET	239 (14%)	254 (15%)	1158 (70%)	1651 (100%)

Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

Forskare

Kriterium

- Vid USV-enheten ska forskarutbildad personal finnas inom – för enhetens kliniska verksamhet – relevanta personalgrupper
- Vid USV-enheten ska minst en person med docentkompetens ha en förenad eller adjungerad anställning vid berört universitet
- Vid USV-enheten ska forskningstid schemaläggas för forskarutbildad personal inom – för enhetens kliniska verksamhet – relevanta personalgrupper

Enkätfråga

Av de tillsvidareanställda ange totalt antal forskare/lärare per yrkesgrupp som är anställda eller anknutna till universitet/högskola och bedriver klinisk forskning. Ange också arbetstid avsatt för forskning.

Definition

Med *forskare/lärare* avses t.ex. professor, universitetslektor, forskare, forskarassistent eller adjunkt.

Med *adjungerad anställning* avses en tidsbegränsad anställning och regleras enligt högskoleförordningen. (4 kap. högskoleförordningen).

Med *förenad anställning* avses en anställning vid högskola/universitet som är förenad med anställning vid en sjukvårdsenhet som är upplåten för medicinsk utbildning och forskning (4 kap. högskoleförordningen).

Med *anknuten/affilierad* avses medverkan i universitetets/högskolans verksamhet utan anställning.

Med *hälso- och sjukvårdspersonal* avses personal inom de för närvarande 21 yrken som kräver legitimation för att få utöva yrket samt andra yrken med krav på högskolekompetens

Felkällor/tolkningssvårigheter

Totalt har 200 USVE besvarat frågan, men vissa enheter har inte kunnat besvara frågan fullständigt för alla yrkesgrupper. För två enheter i samma landsting saknas uppgifter.

I enkäten fanns ett svarsalternativ övriga yrkesgrupper som inte ingår i diagrammen och tabeller på grund av att yrkesgrupper som inte ingått i definitionen har uppgetts i svaren, med undantag för tabell 7 där även dessa ingår i redovisningen. I diagrammen 9–11 och tabell 6 består istället gruppen *övriga* av exempelvis audionomer, sjukhusfysiker, apotekare, receptarier, optiker, tandläkare och molekylärbiologer.

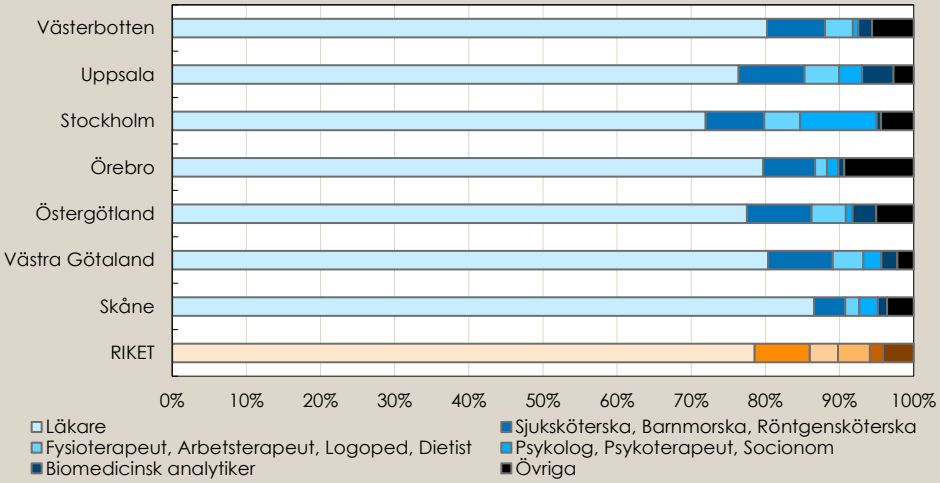
Resultat

Redovisning av resultat för de USVE som besvarat frågan.

Diagram 9 visar fördelningen av forskare/lärare mellan olika yrkesgrupper. Av tillsvidareanställda forskare/lärare som är anställda eller anknutna till universitet/högskola och bedriver klinisk forskning var 1 900 läkare. Motsvarande uppgift för sjuksköterskor, barnmorskor och röntgensköterskor var 180 och för gruppen psykologer, psykoterapeuter och socionomer 104.

Diagram 9. Forskare/lärare - fördelning

Fördelningen av det totala antalet forskare/lärare vid USVE som bedriver klinisk forskning, per yrkesgrupp den 31 maj 2017.



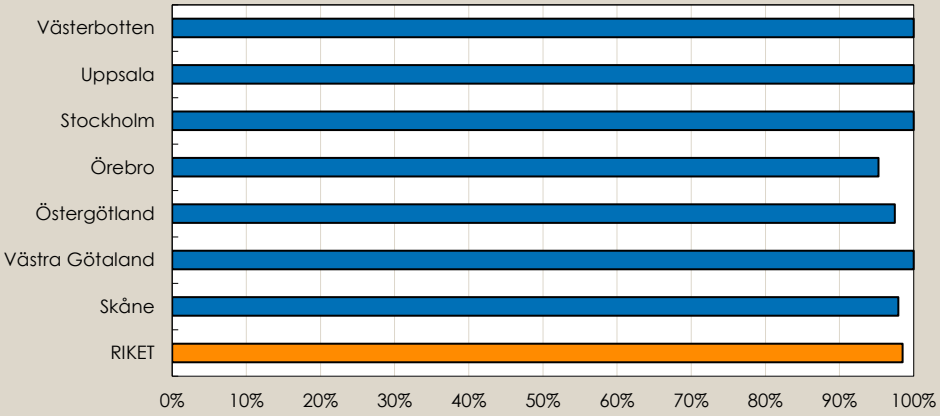
Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

*n=200

Diagram 10 visar att 99 procent av USVE har uppgett att de har minst en tillsvidareanställd forskare/lärare som är anställd eller anknuten till universitet/högskola och bedriver klinisk forskning.

Diagram 10. Forskare/lärare

Andelen av USV-enheterna som uppgett att de har minst en forskare/lärare anställd eller anknuten den 31 maj 2017.



Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

*n=200.

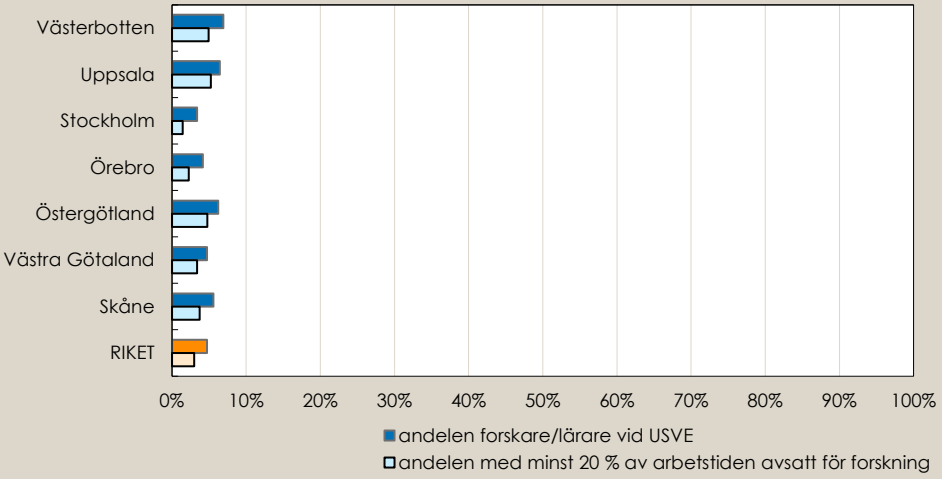
I diagram 11 redovisas andelen forskare/lärare som är anställda eller anknutna till universitet/högskola och bedriver klinisk forskning, respektive andelen forskare/lärare som är anställda eller anknutna till universitet/högskola och bedriver klinisk forskning med minst 20 procent tid avsatt för forskning

av det totala antalet tillsvidareanställda (legitimerad personal och andra med högskoleutbildning, se definition ovan).

Resultatet för riket visar att 5 procent är forskare/lärare som är anställda eller anknutna till universitet/högskola och bedriver klinisk forskning och 3 procent har minst 20 procent tid till forskning.

Diagram 11. Forskare/lärare

Andelen forskare/lärare av det totala antalet tillsvidareanställda, samt andelen forskare/lärare med minst 20 % av sin arbetstid avsatt till forskning, den 31 maj 2017.



Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017. *n=200.

Tabell 6 visar antalet tillsvidareanställda forskare/lärare vid USVE som har minst 20 procent tid avsatt för forskning. Av alla i enkäten redovisade forskare/lärare har 63 procent minst 20 procent av sin arbetstid avsatt för forskning.

Tabell 6. Forskare/lärare med tid avsatt för forskning

Ange antal tillsvidareanställda forskare/lärare per yrkesgrupp vid USVE som är anställda eller anknutna till universitet/högskola och har minst 20 procent tid till klinisk forskning.

	Läkare	Sjuksköterska, Barnmorska, Röntgensköterska	Fysioterapeut, Arbetsterapeut, Logoped, Dietist	Psykolog, Psykoterapeut, Socionom	Biomedicinsk analytiker	Övriga	Totalt
Västerbotten	151	16	8	2	2	12	191
Uppsala	166	18	3	4	11	7	209
Stockholm	220	14	15	17	2	13	281
Örebro	57	2	1	2	0	8	70
Östergötland	131	19	7	2	3	5	167
Västra Götaland	231	33	10	6	7	9	296
Skåne	250	17	5	27	7	12	318
RIKET	1206	119	49	60	32	66	1532

Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

Tabell 7. Forskare/lärare – anställda eller anknutna till universitet/högskola

Av de tillsvidareanställda vid USVE, ange totala antalet forskare/lärare som är anställda eller anknutna till universitet/högskola och bedriver klinisk forskning.

	Adjungerad	Förenad	Anknuten	Totalt
Västerbotten	43 (15 %)	100 (34 %)	149 (51 %)	292 (100 %)
Uppsala	38 (14 %)	100 (38 %)	126 (48 %)	264 (100 %)
Stockholm	168 (24 %)	203 (29 %)	330 (47 %)	701 (100 %)
Örebro	26 (18 %)	40 (27 %)	82 (55 %)	148 (100 %)
Östergötland	52 (22 %)	59 (25 %)	123 (53 %)	234 (100 %)
Västra Götaland	80 (18 %)	139 (32 %)	220 (50 %)	439 (100 %)
Skåne	60 (12 %)	120 (24 %)	330 (65 %)	510 (100 %)
RIKET	467 (18 %)	761 (29 %)	1360 (53 %)	2588 (100 %)

Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

FoU-ansvarig person i ledningsgruppen

Kriterium

- Vid USV-enheten ska en forsknings- och utbildningsansvarig person med minst docentkompetens med anknytning till berört universitet (förenad eller adjungerad anställning) sitta med i enhetens ledningsgrupp

Enkätfråga

Har det i USV-enhetens ledningsgrupp ingått en FoU-ansvarig person som är minst docent och har en adjungerad/förenad anställning eller är anknuten som forskare/lärare vid universitet/ högskola under 1 januari 2015 – 31 maj 2017?

Definition

Med *adjungerad anställning* avses en tidsbegränsad anställning och regleras enligt högskoleförordningen. (4 kap. högskoleförordningen).

Med *förenad anställning* avses en anställning vid högskola/universitet som är förenad med anställning vid en sjukvårdsenhet som är upplåten för medicinsk utbildning och forskning (4 kap. högskoleförordningen).

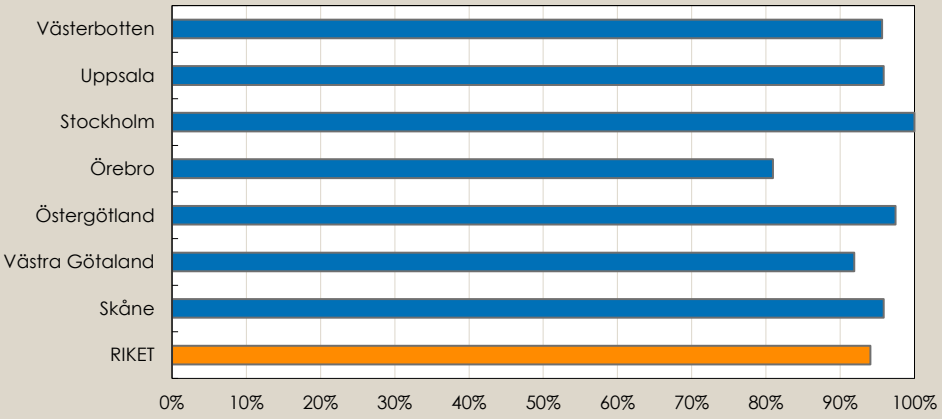
Med *anknuten* avses medverkan i universitetets/högskolans verksamhet utan anställning.

Resultat

Diagram 12 och tabell 8 visar att av 202 enheter uppger 190 USVE att de har en FoU-ansvarig i ledningsgruppen som är minst docent, vilket motsvarar 94 procent.

Diagram 12. FoU-ansvarig person i ledningsgruppen

Andelen av USV-enheterna som uppgett att det i ledningsgruppen ingått en FoU-ansvarig person som är minst docent vid universitet/högskola under hela eller delar av perioden 1 januari 2015- 31 maj 2017.



Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

Tabell 8. USVE med FoU-ansvarig person i ledningsgruppen

Antal USVE där en FoU-ansvarig person som är minst docent och har en adjungerad/förenad anställning eller är anknuten som forskare/lärare vid universitet/högskola ingått I ledningsgruppen.

Region	Ja, hela perioden	Ja, delar av perioden	Nej	Totalt
Västerbotten	20	2	1	23
Uppsala	21	2	1	24
Stockholm	10	0	0	10
Örebro	10	7	4	21
Östergötland	32	6	1	39
Västra Götaland	28	6	3	37
Skåne	40	6	2	48
RIKET	161	29	12	202

Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

Halvtidsseminarium, doktorsexamen

Kriterium

- Vid USV-enheten ska minst ett halvtidsseminarium eller en disputation hållas under en fyraårsperiod.

Enkätfråga

Har någon av hälso- och sjukvårdspersonalen vid USV-enheten genomfört halvtidsseminarium och/eller avlagt doktorsexamen inom klinisk forskning under januari 2015 – 31 maj 2017?

Definition

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

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

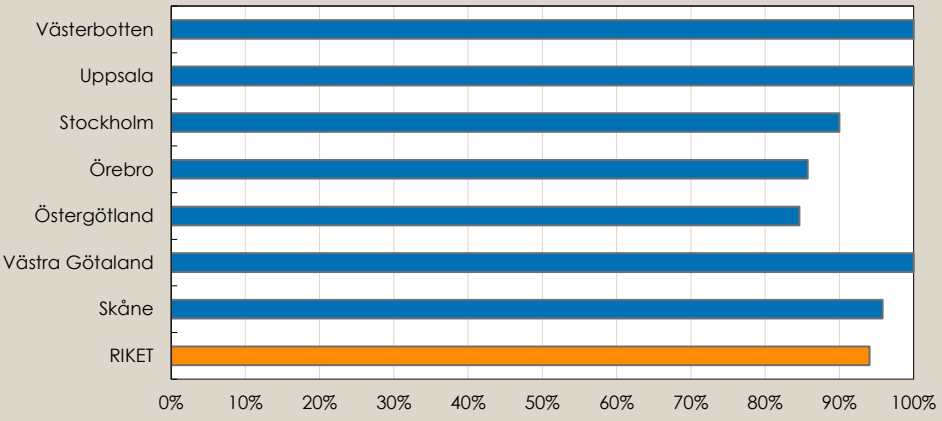
Med *klinisk forskning* avses sådan forskning som förutsätter vårdens strukturer och resurser och har som mål att lösa ett ohälsoproblem eller att identifiera faktorer som leder till ökad hälsa (7 § ALF-avtalet). Detta omfattar forskning/studier på människa (patientnära forskning) godkänd av etikprövningsnämnd , dvs. 1) experimentella studier/behandlings-studier (t.ex. kliniska prövningar, interventionsstudier) och 2) observationsstudier (t.ex. registerbaserade studier, epidemiologiska studier, diagnostiska studier, kvalitativa studier).

Resultat

Diagram 13 visar att 190 (94 procent) av 202 USVE uppger att de har personal som genomfört halvtidsseminarium och/eller doktorsexamen under 1 januari – 31 maj 2017.

Diagram 13. Halvtidsseminarium och/eller doktorexamen

Andelen av USV-enheterna vars personal har genomfört halvtidsseminarium och/eller erlagt doktorsexamen inom klinisk forskning under perioden 1 januari 2015 - 31 maj



Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

Tabell 9 visar antal halvtidsseminarium och/eller doktorsexamen. Resultatet för riket är att 12 USVE inte har haft halvtidsseminarium eller doktorsexamen under perioden.

Tabell 9. USVE som inte haft halvtidsseminarium/doktorsexamen

Antal USVE som inte haft halvtidsseminarium eller doktorsexamen under perioden 1 januari 2015 – 31 maj 2017

	Varken halvtidsseminarium eller doktorsexamen	Antal USVE
Västerbotten	0	23
Uppsala	0	24
Stockholm	1	10
Örebro	3	21
Östergötland	6	39
Västra Götaland	0	37
Skåne	2	48
RIKET	12	202

Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

Samverkan

Kriterium

- USV-enheten ska samverka med akademi och andra landsting för att genomföra kliniska studier

Enkätfråga

Har USV-enheten samverkat med universitet/ högskola, andra landsting/regioner, näringsliv och/eller patient- och/eller närstående-organisationer vid planering/genomförande av studier avseende klinisk forskning under perioden 1 januari 2015 – 31 maj 2017?

Definition

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

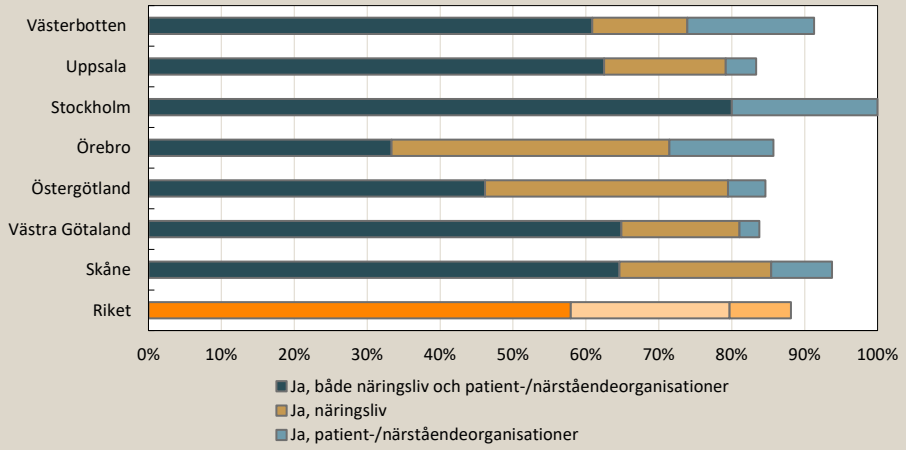
Resultat

Tabell 10 visar att nästan alla USVE samverkar med andra landsting, andra vårdenheter och universitet/högskola i någon form. 20 procent av USVE saknar samverkan med näringslivet och 34 procent saknar samverkan med patient och/eller närståendeorganisationer.

Av USVE har 80 procent samverkan med näringsliv och 66 procent av USVE har samverkan med patient- och/eller närståendeorganisationer, i någon form. Se även diagram 14 om samverkan med näringsliv och patient- och/eller närståendeorganisationer per landsting.

Diagram 14. Samverkan med patientorganisationer och/eller näringsliv

Andel USV-enheten som samverkat med näringsliv och/eller patient-/närståendeorganisationer vid planering/genomförande av studier avseende klinisk forskning under perioden 1 januari 2015 – 31 maj 2017.



Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

Tabell 10. Samverkan

USVE med samverkan med olika intressenter vid planering/genomförande av studier avseende klinisk forskning under perioden 1 januari 2015–31 maj 2017.

	Patient-rekrytering	Forsknings-idéer	Utbildning	Infrastruktur	Annat	Nej
Andra lands-ting/regioner	86%	88%	67%	52%	8%	1,5%
Andra vårdenheter inom eget lands-ting/region	92%	84%	81%	67%	8%	1%
Universitet/högskola	72%	92%	83%	65%	8%	0,5%
Näringsliv	51%	64%	38%	32%	7%	20%
Patient- och/eller närståendeorgani-sationer	30%	33%	42%	12%	11%	34%

Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

Personalens deltagande i studier

Kriterium

- USV-enheten ska kunna redovisa hur och i vilken omfattning personalen deltagit i regionala, nationella och/eller internationella kliniska studier.

Enkätfråga

Ange antal studier avseende klinisk forskning som hälso- och sjukvårdspersonalen vid USV-enheten deltagit i under 1 januari 2015 – 31 maj 2017.

Definition

Med *klinisk forskning* avses sådan forskning som förutsätter vårdens strukturer och resurser och har som mål att lösa ett ohälsoproblem eller att identifiera faktorer som leder till ökad hälsa (7 § ALF-avtalet). Detta omfattar forskning/studier på människa (patientnära forskning) godkänd av etikprövningsnämnd, dvs. 1) experimentella studier/behandlingsstudier (t.ex. kliniska prövningar, interventionsstudier) och 2) observationsstudier (t.ex. registerbaserade studier, epidemiologiska studier, diagnostiska studier, kvalitativa studier).

Med *deltagit* avses medverkan i samarbeten kring studier avseende klinisk forskning.

Felkällor/tolkningssvårigheter

Totalt har 188 USVE besvarat frågan helt eller delvis, 160 USVE har kunnat svara på alla delfrågor. Bland bortfallet finns personalmässigt stora USVE.

För diagram 16 bygger redovisningen på uppgifter om medarbetarstruktur avseende postdoks och forskare/lärare i nämnaren och uppgifter om antalet pågående och avslutade studier avseende klinisk forskning i täljaren. I diagrammet ingår 159 USVE, som kunnat lämnat svar på alla delfrågor samt svarat på frågan om medarbetarstruktur. I frågan om medarbetarstruktur kan det förekomma bortfall för vissa yrkesgrupper, men bedöms försumbart och dessa enheter ingår därför i redovisningen.

Det kan finnas tolkningsproblem när det gäller uppgifter om antal postdoks, med risk för underrapportering samtidigt som istället en risk för överrapportering föreligger för forskare/lärare.

Bakomliggande faktorer kan påverka resultatet, som forskningstradition, typ av studier, olika långa studier, multicenterstudier.

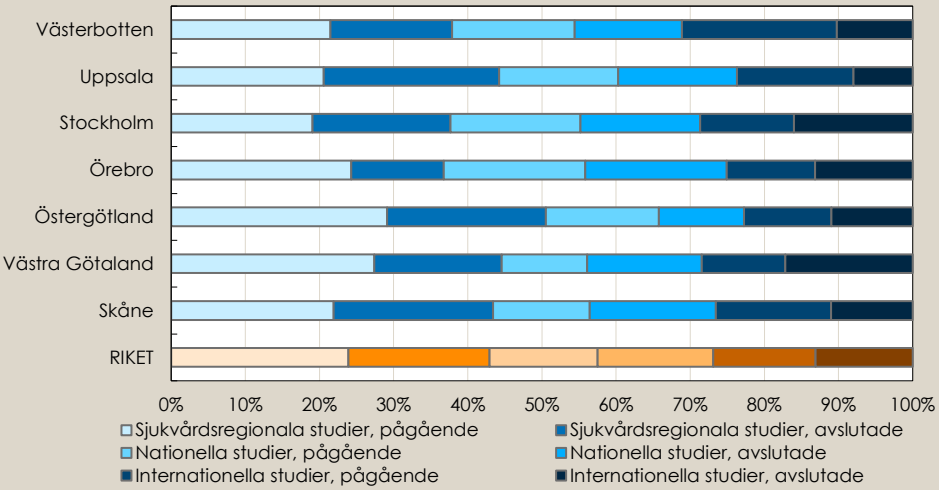
Mot bakgrund av ovanstående bör resultatet tolkas med försiktighet.

Resultat

Diagram 15 och tabell 11 visar fördelningen av pågående respektive avslutade regionala, nationella och internationella studier. Resultatet visar att det är vanligast med regionala studier där pågående och avslutade studier var totalt 5174 för perioden, motsvarande för antalet nationella studier var 3635 och internationella studier 3242.

Diagram 15. Personalens deltagande i studier

Fördelningen av antalet pågående och avslutade/publicerade studier avseende klinisk forskning inom respektive region under perioden 1 januari 2015 - 31 maj 2017.



Källa: Socialstyrelsens enkät, 2017. n=188

Tabell 11. Vetenskaplig produktion – deltagande i studier avseende klinisk forskning

Pågående och avslutade studier avseende klinisk forskning som hälso- och sjukvårdspersonalen vid USVE deltagit i under 1 januari 2015 – 31 maj 2017

	Sjukvårdsregionala studier		Nationella studier		Internationella studier	
	Pågående	Avslutade	Pågående	Avslutade	Pågående	Avslutade
Västerbotten	235	180	181	158	229	112
Uppsala	229	263	179	178	175	89
Stockholm*	309	302	285	262	205	260
Örebro	210	108	165	165	103	114
Östergötland	449	330	235	177	182	169
Västra Götaland	870	544	367	490	358	545
Skåne	578	567	344	449	411	290
RIKET	2880	2294	1756	1879	1663	1579

N=188

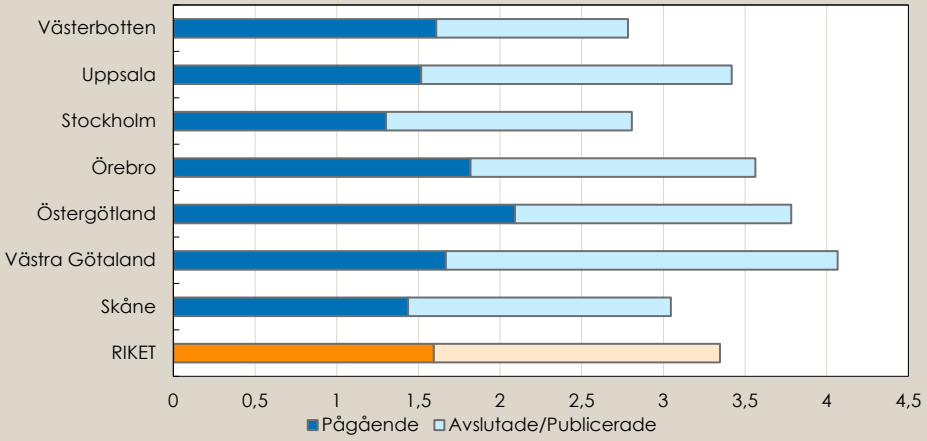
Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

*Svarsbortfall för Karolinska Universitetssjukhuset.

Diagram 16 visar medelantalet studier avseende klinisk forskning för det totala antalet forskaranställda (postdoks och forskare/lärare enligt enkätsvar om medarbetarstruktur). Medelantalet var 1,6 pågående studier per forskaranställd och 1,8 avslutade studier per forskaranställd för perioden 1 januari 2015–31 maj 2017.

Diagram 16. Vetenskaplig produktion - Personalens deltagande i studier

Medelantalet studier av det totala antalet forskaranställda under perioden 1 januari 2015 - 31 maj 2017.



*n=159. För stockholm saknas svar från Karolinska Universitetssjukhuset.

Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

Kontinuerlig vetenskaplig produktion – vetenskapliga artiklar

Kriterium

Vid USV-enheten ska en kontinuerlig vetenskaplig produktion finnas/redovisas

Enkätfråga

Redovisa antal publicerade vetenskapliga artiklar avseende klinisk forskning som författats av hälso- och sjukvårdspersonalen vid USV-enheten under 1 januari 2015 – 31 maj 2017.

Definition

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

Med *klinisk forskning* avses sådan forskning som förutsätter vårdens strukturer och resurser och har som mål att lösa ett ohälsoproblem eller att identifiera faktorer som leder till ökad hälsa (7 § ALF-avtalet). Detta omfattar forskning/studier på människa (patientnära forskning) godkänd av etikprövningsnämnd, dvs. 1) experimentella studier/behandlingsstudier (t.ex. kliniska prövningar, interventionsstudier) och 2) observationsstudier (t.ex. registerbaserade studier, epidemiologiska studier, diagnostiska studier, kvalitativa studier).

Felkällor/tolkningssvårigheter

Totalt 198 USVE har besvarat frågan, av dem har 191 USVE kunnat lämna svar på samtliga delfrågor.

För diagram 17 bygger redovisningen på uppgifter om medarbetarstruktur avseende postdoks och forskare/lärare i nämnaren och uppgifter om antalet publicerade artiklar i täljaren, här ingår totalt 190 USVE i redovisningen. Detta för att enbart enheter som besvarat uppgifter i täljaren och nämnaren ingår i redovisningen. I frågan om medarbetarstruktur kan det förekomma bortfall för vissa yrkesgrupper, men bedöms försumbart och dessa enheter ingår därför i redovisningen.

Det kan finnas tolkningsproblem när det gäller uppgifter om antal postdoks, med risk för underrapportering samtidigt som istället en risk för överrapportering föreligger för forskare/lärare.

Bakomliggande faktorer kan påverka resultatet, som forskningstradition, typ av studier, olika långa studier, multicenterstudier.

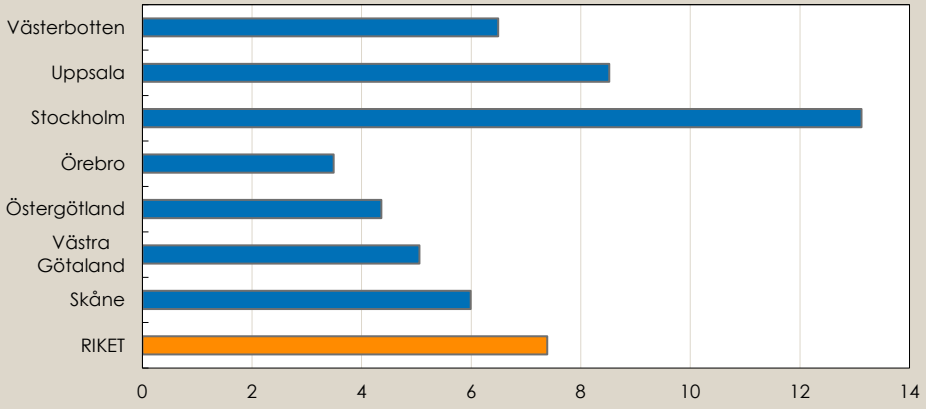
Mot bakgrund av ovanstående bör resultatet tolkas med försiktighet

Resultat

Diagram 17 visar att för de 190 USVE som helt kunnat besvara frågan är medelenatalet artiklar 7 per forskaranställd, under 1 januari 2015–31maj 2017.

Diagram 17. Kontinuerlig vetenskaplig produktion - artiklar

Medelantalet vetenskapliga artiklar av det totala antalet forskaranställda under perioden 1 januari 2015 - 31 maj 2017.



Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017. *n=190

Tabell 12 visar antalet publicerade vetenskapliga artiklar som författats av hälso- och sjukvårdspersonalen vid USVE under perioden 1 januari 2015–31 maj 2017. Enligt uppgifter i enkäten har totalt 29 954 vetenskapliga artiklar författats av hälso- och sjukvårdspersonalen under perioden, vid de 198 USVE som besvarat frågan.

Tabell 12. Vetenskaplig produktion – artiklar

Antal vetenskapliga artiklar per region för 2015, 2016 och perioden 1 januari 2017 – 31 maj 2017.

	Artiklar 2015	Artiklar 2016	Artiklar t.o.m. 31 maj 2017	Totalt antal artiklar
Västerbotten	766	822	425	2013
Uppsala	1577	1747	887	4211
Stockholm	4235	4437	2862	11534
Örebro	316	338	197	851
Östergötland	778	734	389	1901
Västra Götaland	1445	1508	747	3700
Skåne	2156	2179	1409	5744
RIKET	11273	11765	6916	29954

N=198

Källa: Socialstyrelsen enkät, år 2017.

Forskningsmedel i konkurrens

Kriterium

- Vid USV-enheten ska externa medel för forskning erhållna i nationell eller internationell konkurrens redovisas.

Enkätfråga

Har USV-enheten erhållit medel för klinisk forskning i nationell och/eller internationell konkurrens under 1 januari 2015 – 31 maj 2017.

Definition

Här avses medel som beviljats under den avsedda mätperioden och där personal vid USV-enheten är huvudsökande.

Med *klinisk forskning* avses sådan forskning som förutsätter vårdens strukturer och resurser och har som mål att lösa ett ohälsoproblem eller att identifiera faktorer som leder till ökad hälsa (7 § ALF-avtalet). Detta omfattar forskning/studier på människa (patientnära forskning) godkänd av etikprövningsnämnd, dvs. 1) experimentella studier/behandlingsstudier (t.ex. kliniska prövningar, interventionsstudier) och 2) observationsstudier (t.ex. registerbaserade studier, epidemiologiska studier, diagnostiska studier, kvalitativa studier).

Med *medel erhållna i nationell konkurrens* avses exempelvis medel från Vetenskapsrådet, Cancerfonden, Vinnova eller Forte. (ALF-medlen inkluderas inte.)

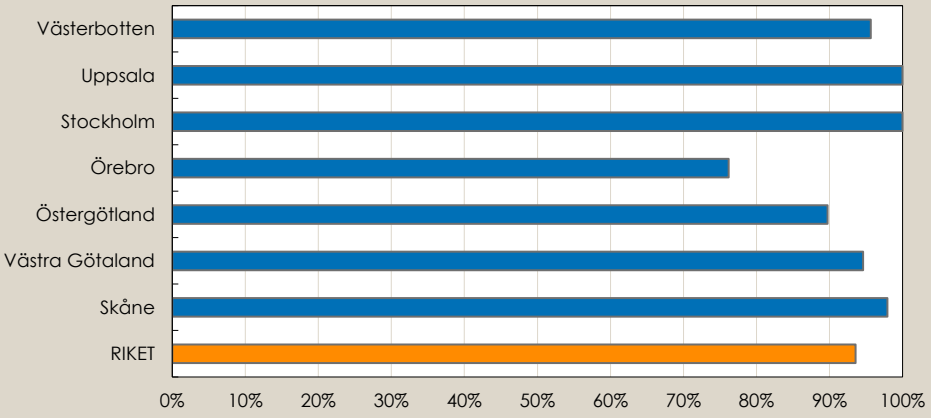
Med *medel erhållna i internationell konkurrens* avses exempelvis medel från EU och NIH.

Resultat

Alla USVE har besvarat frågan, 189 USVE (94 procent) har uppgett att de har erhållit forskningsmedel i nationell och/eller internationell konkurrens under 1 januari 2015–31 maj 2017.

Diagram 18. Forskningsmedel i konkurrens

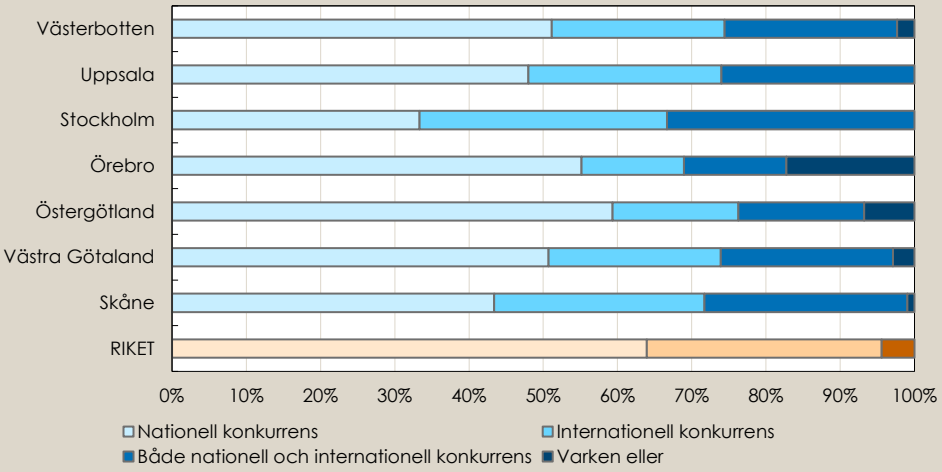
Andelen av USV-enheterna som uppgett att de erhållit medel för klinisk forskning i nationell och/eller internationell konkurrens under perioden 1 januari 2015 - 31 maj



Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

Diagram 19. Forskningsmedel i konkurrens

Fördelningen inom respektive region av hur USV-enheterna uppgett att de erhållit medel för klinisk forskning i nationell och/eller internationell konkurrens under perioden 1 januari 2015 - 31 maj 2017.



Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

Tabell 13 visar att det är 13 av 202 USVE som inte erhållit medel i nationell eller internationell konkurrens.

Tabell 13. Antal enheter som saknar medel i konkurrens

Antal USVE som under 1 januari 2015 – 31 maj 2017 varken erhållit medel i nationell eller internationell konkurrens

Region	Varken medel i nationell eller internationell konkurrens	Antal USVE
Västerbotten	1	23
Uppsala	0	24
Stockholm	0	10
Örebro	5	21
Östergötland	4	39
Västra Götaland	2	37
Skåne	1	48
RIKET	13	202

Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

Läkarutbildning

Kriterium

- Vid USV-enheten ska utbildningsinsatser för och/eller handledning av läkarstuderande tillhandahållas

Enligt 5 § i ALF-avtalet anges bland annat att "för att säkra att de blivande läkarna har den kliniska erfarenhet som yrket kräver är det av stor vikt att läkarstudenterna får ändamålsenlig undervisning, relevant träning och god handledning för att nå utbildningens mål. För detta fordras miljöer i hälso- och sjukvården som är anpassade för studenternas lärande och träning och handledare med vetenskaplig och pedagogisk kompetens som är väl insatta i de mål som studenten förutsätts nå under utbildningen".

Enkätfråga

Har USV-enheten tillhandahållit någon av nedanstående utbildningsinsatser för läkarstuderande under grundutbildningen under 1 januari 2015 – 31 maj 2017:

- Verksamhetsförlagd utbildning,
- Kurser och/eller föreläsningar vid universitet/högskola,
- Annat?

Resultat

Alla 202 USVE har besvarat frågan. Av dessa uppger 184 USVE att de har tillhandahållit verksamhetsförlagd utbildning för läkarstuderande, 198 uppger att de erbjuder kurser/föreläsningar vid universitet/högskola och 106 uppger annat. Två av USVE har inte tillhandahållit utbildningsinsatser för läkarstuderande.

Tabell 14. Utbildning av läkare

Antal och andel USV-enheter som tillhandahållit någon av nedanstående utbildningsinsatser för läkarstuderande under grundutbildningen. Avser mätperioden 1 januari 2015 – 31 maj 2017.

	Verksamhetsförlagd utbildning	Kurser/föreläsningar vid universitet/ högskola	Annat	Inget av alternativen
Västerbotten	22/23 (96 %)	23/23 (100 %)	12/23 (52 %)	0/23 (0 %)
Uppsala	22/24 (92 %)	23/24 (96 %)	10/24 (42 %)	0/24 (0 %)
Stockholm	8/10 (80 %)	9/10 (90 %)	7/10 (70 %)	0/10 (0 %)
Örebro	20/21 (95 %)	21/21 (100 %)	14/21 (67 %)	0/21 (0 %)
Östergötland	35/39 (90 %)	39/39 (100 %)	24/39 (62 %)	0/39 (0 %)
Västra Götaland	36/37 (97 %)	37/37 (100 %)	16/37 (43 %)	0/37 (0 %)
Skåne	41/48 (85 %)	46/48 (96 %)	23/48 (48 %)	2/48 (4 %)
RIKET	184/202 (91 %)	198/202 (98 %)	106/202 (52 %)	2/202 (1 %)

Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

I kategorin *annat* ingår exempelvis handledning vid läkarstudenternas examensarbeten under termin 10, simulatorutbildning, utbytesprogram för utländska läkarstudenter samt utbildningsaktiviteter för andra yrkesgrupper än läkare.

Läkarutbildning – pedagogisk handledarutbildning

Kriterium

- Vid USVE ska all personal som deltar i utbildningsinsatserna har erforderlig pedagogisk utbildning enligt universitetets direktiv för pedagogisk handledarutbildning.

Enkätfråga

(Om Ja på fråga om USVE tillhandahållit någon utbildningsinsats för läkarstuderande)

Hade hälso- och sjukvårdspersonalen som medverkade i utbildningsinsatserna för läkarstuderande pedagogisk handledarutbildning enligt universitetets direktiv för pedagogisk handledarutbildning?

Definition

Enligt 5 § i ALF-avtalet anges bland annat att "för att säkra att de blivande läkarna har den kliniska erfarenhet som yrket kräver är det av stor vikt att läkarstudenterna får ändamålsenlig undervisning, relevant träning och god handledning för att nå utbildningens mål. För detta fordras miljöer i hälso- och sjukvården som är anpassade för studenternas lärande och träning och handledare med vetenskaplig och pedagogisk kompetens som är väl insatta i de mål som studenten förutsätts nå under utbildningen".

Felkällor/tolkningssvårigheter

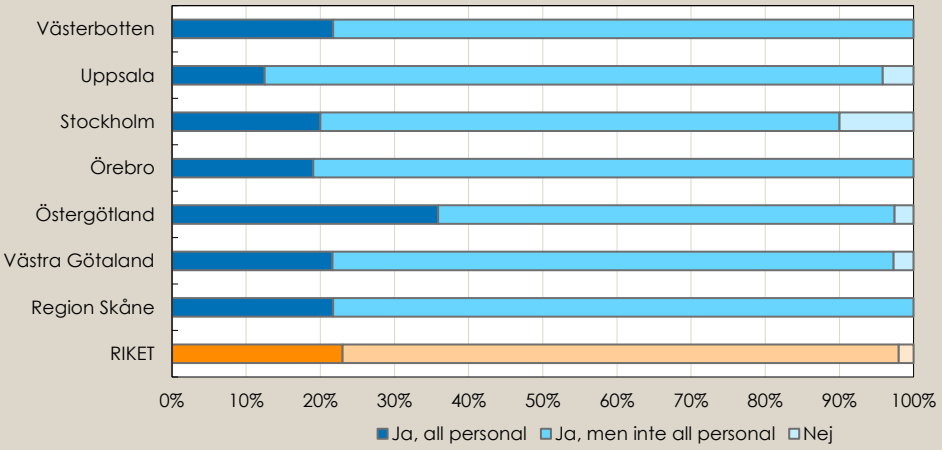
Det kan finnas tolkningsproblematik avseende vad som avses med handledarutbildning enligt universitetets direktiv.

Resultat

Diagram 20 visar att 200 USVE har besvarat frågan, 46 (23 procent) av USVE har uppgett att all personal som handleder läkarstuderande har en pedagogisk handledarutbildning enligt universitets direktiv. Totalt uppger 150 (75 procent) USVE att inte all personal har en sådan utbildning och 4 (2 procent) USVE har svarat nej på frågan. I tabell 15 redovisas antal och andel USVE som svarat på frågan om handledare med pedagogisk handledarutbildning, per landsting.

Diagram 20. Pedagogisk handledarutbildning

Andelen av USV-enheterna som uppgett att hälso- och sjukvårdspersonalen som medverkade i utbildningsinsatserna för läkarstuderande har en pedagogisk handledarutbildning enligt universitetets direktiv.



*n=200.

Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

Tabell 15. Pedagogisk handledarutbildning

Antal och andel av USV-enheterna som uppgett att hälso- och sjukvårdspersonalen som medverkade i utbildningsinsatserna för läkarstuderande har en pedagogisk handledarutbildning enligt universitetets direktiv.

	Ja, all personal Antal	Ja, men inte all personal	Nej	Antal USV-enheter
Västerbotten	5 (22 %)	18 (78%)		23
Uppsala	3 (13%)	20 (83%)	1 (4%)	24
Stockholm	2 (20 %)	7 (70%)	1(10%)	10
Örebro	4 (19%)	17 (81%)		21
Östergötland	14 (36%)	24 (62%)	1 (3%)	39
Västra Götaland	8 (22%)	28 (76%)	1 (3%)	37
Region Skåne	10 (22%)	36 (78%)		46
RIKET	46 (23%)	150 (75%)	4 (2%)	200

Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

Användning av kunskapsstöd

Kriterium

- USV-enheten ska bidra till en evidensbaserad hälso- och sjukvård
- USV-enheten ska svara för kunskapstillämpning och kunskapsspridning för hälso- och sjukvårdens utveckling

Enkätfråga

Har hälso- och sjukvårdspersonalen vid USV-enheten använt något/några av nedanstående kunskapsstöd i den kliniska verksamheten under 1 januari 2015 – 31 maj 2017:

- Regionala/nationella/internationella riktlinjer,
- Regionala/nationella/internationella vårdprogram,
- Annat kunskapsstöd?

Resultat

Riktlinjer

Av de USVE som uppgett att de använder aktuella kunskapsstöd svarade 187 av 191 USVE att de använder regionala riktlinjer, alla (200) uppger att de använder nationella riktlinjer och 180 använder internationella riktlinjer.

Vårdprogram

Av 186 USVE uppgav 178 att de använder regionala vårdprogram, motsvarande för nationella vårdprogram är 184 av 190. Av 141 USVE har 94 uppgett att de använder annat kunskapsstöd, exempelvis SBU-rapporter, vetenskapliga publikationer, lokala PM och vårdprogram.

Tabell 17. Användning av kunskapsstöd

Antal och andel USV-enheter där hälso- och sjukvårdspersonalen använt något av de angivna kunskapsstöden i den kliniska verksamheten under mätperioden 1 januari 2015 – 31 maj 2017.

	Riktlinjer			Vårdprogram		Annat kunskapsstöd
	Regionala	Nationella	Inter-nationella	Regionala	Nationella	
Västerbotten	22/22 (100 %)	23/23 (100 %)	19/22 (86 %)	19/20 (95 %)	21/21 (100 %)	12/17 (71 %)
Uppsala	22/23 (96 %)	24/24 (100 %)	22/23 (96 %)	19/22 (86 %)	23/24 (96 %)	8/19 (42 %)
Stockholm	9/9 (100 %)	10/10 (100 %)	10/10 (100 %)	10/10 (100 %)	10/10 (100 %)	6/6 (100 %)
Örebro	19/19 (100 %)	21/21 (100 %)	18/19 (95 %)	18/18 (100 %)	19/19 (100 %)	10/14 (71 %)
Östergötland	33/34 (97 %)	39/39 (100 %)	33/35 (94 %)	33/34 (97 %)	33/35 (94 %)	16/27 (59 %)
Västra Götaland	35/37 (95 %)	37/37 (100 %)	35/37 95 %)	34/36 (94 %)	34/36 (94 %)	15/26 (58 %)
Skåne	47/47	46/46	43/44	45/46	44/45	27/32

	(100 %)	(100 %)	(98 %)	(98 %)	(98 %)	(84 %)
RIKET	187/191 (98 %)	200/200 (100 %)	180/190 (95 %)	178/186 (96 %)	184/190 (97 %)	94/141 (67 %)

Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

Observera att enheter som angivit att det ej är aktuellt att använda det aktuella kunskapsstödet eller att kunskapsstöd saknas på området har exkluderats ur beräkningen av andelar.

I kategorin *annat kunskapsstöd* nämns i kommentarerna bland annat olika webbaserade kunskapsstöd, SBU-rapporter, vetenskapliga publikationer samt lokala PM och vårdprogram. Även kliniska handböcker anges i ett par fall.

Handlingsplan för implementering av kunskapsstöd

Kriterium

- USV-enheten ska bidra till en evidensbaserad hälso- och sjukvård
- USV-enheten ska svara för kunskapstillämpning och kunskapsspridning för hälso- och sjukvårdens utveckling

Enkätfråga

Har USV-enheten en handlingsplan eller motsvarande för implementering av kunskapsstöd (t.ex. riktlinjer/vårdprogram) i verksamheten? (Utgå från förhållanden i verksamheten den 31 maj 2017)

Definition

Med *handlingsplan* avses en skriftlig plan med åtgärder för att uppfylla uppsatta mål. Den kan ha tagits fram av landstinget/regionen eller av USV-enheten.

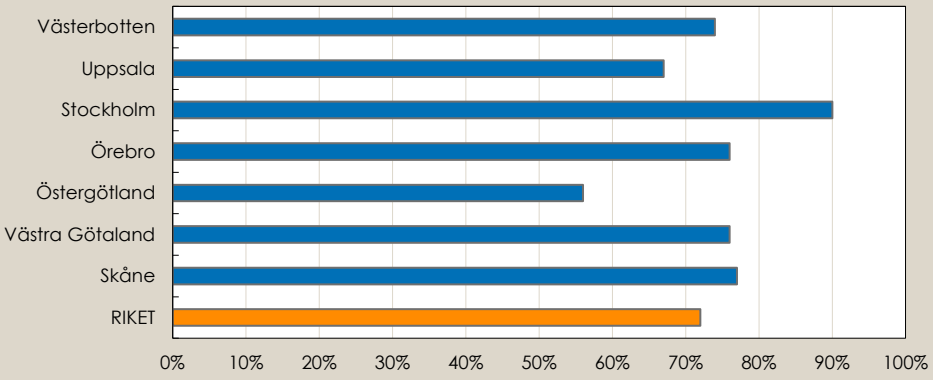
Med *implementering* avses de tillvägagångssätt som används för att införa nya metoder i en verksamhet, i detta fall ingår även utfasning av gamla metoder som t.ex. kan anges som icke-göra i riktlinje/vårdprogram.

Resultat

I diagram 20 redovisas andelen USV-enheter som uppgett att de har en handlingsplan för implementering av kunskapsstöd, tabell 17 visar motsvarande med antal och andel USV-enheter. Alla 202 USV-enheter har besvarat frågan. Av dessa har 145 (72 procent) USV-enheter uppgett att de har en handlingsplan för implementering av kunskapsstöd, 31 maj 2017.

Diagram 21. Handlingsplan för implementering av kunskapsstöd

Andelen av USV-enheterna som uppgett att de har en handlingsplan eller motsvarande för implementering av kunskapsstöd i verksamheten den 31 maj 2017.



Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

Tabell 17: Handlingsplan för implementering av kunskapsstöd

Antal och andel USVE som har en handlingsplan för implementering av kunskapsstöd

Region	USVE med handlingsplan	Totalt antal USVE	Andel med handlingsplan
Västerbotten	17	23	74
Uppsala	16	24	67
Stockholm	9	10	90
Örebro	16	21	76
Östergötland	22	39	56
Västra Götaland	28	37	76
Skåne	37	48	77
RIKET	145	202	72

Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

Handlingsplan för implementering – uppföljning

Kriterium

- USV-enheten ska bidra till en evidensbaserad hälso- och sjukvård
- USV-enheten ska svara för kunskapstillämpning och kunskapsspridning för hälso- och sjukvårdens utveckling

Enkätfrågor

Har USV-enheten följt upp handlingsplanen någon gång under det senaste året (1 juni 2016 – 31 maj 2017)?

Gäller de som svarat ja på frågan om de har en handlingsplan för implementering av kunskapsstöd.

Definition

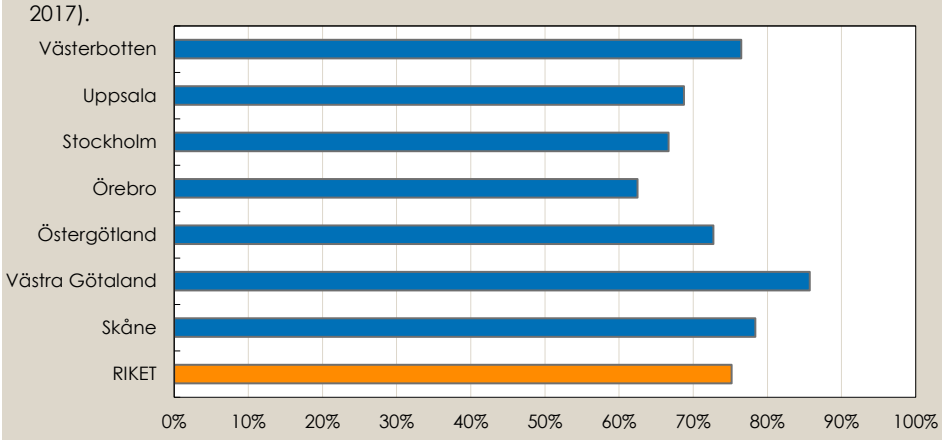
Med *följt upp* avses att ni har kontrollerat att handlingsplanen används och fungerar på avsett sätt samt att den vid behov har reviderats. Uppföljningen ska vara dokumenterad och daterad.

Resultat

Totalt 145 USVE har besvarat frågan, av dem har 109 (75 procent) uppgett att de följt upp sin handlingsplan för implementering av kunskapsstöd, under det senaste året (1 juni 2015–31 maj 2017).

Diagram 22. Uppföljning av handlingsplan för implementering av kunskapsstöd

Andelen av USV-enheterna som svarade "Ja" på fråga 17 och som uppgett att de följt upp handlingsplanen någon gång under det senaste året (1 juni 2016 - 31 maj 2017).



Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

*n=145

Tabell 18: Uppföljning av handlingsplan för implementering av kunskapsstöd

Antal och andel USVE med handlingsplan för implementering som det senaste året uppgett att de följt upp planen, redovisningsperiod 1 juni 2016–31 maj 2017.

Region	Antal med uppföljning	Antal USVE	Andel
Västerbotten	13	17	76
Uppsala	11	16	69
Stockholm	6	9	67
Örebro	10	16	63
Östergötland	16	22	73
Västra Götaland	24	28	86
Skåne	29	37	78
RIKET	109	145	75

Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

Kunskapstillämpning – utveckling av kunskapsstöd

Kriterium

- USV-enheten ska bidra till en evidensbaserad hälso- och sjukvård

Enkätfråga

Har hälso- och sjukvårdspersonalen vid USV-enheten deltagit i utarbetande eller uppdatering av nedanstående kunskapsstöd under 1 januari 2015 – 31 maj 2017?

Resultat

Av alla 202 USVE uppger 190 (94 procent) att de deltagit i utarbetande av regionala riktlinjer/vårdprogram, 193 (96 procent) av USVE uppger att de deltar i utarbetande av nationella riktlinjer/vårdprogram och 104 (51 procent) av USVE uppger att de deltagit i utarbetande av internationella riktlinjer/vårdprogram. En USVE har inte deltagit i utarbetande av riktlinjer/vårdprogram under 1 januari – 31 maj 2017.

Tabell 19. Kunskapstillämpning – utveckling av kunskapsstöd

Antal och andel USV-enheter där hälso- och sjukvårdspersonal deltagit i utarbetande eller uppdatering av internationella, nationella eller regionala riktlinjer eller vårdprogram under mätperioden 1 januari 2015 – 31 maj 2017.

	Regionala riktlinjer/ vårdprogram	Nationella riktlinjer/ vårdprogram	Internationella riktlinjer/vårdprogram	Ej deltagit under perioden
Västerbotten	23/23 (100 %)	23/23 (100 %)	12/23 (52 %)	0/23 (0 %)
Uppsala	21/24 (88 %)	23/24 (96 %)	11/24 (46 %)	0/24 (0 %)
Stockholm	10/10 (100 %)	10/10 (100 %)	9/10 (90 %)	0/10 (0 %)
Örebro	18/21 (86 %)	18/21 (86 %)	9/21 (43 %)	1/21 (5 %)
Östergötland	35/39 (90 %)	36/39 (92 %)	15/39 (38 %)	0/39 (0 %)
Västra Götaland	37/37 (100 %)	37/37 (100 %)	20/37 (54 %)	0/37 (0 %)
Skåne	47/48 (98 %)	46/48 (96 %)	28/48 (58 %)	0/48 (0 %)
RIKET	190/202 (94 %)	193/202 (96 %)	104/202 (51 %)	1/202 (0,5 %)

Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

Kunskapsspridning

- USV-enheten ska förmedla resultatet av sin verksamhet till övriga delar av hälso- och sjukvården

Enkätfråga

Har USV-enheten fortlöpande arbetat med att förmedla resultatet av sin verksamhet till det egna landstinget/regionen, andra landsting/regioner eller andra aktörer (t.ex. allmänhet och näringsliv) under 1 januari 2015 – 31 maj 2017?

Definition

Med *resultat från verksamheten* avses exempelvis;

- redovisning av resultat från USV-enhetens kliniska forskning
- utbildning av personal inom eget eller annat landsting utifrån vetenskap eller beprövad erfarenhet
- utbildning av studenter
- information till allmänheten, t.ex. Hälsovetenskapens dag
- redovisning av resultat avseende hälso- och sjukvård som bedrivs vid USV-enheten.

Resultat

Tabell 20 visar antal och andel USV-enheter som fortlöpande förmedlat resultatet av sin verksamhet till en eller flera aktörer. Resultatet visar att nästan alla gör det, en USV-enhet har inte svarat ja på något av alternativen.

Tabell 20. Kunskapsspridning

Antal och andel USV-enheter som fortlöpande förmedlat resultatet av sin verksamhet till en eller flera av de nedanstående aktörerna under mätperioden 1 januari 2015 – 31 maj 2017.

	Det egna landstinget/regionen	Andra landsting/regioner	Andra intressenter (t.ex. allmänhet och näringsliv)	Inget av alternativen
Västerbotten	23/23 (100 %)	22/23 (96 %)	22/23 (96 %)	0/23 (0 %)
Uppsala	23/24 (96 %)	21/24 (88 %)	18/24 (75 %)	1/24 (4 %)
Stockholm	10/10 (100 %)	10/10 (100 %)	10/10 (100 %)	0/10 (0 %)
Örebro	21/21 (100 %)	20/21 (95 %)	16/21 (76 %)	0/21 (0 %)
Östergötland	39/39 (100 %)	39/39 (100 %)	30/39 (77 %)	0/39 (0 %)
Västra Götaland	37/37 (100 %)	35/37 (95 %)	33/37 (89 %)	0/37 (0 %)
Skåne	48/48 (100 %)	48/48 (100 %)	46/48 (96 %)	0/48 (0 %)
RIKET	201/202 (100 %)	195/202 (97 %)	175/202 (87 %)	1/202 (0,5 %)

Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

Rapportering till nationella och/eller internationella kvalitetsregister

Kriterium

- USV-enheten ska redogöra för rapportering till nationella och internationella kvalitetsregister

Enkätfrågor

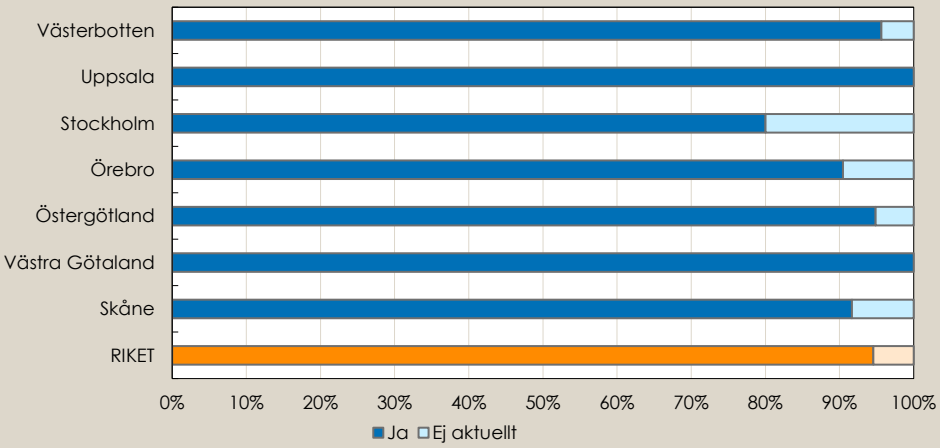
Har USV-enheten rapporterat till för enheten relevanta nationella och/eller internationella kvalitetsregister under 1 januari 2015 – 31 maj 2017?

Resultat

Av 202 USVE är det 191 (95 procent) som uppger att de rapporterar till nationella kvalitetsregister och 11 (5 procent) som uppger att aktuellt kvalitetsregister saknas.

Diagram 23. Rapportering till nationella kvalitetsregister

Andelen av USV-enheterna som uppgett att de rapporterar till för enheten relevanta nationella kvalitetsregister under perioden 1 januari 2015 - 31 maj 2017.



Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

Tabell 21. Rapportering till nationella kvalitetsregister

Antal USVE som uppgett att de rapporterar till nationella kvalitetsregister.

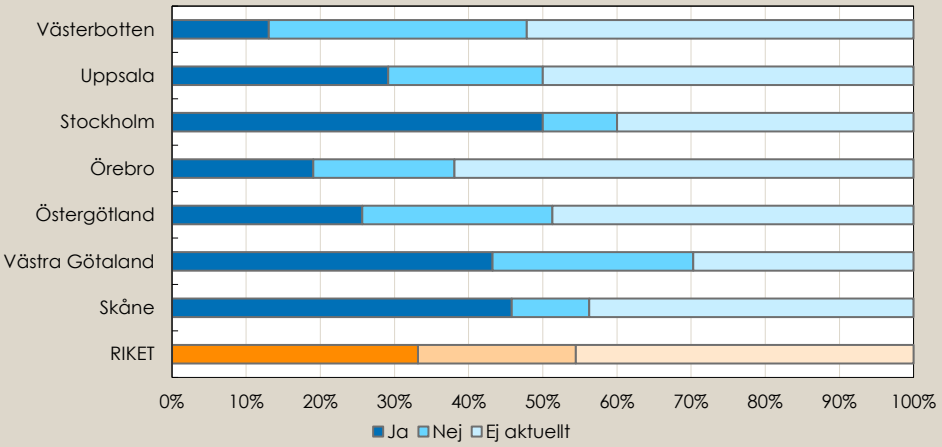
Landsting/region	Ja	Nej	Ej aktuellt
Västerbotten	22	0	1
Uppsala	24	0	0
Stockholm	8	0	2
Region Örebro	19	0	2
Östergötland	37	0	2
Västra Götaland	37	0	0
Skåne	44	0	4
RIKET	191	0	11

Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

Av de 202 USVE är det 67 (33 procent) som uppger att de rapporterar till internationella kvalitetsregister, 43 (21 procent) som svarat nej och 92 (46 procent) som uppgett att aktuellt internationellt kvalitetsregister saknas.

Diagram 24. Rapportering till internationella kvalitetsregister

Andelen av USV-enheterna som uppgett att de rapporterat till för enheten relevanta internationella kvalitetsregister under perioden 1 januari 2015 - 31 maj 2017.



Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

Tabell 22. Rapportering till internationella kvalitetsregister

Antal USVE som uppger att de rapporterar till internationella kvalitetsregister.

Landsting/region	Ja	Nej	Ej aktuellt
Västerbotten	3	8	12
Uppsala	7	5	12
Stockholm	5	1	4
Örebro	4	4	13
Östergötland	10	10	19
Västra Götaland	16	10	11
Skåne	22	5	21
RIKET	67	43	92

Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

Systematisk mätning av patienternas upplevelser

Enligt intentionerna i ALF-avtalet ska universitetssjukvården samverka med patienter/patientorganisationer och även verka för att tillgodose behovet av patientdata.

Enkätfråga

Har USV- enheten under 1 januari 2015 – 31 maj 2017 minst årligen genomfört en systematisk mätning för att följa utvecklingen av patienternas upplevelse av:

- sin egen sjukdom och hälsa efter behandling eller annan intervention (t.ex. symtom, funktionsförmåga, hälsorelaterad livskvalitet),
- vården (t.ex. bemötande, förtroende, delaktighet, väntetider, kontakt, samordning)?

Definition

Med *systematisk mätning* avses undersökningar som görs på ett bestämt sätt för att mäta olika förhållanden inom verksamheten, exempelvis genom enkäter eller intervjuer av patienter och/eller närstående. I detta fall även patientens upplevelse av sin sjukdom och hälsa efter behandling.

Felkällor/tolkningssvårigheter

Enkäten speglar om universitetssjukvårdsenheterna genomför systematiska mätningar av patientupplevelser, om de använder resultaten i sitt förbättringsarbete samt om man i förbättringsarbetet samverkar med patienter- och/eller närstående eller deras organisationer. Men enkäten efterfrågar inte information om i vilken omfattning som universitetssjukvårdsenheterna genomför systematiska mätningar av patienternas upplevelser.

Resultat

Systematisk mätning av självrapporterad hälsa och livskvalitet

Av de 183 USVE som har besvarat frågan om de minst årligen genomfört en systematisk mätning för att följa utvecklingen av patienternas upplevelse av sin egen sjukdom och hälsa (PROM) har 146 (80 procent) uppgett att de gör det.

Av de 202 USVE har 19 (9 procent) uppgett att det ej är aktuellt att genomföra en systematisk mätning av PROM eftersom de saknar direktkontakt med patienter.

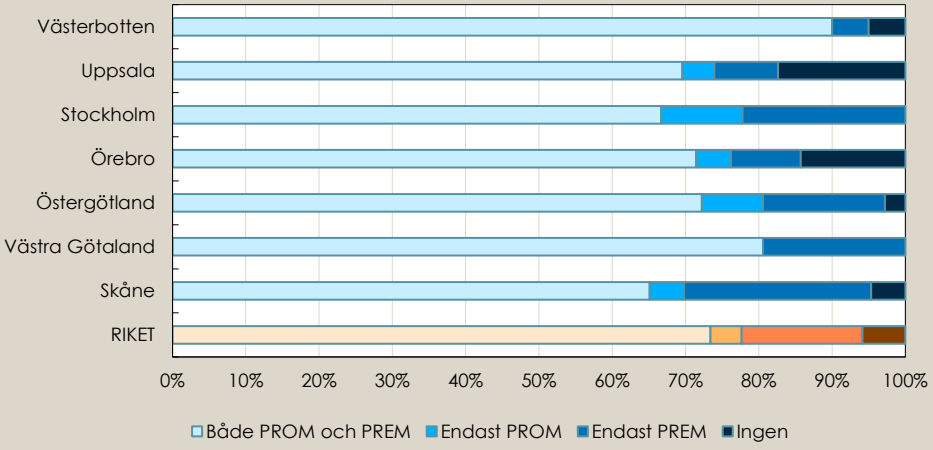
Systematisk mätning av upplevelse av vården

Av de 188 USVE som svarat på frågan om de minst årligen genomfört en systematisk mätning för att följa utvecklingen av patienternas upplevelse av vården (PREM) har 169 (90 procent) uppgett att de gör det, flera uppger att det är genom den nationella patientenkäten som genomförs vartannat år.

Av de 202 USVE som besvarat frågan har 14 (7 procent) uppgett att det ej är aktuellt att genomföra en systematisk mätning av PREM eftersom de saknar direktkontakt med patienter.

Diagram 25. Uppföljning av patientupplevelser

Fördelning utifrån typ av mätning för de USV-enheter som har en direkt patientkontakt i sin verksamhet. Avser genomförandet av årliga systematiska mätningar av patientupplevelser (PROM och/eller PREM), 1 januari 2015 - 31 maj 2017.



Källa: Socialstyrelsens enkät 2017.

Tabell 23. Uppföljning av patientupplevelser

Antal och andel USVE som genomför systematiska mätningar av patienternas upplevelse av sjukdom och hälsa (PROM) respektive upplevelse av vården (PREM).

	Upplevelse av egna hälsan (PROM)	Ej aktuellt, saknar direktkontakt med patienter	Upplevelse av vården (PREM)	Ej aktuellt, saknar direktkontakt med patienter
Västerbotten	18/20 (90 %)	3/23 (13 %)	19/20 (95 %)	3/23 (13 %)
Uppsala	17/23 (74 %)	1/24 (4 %)	18/23 (78 %)	1/24 (4 %)
Stockholm	7/8 (88 %)	2/10 (20 %)	8/9 (89 %)	1/10 (10 %)
Örebro	16/20 (80 %)	1/21 (5 %)	17/21 (81 %)	0/21 (0 %)
Östergötland	29/35 (83 %)	4/39 (10 %)	32/36 (89 %)	3/39 (8 %)
Västra Götaland	29/35 (83 %)	2/37 (5 %)	36/36 (100 %)	1/37 (3 %)
Skåne	30/42 (71 %)	6/48 (13 %)	39/43 (91 %)	5/48 (10 %)
RIKET	**146/183 (80 %)**	**19/202 (9 %)**	**169/188 (90 %)**	**14/202 (7 %)**

Källa: Socialstyrelsens enkätundersökning, år 2017.

Användning av resultat av patienternas upplevelser i utvärdering och utveckling

Enligt intentionerna i ALF-avtalet ska universitetssjukvården samverka med patienter/patientorganisationer och även verka för att tillgodose behovet av patientdata.

Enkätfråga

(Om ja på frågan om man genomför en systematisk mätning för att följa utvecklingen av patienternas upplevelser.

Har USV-enheten använt resultatet från mätningen/arna vid utvärdering och utveckling av verksamheten vad gäller patienternas upplevelse av:

- sin egen sjukdom och hälsa efter behandling eller annan intervention, t.ex. symtom, funktionsförmåga, hälsorelaterad livskvalitet (PROM),
- vården, t.ex. bemötande, förtroende, delaktighet, väntetider, kontakt, samordning (PREM)?

Definition

Med *utveckla verksamheten* avses att konkreta förändringar införts i verksamheten med syfte att leda till förbättringar för patienterna

Felkällor/tolkningssvårigheter

Enkäten speglar om universitetssjukvårdsenheterna genomför systematiska mätningar av patientupplevelser, om de använder resultaten i sitt förbättringsarbete samt om man i förbättringsarbetet samverkar med patienter- och/eller närstående eller deras organisationer. Men enkäten efterfrågar inte information om i vilken omfattning som universitetssjukvårdsenheterna genomför systematiska mätningar av patienternas upplevelser.

Svaren kan relateras till att av 202 enheter har 19 för PROM respektive 14 för PREM svarat att mätningen ej är aktuell då direkt patientkontakt saknas.

Resultatredovisningen utgår från de USVE som uppgett att de genomför systematiska mätningar av PROM (146 USVE) och PREM (169 USVE).

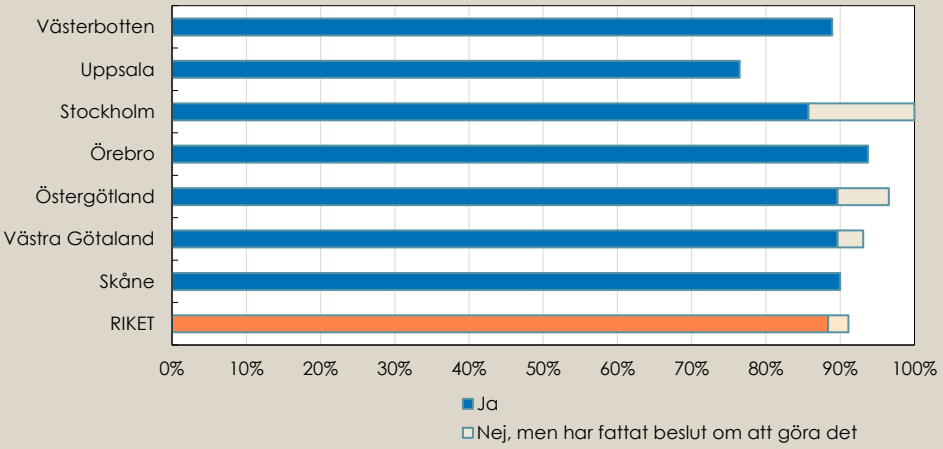
Resultat

Utveckling och utvärdering av vården utifrån patienternas upplevelse av sjukdom och hälsa

Av de 146 som svarat *ja* på frågan om de har en systematisk mätning av patienternas upplevelse av sin sjukdom och hälsa (PROM) uppger 129 (88 procent) att de utvärderar och utvecklar verksamheten utifrån resultaten. Av USVE uppgav 4 (3 procent) att de fattat beslut om att göra det och 13 (9 procent) av USVE använder inte data från den systematiska mätningen av patientupplevelser av sjukdom och hälsa.

Diagram 26. Utveckling utifrån patientupplevelser – egen sjukdom och hälsa

Utveckling av verksamheten utifrån resultaten av mätningarna av patienternas upplevelser av egen sjukdom och hälsa*, 1 mars 2015 - 31 maj 2017.



Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017. * Endast enheter som svarat "ja" i tabell 23 ingår.

Tabell 24. Patientrapportering i utvärdering och utveckling

Utveckling av verksamheten utifrån resultaten av mätningarna av patienternas upplevelse av sjukdom och hälsa (PROM), 1 mars 2015 – 31 maj 2017. Bland de USVE som svarat ja i diagram x.

	Ja	Nej, men har fattat beslut om att göra det	Nej
Västerbotten	16/18 (89 %)	0/18 (0 %)	2/18 (11 %)
Uppsala	13/17 (76 %)	0/17 (0 %)	4/17 (24 %)
Stockholm	6/7 (86 %)	1/7 (14 %)	0/7 (0 %)
Örebro	15/16 (94 %)	0/16 (0 %)	1/16 (6 %)
Östergötland	26/29 (90 %)	2/29 (7 %)	1/29 (3 %)
Västra Götaland	26/29 (90 %)	1/29 (3 %)	2/29 (7 %)
Skåne	27/30 (90 %)	0/30 (0 %)	3/30 (10 %)
RIKET	**129/146 (88 %)**	**4/146 (3 %)**	**13/146 (9 %)**

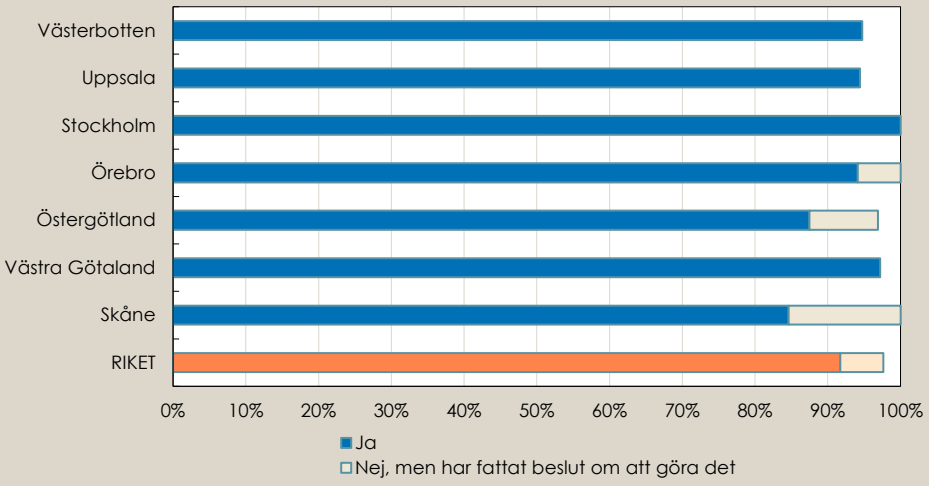
Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

Utveckling och utvärdering av vården utifrån patientupplevelser av vården

Av de 169 USVE som svarat ja på frågan om de har en systematisk mätning av patienternas upplevelse av vården (PREM) uppger 155 (92 procent) att de utvärderar och utvecklar verksamheten utifrån resultaten. Av USVE uppgav 10 (6 procent) att de fattat beslut om att göra det. 4 av 169 USVE (2 procent) uppgav att de inte använder data från den systematiska mätningen av patientupplevelser av vården. Se diagram 27 och tabell 25.

Diagram 27. Utveckling utifrån patientupplevelser – vården

Utveckling av verksamheten utifrån resultaten av mätningarna av patienternas upplevelser av vården*, 1 mars 2015 - 31 maj 2017.



Källa: Socialstyrelsens enkät 2017.

* Endast enheter som svarat "ja" i tabell 23 ingår.

Tabell 25. Utveckling utifrån patientupplevelser – vården

Utveckling av verksamheten utifrån resultaten av mätningarna av patienternas upplevelser av vården, för de enheter som uppgett att de mäter patientupplevelser av vården, 1 mars 2015 – 31 maj 2017.

	Ja	Nej, men har fattat beslut om att göra det	Nej
Västerbotten	18/19 (95 %)	0/19 (0 %)	1/19 (5 %)
Uppsala	17/18 (94 %)	0/18 (0 %)	1/18 (6 %)
Stockholm	8/8 (100 %)	0/8 (0 %)	0/8 (0 %)
Örebro	16/17 (94 %)	1/17 (6 %)	0/17 (0 %)
Östergötland	28/32 (88 %)	3/32 (9 %)	1/32 (3 %)
Västra Götaland	35/36 (97 %)	0/36 (0 %)	1/36 (3 %)
Skåne	33/39 (85 %)	6/39 (15 %)	0/39 (0 %)
RIKET	**155/169 (92 %)**	**10/169 (6 %)**	**4/169 (2 %)**

Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

Samverkan i utvärderings- och utvecklingsarbetet

Enligt intentionerna i ALF-avtalet ska universitetssjukvården samverka med patienter/patientorganisationer.

Enkätfråga

Har USV-enheten samverkat med patienter och närstående eller patient- och närståendeorganisationer i utvärderings- och utvecklingsarbetet till följd av mätningar av patientupplevelser (se diagram 25 och 26 samt tabellerna 23 och 24)?

Felkällor/tolkningssvårigheter

Totalt 165 USV-enheter har besvarat frågan.

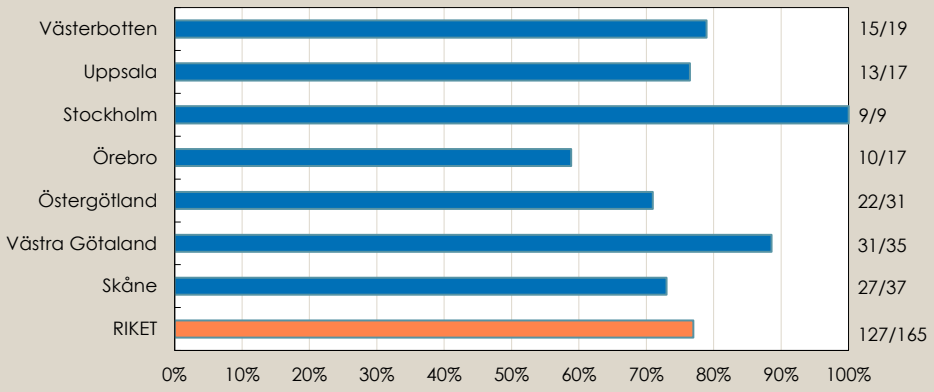
De USVE som svarat *ej aktuellt* ingår inte i redovisningen av resultatet.

Resultat

Av de 165 USVE som besvarat frågan uppger 127 (77 procent) att de samverkat med patienter och närstående i utvecklings- och utvärderingsarbetet till följd av mätningar av patientupplevelser.

Diagram 28. Patient- och närståendesamverkan vid utvecklingsarbete

Andel enheter som samverkat med patienter och närstående eller patient- och närståendeorganisationer i utvecklings- och utvärderingsarbetet*, 1 mars 2015 - 31 maj 2017.



Källa: Socialstyrelsens enkät 2017.

Strategi för innovation

Enligt ALF-avtalet ska universitetssjukvårdens miljöer kännetecknas av en innovativ kultur

Enkätfråga

Har USV-enheten den 31 maj 2017 en skriftlig och på ledningsnivå beslutad strategi eller motsvarande som stödjer innovationer till följd av:

- utvecklingsarbete,
- forskningsresultat?

Definition

Med *ledningsnivå* avses den nivå inom verksamheten som har mandat att fastställa gemensamma strategier/riktlinjer eller motsvarande.

Strategin ska vara känd och användas av personalen. Den kan exempelvis innehålla stöd till anställda med målet att de ska ha kunskap, kompetens och färdigheter för att bidra till innovationer i vården. Den kan också innehålla stöd för utveckling och implementering av innovationer i hälso- och sjukvården.

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

Felkällor/tolkningssvårigheter

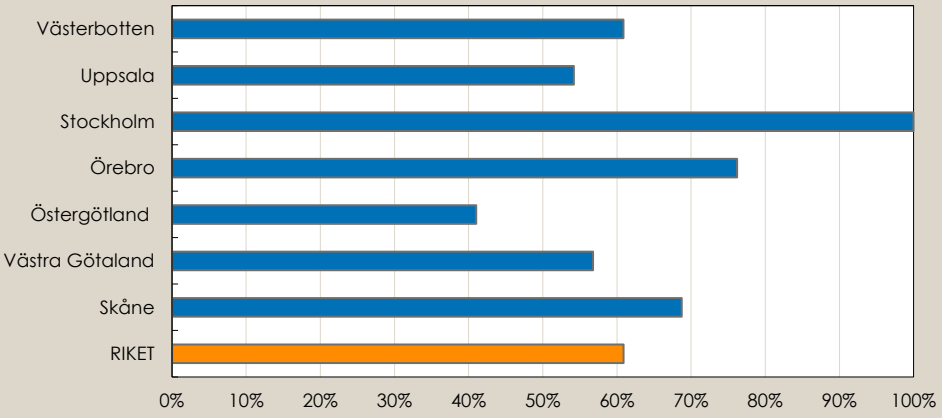
Det kan finnas tolkningsproblem i frågan. Avseende om strategin även kan vara beslutad av landstinget och /eller universitetet.

Resultat

Alla 202 USVE har besvarat frågan och 123 (61 procent) uppger att de har på ledningsnivå beslutad strategi eller motsvarande som stödjer innovationer till följd av forsknings- och utvecklingsarbete vid mätningstillfället den 31 maj 2017.

Diagram 29. Strategi för innovation

Andel USV-enheter som har en av personalen känd skriftlig och på ledningsnivå beslutad strategi eller motsvarande som stödjer innovationer till följd av forskningsresultat och/eller utvecklingsarbete den 31 maj 2017.



Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

Medel för innovation

Enligt ALF-avtalet ska universitetssjukvårdens miljöer kännetecknas av en innovativ kultur.

Enkätfråga

Har USV-enheten erhållit eller avsatt medel för innovationer inom hälso- och sjukvården under 1 januari 2015 – 31 maj 2017?

Definition

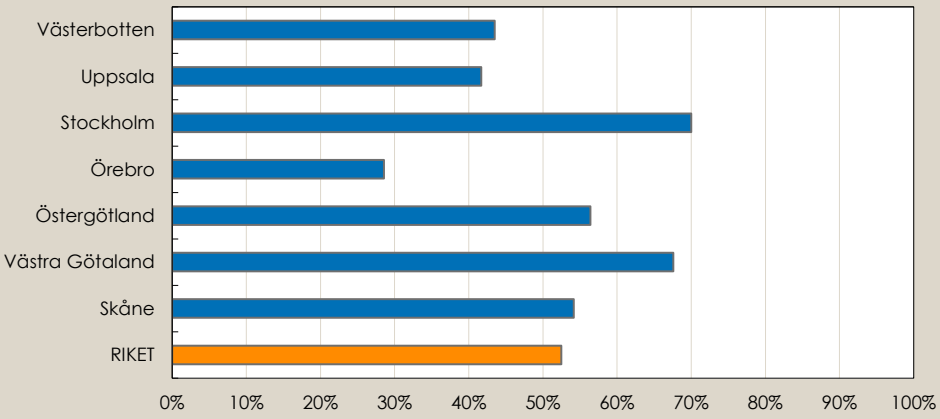
Med *innovationer* avses goda idéer som har utvecklats till nyskapande produkter, tjänster eller arbetsmetoder till nytta för invånare, patienter, och medarbetare och som svarar mot behov och efterfrågan i vardagen och omvärlden. Värdet uppstår i nyttiggörandet och tillämpningen av en idé.

Resultat

Alla USVE har besvarat frågan, 106 (52 procent) av USVE uppgav att de hade medel avsatta för innovation.

Diagram 30. Medel för innovation

Andelen av USV-enheterna som uppgett att de erhållit eller avsatt medel för innovationer inom hälso- och sjukvården under perioden 1 januari 2015 - 31 maj 2017.



Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

Redovisa resultat av enhetens utvecklingsarbete

Kriterium

- USV-enheten ska årligen kunna redovisa allt utvecklingsarbete inom enheten som är relevant för landstinget/regionen

Enkätfråga

Har USV- enheten minst årligen redovisat resultaten av enhetens utvecklingsarbete till landstinget/regionen under 1 januari 2015 – 31 maj 2017?

Definition

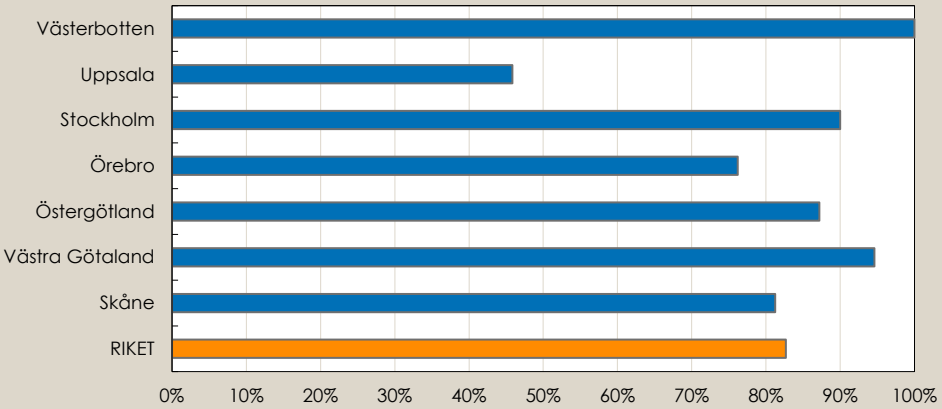
Med *utvecklingsarbete* avses här användande av vetenskap eller beprövad erfarenhet i syfte att utveckla verksamheten, exempelvis införande av nya metoder i praktisk vård.

Resultat

Alla USVE har besvarat frågan och 167 (83 procent) av USVE uppger att de årligen redovisar resultatet av sin verksamhet till landstinget.

Diagram 31. Redovisa resultat av enhetens utvecklingsarbete

Andelen av USV-enheterna som uppgett att de minst årligen redovisat resultatet av enhetens utvecklingsarbete till landstinget under perioden 1 januari 2015 - 31 maj 2017.



Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

Plan för kompetensutveckling

Kriterium

- USV-enheten ska kunna redovisa hur och i vilken omfattning personalen deltagit i fort- eller vidareutbildning (för all specialutbildad personal).

Enkätfråga

Har USV-enheten en samlad plan eller motsvarande för hälso- och sjukvårdspersonalens kompetensutveckling där omfattning avseende fort- och vidareutbildning framgår? (Utgå från förhållanden i verksamheten den 31 maj 2017).

Definition

Med *samlad plan* eller motsvarande avses en verksamhetsgemensam plan för personalens kompetensutveckling som bygger på verksamhetens mål och kartläggning och analys av personalens individuella kompetenser.

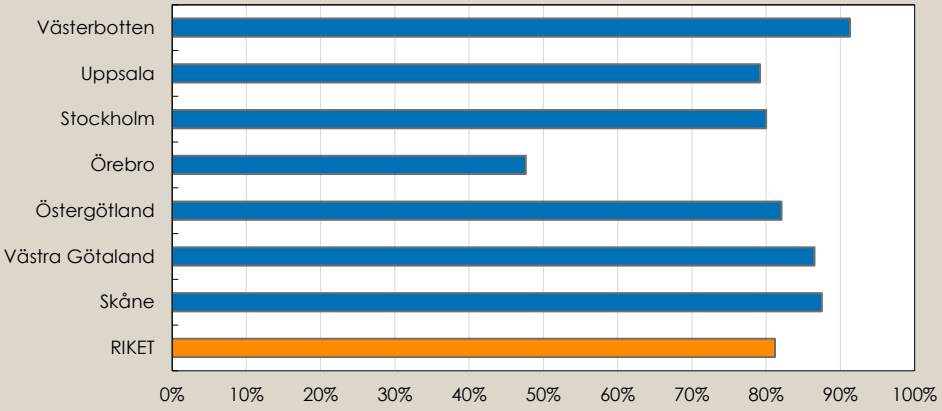
Med *fort- och vidareutbildning* avses utbildning i syfte att upprätthålla och utveckla den kompetensnivå som krävs för att kunna utföra arbetsuppgifterna. Exempelvis kurs, föreläsning eller seminarier.

Resultat

Alla USVE har besvarat frågan, 164 (81 procent) av USVE uppger att de har en samlad plan för hälso- och sjukvårdspersonalens kompetensutveckling.

Diagram 32. Kompetensutveckling, samlad plan

Andelen av USV-enheterna som uppgett att de har en samlad plan eller motsvarande för hälso- och sjukvårdspersonalens kompetensutveckling där omfattning avseende fort- och vidareutbildning framgår den 31 maj 2017.



Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

Personalens deltagande i fort- eller vidareutbildning

Kriterium

- USV-enheten ska kunna redovisa hur och i vilken omfattning personalen deltagit i fort- eller vidareutbildning (för all specialutbildad personal).

Enkätfråga

Har hälso- och sjukvårdspersonalen vid USV-enheten deltagit i fort- eller vidareutbildning någon gång under perioden 1 januari 2015 – 31 maj 2017?

Definition

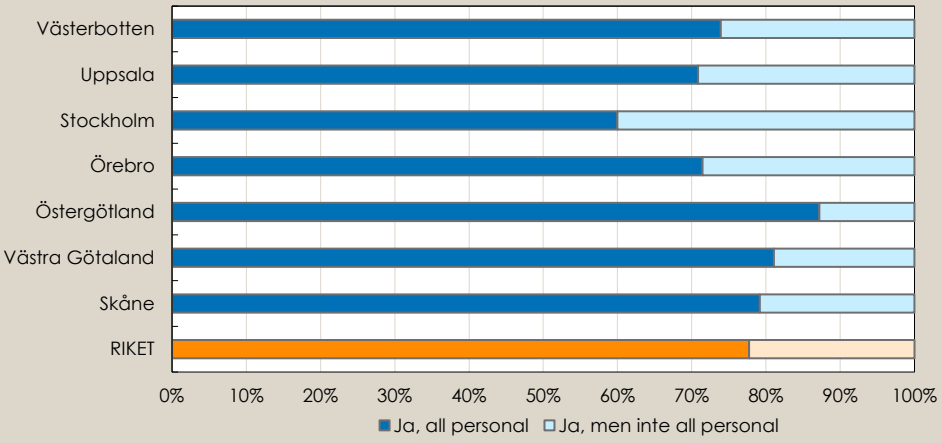
Med *fort- och vidareutbildning* avses utbildning i syfte att upprätthålla och utveckla den kompetensnivå som krävs för att kunna utföra arbetsuppgifterna. Exempelvis kurs, föreläsning, seminarier eller vetenskapliga möten/konferenser utan egen presentation

Resultat

Alla USVE har besvarat frågan, av dessa har 157 (78 procent) uppgett att all personal deltagit i fort- eller vidareutbildning någon gång under 1 januari 2015–31 maj 2017. Av USVE uppgav 45 (22 procent) ja men inte all personal.

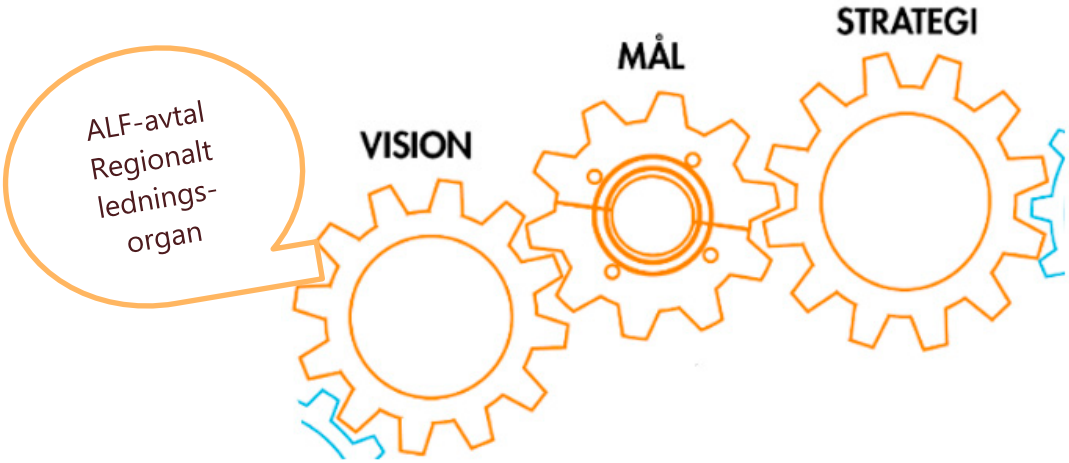
Diagram 33. Kompetensutveckling, fort- eller vidareutbildning

Andelen av USV-enheterna som uppgett att hälso- och sjukvårdspersonalen deltagit i fort- eller vidareutbildning någon gång under perioden 1 januari 2015 - 31 maj 2017.



Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

Bilaga 3. Sju regionala ledningsorgan – resultat av enkätundersökning



De regionala ledningsorganens uppdrag är att gemensamt leda och ansvara för att skapa förutsättningar för att uppnå ALF-avtalets intentioner. Ledningsorganen består av företrädare för landstinget och för universitetet.

Alla ledningsorgan har upprättat regionala ALF-avtal där parterna är överens om hur intentionerna i det nationella ALF-avtalet ska uppfyllas. De regionala avtalen bifogas denna rapport. I de regionala avtalen ska bland annat följande förhållanden regleras (16 §):

- Hur och på vilka grunder enheter i universitetssjukvården ska utses, och hur verksamheten för forskning, utbildning och utveckling ska organiseras, ledas och finansieras i hälso- och sjukvården på de enheter som utgör universitetssjukvård.
- Hur enheter som ska bedriva verksamhetsintegrerad utbildning av läkare utses. Det gäller enheter såväl inom som utanför universitetssjukvården, inklusive enheter i andra landsting.
- Inrättande av ett gemensamt ledningsorgan för samarbete mellan landsting och universitet på jämbördiga villkor i enlighet med 2§. Fastställande av en sådan organisations utformning, uppgifter och sammansättning på olika nivåer samt arbetsformer.
- Hur gemensam prioritering och fördelning av ALF-ersättningen för utbildning av läkare och klinisk forskning ska göras med utgångspunkt i kraven för läkarexamen, gemensamma visioner och målsättningar samt vilka resurser landstinget ställer till förfogande enlig 4§. Vidare ska bestämmas vilka andra ekonomiska resurser för utbildning, forskning och utveckling som ska bli föremål för gemensam prioritering enligt 2§ och hur de ska användas.

En enkät riktad till ledningsorganen har besvarats av samtliga sju ledningsorgan. Följande redovisning grundar sig på dessa enkätsvar, vad som angivits i de regionala ALF-avtalen samt i andra bifogade underlag och styrdokument. Frågorna i enkäten utgår från frågeställningar beslutade av nationella styrgruppen för ALF samt ALF-avtalet.

Ledning och organisation

ALF-avtalet om ledning och organisation

Parterna ska gemensamt arbeta för att främja hälso- och sjukvårdens utveckling genom ett fördjupat och vidgat samarbete inom forskning, utbildning och utveckling. Parterna ska också vara överens om att sträva mot en ökad samordning och koncentration av de resurser som görs tillgängliga i samarbetet.

Berörda universitet ska delta i organisering och ledning av verksamheten i den del av hälso- och sjukvården som utformas med särskild hänsyn tagen till forskningens och utbildningens behov. Denna verksamhet betecknas universitetssjukvård och är en gemensam angelägenhet för berörda landsting och universitet.

Det regionala samarbetet ska bygga på gemensamt utarbetade visioner och målsättningar för den verksamhetsintegrerade utbildningen av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården.

För samverkan ska respektive landsting och universitet bilda ett gemensamt ledningsorgan, där landstingets och universitetets ledningsnivåer är representerade och verkar på jämbördiga villkor.

I ledningsorganet ska frågor av principiell gemensam betydelse för universitetssjukvården samt den verksamhetsintegrerade utbildningen av läkare och den kliniska forskningen behandlas. Vidare ska ledningsorganet besluta om hur samarbetsorganisationen på underordnade nivåer ska utformas.

Respektive part i ledningsorganet ska också komma överens om vilka resurser för utbildning, forskning och utveckling, utöver ALF-ersättningen, som ska bli föremål för gemensam prioritering samt hur dessa resurser ska användas.

Sammanfattande bedömning av om intentionerna i avtalet uppfylls

Enligt svaren i Socialstyrelsens enkät till ledningsorganen och det som angivits i de regionala ALF-avtalen är bedömningen att samtliga regioner har skapat förutsättningar för att uppfylla det nationella avtalets intentioner genom inrättandet av en lednings- och samarbetsorganisation i enlighet med 2§ i det nationella ALF-avtalet. Förutsättningar för en fördjupad samverkan finns genom de inrättade samverkansorganisationerna i samtliga regioner. Ambitionen att åstadkomma en fördjupad samverkan uttrycks även i avsiktsförklaringarna i de regionala avtalen. Flera regioner har sedan tidigare en långtgående samverkan parterna emellan mot bakgrund av tidigare ALF-avtal, för andra är det nytt och samverkan under uppbyggnad.

De gemensamt framtagna regionala ALF-avtalen ligger till grund för vad som ska åstadkommas inom olika områden. Samtliga regioner har gemensamt framtagna och beslutade styrdokument som anger visioner, målsättningar och strategier för utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården. Utmaningen för alla ledningsorgan är att tillkännage relevanta styrdokument och strategier i universitetssjukvårdsenheterna och att följa upp att de implementerats.

Nationella jämförelser

Samtliga ledningsorgan svarar i enkäten att gemensamt framtagna och beslutade styrdokument som anger visioner, målsättningar och strategier för utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården finns angivet i det regionala ALF-avtalet,. Fem ledningsorgan anger att detta också finns i andra styrdokument och ledningsorganet i Örebro uppger att sådana styrdokument är under framtagande. Se tabell 26.

Tabell 26. Tillgång till styrdokument

Har landstinget/regionen och universitetet gemensamt framtagna och beslutade styrdokument som anger visioner, målsättningar och strategier för utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården?

Landsting/region	Finns angivet i det regionala ALF-avtalet	Finns angivet i annat styrdokument	Nej, men är under framtagande
	Utbildning av läkare		
Västerbotten	Ja	Ja	–
Uppsala	Ja	Nej	–
Stockholm	Ja	Ja	–
Örebro	Ja	Nej	Ja
Östergötland	Ja	Ja	–
Västra Götaland	Ja	Ja	–
Skåne	Ja	Ja	–
	Klinisk forskning		
Västerbotten	Ja	Ja	–
Uppsala	Ja	Nej	–
Stockholm	Ja	Ja	–
Örebro	Ja	Nej	Ja
Östergötland	Ja	Ja	–
Västra Götaland	Ja	Ja	–
Skåne	Ja	Ja	–
	Utveckling av hälso- och sjukvården		
Västerbotten	Ja	Ja	–
Uppsala	Ja	Nej	–
Stockholm	Ja	Ja	–
Örebro	Ja	Nej	Ja
Östergötland	Ja	Ja	–
Västra Götaland	Ja	Ja	–
Skåne	Ja	Ja	–

Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

Tabell 27 visar att det varierar mellan landstingen hur ledningsorganen i styrdokument angett hur andra ekonomiska resurser, än ALF-medlen, gemensamt ska användas när det gäller utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården. Fem av ledningsorganen har uppgett att det anges hur dessa medel ska prioriteras och beslutas, och tre av ledningsorganen har dessutom uppgett att det i styrdokumentet anges hur dessa medel ska användas.

Tabell 27. Prioritering och beslut – ekonomiska resurser

Anges i styrdokument hur andra ekonomiska resurser gemensamt ska prioriteras och beslutas, enligt § 2 i ALF-avtalet, samt hur dessa resurser ska användas?

Landsting/region	Hur dessa ska prioriteras och beslutas	Hur dessa ska användas
	Utbildning av läkare	
Västerbotten	Ja	Ja
Uppsala	Nej	Nej
Stockholm	Ja	Ja
Örebro	–	–
Östergötland	Ja	Ja
Västra Götaland	Ja	Nej
Skåne	Ja	Nej
	Klinisk forskning	
Västerbotten	Ja	Ja
Uppsala	Nej	Nej
Stockholm	Ja	Ja
Örebro	–	–
Östergötland	Ja	Ja
Västra Götaland	Ja	Nej
Skåne	Ja	Nej
	Utveckling av hälso- och sjukvården	
Västerbotten	Ja	Ja
Uppsala	Nej	Nej
Stockholm	Ja	Ja
Örebro	–	–
Östergötland	Ja	Ja
Västra Götaland	Ja	Nej
Skåne	Ja	Nej

Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

Samverkan

Samverkan med näringsliv, patient och/eller närstående respektive patient och/eller närståendeorganisationer varierar mellan ledningsorganen, enligt enkätsvaren. Östergötland och Skåne är de som samverkar med näringslivet i samband med utbildning av läkare. Inom klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården samverkar de flesta med näringsliv, patienter och/eller närstående samt patient och/eller närstående-organisationer.

Alla landsting/regioner och universitet har en organiserad samverkan med dessa intressenter, se tabell 28.

Tabell 28. Organiserad samverkan

Har landstinget/regionen och universitetet någon form av organiserad samverkan med berörda intressenter avseende utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården?

Landsting/region	Näringsliv	Patienter och/ eller närstående	Patient och/eller närståendeorganisationer
Västerbotten	Ja	Ja	Ja
Uppsala	Ja	Ja	Ja
Stockholm	Ja	Ja	Ja
Örebro	Ja	Ja	Ja
Östergötland	Ja	Ja	Ja
Västra Götaland	Ja	Ja	Ja
Skåne	Ja	Ja	Ja

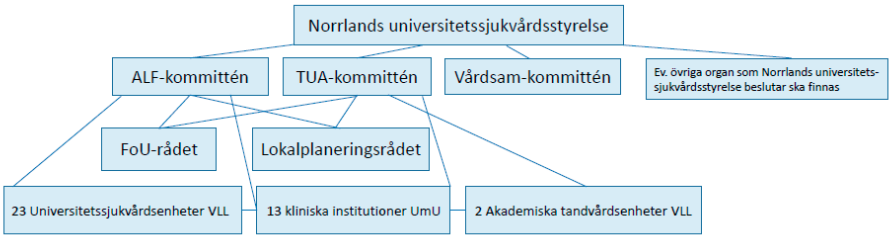
Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

Ledning och organisation i respektive ALF-region

Ledning och organisation i Västerbotten

Det regionala ALF-avtalet omfattar avsiktsförklaring, visioner och strategier för utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården. Avtalet omfattar även tandvården. Regionen har därutöver gemensamt tagit fram och beslutat om styrdokument som anger visioner, målsättningar och strategier för utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården. Det regionala avtalet bifogas.

Organisationsskiss



Den högsta ledningen avser för Umeå universitet (UmU) och dess medicinska fakultet, universitetsledningen och fakultetsnämnden, inklusive dekan och prodekan. För Västerbottens läns landsting (VLL) är det landstingsdirektören och dennes tjänstemannaledning. Det gemensamma ledningsorganet på denna nivå benämns Norrlands universitetssjukvårdsstyrelse. Denna styrelse utgör parternas gemensamma ledningsorgan för samverkan och styrning av universitetssjukvården.

Den andra nivån avser den mellanliggande ledningsnivån inom respektive organisation, dvs. för UmU, medicinska fakultetens olika beredningsorgan under fakultetsnämnden, och inom VLL verksamhetsområdenas ledningsgrupper.

Den tredje nivån, verksamhetsnivån, avser samverkan mellan universitetets institutioner och landstingets basenheter.

Ledning och organisation i Uppsala

Det regionala ALF-avtalet omfattar avsiktsförklaring, visioner och strategier för utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården. Det regionala avtalet bifogas.

Organisationsskiss

Samverkansorgan	**Uppsala universitet**	**Region Uppsala**
Universitetssjukvårdsstyrelse	Universitetets ledning	Regionens ledning
Universitetssjukvårdsnämnd	Områdesledning för vetenskapsområdet för medicin och farmaci	Akademiska sjukhuset
FoUU-råd	Institution	Verksamhetsområde

Universitetssjukvårdsstyrelsen består av representanter från universitetsledningen och ledningen för region Uppsala. Samverkansorgan finns på följande tre nivåer.

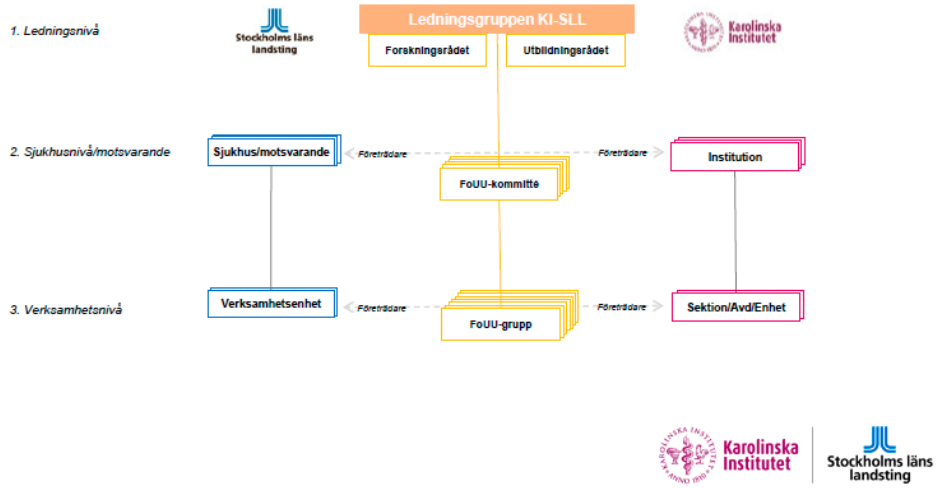
Universitetssjukvårdsstyrelsen är högsta beslutande gruppering gällande ALF medel i Uppsala. Styrelsen består av representanter från Uppsala universitet inkluderande rektor samt universitetsdirektören och från Region Uppsala inkluderande regionstyrelsens ordförande (högste politiker inom regionen) och regiondirektör (högste tjänsteman inom regionen).

Universitetssjukvårdsnämnden består av representanter från områdesledning för medicin och farmaci inkluderande vicerektor och dekanus samt lika många från Akademiska sjukhuset inkluderande sjukhusets FoU-direktör. *FoUU-råd* utgör den tredje nivån och består av representanter från institution inklusive ämnesföreträdare och verksamhetsområde inklusive verksamhetschef.

Ledning och organisation i Stockholm

Det regionala ALF-avtalet omfattar avsiktsförklaring, visioner och strategier för utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården, se bilaga. Regionen har även gemensamt tagit fram och beslutat om andra styrdokument som anger visioner, målsättningar och strategier för utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården.

Organisationsskiss



Samverkansorgan på ledningsnivå är Ledningsgruppen KI-SLL, som består av företrädare för KI:s ledning och företrädare för landstingets koncernledning. Ledningsgruppen består av lika antal representanter för landstinget och KI. Landstinget och KI utser var för sig sina representanter i ledningsgruppen. Roterande ordförandeskap tillämpas mellan landstingsdirektören och KI:s rektor. Ledningsgruppen har det övergripande ansvaret för hur samverkan mellan landstinget och KI organiseras och genomförs.

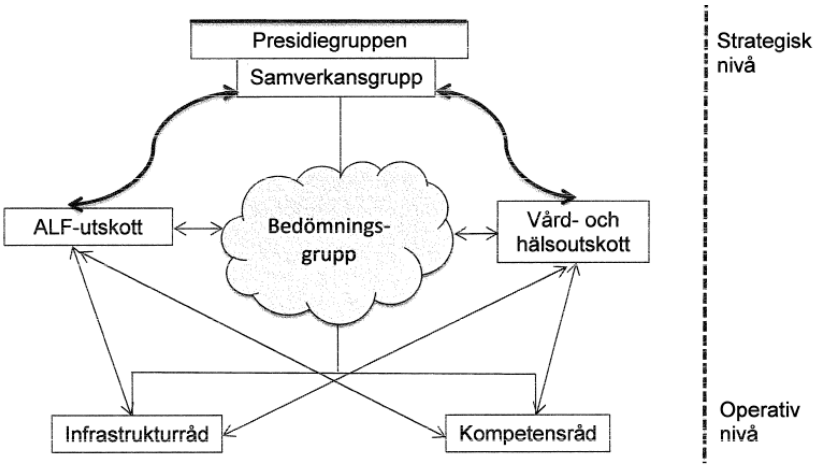
Samverkan organiseras på tre nivåer: ledningsnivå, sjukhusnivå/motsvarande och verksamhetsnivå. På ledningsnivå finns samverkansorganen Ledningsgruppen KI-SLL, Forskningsrådet och Utbildningsrådet. På sjukhusnivå/motsvarande finns FoUU-kommittéer och på verksamhetsnivå FoUU-grupper.

Ledning och organisation i Örebro

Örebro universitet har funnits sedan 1999, universitetssjukhuset sedan 2001 och läkarutbildningen startade 2011. Detta betyder att Örebro är ett ungt lärosäte jämfört med övriga, vilket också behöver beaktas vid eventuella jämförelser.

Det regionala ALF-avtalet omfattar avsiktsförklaring, visioner och strategier för utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården, se bilaga. Övriga styrdokument är inte gemensamt framtagna och beslutade men finns i respektive organisation och tillämpas som om de vore gemensamma. Arbete för att ta fram gemensamma styrdokument och strategier pågår enligt uppgift från ledningsorganet..

Organisationsskiss

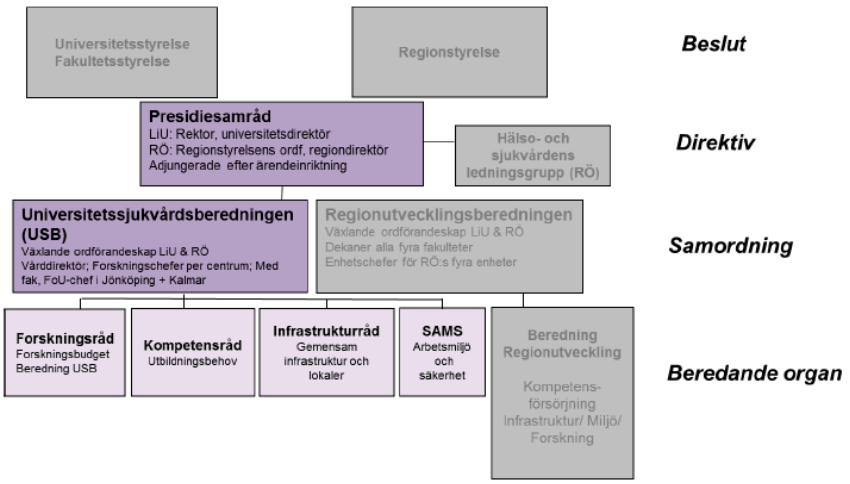


Högsta nivå (nivå 1) med myndighetschef respektive regionstyrelsens ordförande och regiondirektör med flera. Nivå 2 med två utskott (ALF resp. Vård/hälsa) som leds av dekan eller FoU chef från regionen. Beslutsmandat i löpande större samverkansfrågor på delegation från nivå 1. Till dessa gruppers förfogande finns en samverkansgrupp som bereder ärenden till dessa beslutsnivåer med dekan, prefekter, ekonomidirektör, FoU chef, FoU strateg, verksamhetschef kliniskt forskningscentrum. Till utskottsnivå rapporterar andra samverkansgrupper som kan inrättas efter behov. I dagsläget finns gemensam infrastrukturgrupp. I nivå 3 sker samverkan på verksamhetsnivå (klinik) nivå.

Ledning och organisation i Östergötland

Det regionala ALF-avtalet omfattar avsiktsförklaring, visioner och strategier för utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården, se bilaga. Regionen har gemensamt tagit fram och beslutat om även andra styrdokument som anger visioner, målsättningar och strategier för utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården.

Organisationsskiss



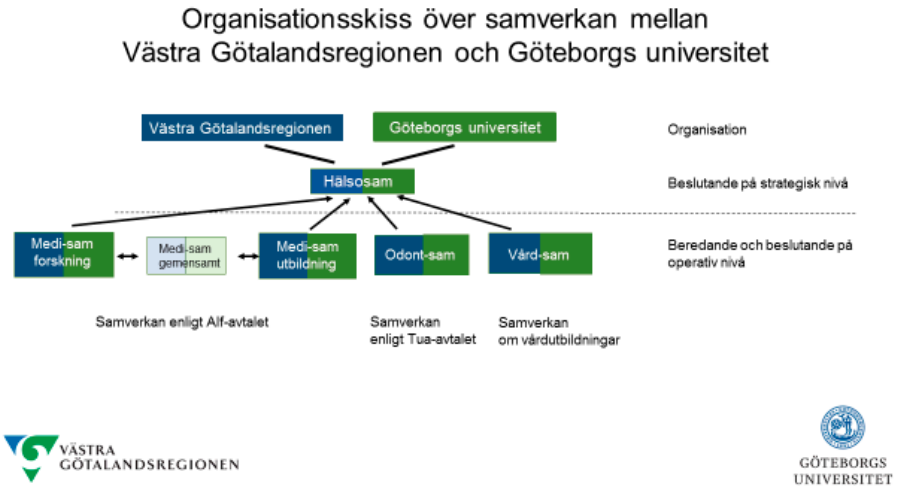
Ett gemensamt ledningsorgan med två olika nivåer (Presidiesamråd och Universitetssjukvårdsberedning) har inrättats under Universitets- respektive Fakultetsstyrelsen (Linköpings universitet, (LiU) samt Regionstyrelsen för Region Östergötland (RÖ). Presidiesamrådet är partssammansatt av rektor och universitetsdirektör från LiU samt Regionstyrelsens ordförande och regiondirektören. Andra funktioner adjungeras till presidiesamrådsmötena efter ärendeinriktning.

Under presidiesamrådet finns Universitetssjukvårdsberedningen (USB) som det samordnande ledningsorganet för frågor som är gemensamma för Region Östergötland och Linköpings universitet. I USB finns också företrädare för Region Jönköpings län och Kalmar läns landsting. USB beslutar i frågor om ALF och gemensamma frågor om universitetssjukvård (till exempel att utse universitetssjukvårdsenheter) Inrättandet av USB och presidiesamrådet har gjorts av Universitetsstyrelsen för LiU samt Regionstyrelsen för Region Östergötland baserat på avtal.

Ledning och organisation i Västra Götaland

Det regionala ALF-avtalet omfattar avsiktsförklaring, visioner och strategier för utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården, se bilaga. Regionen har gemensamt tagit fram och beslutat även om andra styrdokument som anger visioner, målsättningar och strategier för utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården.

Organisationsskiss

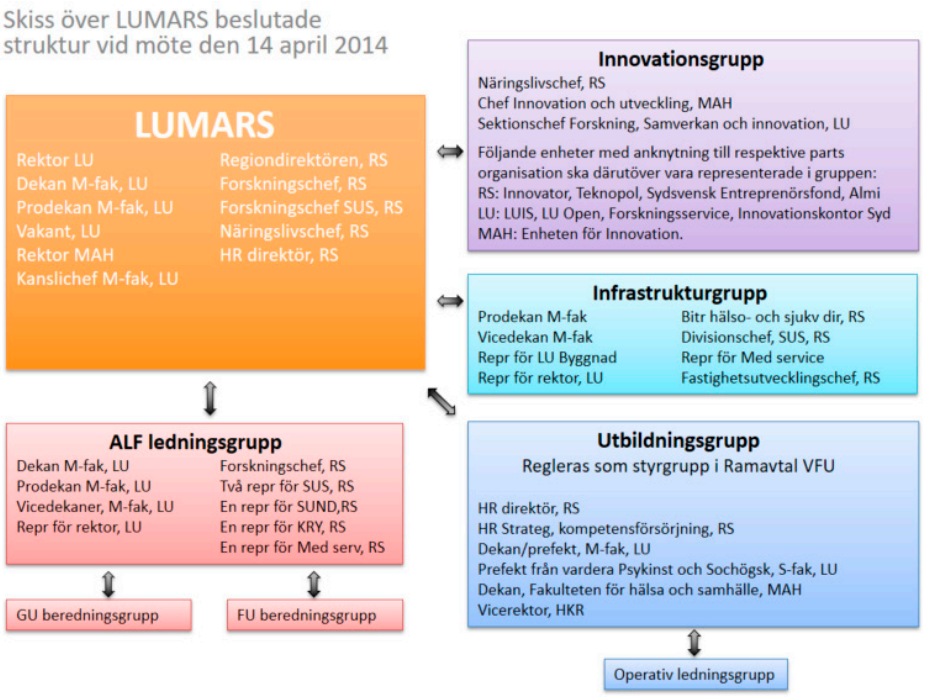


Det övergripande samarbetsorganet mellan regionen på hälso- och sjukvårds- samt tandvårdsområdet är Hälso-sam. Sahlgrenska Akademin representeras av dekanus, vicedekan för utbildning, vicedekan för forskning samt ytterligare 2 ledamöter som utses av akademistyrelsen på förslag från dekanus. Västra Götalandsregionen representeras av FoUU-direktören för Sahlgrenska universitetssjukhuset samt ytterligare 4 ledamöter som utses av regiondirektören. Ordförandeskapet alternerar mellan universitetet och regionen.

Hälso-sam är det övergripande samverkansorganet. Medi-sam är ett underordnat organ som består av två delar, en som hanterar forskningsfrågor och en del som hanterar frågor som rör läkarutbildningen.

Ledning och organisation i Skåne

Det regionala ALF-avtalet omfattar avsiktsförklaring, visioner och strategier för utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården, se bilaga. Regionen har även gemensamt tagit fram och beslutat om styrdokument som anger visioner, målsättningar och strategier för utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården.



Beredningsgrupper till ALF ledningsgrupp

GU beredningsgrupp

Vicedekan med ansvar för utb frågor, M-fak, LU
Programdirektör läkarutbildning, M-fak, LU
Ordförande NBMFU, M-fak, LU
Utbildningsekonom, M-fak, LU

Forskningschef, RS
Läkarutbildningschef, SUS, RS
Läkarutbildningsansvarig, SUND,RS
FOU-Ekonom, SUS, RS
Studeranderepresentant, Med. föreningen

FU beredningsgrupp

Vicedekan med ansvar för ALF-frågor, M-fak, LU
Ekonomichef, M-fak, LU
ALF-ekonomi, M-fak, LU

Forskningschef, RS
ALF-ekonomi, RS
FOU-ekonom, SUS, RS

Operativ ledningsgrupp till Utbildningsgruppen

Operativ ledningsgrupp
Regleras som ledningsgrupp i Ramavtal VFU

FOU-ansvariga alt. annan utsedd person med beslutsmandat från resp förvaltning SUND, KRYH, SUS och Med service , RS
Programansvariga från LU, MH och HKR
Representant för privat vårdgivare med avtal med RS

ALF-ledningsgruppen har representation från Lunds universitets rektorsämbete, från Medicinska fakultetens ledning samt från Region Skånes koncernledning och berörda förvaltningar som har USV-enheter. Därtill finns ett samarbetsorgan inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne, Lunds universitet, Malmö högskola och Högskolan Kristianstad kallat LUMARS. LUMARS är högsta gemensamma organ. Utöver gemensamma strategiska frågor kan ärenden som inte kunnat lösas i ALF-ledningsgrupp tas upp här, varvid Rektor och Regiondirektör tar beslut.

Utseende av USV-enheter

De regionala avtalen reglerar hur och på vilka grunder enheter i universitetssjukvården ska utses och hur verksamheten för forskning, utbildning och utveckling ska organiseras och finansieras på de enheter som utgör universitetssjukvård (16§ punkt 1).

Nationella jämförelser

Samtliga landsting/regioner har utsett universitetssjukvårdsenheter (USVE). Som utgångspunkt har fem av sju landsting använt nationella styrgruppens kriterier och sedan anpassat dem till regionala förhållanden. Stockholms läns landsting skiljer sig från övriga när det gäller utseendet av USVE och har i avvaktan på att ta fram en process för att utse USVE utsett bl.a. hela sjukhus till USVE. Se tabell 29. Totalt fanns det 202 utsedda USVE 2017.

Tabell 29. Kriterier för utnämnandet av universitetssjukvårdsenheter

Vilka kriterier har landstinget/regionen och universitetet använt vid utnämnandet av USV-enheter under perioden 1 januari 2015 –31maj 2017?

Landsting/region	Kriterier beslutade av nationella styrgruppen för ALF	Kriterier beslutade regionalt	Annat
Västerbotten	Ja	Ja	Nej
Uppsala	Nej	Ja	Nej
Stockholm	Nej	Nej	Ja
Örebro	Ja	Ja	Nej
Östergötland	Ja	Ja	Nej
Västra Götaland	Ja	Ja	Nej
Skåne	Ja	Ja	Nej

Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

Samtliga regioner utsåg USVE genom beslut i ledningsorganet. I fem regioner föregicks beslutet av ett ansökningsförfarande, se beskrivning nedan.

- *Västerbotten* – ansökningsförfarande, intern och extern granskning inför bedömning och beslut.
- *Uppsala* – ansökningsförfarande utifrån regionala kriterier, som utgår från kriterierna beslutade av nationella styrgruppen för ALF.
- *Stockholm* – Landstinget och KI kom i det regionala ALF-avtalet överens om att de upplåtna enheterna initialt utgör USV-enheter till dess att en prövning skett. Denna ska vara avslutat senast den 31 december 2018. Ett förslag till process, inklusive kriterier, för att utse USV-enheter bereds för närvarande. Ledningsgruppen KI-SLL utser USV-enheter.
- *Örebro* – bedömning och beslut utifrån kriterier. Avsteg har beviljats på några små enheter avseende krav på disputation eller pågående doktorandutbildning. Då krävs att USVE står för handledarkompetens till doktorander inom andra verksamheter i regionen.
- *Östergötland* – ansökningsförfarande. Regional tolkning av kriterier avseende primärvården.
- *Västra Götaland* – ansökningsförfarande, kartläggning via enkät.
- *Skåne* – ansökningsförfarande via enkät som underlag för beslut.

För mer information se sammanställning i bilaga.

Klinisk forskning

ALF-avtalet om klinisk forskning

Universitetssjukvårdens uppdrag enligt 1§ är att universitet och landsting ska skapa bästa möjliga förutsättningar för klinisk forskning.

Sammanfattande bedömning av om intentionerna i avtalet uppfylls

Enligt svaren i Socialstyrelsens enkät till ledningsorganen samt det som angivits i de regionala ALF-avtalen och andra styrdokument kan samtliga ledningsorgan redovisa strategier och planer för forskning samt på vilket sätt olika funktioner stödjer forskning och utveckling. Alla ledningsorgan gör också särskilda strategiska satsningar för den kliniska forskningen. Ledningsorganen har även beslutade strategier, eller motsvarande, för att tillmäta forskarutbildning och docentmeritering betydelse vid rekrytering och tjänstetillsättning och som stödjer USV-enheternas arbete med dessa frågor.

Nationella jämförelser

Alla regionala ledningsorgan har genomfört särskilda strategiska satsningar för den kliniska forskningen under perioden 1 januari 2015–31 maj 2017.

Med undantag för Uppsala som svarat nej på frågan om strategi för att tillmäta forskarutbildning och docentmeritering betydelse vid rekrytering och tjänstetillsättning finns, uppger alla att de har strukturer för karriärvägar, karriärplaner, meritering vid utannonsering av tjänster och bedömningskriterier för tjänstetillsättning för alla eller vissa yrkesgrupper.

Tabell 30. Betydelse av forskarutbildning och docentmeritering

Har landstinget/regionen beslutad/e strategi/er, eller motsvarande, för att tillmäta forskarutbildning och docentmeritering betydelse vid rekrytering och tjänstetillsättning och som stödjer USV-enheternas arbete med rekrytering och tjänstetillsättning? Om ja, vad innehåller dessa strategier eller motsvarande?

Landsting/region	Struktur för karriärvägar	Struktur för karriärplaner	Att det ska vara krav/merit vid utannonsering av tjänster	Att det ska finnas med i bedömningskriterier vid tjänstetillsättning
Västerbotten	Ja, för vissa yrkesgrupper	Ja, för vissa yrkesgrupper	Ja	Ja
Uppsala	.	.	.	.
Stockholm	Ja, för vissa yrkesgrupper	Ja, för vissa yrkesgrupper	Ja, för vissa yrkesgrupper	Ja, för vissa yrkesgrupper
Örebro	Ja, för vissa yrkesgrupper	Nej	Ja, för vissa yrkesgrupper	Ja, för vissa yrkesgrupper
Östergötland	Ja	Ja	Ja	Ja

Landsting/region	Struktur för karriärvägar	Struktur för karriärplaner	Att det ska vara krav/merit vid utannonsering av tjänster	Att det ska finnas med i bedömningskriterier vid tjänstetillsättning
Västra Götaland	Ja	Ja	Ja	Ja
Skåne	Ja	Ja	Ja, för vissa yrkesgrupper	Ja, för vissa yrkesgrupper

Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

I enkäten efterfrågade Socialstyrelsen om landstinget har en strategi som anger hur kompetensutbyte ska ske mellan universitetssjukvårdsenheter regionalt och övriga landet. Tabell 31 visar ett varierat resultat, ett landsting har en strategi som täcker in alla delar som efterfrågas, men fem landsting uppger att de har en strategi för kompetensutbyte mellan USV-enheter och övriga hälso- och sjukvården regionalt. Frågor om kompetensutbyte ingår även i samverkansavtal i sjukvårdsregionen.

Tabell 31. Kompetensutbyte

Anges det, i strategin hur kompetensutbyte mellan USV-enheter och övriga delar av hälso- och sjukvården i regionen och/eller övriga delar av landet ska ske när det gäller klinisk forskning

Landsting/region	Ja, avseende kompetensutbyte mellan USV-enheter regionalt	Ja, avseende kompetensutbyte mellan USV-enheter i övriga landet	Ja, avseende kompetensutbyte mellan USV-enheter och övriga hälso- och sjukvården regionalt	Ja, avseende kompetensutbyte mellan USV-enheter och hälso- och sjukvården I övriga landet
Västerbotten	Ja	Nej	Ja	Nej
Uppsala	Nej	Nej	Nej	Nej
Stockholm	Ja	Ja	Ja	Nej
Örebro	Ja	Nej	Ja	Nej
Östergötland	Nej	Nej	Ja	Nej
Västra Götaland	–	–	–	–
Skåne	Ja	Ja	Ja	Ja

Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

Frågan förutsätter att ledningsorganet tagit fram en strategi. I Västra Götaland saknas en strategi och de har därför inte besvarat frågan.

Klinisk forskning i respektive ALF-region

Klinisk forskning i Västerbotten

En modell för tydliga karriärvägar har utvecklats den s k ”Umeåmodellen” som innebär en sammanhållen karriär för forskande läkare och andra legitimerade yrkesgrupper. Nya tjänstekonstruktioner har utarbetats i samverkan mellan Västerbottens läns landsting (VLL) och Umeå universitet (UmU) i syfte att forskning och klinik ska kunna utövas parallellt i alla steg i karriä-

ren. Olika tjänstbeskrivningar finns och vid tjänstetillsättningar är det beslutat att forskarutbildning är meriterande. Strategiska satsningar gäller utveckling av karriärvägar för kliniska forskare med forskar-AT, forskar-ST (”doktorand-ST”) och universitets-ST (postdoktoral forskning för ST-läkare).

Ett exempel på satsning som genomförs är delaktighet och medfinansiering av den strategiska satsningen Wallenberg centrum för molekylär medicin (WCMM) där målsättningen är att utveckla translationell forskning inom Umeås profil-områden infektion, cancer, nervsystemets samt metabola sjukdomar med utlysning av bitr. lektorstjänster för yngre prekliniska och kliniska forskare.

I Västerbotten finns ett kliniskt forskningscentrum som erbjuder stöd och infrastruktur för klinisk forskning och det finns även ett råd för biobanks- och registerforskning. Annat exempel på infrastruktur är Biobanken Norr, satsningar görs också på statistikertjänst och på PET/CT och MR-undersökningar.

Klinisk forskning i Uppsala

Samverkan inom regionen sker via lokala centra för klinisk forskning och via universitets kliniska forskningscentra i Västerås, Falun, Gävle och Eskilstuna kan läkare och övrig vårdpersonal bedriva forskning under handledning av anställda med minst docentkompetens inom universitetssjukvårdsenheter (USVE).

Det finns inga beslutade strategier för att tillmäta forskarutbildning och docentmeritering vid rekrytering och tjänstetillsättning däremot tas hänsyn till detta vid tillsättning av vissa tjänster.

Medicinsk teknik är ett prioriterat område och resurser kommer att avsättas för tillskapande av ett centrum för utveckling av detta.

Uppsala biobank ses som en särskilt strategiskt viktig resurs och satsningar görs för att främja ett utökat användande för den kliniska forskningen. Likaså har Uppsala Research Center (UCR) setts som en strategiskt viktigt resurs och satsningar sker för att bättre kunna stödja den kliniska forskningen. Utvecklingen av PET-verksamheten ses också som ett viktigt inslag i den kliniska forskningen som också ges stöd. Riktade satsningar görs dessutom på olika plattformar, till exempel U-Can för insamling av prover mm från flera olika cancergrupper och Next generation sequencing (NGS) inom klinisk genetik.

Klinisk forskning i Stockholm

Flera olika plattformar och mötesplatser har utvecklats för att stimulera till en stärkt klinisk forskning, t ex Medicinska temacentrum, Karolinska Trial Alliance (KTA), Kliniska prövningsenheter Karolinska (KPE), Centrum för innovativ medicin (CIMED), Kliniskt forskningscentrum, Kvalitetsregistercentrum (QRC), Läkemedelskommittén, Stockholms medicinska biobank.

Särskilda satsningar görs inom exempelvis Centrum för innovativ medicin där stöd ges till dels kliniska forskningsprojekt som söks i konkurrens, dels till kliniska forskningsdeltidstjänster samt till infrastruktur som stödjer klinisk forskning. Forskning inom kroniska sjukdomar och sjukdomar med stor sjukdomsbörda ska prioriteras. Ett annat exempel på satsning gäller jämlik

och jämställd hälsa och vård där utlyser särskilda medel till genusvetenskaplig forskning med inriktning på hälsa. 4D lyfts fram som ett unikt samverkansprogram mellan landstinget och KI vars resultat bl.a. bidragit till att utveckla patientprocesser. En bred samverkan sker med näringsliv, patienter och patient/närståendeorganisationer.

Ett särskilt löneutrymme ges för disputerade samt för nyblivna docenter. ALF-projektmedel fordrar i praktiken minst docentnivå och landstinget utlyser årligen 54 kliniska forskartjänster på olika nivåer. Kliniker erhåller basersättning delvis baserat på deras akademiska besättning.

Klinisk forskning i Örebro

Med ALF-avtalet som Örebro numera ingår i har det blivit en avsevärd resursförstärkning. De medicinska akademiska utbildningarna och kliniska forskningen är föremål för särskilda satsningar. En handlingsplan för 2017–2020 är framtagen för att stärka förutsättningarna för forskning och utveckling. Utgångspunkten är pågående strategiarbeten inom innovation, regional utveckling och internationalisering.

Forskning och utbildning bedrivs i samverkan med olika regionala nyckelfunktioner t ex RCC, Forum Uppsala- Örebro, CAMTÖ m fl.

Det finns också en tjänstestruktur för hela forskarkarriären, t ex sommarforskarmånader, forskar-AT, långvariga doktorandförordnanden, post-dok och adjungerade professorer. Förordnandena är i regel 50 procent av heltid.

Klinisk forskning i Östergötland

Regionen arbetar för att stärka den kliniska forskningen genom omfördelning enligt det nya ALF-avtalet. Flera strategiska satsningar genomförs inom olika områden, det finns t.ex. en övergripande överenskommelse om hur FoU-kompetens bör tas tillvara i befattningsutveckling samt en mer nyligen framtagen policy vad gäller värdering av FoU-meriter inom regionen som innefattar både strukturella förutsättningar och individuella incitament. Det finns även en överenskommelse mellan Linköpings universitet (LiU) och Region Östergötland (RÖ) om att landstinget åtar sig att friställa kliniskt verksamma doktorander från hälso- och sjukvårdsarbete för att möjliggöra sammanhållen forskningstid som bekostas av landstinget, motsvarande 20% av en heltidstjänst. Andra exempel gäller förlängda professorskontrakt, strategisk rekrytering av forskare som garanteras medel i 3-5 år, stöd till disputerade i primärvården, förstärkning av klinisk forskningskompetens i de nya läkarutbildningsorterna.

I samverkan mellan LiU och RÖ finns sedan många år ett koncept kallat ”Från student till docent”. Detta bygger på satsningar på organisatorisk nivå, t ex att ge möjlighet att söka öronmärkta medel för olika akademiska nivåer. Konceptet kommer att stärkas och utvecklas ytterligare.

Ett mål är fler kliniska studier med hög kvalitet. Områden där särskilda satsningar sker är exempelvis forskning i gränslandet människa och teknik och inom gemensamma strategiområdena: Sjukvård och Välfärd, Systemneurobiologi, LiU Cancer, MIIC (Mucosa infektion och inflammation Center), Cirkulation och metabolism. Flera stödjande verksamheter finns som Forum Östergötland, Forum Sydost Linköpings Biobanksfacilitet och Kliniska forskningsenheten.

Klinisk forskning i Västra Götaland

Regionen satsar på att bedriva internationellt konkurrenskraftig patientnära forskning samt särskilda satsningar på områden som kan nå en tätposition t.ex. organtransplantationer, barnhjärtkirurgi, avancerad barnkirurgi, kraniofacial kirurgi, ögonkirurgi på barn, epilepsikirurgi, KOL, fysisk träning och kirurgi.

Det startas även en satsning på *Strategiska studier*, som syftar till att överbrygga kunskapsgap där vetenskaplig evidens saknas.

Gothia Forum fungerar som en mötesplats och resurs för forskare och erbjuder stöd inom alla faser av forskningsprojekt. Infrastruktur för samarbete mellan akademi, hälso- och sjukvård och industri.

Stöd finns genom lokala FoU-enheter som medarbetare kan vända sig till för undersökning av frågeställning eller hypotes, eller söka projektmedel.

Särskilda ALF-tjänster utlyses för doktorander, yngre forskare respektive för hälsovetenskapliga professioner är ett exempel på regionens stöd till forskare under karriärstegen mot docentur.

Klinisk forskning i Skåne

Regionen uppger att strategiska planer tagits fram för att bibehålla den starka forskningskulturen och där vikten av samverkan mellan akademi och region lyfts fram. De strategiska planerna omfattar exempelvis ALF-forskningsutrymme för yngre kliniska forskare, att tillskapa karriärvägar med kombinerad forskning/klinisk verksamhet samt tid avsatt tid för forskning inom verksamheten. Flera strategiska satsningar genomförs t.ex. rekrytering av unga forskare och löneutrymme för doktorander (8 år) och postdoks (4år) för anställda vid USVE med vårdutbildningar som t.ex. sjuksköterskor, biomedicinska analytiker.

Andra satsningar gäller centrumbildningar för att bedriva relevant forskning vars resultat snabbt ska komma patienten tillgodo. Centrumbildningarna har utvecklats för att knyta ihop preklinisk forskning med klinisk forskning/vårdforskning och som omfattar hela vårdkedjan från högspecialiserad vård till primärvård, samverkan patientorganisationer och näringsliv, samt system för implementering av kliniska forskningsresultat. Ett exempel är delaktighet i satsning med rekrytering av unga forskare som erbjuds karriärpaket för etablering av sina forskargrupper vid Wallenberg centrum för molekylär medicinsk forskning med fokus på regenerativ medicin med såväl grundläggandeforskning som klinisk tillämpning.

Andra satsningar gäller klinisk forskarskola för läkare, där läkare verksamma inom SUS, primärvården, laboratoriemedicin och psykiatri, samt andra sjukhus inom Region Skåne, som är registrerade doktorander vid kursstarten och genomgått introduktionskursen för doktorander har möjlighet att delta i kursen.

Det finns en långtgående samverkan med patienter/närståendeorganisationer inom Life Science strategin, system för implementering av forskningsresultat. Ett exempel på stödstrukturer är Forum Syd.

Utbildning av läkare

ALF-avtalet om utbildning av läkare

Universitetet och landstinget har gemensamt ansvar för utformning och genomförande av den verksamhetsintegrerade utbildningen av läkare. Det är en strävan att åstadkomma bästa tänkbara förutsättningar för utbildningen.

För att säkra att de blivande läkarna har den kliniska erfarenhet som yrket kräver är det av stor vikt att läkarstudenterna får ändamålsenlig undervisning, relevant träning och god handledning för att nå utbildningens mål. För detta fordras miljöer i hälso- och sjukvården som är anpassade för studenternas lärande och träning, och handledare med vetenskaplig och pedagogisk kompetens som är väl insatta i de mål som studenten förutsätts nå under utbildningen (enligt 5§ i ALF-avtalet).

Sammanfattande bedömning av om intentionerna i avtalet uppfylls

Enligt svaren i Socialstyrelsens enkät till ledningsorganen samt det som angivits i de regionala ALF-avtalen är bedömningen att samtliga regioner gemensamt har utarbetat strategier för utbildning av läkare. Några regioner har slutit avtal med omkringliggande landsting om den verksamhetsintegrerade utbildningen för kvalitetssäkring av utbildningen och ett fördjupat samarbete.

Nationella jämförelser

Alla regionala ledningsorgan har genomfört särskilda satsningar inom den verksamhetsförlagda utbildningen av läkare.

I enkäten efterfrågade Socialstyrelsen om landstinget har en strategi som anger hur kompetensutbyte ska ske, avseende utbildning av läkare, mellan universitetssjukvårdsenheter regionalt och övriga landet. Tabell 32 visar ett varierat resultat, ett landsting har en strategi som täcker in alla delar som efterfrågas.

Tabell 32. Kompetensutbyte

Anges det, i strategin hur kompetensutbyte mellan USV-enheter och övriga delar av hälso- och sjukvården i regionen och/eller övriga delar av landet ska ske när det gäller utbildning av läkare?

Landsting/region	Ja, avseende kompetensutbyte mellan USV-enheter regionalt	Ja, avseende kompetensutbyte mellan USV-enheter i övriga landet	Ja, avseende kompetensutbyte mellan USV- enheter och övriga hälso- och sjukvården regionalt	Ja, avseende kompetensutbyte mellan USV-enheter och hälso- och sjukvården I övriga landet
Västerbotten	Ja	Nej	Ja	Nej
Uppsala	Nej	Nej	Ja	Nej
Stockholm	Ja	Ja	Ja	Nej
Örebro	Ja	Nej	Ja	Nej
Östergötland	Ja	Nej	Ja	Ja
Västra Götaland	–	–	–	–
Skåne	Ja	Ja	Ja	Ja

Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

Frågan förutsätter att ledningsorganet tagit fram en strategi. I Västra Götaland saknas en strategi och de har därför inte besvarat frågan.

Läkarutbildningen i respektive ALF-region

Utbildning av läkare i Västerbotten

Läkarutbildningen regionaliserad, vilket innebär att universitetssjukvårdsenheterna (USVE) vid Norrlands universitetssjukhus samverkar med regionens sjukhuskliniker och primärvården. Samverkan gäller att utveckla och förbättra utbildningen av läkare, den kliniska forskningen och utveckling av hälso- och sjukvården i hela norra sjukvårdsregionen.

Undervisningen som sker på 4 orter innebär ytterligare utveckling av den akademiska miljön på dessa orter.

Särskilda satsningar görs för att stärka den kliniska handledningen för utbildningen av läkare såsom handledarutbildningar. I kriterierna för USVE ingår att en majoritet av läkare vid USVE ska ha genomgått formaliserad handledarutbildning. Om inte detta uppnåtts ska en tydlig plan anges.

Utbildning av läkare i Uppsala

En stor satsning har genomförts avseende interprofessionellt lärande (IPL) i läkarprogrammet tillsammans med övriga vårdutbildningar. Två kliniska utbildningsavdelningar (KUA) har inrättats samt en rondskola där läkarstudenter får leda ronder på ett systematiskt sätt som ligger utanför det ordinarie curriculum. En annan strategisk satsning är att användningen av proffspatienter i undervisningen har utökats för att träna och examinera kliniska färdigheter.

Det finns en avtalsreglerad samverkan med andra landsting inom sjukvårdsregionen för den verksamhetsförlagda utbildningen av läkarstudenter.

Utbildning av läkare i Stockholm

Flera satsningar genomförs för det verksamhetsintegrerade lärandet (VIL) i läkarutbildningen och en kärnverksamhet för interprofessionellt lärande

(IPL) som är obligatorisk för vissa studentgrupper (läkar-, arbetsterapeut-, fysioterapeut- och sjuksköterskestudenter) som har gemensamma lärandemål som examineras efter varje kurs.

Det finns också kliniska träningscentra med särskild utrustning där studenterna kan träna praktiska färdigheter genom simulering m.m. inför mötet med patienten.

Det redovisas också flera strategiska satsningar t.ex. pedagogiska projekt i syfte att skapa effektivare och mer evidensbaserade utbildningsinsatser. Andra satsningar gäller högskolepedagogisk utbildning för lärare och handledare i klinisk utbildning och olika former av kurser och webbaserat handledarstöd och digitaliserade kortkurser. Andra exempel är utveckling av kliniskt placeringsprogram för placering av studenter i VIL samt Akademiskt Specialistcentrum (medel för utrustning av klinisk utbildningsmiljö).

Utbildning av läkare i Örebro

Örebro har haft läkarutbildning sedan 2011. Regionen har en utbildningsstrategi för 2016–2020 framtagen. Utbildningsstrategin omfattar bl.a. att bevara och utveckla kvaliteten i utbildningen genom kvalitetsmål med målnivåer, att samordning och samverkan mellan regionen och universitetet ska utvecklas och förbättras samt att alla yrkeshandledare år 2020 har grundläggande handledarutbildning och studentansvariga har handledarutbildning motsvarande 7,5 högskolepoäng. Pedagogiska uppdrag inom utbildningsorganisationen är meriterande vid lönesättning och tjänstetillsättningar.

Det pågår även en utveckling av samverkan om utbildning med andra regioner, lärosäten, myndigheter, t ex om att upprätta enhetliga avtal om samverkan och samordning av verksamhetsförlagd utbildning (VFU). Interprofessionellt lärande (IPL) tillämpas. Särskilda satsningar med lektorprogram görs i samverkan med Landstinget i Värmland, motsvarande satsningar diskuteras med övriga samverkande landstingspartners. Gemensam pedagogisk utveckling för handledare inom VFU samt obligatorisk basgrupphandledarutbildning genomförs kontinuerligt och antalet utbildade följs.

Universitetet och regionen samverkar kring ett kliniskt träningscentrum och ett koncept för en studentakut/-mottagning är under utveckling.
Det pågår även en gemensam diskussion angående kompetensförsörjningsplaner och rekryteringar för förenade anställningar.

Utbildning av läkare i Östergötland

Interprofessionellt lärande (IPL) är etablerat sedan många år i Östergötland.

En omfattande utveckling sker inom verksamhetsförlagd utbildning (VFU) dels till följd av ett omarbetat curriculum för läkarutbildningen (med ökad inriktning mot första linjens sjukvård), dels till följd av decentraliseringsavtalet med etablering av tre nya studieorter (Jönköping, Kalmar, Norrköping) för andra halvan av läkarutbildningen.

Decentraliseringsavtalet för läkarutbildningen innebär också anställning av fler lärare på lokal nivå vid berörda orter. Översyn och förbättring av infrastrukturer i förhållande till den ökade mängden studenter sker.
Det finns också en inrättad partsammansatt arbetsgrupp (LiU, RÖ, Kalmar/Jönköping) som arbetar på uppdrag av Kompetensrådet för att se över

befintliga och identifiera nya VFU-former för samtliga vårdutbildningar inom hela sjukvårdsregionen.

Utbildning av läkare i Västra Götaland

Verksamhetsintegrerat lärande (VIL) tillämpas med fokus på patientnära hälsovetenskaplig forskning och utbildning.

Den stora utbyggnaden av läkarutbildningen har föranlett att samtliga sjukhus inom Västra Götalandsregionen har fått utökade uppdrag för verksamhetsförlagd utbildning (VFU) av läkare. En organisation med regionsamordnare, campusansvariga och ansvariga för VFU har byggts upp och tät kontakt har etablerats mellan de tre sjukhusen och kursansvariga på läkarprogrammet vid Sahlgrenska akademin.

Utöver den yrkesspecifika kunskapen ska utbildningen ge förutsättningar för god samverkan mellan olika yrkesgrupper inom vården liksom för utveckling och forskning. Den s k *Bolognaprocessen* syftar bl.a. till att åstadkomma anställningsbarhet, utveckla utbildningens kvalitetssäkring och stärka internationaliseringen samt bidra till att vara eftertraktade i vården, näringslivet och den hälsovetenskapliga forskningen. Det sker regelbundna möten med ansvariga för VFU vid respektive klinik på respektive sjukhus och kursansvariga på Sahlgrenska akademin utvärderar kvaliteten på VFU.

Det finns även karriärvägar och planer för alla yrkesgrupper. Karriär inom sjukvården kopplas till akademisk meritering.

Utbildning av läkare i Skåne

En styrgrupp är tillsatt för utbildning och kompetensutveckling. Regionen och fakulteten har gemensamt samarbetat kring uppbyggnaden av Practicum som är Skånes regionala organisation för klinisk färdighetsträning och medicinsk simulering. Det finns en bred samverkan med patienter och patient/närståendeorganisationer som även kan delta i undervisningen.

Region Skåne och Medicinska fakulteten har tidigare saknat ett systematiskt samarbete kring läkarutbildningen med de omkringliggande landstingen. Under 2017 har därför ett avtal färdigställts med Region Halland, Region Kronoberg och Blekinge landsting om verksamhetsintegrerat lärande (VIL). VIL skapar generisk kunskap och är i linje med det som föreslås i läkarutbildningsutredningen. Kvalitetskrav och uppföljningar kommer att ske regelbundet.

Det finns även strategier för att stimulera till forskning och att tillmäta dessa meriter betydelse vid rekrytering och tillsättning av tjänster.

Utveckling av hälso- och sjukvård

ALF-avtalet om utveckling av hälso- och sjukvård

Universitetssjukvården ska bidra till en evidensbaserad hälso- och sjukvård genom att överföra egna och andras forskningsresultat till praktisk vård och fortlöpande utvärdera etablerade och nya metoder samt förmedla resultatet av sin verksamhet till övriga delar av hälso- och sjukvården och samverka med näringslivet och patientorganisationer (enligt 1§ i ALF-avtalet).

Sammanfattande bedömning av om intentionerna i avtalet uppfylls

Socialstyrelsens enkät till ledningsorganen samt det som angivits i de regionala ALF-avtalen visar ett aktivt utvecklingsarbete, flera exempel lyfts fram. När det gäller gemensamma strategier för innovationer i hälso- och sjukvården är det ett utvecklingsområde, det är få som uppgav att de har en sådan.

Nationella jämförelser

Enligt svaren i Socialstyrelsens enkät till ledningsorganen samt det som angivits i de regionala ALF-avtalen och andra styrdokument pågår ett kontinuerligt utvecklingsarbete med systematiska och strukturerade processer för att bidra till utveckling av hälso- och sjukvård där universitetssjukvården förväntas gå före och sprida vidare till den övriga hälso- och sjukvården.

Det område där enkätsvaren tyder på behov av utveckling gäller gemensamma strategier för innovation, där tre regioner uppger att de har en sådan, två uppger att de är under framtagande och två saknar en sådan strategi, se tabell 33.

Tabell 33: Strategi för innovationer

Har landstinget/regionen och universitetet en gemensam skriftlig och på ledningsnivå beslutad strategi eller motsvarande som stödjer innovationer i hälso- och sjukvården vid USV-enheterna till följd av utvecklingsarbete respektive forskningsresultat?

Landsting/region	Utvecklingsarbete	Forskningsresultat
Västerbotten	Nej	Nej
Uppsala	Nej	Nej
Stockholm	Nej, men är under framtagande	Nej, men är under framtagande
Örebro	Ja	Ja
Östergötland	Ja	Ja
Västra Götaland	Nej, men är under framtagande	Nej, men är under framtagande
Skåne	Ja	Ja

Källa: Socialstyrelsens enkät 2017.

Alla regioner utom en uppger att de har stimulerat ett evidensbaserat och utvärderingsbart utvecklingsarbete i hälso- och sjukvården under perioden 1 januari 2015 – 31 maj 2017. I Uppsala pågår ett arbete med att utveckla evidensbaserade arbetssätt inom vården men detta sker inte i samarbete med universitetet däremot är flera medarbetare som har anställning inom både universitet och landsting/sjukhus involverade i detta arbete.

Tabell 34: Evidensbaserat och utvärderingsbart utvecklingsarbete

Har landstinget/regionen och universitetet stimulerat ett evidensbaserat och utvärderingsbart utvecklingsarbete i hälso- och sjukvården under perioden?

Landsting/region	Svar
Västerbotten	Ja
Uppsala	Nej
Stockholm	Ja
Örebro	Ja
Östergötland	Ja
Västra Götaland	Ja
Skåne	Ja

Källa: Socialstyrelsens enkät 2017.

Alla regioner uppger att de har ett systematiskt arbete för att tillhandahålla och stödja implementering av kunskapsstöd, se tabell 35.

Tabell 35. Implementering av kunskapsstöd

Arbetar landstinget/regionen systematiskt för att tillhandahålla och stödja implementering av aktuella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården? (1 januari 2015–31 maj 2017)

Landsting/region	När det gäller tillhandahållande av aktuella kunskapsstöd	När det gäller implementering av kunskapsstöd
Västerbotten	Ja	Ja
Uppsala	Ja	Ja
Stockholm	Ja	Ja
Örebro	Ja	Ja
Östergötland	Ja	Ja
Västra Götaland	Ja	Ja
Skåne	Ja	Ja

Källa: Socialstyrelsens enkät 2017.

I alla regioner finns olika former av organiserat stöd för evidensbaserad hälso- och sjukvård, t.ex. HTA-enheter.

Alla regioner uppger att de genom uppföljning säkerställer att aktuella kunskapsstöd används i hälso- och sjukvården, se tabell 36.

Tabell 36. Används kunskapsstöd

Hur säkerställer landstinget/regionen att aktuella kunskapsstöd används I hälso- och sjukvården?

Landsting/region	Genom uppföljning	På annat sätt
Västerbotten	Ja	Nej
Uppsala	Ja	Nej
Stockholm	Ja	Nej
Örebro	Ja	Nej
Östergötland	Ja	Nej
Västra Götaland	Ja	Nej
Skåne	Ja	Ja

Källa: Socialstyrelsens enkät 2017.

I enkäten efterfrågade Socialstyrelsen om landstinget har en strategi som anger hur kompetensutbyte ska ske mellan universitetssjukvårdsenheter regionalt och övriga landet. Tabell 37 visar på ett varierat resultat. Ett lednings-

organ, Skåne, uppgav att de har en strategi som täcker in alla delar som efterfrågas. Fem ledningsorgan uppgav att de har en strategi för samverkan med övriga hälso- och sjukvården regionalt. Det förekommer också strategier eller motsvarande i landstinget men som inte är gemensamt framtaget i ledningsorganet.

Tabell 37. Kompetensutbyte

Anges det, i strategin hur kompetensutbyte mellan USV-enheter och övriga delar av hälso- och sjukvården i regionen och/eller övriga delar av landet ska ske när det gäller utveckling av hälso- och sjukvården?

Landsting/region	Ja, avseende kompetensutbyte mellan USV-enheter regionalt	Ja, avseende kompetensutbyte mellan USV-enheter i övriga landet	Ja, avseende kompetensutbyte mellan USV-enheter och övriga hälso- och sjukvården regionalt	Ja, avseende kompetensutbyte mellan USV-enheter och hälso- och sjukvården I övriga landet
Västerbotten	Ja	Nej	Ja	Nej
Uppsala	Nej	Nej	Nej	Nej
Stockholm	Ja	Ja	Ja	Nej
Örebro	Ja	Nej	Ja	Nej
Östergötland	Nej	Nej	Ja	Nej
Västra Götaland	–	–	–	–
Skåne	Ja	Ja	Ja	Ja

Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2017.

Frågan förutsätter att ledningsorganet tagit fram en strategi (följdfråga). I Västra Götaland saknas en strategi och de har därför inte besvarat frågan.

Utveckling av hälso- och sjukvård i respektive ALF-region

Utveckling av hälso- och sjukvård i Västerbotten

Det finns en etablerad organisation för ett evidensbaserat utvecklingsarbete och systematiserat arbete med införande och utmönstring av metoder. Läkare, landstingsanställda och kombinationsanställda universitetslärare deltar i nationella expertgrupper och utarbetar vårdprogram och behandlingsriktlinjer för olika diagnosgrupper.

De nationella kvalitetsregistren ger värdefullt underlag för ett evidensbaserat utvecklingsarbete även regionalt. För nationella riktlinjer har regionala beredningsprocesser organiserats. Dessa resulterar i gapanalyser för vården i de fyra norrlandstingen och i förekommande fall regionvården. I beredningen medverkar verksamhetsrepresentanter från hela vårdkedjan och regionen, ofta det regionala läkemedelsrådet samt ekonomisk expertis. Beredningarna medför professionellt kunskaps- och erfarenhetsutbyte kring stora vårdområden.

Utveckling av hälso- och sjukvård i Uppsala

I enkätsvaren uppges att ingen formell samverkan finns mellan landstinget och universitetet vid arbete med riktlinjer, vårdprogram, stöd för implementering av aktuella kunskapsstöd. Däremot ingår flera personer med förenade anställningar inom båda områdena så i praktiken finns ett både omfattande och långtgående samarbete mellan landstinget och universitetet.

I enkätsvaret anges att anledningen till att man inte har en formell samverkan i dessa frågor är att utvecklingen av hälso- och sjukvård i huvudsak bedrivs av landstinget. Det finns en enhet för kunskapsstöd som bl.a. arbetar med att tillhandahålla och implementera nya metoder och avveckling av behandlingsmetoder.

Utvecklingen av ett evidensbaserat arbete pågår och det finns specialitetsråd och programråd för utveckling av hälso- och sjukvården inom en viss specialitet eller diagnos.

Utveckling av hälso- och sjukvård i Stockholm

Ambitionen i regionen är att forskningens resultat ska komma patienten till nytta genom en väl utvecklad organisation och process för kunskapstillämpning och kunskapsspridning i hälso- och sjukvården och genom en effektiv innovationsprocess.

Metodrådet för Stockholms läns landsting (SLL)-Gotland, Stockholms medicinska råd, Akademiskt specialistcentrum och Akademiskt primärvårdscentrum anges som exempel på olika funktioner som bidrar till utveckling av hälso- och sjukvården. Även FoUU-kommittéerna utgör en viktig funktion genom sitt uppdrag att stödja universitetssjukvårdsenheterna (USVE) i utvecklingsarbetet och genomföra uppföljningar.

Ett exempel på projekt är samverkansprogrammet 4D som syftar till att skapa bättre förutsättningar för vård och forskning som gör det möjligt att omsätta ny kunskap till individanpassad prevention, tidig diagnostik och behandling. Program 4D omfattar fyra diagnoser, några av de vanligaste folksjukdomarna: artriter, bröstcancer, diabetes typ 2, hjärtsvikt. Utöver de fyra diagnoserna finns ett eget projekt för informationssystem. Informatiken möjliggör att information från journaler, e-hälsokonton, kvalitetsregister och biobanker kan länkas samman. Inom Program 4D har samverkan skett med såväl näringsliv som patienter. Arbetet har hittills resulterat i 12 generaliserbara lösningar.

Utveckling av hälso- och sjukvård i Örebro

Inga specifika satsningar riktade till universitetssjukvårdsenheter (USVE) har gjorts utan dessa omfattar hela hälso- och sjukvården. Generella satsningar har genomförts bl.a. inom innovation och kunskapsstyrning.

Som stöd för utvecklingsarbetet finns t ex ett råd för medicinsk kunskapsstyrning, en HTA-enhet (CAMTÖ), ett programråd för diabetes, cancer, KOL, en kunskapsstyrningsgrupp, sjukvårdsregionala utvecklingsgruppen, regionalt registercentrum och regionalt cancercentrum (RCC). Funktionerna bidrar på olika sätt till att öka förutsättningarna för utvecklingsarbete på lokal nivå, omsättning av forskningsresultat till praktik och att bedriva ett evidensbaserat och utvärderingsbart utvecklingsarbete.

Utveckling av hälso- och sjukvård i Östergötland

I enkätsvaren uppges att ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete sker med mål och indikatorer för uppföljning. Som en del i det interprofessionella lärandet ingår en kurs i förbättringskunskap.

Regionen har ett övergripande samarbetsavtal för hur parterna gemensamt avser att samordna verksamhet av ömsesidig betydelse för utveckling av såväl hälso- och sjukvård som regionalt utvecklingsarbete i övrigt. I det regionala ALF-avtalet finns riktlinjer för att enheter inom universitetssjukvården följer, implementerar utveckling av diagnostik, behandling och vård med ett system för evidensbaserat, ordnat införande och främjar innovationer. Dessutom finns en infrastruktur för innovationsomhändertagande inom både universitetets och regionens organisation.

Utveckling av hälso- och sjukvård i Västra Götaland

Regionen har utarbetat resultatindikatorer för utvärdering och förbättringsarbete, rutiner för rapportering till nationella och internationella kvalitetsregister samt utvecklat samverkan med akademin och andra landsting. Health Technology Assessment (HTA)-centrum är en viktig stödresurs där det pågår ett kontinuerligt arbete för att stärka och utveckla en evidensbaserad utveckling av hälso- och sjukvården. HTA arbetar systematiskt för att tillhandahålla och stödja implementering av aktuella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården.

I regionen finns också en innovationsplattform med bl.a. innovationssluss som hjälper medarbetare att värdera, utveckla och hitta rätt sammanhang för sina idéer.

Strategiska satsningar på att utveckla regionen inom spetsområden, t ex robotkirurgi, barnhjärtkirurgi, organtransplantation, KOL och Framtidens vårdavdelning pågår.

Utveckling av hälso- och sjukvård i Skåne

Enligt svaren i Socialstyrelsens enkät till ledningsorganen samt underlag i bifogade styrdokument framgår att det finns enheter för kunskapsstyrning, läkemedelsstyrning och strategisk kvalitetsutveckling. Det finns även en styrgrupp för forskning och ordnat införande samt en strukturerad process för ordnat införande och ordnad utmönstring av metoder.

Det finns också en strukturerad process för implementering samt en systematisk användning av nationella kvalitetsregister och aktivt deltagande i kvalitetsregisterarbete på alla nivåer.

Bilaga 4. Aktiviteter vid universitetssjukvårdsenheter och regionala ledningsorgan – exempel

Under Socialstyrelsens granskning av 34 universitetssjukvårdsenheter har flera exempel på arbeten hos enheterna eller från regionerna avseende stöd för forskning, utbildning och utveckling iakttagits, nedan presenteras några av dessa arbeten.

Klinisk forskning

”Från student till docent” med karriärplanering

Från student till docent är ett koncept för att stötta studenter och medarbetare på vägen till en docentur samt för att behålla respektive rekrytera intresserade medarbetare till klinisk forskning. De olika beståndsdelarna i konceptet utgörs av en ”karriärtrappa”, där forskningsintresserade studenter och forskningsaktiva medarbetare kan ta sig vidare steg för steg i sin forskarkarriär. Redan under grundutbildningen finns det stipendier att söka och efter examen kan ytterligare medel sökas beroende på inriktning.

Konceptet tillämpas i någon form av flera landsting och ger en tydlig signal om karriärvägar och vilka stöd som kan erhållas i form av t ex kurser, avsatt tid för forskning, lönepåslag för doktorsexamen och docentur.

Ett konkret exempel är att studenter rekryteras redan under studietiden till forskarsommarskola vilket innebär att studenten introduceras till forskningsarbete tidigt i sin karriär och därmed också att yngre forskare kan nå docentur.

Inom en av regionerna pågår ett aktivt utvecklingsarbete och en revision genomfördes hösten 2016 för att stärka och utveckla konceptet ytterligare, bl.a. har en programansvarig strateg tillsatts. En viktig del i utvecklingen har varit införandet av kliniska forskarbefattningar (tidigare benämnda universitetsbefattningar; exempelvis universitetsöverläkare) för vårdens olika professioner. Kraven för att erhålla en forskarbefattning är att man är disputerad. Dessa finns fr om 2017 på två olika nivåer med olika mål: 1) att bli docent och 2) att utvecklas till senior forskningsledare.

Särskild tjänst för forskningsstöd i karriären ”från AT till docent”

Vid en universitetssjukvårdsenhet har en särskild deltidsdocentur inrättats för att ge forskningsstöd till ST-läkarnas vetenskapliga arbete. Genom docenturens täta kontakt med det nationella nätverket för forskning inom obstetrik och gynekologi (SNAKS) förmedlas många förslag på studier som lämpar sig för ST-läkarnas vetenskapliga arbete och som ger en god start för fortsatt

forskning i samarbete med forskare vid andra svenska kliniker. I tjänsten ingår även att vara behjälplig med projektplanering, ge metodstöd, förmedla statistikstöd, nyttjande av Gynop-register och vägar för att söka forskningspengar.

Tjänsten fungerar även som kontaktpunkt för forskningsintresserade vid mindre sjukhus i region som söker samarbetspartners och projektidéer. Även vetenskapliga arbeten som läkarstudenterna gör under termin 10 har fått stöd och bidragit till rekrytering av forskningsintresserade läkare.

Denna lösning har varit lyckosam i en situation då antalet erfarna forskningshandledare har varit för få vid universitetssjukvårdsenheten. Genom att avlasta dessa forskningshandledare en del av arbetet har fler vetenskapliga arbeten kunnat stimuleras och upprätthållas.

Systematisk planering och sammanhållen forskningstid

Vid några USV-enheter har särskilt arbete ägnats åt att planera forskningsarbetstid med god framförhållning. Genom att arbeta strukturerat med schemaläggning av klinik- och forskningstid ökar uttaget av forskningstid och klinikerna upplever mindre splittring i sitt arbete. På en enhet har även ett strukturerat schemaarbete tillsammans med universitetet genomförts för att säkerställa god framförhållning för seminarieledare och föreläsare.

En ytterligare framgångsfaktor för att få snabbare progression mot docentur i är att forskningsperioderna ligger i lite större block och inte i enstaka veckor. På de enheter där 50 procent kliniktid varvas med 50 procents forskningstid såg Socialstyrelsens granskningsteam reellt framåtskridande i forskningsarbetet.

Ett exempel är kliniska forskningsskolor för nya doktorander som genomförs på heltid under sex separata veckor plus tre dagar. Dessa block schemaläggs prioriterat för kursdeltagare.

Forskarskola i allmänmedicin

Den nationella forskarskolan i allmänmedicin upplevs av alla USVE som ett värdefullt bidrag till doktorandernas möjlighet att utveckla allmänmedicinsk klinisk forskningskompetens samt nationella forskningsnätverk.

Samtliga kompetenser med klinisk verksamhet i primärvården deltar och kan delta, dvs läkare, sjuksköterskor, psykologer, arbetsterapeuter, socionomer, fysioterapeuter.

Läkarutbildning

Nära samarbete mellan USV-enhet och universitet

Gott samarbete mellan USV-enhet och universitet sågs på de flesta USV-enheter. Engagerade kliniska handledare och återkoppling regelbundet mellan utbildningsansvariga på de respektive enheterna har lyfts fram från flera universitetssjukvårdsenheter som ett framgångskoncept för att säkra kvaliteten i utbildningen av framtidens läkare.

Vid de enheter där handledarna hade gått en pedagogisk handledarutbildning bekräftades ett värde av denna utbildning.

Värdegrundsarbete

Vid en USVE arbetade kursansvarig läkare aktivt med att påminna alla medarbetare som deltar i läkarutbildningen om den gemensamma värdegrunden som bl.a. innebär att gott bemötande, undervisning och handledning ingår som en naturlig del i arbetet.

Modell för handledarutbildning

Vid Socialstyrelsens fördjupade granskning iakttogs att flera av de professioner som handleder läkarstudenter saknar utbildning i pedagogik eller klinisk handledning avsedd för läkarstuderande vid VUF/VIL.

En modell som lyftes fram av några handledare under Socialstyrelsens granskning var den s.k. Stanford-modellen som utgår från lärarens beteenden och består av tre kurstillfällen, totalt två heldagar. Den bedrivs i mindre grupper, upp till åtta personer, och innehåller konkreta tips om vad man som handledare kan fokusera på. Därefter tränas man i att analysera beteenden genom att titta på videofilmer. Slutligen får handledarna praktisera dessa beteenden i rollspel.

Schemaläggningsapplikation och lathund

Vid en USVE fanns en applikation framtagen som ger studenterna uppdaterat schema för aktiviteter på mottagningar. Fördelningen av dagens handledare uppdateras dagligen och det var väldigt uppskattat av studenterna.

Utöver detta har en särskild inplastad lathund tagits fram att bära i fickan för att påminna och uppmärksamma student och handledare om vad som kan förväntas av dem emellan.

Utvärdering av läkarutbildningen

I några landsting utvärderas utbildningen genom kursråd där studenter ger återkoppling.

En variant är de särskilt framtagna skriftliga kursutvärderingarna *Klinik-Kurt* och *Kurs-Kurt*. *Kurt* är ett verktyg för enkäter, kursvärderingar, anmälningar och självtest på webben.

Ett annat exempel där studenterna följs på ett systematiskt sätt under termin 1 – 11 är genom överlämningar av information om studenterna görs mellan terminerna där kursansvariga möts. Både kursansvariga och studenter får muntlig och skriftlig information om eventuella förbättringsområden.

I ett annat landsting genomfördes regelbundet under hela läkarutbildningen kursnämndsmöten där representanter för studenter träffar kursansvariga för att diskutera både svagheter, problem och styrkor.

Andra exempel gäller psykiatrin där ledningen har extra enkäter till studenterna (utöver de programgemensamma) vilket uppskattades av studenterna.

Klinisk träning och bedömningsinstrument

Vid några av universitetssjukvårdsenheterna genomförs uppskattade case-övningar varje vecka, t ex dialog om utvald problematik, illustrerad som patientfall, där studenterna i förväg läst in sig. Kursansvarig läkare deltar som mentor under dialogen och tar även emot löpande kursutvärderingar.

Ytterligare exempel var:

- *Mini Clinical Evaluation Exercise* (Mini-CEX), som är en metod för att utvärdera studenter i det kliniska arbetet och att i samband med det ge feedback på prestationen. Metoden är en enkel modifiering av de traditionella praktiska patientproven, vilka bygger på medverkan av riktiga patienter samt att bedömningen görs av tränade kliniska handledare. Detta var mycket uppskattat bland studenterna och återkommer flera gånger under hela läkarutbildningen. Det ger värdefulla bedömningar av studenternas kunskaper och förmåga att bemöta och undersöka patienter. Mini-CEX medför att studenter som inte godkänns får göra om momentet i ett eller två steg för att godkännas men kan även innebära att studenten avskiljs från utbildningen.
- Ett annat exempel är *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE) som är en typ av examinationsmetod som genomförs upprepade gånger under utbildningen. Den upplevs mycket lärorik och studenterna önskar flera, gärna även som träning inför skarpa examinationer.
- Ett universitet har tillsammans med bl.a. kvinnokliniken lagt ned ett omfattande arbete på att finna en modell för att urskilja de studenter som inte är lämpliga för yrket. Förutom examen med OSCE med ca 15 stationer hör arbetet i *Studiesociala utskottet* hit, där en terminsvis värdering och aktiv överlämning till nästa termin sker. Vidare har man *strimman professionell utveckling* som följer studenten hela grundutbildningen med återkommande examen, bl.a. baserade på videoinspelningar av det professionella uppträdandet, konsultationsövningar med skådespelarpatienter.
- Ett ytterligare exempel är *Peer-learning* som används vid flera universitetssjukvårdsenheter. Det är en undervisningsmetod med lärande strategier där studerande lär med och av varandra utan omedelbart ingripande av lärare och handledare. Metoden innebär att två eller flera studerande tillsammans har olika strukturerade uppgifter att förbereda och lösa, diskutera och reflektera över innan de söker hjälp eller diskuterar vidare med en handledare. ett utvärderingsprojekt av metoden har påbörjats.
- Studenterna berättade att på flertalet VFU-placeringar i psykiatrin i ett landsting förekom tematiska utbildningsluncher. Läkarna och studenterna diskuterade t ex suicid, beroendepsykiatri, psykosbehandling, ur ett evidensperspektiv.

Utveckling av hälso- och sjukvård

Vårdprocesskartor för strukturerad användning av kunskapsstöd

Vårdprocesskartor är exempel på uppföljningsbara grafiskt översiktliga beskrivningar för all sjukvårdspersonal med patientansvar, över vilka åtgärder som bör vidtas vid olika tillstånd enligt nationella och regionala riktlinjer och kunskapsstöd. Kartan anger vid vilka tillstånd den är tillämpbar, vilka åtgärder som bör vidtas och av vem. Vårdprocesskartan är ett redskap för att stärka och följa upp ett strukturerat behandlingsarbete enligt gällande kunskapsstöd.

Multidisciplinär konferens och terapikonferenser

Multidisciplinär konferens (MDK) är vanligt förekommande i cancervården. Vid MDK deltar ofta flera specialister från flera discipliner, exempelvis kirurg, onkolog, patolog, radiolog och kontaktsjuksköterskor. En MDK är en omfattande granskning av cancersjukdomen hos en patient för att man ska kunna optimera behandlingen.

Det finns exempel där man avsatt resurser för att möjliggöra alla specialisters deltagande i MDK. Vid MDK används aktuellt nationellt vårdprogram som underlag. Beslut fattas om kommande vård och behandling för patienten. Motiv till eventuella avsteg från vårdprogrammet diskuteras gemensamt. Efter MDK följs patienten upp vid terapikonferenser.

Utveckling och användning av patientrapporterade utfallsmått

Inom barnkirurgin i ett landsting pågår ett arbete med att utveckla och implementera patientrapporterade utfallsmått i såväl kvalitetsregister, verksamhetsutveckling som klinisk uppföljning efter att barnen opererats. Ett arbete har lagts ned på att presentera frågor i en enkät till barnen på ett sätt som de förstår och känner igen. Enkäterna är barnanpassade med figurer och adapterade instruktioner.

I helhet är hypotesen att användningen av enkäten ska bistå barnen att komma till tals i aspekter som kan vara potentiellt viktiga att få hjälp med. Det hjälper också sjukvårdspersonal att ta upp och samtala kring dessa aspekter. USV-enheten hoppas att arbetet med patient-rapporterade utfallsmått ska facilitera ett nationellt nyttjande av patient-rapporterade utfallsmått i första hand i kvalitetsregistret SWEAPS.

Vid ett annat barnsjukhus finns flera barnråd/paneler inrättade med företrädare för barn, ungdomar, unga vuxna och föräldrar. Dessa träffar någon eller några gånger per termin chefer, kliniska företrädare, Barnombudsmannen i länet och ämnesansvariga. En av de unga patienterna har fått ett samordnande uppdrag för alla råden. Med barnråden diskuteras bl.a. hur övergångar till vuxensjukvården bäst riggas, hur lekterapin bör utformas, hur man lättare ska hitta i sjukhusbyggnaden eller hur vårdkedjor enklare arrangeras. Många på sjukhuset vittnar om att synpunkterna har varit av värde i förbättringsarbetet. Det finns 5 barnråd och en tonåring är koordinator/samordnare.

Barncertifiering - tillsammans med universitetssjukhus och Barnombudsmannen har det tagits fram en prototyp för ett nationellt underlag för att granska en verksamhetsanpassning för barn.

Ett landsting har även en PREM-applikation, tillgänglig för hela universitetssjukhuset, med enkla frågor om delaktighet, respekt, information, bemötande i mobil efter en sjukvårdskontakt.

Bilaga 5. Från forskning till praktik – exempel

I enkäten till de regionala ledningsorganen efterfrågades exempel på områden där resultaten från forskning omsatts till praktik (fråga 22). Nedan sammanfattas svaren från respektive region. Texterna innehåller fackspråk och några av exemplen redovisas på engelska.

Västerbotten

Ändrad behandling av lokalt avancerad prostatacancer

Studier vid Cancercentrum, Norrlands Universitetssjukhus har resulterat i tillägg av lokal strålterapi vilket märkbart har ökad överlevnaden bland patienter med avancerad prostatacancer.

Resultaten uppmärksammades även internationellt (Reitman Euro Urol 2009) med ändrade rekommendationer i många länder och i Sverige (i t.ex. Prostatacancer Nationellt vårdprogram, 2015).

Tidig vs. sen avnavling (avklämning av navelsträngen) efter födelsen i samband med vanliga förlossningar

En forskargrupp i Umeå genomförde en randomiserad klinisk prövning som visade att sen avnavling leder till minskad risk för blodbrist och järnbrist samt förbättrad finmotorik hos barnen vid 4 års ålder.

Detta har lett till förändrade rutiner i Sverige och även internationellt. År 2016 ändrades de amerikanska ACOG (American Congress of Obstreticians and Gynecologists) riktlinjerna med hänvisning till deras resultat.

Uppsala

Ingen effekt av borttagande av tromb från kranskärl vid akut hjärtinfarkt

En studie genomfördes om effekten av borttagande av tromb från kranskärl.

Resultaten från denna studie har legat till grund för ändrade behandlingsriktlinjer där den tidigare behandlingsalgoritmen som på ungefär hälften av klinikerna inkluderade mekaniskt avlägsnande av tromb från kranskärl vid akut hjärtinfarkt nu ändrats.

Studien Nordic NEC

Studien Nordic NEC (neuroendokrint carcinom) är en registerbaserad studie i Norden där kliniska data samlats kring patienter med snabbprolifererande neuroendokrina tumörer.

Studien visade att patienter med NEC med proliferation 20–55% svarar sämre på gängse cytostatikabehandling i form av platinumbaserad kombination än patienter med proliferation >55%, men att de med lägre proliferation lever längre. Detta har medfört att man nu ändrat behandlingsrekommendationerna för denna patientgrupp i internationella guidelines och initierat ett flertal kliniska prövningar för att hitta bättre behandling för patienterna.

Stockholm

The Karma project

The Karma project is conducted in close collaboration with four hospitals in Sweden, Södersjukhuset, Helsingborg, Landskrona and Lund. Women attending a mammography, screening or clinical, at any of these hospitals were invited to participate in the Karma project. During 27 months, January 2011 – March 2013, 71,876 women chose to participate in Karma

The Karma cohort is the best characterized breast cancer cohort in the world and a unique resource for future studies of risk and prognosis of breast cancer. The work is focused on generating a risk prediction model allowing the identification of the individual risk of breast.

One of the key aims of the Karma Project is to identify the women that eventually will be diagnosed with breast cancer. In collaboration with the Swedish mammography-screening program we identified increased levels of mammographic density, microcalcifications and suspicious lumps in the breast as key factors for breast cancer risk. A risk model was created to identify the women who are at high risk after a negative mammography to develop breast cancer until the next mammography visit. In the paper (Eriksson et al, 2017) is shown that the high-risk women had a nearly 9-fold increased risk of breast cancer compared to the low risk women. In the full model, also accounting for age of the woman, body-mass-index, use of hormonal replacement therapy, and family history of breast cancer, a small proportion of women who had a very high risk for breast cancer within two years after a regular mammography visit was identified.

The paper was published in Breast Cancer Research, March 2017.

Cardiac Arrest

Out-of-hospital cardiac arrest (OHCA) is a major public health issue which claims the lives of 10,000 Swedes annually. In case of cardiac arrest, immediate and effective cardio-pulmonary resuscitation (CPR) and defibrillation are of absolute necessity to increase the otherwise low chance of survival. Currently, 90% of these patients do not survive. The Centre for Resuscitation Science(CRS) at Karolinska Institutet and the Stockholm South General Hospital consists of unique comprehensive interventional projects which include initial treatment of cardiac arrest patients and patients with myocardial. CRS have studied 1) is simplified cardiopulmonary resuscitation (CPR) using chest compressions only as good as CPR using both chest compressions and ventilations? 2) Is CPR really a lifesaving treatment in cardiac arrest? 3) Can

mobile positioning of volunteer “SMSlifesavers” increase survival rates by reducing time to defibrillation?

CRS found equal survival when dispatcher recommended a more simplified telephone instruction (chest compression only instruction) to caller without knowledge of CPR. Furthermore, a threefold chance of survival if bystander performed CPR versus no CPR in OHCA was demonstrated. Instructions on how to perform CPR provided by emergency dispatch operators over the phone are now a standard treatment and included in AHA and ERC recommendation/guidelines and are standard treatment in dispatch centres all over the world infarction in the home and ambulance to management at the hospital. In an RCT (randomiserad kontrollerad studie) conducted in Stockholm it was showed that the rate of bystander CPR could be increased by 30 % in cases of system activation. An ongoing study will investigate the impact on survival when the ability to locate the closest Automated External Defibrillator (AED) as added to the system. In an RCT conducted in Stockholm it was showed that the rate of bystander CPR could be increased by 30 % in cases of system activation. An ongoing study will investigate the impact on survival when the ability to locate the closest Automated External Defibrillator (AED) as added to the system.

Örebro

Radical prostatectomy or watchful waiting in early prostate cancer

Studien *Radical prostatectomy or watchful waiting in early prostate cancer refereras i Prostatacancer* refereras till I Nationellt vårdprogram 2015. Studien har fått stor nationell och internationell påverkan på prostacancervård.

I denna jämförande randomiserade multicenterstudie mellan operativt avlägsnande av prostatakörteln eller ingen initial behandling för patienter med lokaliserad prostatacancer som startade 1989 ingår 695 män från Sverige Finland och Island. Fram till och med 2012 med 18 års uppföljning har 5 uppföljningar genomförts och 5 vetenskapliga artiklar har publicerats i New England Journal of Medicine. Under 2018 genomförs en ny utvärdering av resultaten med 23 års uppföljning och 80 % av de ingående patienterna har nu avlidit. Det föreligger en signifikant bättre total överlevnad bland de opererade och risken att dö av prostatacancer är cirka 10 % lägre i operationsgruppen. Män yngre än 65 år med lite allvarligare tumör har bäst nytta av operationen medan de äldre och de med beskedliga tumörer inte har någon signifikant förbättrad överlevnad. Livskvalitén för patienterna har utvärderats i speciella studier och de opererade har större risk att drabbas av urinläckage och potenspåverkan. Huvudansvaret för studien har Urologkliniken i Örebro.

Studieresultaten har påverkat behandlingsstrategin vid lokaliserad prostatacancer i Sverige och finns med i Nationella Riktlinjer för Prostatacancer. De överensstämmer även med motsvarande riktlinjer som finns internationellt i många länder. I dessa riktlinjer har man infört ett alternativ till kurativt syftande behandlingar i form av Aktiv Monitorering då man vid beskedligare

nyupptäckta lokaliserade tumörer föreslår att man utan behandling följer förloppet och om prostatacancern progredierar kan man föreslå patienten operation eller strålbehandling. Man föreslår också att patienter som drabbas av en beskedlig lokaliserad prostatacancer med förväntad överlevnad på mindre än 10 år kan följas i förloppet och erbjudas behandling om sjukdomen progredierar och ger besvär.

Thrombus aspiration during ST-segment elevation myocardial infarction

Studien *Thrombus aspiration during ST-segment elevation myocardial infarction* refereras bl.a. i Mest sjuka äldre och nationella riktlinjer, Socialstyrelsen 2015. Studien har fått stor nationell och internationell påverkan på hjärtinfarktvård.

The TASTE study has had impact on two major levels:

1. European treatment guidelines. The initial publication (NEJM 2013) and a meta-analysis on the three largest thrombus aspiration studies including TASTE (Circulation 2017) have been instrumental in downgrading thrombus aspiration in ST-elevation myocardial infarction from Class IIa (should be considered) to III, level of evidence A (not recommended) (Eur. Heart J Jan 2018) likely saving lives (risk of stroke is elevated) and money. Also quoted in Swedish national guidelines (Mest sjuka äldre och nationella riktlinjer, Socialstyrelsen 2015).
2. The trial introduced the registry-based clinical trial (RRCT) concept which was hailed as a disruptive technology in clinical research (NEJM 2013) facilitating high-quality mega trials on a low budget. Three additional practice-changing RRCTs have been published (iFR-SWEDEHEART, NEJM 2017, VALIDATE, NEJM 2017 and DETOX, NEJM 2017) and 8 RRCTs are ongoing in Sweden alone.

Östergötland

The impact of adjusted work conditions and disease modifying drugs on work ability

Studien *The impact of adjusted work conditions and disease modifying drugs on work ability* – studien gäller patienter med multipel skleros (MS) och som följd av studien utvärderas arbetsförmåga vid varje årsbesök och förs in i svenska neuroregistret för Multipel Skleros (MS-registret).

Datortomografi för misstänkt kranskärlssjukdom

Studien *Datortomografi för misstänkt kranskärlssjukdom* – funktionsbedömning av hjärt/kärl-systemet (klaffel, shuntar, aortasjukdom samt komplex medfödd hjärtsjukdom) baserat på blodflöden med icke-invasiv magnetkamerateknik har börjat användas kliniskt på olika ställen i världen och kommer att implementeras på bredare front i vården inom de närmaste åren. Särskilt då analysmetoderna blivit ännu mera användarvänliga.

Parallellt med utveckling av magnetkamerateknik är också Centrum för medicinsk bildvetenskap och visualisering (CMIV) drivande i utvecklingen av datortomografi vid kranskärlssjukdom.

Västra Götaland

Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects

Studien *Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects* – den prospektiva, kontrollerade svenska obesitasstudien involverade 4047 patienter. Av dessa genomgick 2010 bariatrisk kirurgi (operationsgrupp) och 2037 fick konventionell behandling (matchad kontrollgrupp). Den genomsnittliga uppföljningstiden var 10,9 år.

Resultatet visade att bariatrisk kirurgi för svår fetma är förknippad med långsiktig viktminskning och minskad total mortalitet.

Impact of pulse oximetry screening on the detection of duct dependent congenital heart disease

Studien *Impact of pulse oximetry screening on the detection of duct dependent congenital heart disease: a Swedish prospective screening study in 39,821 newborns* – om en utvärdering av användningen av pulsoxymetri för tidig upptäckt av livshotande kongenital hjärtsjukdom. En prospektiv screeningstudie med en ny generations pulsoximeter före utskrivning genomfördes. En cohortstudie som jämförde detekteringsgraden av ductusberoende cirkulation i Västra Götaland med den i andra regioner som inte använde pulsoximetriscreening. Dödsfall hemma med oupptäckt ductusberoende cirkulation inkluderades.

Resultatet visade att 29 barn vid välskötta förlossningsenheter i Västra Götaland hade en ductusberoende cirkulation oupptäckt före undersökning av neonatal utskrivningsundersökning. Introduktion av pulsoxymetriscreening före utskrivning förbättrade detektiven av ductusberoende cirkulation till 92%.

Screening förefaller kostnadsneutral på kort sikt, men det sannolika förebyggandet av neurologisk morbiditet och minskat behov av preoperativ neonatal intensivvård antyder att screening kommer att bli kostnadseffektiv på lång sikt.

Skåne

Temperaturreglering efter hjärtstopp närmare den normala kroppstemperaturen jämfört med att kyla djupare

Artikeln *Targeted temperature management at 33 degrees C versus 36 degrees C after cardiac arrest, The New England journal of medicine* – bygger på en randomiserad klinisk studie som visar att temperaturreglering efter

hjärtstopp närmare den normala kroppstemperaturen är lika fördelaktig avseende överlevnad och neurologisk funktion jämfört med att kyla djupare, vilket tidigare varit praxis.

Denna studie har påverkat klinisk praxis globalt och lett till att många nu överger mer intensiva nedkylningsstrategier, för att istället behålla en kroppstemperatur precis under det normala och undvika feber.

Resultaten inkluderades i internationella riktlinjer från American Heart Association och European Resuscitation Council samt advisory statements från International Liaison Committee on Resuscitation under 2015 då den rekommenderade intervallen av temperaturreglering vidgades till mellan 32°C och 36°C.

Menisker opereras i onödan

Menisker opereras i onödan är forskningsstudier som genomförts i samarbete med amerikanska kollegor och som publicerats bland annat i den vetenskapliga tidskriften The New England Journal of Medicine.

Studien var banbrytande då den fastslog att trasiga menisker är extremt vanliga; det finns i var tredje knäled hos medelålders och äldre personer från bakgrundsbefolkningen. Risken för bifynd av "meniskskada" vid magnetkameraundersökning av knäleden är därmed stor, vilket riskerar trigga många onödiga knäledsartroskopier med borttagande av meniskvävnad.

Forskningen har lett till ändrade riktlinjer (från BMJ och ESSKA till exempel) för behandling av meniskskador.

Bilaga 6. Metod och genomförande

Socialstyrelsen har i stort följt det upplägg för utvärderingen som beslutats av nationella styrgruppen för ALF och utgått från ALF-avtalet sant de underlag som beslutats av nationell styrgrupp för ALF, se bilagorna 8 och 9.

Projektupplägg

Uppdraget har genomförts i flera delprojekt med olika projektorganisation:

1. Enkätundersökning till regionala ledningsorgan för ALF-avtalet
2. Enkätundersökning till samtliga 202 USVE
3. Metodutveckling för fördjupad granskning
4. Fördjupad granskning inom ett urval av universitetssjukvårdsenheter.
5. Förslag till miniminivåer
6. Regionala konferenser/platsbesök
7. Bedömningsseminarium
8. Rapport

Expertpanel

För arbetet med fördjupad granskning i ett urval universitetssjukvårdsenheter, förslag till miniminivåer och genomförande av samt för arbetet med samlad bedömning har Socialstyrelsen tillsatt en expertpanel som tillsammans med utredare från Socialstyrelsen genomfört arbetet.

I expertpanelen har ingått representanter för universitet och landsting varav flera är verksamhetschefer inom universitetssjukvården.

Referensgrupp

Den nationella styrgruppen för ALF har varit projektets referensgrupp.

Förslag till miniminivåer

I Socialstyrelsens uppdrag har ingått att ta fram förslag till miniminivåer för vad universitetssjukvården bör uppnå. Underlag för miniminivåer har varit ALF-avtalet och de kriterier som den nationella styrgruppen för ALF beslutat om. Även resultaten från enkäten till universitetssjukvårdsenheterna har varit ett underlag i arbetet med att ta fram miniminivåer.

Förslaget till miniminivåer har tagits fram genom en process där expertpanelen tillsammans med Socialstyrelsen tagit fram ett förslag till miniminivåer. Vi har inhämtat synpunkter på förslaget under perioden oktober 2017 till mitten av februari 2018.

Förslaget till miniminivåer har diskuterats med de regionala ledningsorganen tillsammans med utvalda universitetssjukvårdsenheter, i hela landet. Förslaget till miniminivåer har stämts av med Vetenskapsrådet, Sveriges Kommuner och Landsting samt med Universitetsskanslerämbetet (i de delar som rör läkarutbildning). Förslaget har diskuterats vid flera tillfällen med den nationella styrgruppen för ALF för att inhämta synpunkter och förbättringsförslag. Socialstyrelsen har tillsammans med expertpanelen därefter tagit fram slutligt förslag till miniminivåer. Förslagen till miniminivåer presenteras i kapitel *Socialstyrelsens förslag till miniminivåer*.

Fördjupad granskning av ett urval universitetssjukvårdsenheter

Socialstyrelsen har genomfört en fördjupad granskning med platsbesök hos ett urval universitetssjukvårdsenheter (USVE). Totalt har 34 platsbesök, med flertal intervjuer, genomförts inom fem områden. Inom området kvinnosjukvård har en region inte utsett en USVE ännu, därför har sex platsbesök genomförts inom kvinnosjukvården. För övriga områden är det sju platsbesök som genomförts per område. En USVE per område per region har besökts av Socialstyrelsens granskningsteam. De områden som valts ut gäller

- barnsjukvård
- kvinnosjukvård
- onkologi
- psykiatri
- allmänmedicin/primärvård

Områdena är valda utifrån att de är angelägna områden där det skett särskilda nationella satsningar.

Varje platsbesök har genomförts av ett granskningsteam om två experter/utredare inom området. Granskningsteamen har bestått av representanter för expertpanelen och utredare från Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen utvecklade en metod för granskningen med inspiration från SPUR-granskningar och utifrån Socialstyrelsens tidigare erfarenheter från platsbesök i arbetet med uppbyggnaden av regionala cancercentrum.

Granskningsteamen har läst in sig på material, genomfört platsbesök och sammanställt sina iakttagelser och återkopplar dem till enheten och till ledningsorganen vid de regionala mötena där även representanter för universitetssjukvårdsenheterna deltagit.

Till sin hjälp har granskningsteamen haft en särskild granskningsmall och enkätsvaret för den enhet som ska besökas och andra underlag från enheterna samt annan inhämtad information från exempelvis enheternas websidor. De enheter som besökts har bistått med förberedelser genom att sammanställa intervjuschema, sända underlag till Socialstyrelsen samt ordna lokal för intervjuer och visning av lokaler och utrustning.

Strukturerade intervjuer vid platsbesöken har genomförts med verksamhetschef (eller dess underordnade chef för universitetssjukvårdsenheten), FoU-ansvarig, studierektor/kursansvarig, läkarstuderande, handledare för

doktorander och läkarstuderande, doktorander, forskare samt i förekommande fall, patient- och närståendeföreträdare.

Material som enheterna lämnat inför platsbesöken har ofta gällt exempel på halvtidsseminarium och/eller disputation sedan den 1 januari 2015, exempel från aktuell vetenskaplig produktion och deltagande i kliniska studier, exempel på medverkan vid vetenskapliga möten, exempel på kursinformation till läkarstudenterna inför klinikplacering (lärandemål, checklista, scheman, examinationer mm), beskrivning av praktisk information inför klinikplacering för läkarstuderande, ledningssystem för arbetet med medicinska riktlinjer, vårdprogram och förbättringsarbete avseende utvecklingen av hälso- och sjukvården, ett exempel på förbättringsarbete avseende utveckling av hälso- och sjukvården samt verksamhetsberättelse.

Ett platsbesök har oftast genomförts under en dag och har börjat med morgonmöte, därefter intervjuer och visning av lokaler och utrustning för att sedan avslutas med uppsamlingsmöte för en första återkoppling från granskningsteamet. Därefter har granskningsteamen sammanställt sina iakttagelser som presenterades dels för universitetssjukvårdsenhetens ledning, dels diskuterades i regionala möten, se nedan.

Arbetet med fördjupad granskning pågick från slutet av oktober 2017 till och med februari 2018.

Regionala möten

När alla platsbesök genomförts i en region har Socialstyrelsen tillsammans med ledningsorganet i regionen ordnat ett gemensamt möte där representanter för det regionala ledningsorganet (universitetet och landstinget) och verksamhetschefer för universitetssjukvårdsenheter. Från Socialstyrelsen deltog projektledare och utredare samt expertpanelen. Vid dessa möten redogjorde Socialstyrelsen för sina iakttagelser från genomförda platsbesök, resultaten diskuterades i regionen.

Vid mötet inhämtades även synpunkter och förbättringsförslag avseende Socialstyrelsens förslag till miniminivåer.

Enkätundersökningar

Socialstyrelsen utarbetade och genomförde våren/sommaren 2017 två webbenkäter, dels till de 202 universitetssjukvårdsenheterna i de sju landstingen, dels till de sju regionala ledningsorganen.

Frågorna i enkäten utarbetades av Socialstyrelsen baserat på det nationella ALF-avtalet samt underlag som den nationella styrgruppen för ALF beslutat, vilket bland annat innehöll tillägg avseende definitionen av universitetssjukvård enligt ALF-avtalet och kriterier för universitetssjukvård, se ovan om *Nationell styrgrupp för ALF*.

Beredning av enkätundersökningarna

Vetenskapsrådets och Socialstyrelsens respektive regeringsuppdrag presenterades och diskuterades vid ett dialogmöte, med representanter för ingående

landsting och universitet den 25 april 2017, anordnat av Vetenskapsrådet i samverkan med Socialstyrelsen.

Under juni 2017 skickade Socialstyrelsen enkäterna för synpunkter och kvalitetssäkring till representanter för nationella styrgruppen för ALF samt kontaktpersoner i de sju ledningsorganen och en universitetssjukvårdsenhet per landsting.

Vidare samrådde Socialstyrelsen med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i enlighet med förordning (1982:668) om statliga myndigheters inhämtande av uppgifter från näringsidkare och kommuner. Socialstyrelsen samverkade även med Vetenskapsrådet om enkätundersökningarna avseende t.ex. definitioner, alternativa datakällor och uppgiftslämnarbörda.

De inkomna synpunkterna bidrog till att vissa frågor, svarsalternativ och definitioner förtydligades innan webbenkäterna skickades ut.

Socialstyrelsens enkätundersökning till universitetssjukvårdsenheterna

Webbenkäten (bilaga 10) till universitetssjukvårdsenheterna skickades i juni 2017 till kontaktpersoner vid 202 universitetssjukvårdsenheter enligt mottagarlistor från de regionala ledningsorganen. Datainsamlingen pågick 30 juni t.o.m. 19 september 2017.

Frågorna i enkäten avsåg att (huvudsakligen) mäta förhållanden i verksamheterna 1 januari 2015 – 31 maj 2017. Enkäten innehöll frågor inom följande områden:

- Klinisk forskning
- Utbildning av läkare
- Utveckling av hälso- och sjukvården
- Infrastruktur

Socialstyrelsens enkätundersökning till de regionala ledningsorganen

Webbenkäten (bilaga 10) till de regionala ledningsorganen skickades i juli 2017 till sju kontaktpersoner/mottagare som utsetts av respektive ledningsorgan. Datainsamlingen pågick 10 juli t.o.m. 19 september 2017. Frågorna i enkäten avsåg att (huvudsakligen) mäta förhållanden i verksamheterna 1 januari 2015 – 31 maj 2017. Enkäten innehöll frågor inom följande områden:

- Ledning och organisation
- Samverkan
- Kompetensförsörjning
- Klinisk forskning
- Utveckling av hälso- och sjukvården
- Infrastruktur

Resultatet av enkätundersökningarna

Enkäten till de regionala ledningsorganen besvarades av samtliga (100 procents svarsfrekvens) och enkäten till universitetssjukvårdsenheterna besvarades av samtliga 202 universitetssjukvårdsenheter (100 procents svarsfrekvens).

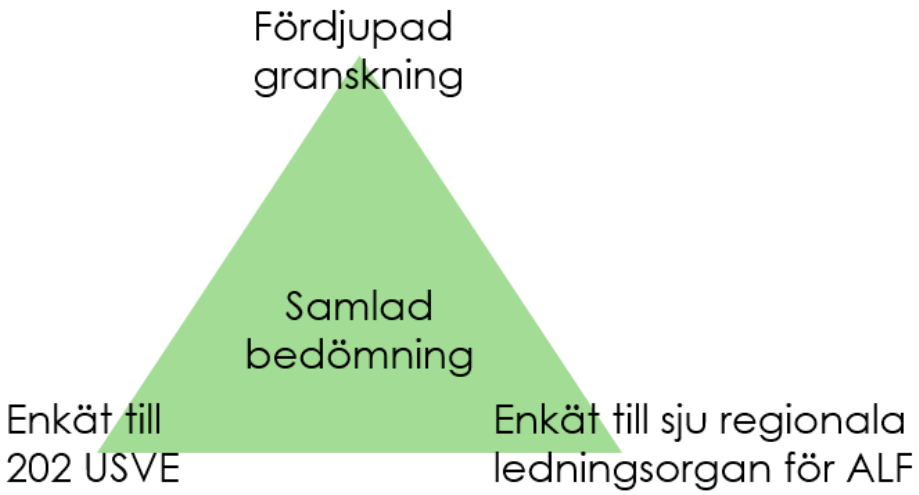
Socialstyrelsen har bearbetat svaren och ett urval resultat presenteras i kapitel *202 universitetssjukvårdsenheter – Resultat av enkätundersökning och Sju regionala ledningsorgan – resultat av enkätundersökning* .

Resultaten har legat till grund för arbetet med utvärderingen och fördjupad granskning samt för arbetet med att ta fram förslag till miniminivåer där data för riket var en av utgångspunkterna.

Bedömningsseminarium

Den 15–16 februari 2018 genomförde Socialstyrelsen ett bedömningsseminarium med expertpanelen och projektledningen.

Arbetet under bedömningsseminariet genomfördes med kvalitativ metod. Alla resultat från enkäter och fördjupad granskning diskuterades först var för sig för att komma fram till de viktigaste slutsatserna från respektive källa och sedan utifrån trianguleringsmodellen med en samlad bedömning av de olika källorna. I bedömningarna framkom några utmaningar och iakttagelser som lyfts fram i rapportens kapitel *På rätt väg mot ALF*



Bilaga 7. Projektorganisation

Projektledning

Helena von Knorring	projektledare, Socialstyrelsen
Göran Zetterström	utredare, Socialstyrelsen
Inger Lundkvist	utredare, Socialstyrelsen
Frida Nyman	projektassistent, Socialstyrelsen

Expertpanel

Annelie Liljegren	med. dr, överläkare, specialist i onkologi, Karolinska Universitetssjukhuset
Birgitta Göthman	utredare, Landstinget Dalarna
Birgitta Hovelius	professor em., Lunds universitet
Cecilia Björkelund	specialistläkare allmänmedicin, senior professor i allmänmedicin
Dan Andersson	med. dr, överläkare, neonatolog,
Göran Zetterström	utredare, Socialstyrelsen
Johan Franck	professor, verksamhetschef Beroendecentrum, Stockholm
Kåre Jansson	utredare, Socialstyrelsen
Lars Borgquist	professor em., allmänmedicin, Linköpings universitet
Lotta Wassén	med. dr, överläkare och verksamhetschef, Kvinnokliniken Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Magnus Göransson	utredare, Socialstyrelsen
Martin Erlanson	med. dr, överläkare, bitr. verksamhetschef, Cancercentrum, Umeå Universitetssjukhus
Martin Rödholm	med.dr specialistläkare i psykiatri, SKL

Övriga medarbetare

Björn Nilsson	utredare, Socialstyrelsen
Catarina Jansson	utredare, Socialstyrelsen
Martin Lindblom	utredare, Socialstyrelsen
Mikael Nyman	utredare, Socialstyrelsen
Mikaela Svensson	utredare, Socialstyrelsen
My Raquette	statistiker, Socialstyrelsen
Sara Billfalk	utredare, Socialstyrelsen
Åsa Söderlund	utredare, Socialstyrelsen

Bilaga 8. Universitetssjukvårdsenheter 2017

Enheter i Region Skåne	Region Uppsala	Västra Götalandsregionen	Västerbottens läns landsting	Region Örebro län	Region Östergötland	Stockholms läns landsting
VO Barn-och Ungdomspsykiatri	Akademiska barnsjukhuset	Akutsjukvård och Barnkirurgi	Arbets- och beteendemedicinskt centrum	Akutkliniken	Barn- och ungdomssjukhuset i Linköping och Motala	Karolinska Universitetssjukhuset
Centrum för Primärvårdsforskning	Akademiska laboratoriet	An/Op/Iva Mölndal	Barn- och ungdomscentrum Västerbotten	Anestesi- och intensivvårdskliniken	Kvinnokliniken i Linköping	Danderyds sjukhus
VO Hud	Akutsjukvård + internmedicin	An/Op/Iva Sahlgrenska	Barn- och ungdomspsykiatri Västerbotten	Arbets- och miljömedicin	Hematologiska kliniken i Linköping	Södersjukhuset
VO Vuxenpsykiatri Lund	Allmänmedicin, Socialmedicin	An/Op/Iva Östra	Bild- och funktionsmedicin Västerbotten	Audiologiska kliniken	Kirurgiska kliniken i Linköping	S:t Erik:s ögonsjukhus
Beroendecentrum, VO Vuxenpsykiatri Malmö	Anestesi- och intensivvård	Barnkardiologi	Cancercentrum Umeå	Barn- och ungdomskliniken	Kirurgiska kliniken i Norrköping	Centrum för psykiatriforskning (CPF)
VO Ortopedi i Hässleholm och CSK	Arbets- och miljömedicin	Barnmedicin	Centrum för anestesi, operation och intensivvård Västerbotten	Brickebackens vårdcentral	Lungmedicinska kliniken	Akademiskt primärvårdscentrum (APC)
VO Akutsjukvård och Internmedicin	Bild- och funktionsmedicinskt centrum, sjukhusfysik	Geriatrik Mölndal	Centrum för medicinsk teknik och strålningsfysik	Handkirurgiska kliniken	Onkologiska kliniken i Linköping	Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES)
VO Infektionssjukdomar	Blod och Tumörsjukdomar	Geriatrik, Lungmedicin och Allergologi	Centrum för obstetrik och gynekologi Västerbotten	Hjärt-lungkliniken	Ortopedkliniken i Linköping	Centrum för arbets- och miljömedicin (CAMM)
VO Intensiv- och perioperativ vård (IPV)	Geriatrik	Handkirurgi	Familjemedicin	Infektionskliniken	Radiofysikavdelningen US	Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning (CHIS)
VO Ortopedi	Infektionssjukdomar	Hud- och könssjukvård	Geriatriskt centrum	Kirurgiska kliniken	Ryggkliniken i Linköping	Akademiskt specialistcentrum (ASC)
VE Barnhjärtcentrum	Kardiologi, klinisk fysiologi och lungmedicin	Hybrid och intervention	Hand- och plastikkirurgisk klinik	Kumla vårdcentral	Klinisk farmakologi	
VE Barnkirurgi	Kirurgi	Infektion	Hjärtcentrum Umeå	Kärl-Thoraxkliniken	Klinisk immunologi och transfusionsmedicin	
VE Neonatalvård	Klinisk neurofysiologi, neurokirurgi och neurologi	Kardiologi	Hud- och STD Västerbotten	Laboratoriemedicinska kliniken	Klinisk kemi	
VO Barnmedicin	Kvinnosjukvård	Kirurgi Sahlgrenska	Infektionsklinik Umeå	Medicinska kliniken	Klinisk patologi	
VE Endokrin	Ortopedi	Kirurgi Östra	Kirurgcentrum Västerbotten	Neuro- och rehabmedicinska kliniken	Röntgenkliniken i Linköping	
VE Reproduktion Medicinskt Centrum	Paramedicin	Klinisk kemi	Laboratoriemedicin Västerbotten	Onkologiska kliniken	Endokrinmedicinska kliniken i Linköping	
VE Ögonsjukvård	Plastik- och käkkirurgi	Klinisk mikrobiologi	Läkemedelscentrum Västerbotten	Ortopediska kliniken	Fysiologiska kliniken i Linköping	
VE Hud	Psykiatri	Klinisk patologi och genetik	Medicincentrum Umeå	Psykiatrisk rehabilitering och rättspsykiatri	Hudkliniken i Östergötland	
VE Handkirurgi	Rehabiliteringsmedicin och smärtcentrum	Kvinnosjukvård	Neuro-huvud-halscentrum Västerbotten	Röntgenkliniken	Infektionskliniken i Östergötland	
VE Plastikkirurgi	Specialmedicin, hud och reumatologi	Medicin Sahlgrenska	Psykiatricentrum Västerbotten	Urologiska kliniken	Kardiologiska kliniken i Linköping	
VO Kvinnosjukvård	Thoraxkirurgi och -anestesi	Medicin, Geriatrik och Akutmottagning Östra	Reumatologi Västerbotten	Öron- näs och halskliniken	Mag- tarmmedicinska kliniken i Linköping	
VE Lungmedicin	Urologi	Neonatologi	Rörelseorganens centrum Västerbotten		Njurmedicinska kliniken i Linköping	
VE Hjärtmedicin (Kranskärl, Arytmi, Hjärtsvikt och Klaff)	Ögonsjukdomar	Neurosjukvård	Ögonkliniken Västerbotten		Reumatologiska kliniken i Östergötland	
VE Thoraxkirurgi	Öron-, näs- och halssjukdomar	Njurmedicin			Thorax-kärlkliniken i Östergötland	
VE Kärl		Onkologi			Medicinska och geriatriska akutkliniken i Linköping	
VE Njumedicin		Ortopedi			Neurologiska kliniken i Linköping	
VE Reumatologi		Primärvårdens universitetssjukvårdsenhet Södra Älvsborg			Psykiatriska kliniken i Linköping	
VO Neurokirurgi		Primärvårdens universitetssjukvårdsenhet Skaraborg			Rättspsykiatriska regionkliniken i Vadstena	
VE Neurologi		Plastikkirurgi			Vårdcentralen Kärna-Ekholmen, PVC	
VE Rehabiliteringsmedicin		Reumatologi			Vårdcentralen Ödeshög, PVC	
VO Urologi		Thorax			ANOPIVA i Linköping	
VO Bild och Funktion		Transplantationscentrum			Hand- och plastikkirurgiska kliniken i Linköping	
VE Gastroenterologi		Urologi			Käkkliniken	
VE Kirurgi		Öron, näs- och halssjukvård			Neurofysiologiska kliniken i Linköping	
VE Hematologi		Psykiatri Affektiva			Neurokirurgiska kliniken i Linköping	
VE Onkologi		Rättspsykiatri			Rehabmedicin US	
VE Strålningsfysik		Primärvården			Smärt- och rehabiliteringscentrum	
VE Geriatrik					Ögonkliniken i Linköping och Motala	
VE minnessjukdomar					Öron-näsa-halskliniken	
VE Smärtrehabilitering						
VO Medicinsk Teknik Skåne						
VO Genetik						
VO Arbets- och miljömedicin						
VO Klinisk Kemi						
VO Mikrobiologi						
VO Patologi						
VE Öron, näsa, hals						
VO Klinisk Immunologi och Transfusionsmedicin						

Totalt antal universitetssjukvårdsenheter per landsting

Landsting	Antal USVE
Västerbotten	23
Uppsala	24
Stockholm	10
Örebro	21
Östergötland	39
Västra Götaland	37
Skåne	48
Totalt antal USVE	202

Övriga bilagor

Följande bilagor finns att ladda ner från Socialstyrelsens webbplats

1. Definition av universitetssjukvård
2. Utvärdering av universitetssjukvården
3. Enkät till universitetssjukvårdsenheter
4. Enkät till regionala ledningsorgan för ALF,
5. ALF-avtal
6. Respektive regionalt ALF-avtal
   - Västerbotten
   - Uppsala
   - Stockholm
   - Örebro
   - Östergötland
   - Västra Götaland
   - Skåne