



Synen på universitetssjukhusen

**En undersökning utförd av
AUGUR Marknadsanalys AB**

**på uppdrag av
Gråzons(GZ)gruppen**

Förord

Det intensiva reformarbete inom hälso- och sjukvården som för närvarande pågår inom landet mot mer marknadsorienterade ekonomiska styrsystem ändrar på ett dramatiskt sätt förutsättningarna för universitetssjukhusen att bibehålla sambanden mellan sjukvård, forskning och utbildning. Denna integrering av universitetssjukhusens olika verksamhetsgrenar utgör enligt många uppfattning grunden för den mycket framgångsrika medicinska utvecklingen i Sverige.

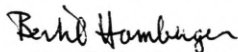
De risker och fördelar de nya styrsystemen kan medföra var temat för en konferens som hölls den 19 april 1993 i Wennergren Center. Konferensen utmynnade i ett uppdrag åt en arbetsgrupp med en representant från varje medicinska fakultet respektive universitetssjukhus att ytterligare belysa den skiljelinjen som föreligger mellan forskning - utvecklingsarbete - sjukvård med avseende på definition, avgränsning, kvantitet och finansieringsansvar. Arbetsgruppen antog arbetsnamnet Gråzon(GZ)gruppen.

Arbetet i GZ-gruppen har inriktats mot att utifrån en analys av universitetssjukhusens roll och uppgifter ge förslag till olika framtida modeller för styrning och finansiering av FoUU vid universitetssjukhusen. Under utredningsarbetets gång har framkommit att synen på universitetssjukhusens roll och uppgifter är starkt varierande. GZ-gruppen gör den bedömningen att förändringar i nuvarande system måste motsvara förväntningar och krav från olika aktörer med inflytande på de olika verksamheterna inom universitetssjukhusen. Dessa aktörer återfinns på flera nivåer från riksplanet ner till lokala sjukvårdspolitiker, sjukvårdsadministratörer, chefsöverläkare och den vård sökande allmänheten.

Inom ramen för utredningsarbetet har därför GZ-gruppen uppdragit åt konsultbyrån AUGUR Marknadsanalyser AB att genomföra en kvalitativ marknadsanalys över synen på universitetssjukhusens framtida roll och uppgifter. Analysen har tillfört GZ-gruppen viktiga kunskaper och underlag om omgivningens syn på universitetssjukhusen inför slutförandet av sitt utredningsarbete som beräknas att vara klart i början av maj 1994.

GZ-gruppen är dock av den uppfattningen att AUGURS rapport "Synen på universitetssjukhusen" är värdefull och viktig läsning även för en bredare krets och vill härmed överlämna denna till främst företrädare inom universitetssjukhusen samt de medicinska fakulteterna för kännedom. Ytterligare exemplar av föreliggande skrift kan beställas från Karolinska Institutets materialförråd tel 08/728 6414 eller fax 08/728 64 34.

Stockholm den 15 april 1994



Bertil Hamberger

Ordförande, GZ-gruppen

GZ-gruppens sammansättning: Bertil Hamberger (ordf), Peter Aspelin, Sverker Ljunghall, Elisabeth Olding-Stenqvist, Dag Lundberg, Göran Berglund, Sten Hellström, Jan-Erik Damber, Lennart Enerbäck, Dan Wiklund, Jan Wälinder, Tore Norén, Rune Fransson (sekr) och Ewa Stålldal (sekr)



Synen på universitetssjukhusen

**En undersökning utförd av
AUGUR Marknadsanalys AB**

**Janet Thorberg
Annalena Ström Carlsson**

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	<u>Sida</u>
INLEDNING	1
Bakgrund och frågeställningar	1
Den framtida finansieringen av forskning, utbildning och utveckling	1
Metod och genomförande	3
En kvalitativ undersökning	3
 UNIVERSITETSSJUKHUSENS POSITION INOM SJUKVÅRDSSYSTEMET	 5
Betydande stolthet över den svenska sjukvårdsmodellen	5
Sjukvård, undervisning och forskning bildar en helhet	5
Inställningen till universitetssjukhusens FoUU	6
Detaljkunskapen om FoUU är låg	6
Intresset för grundforskning minskar med ökat avstånd	6
Klinisk forskning och utvecklingsarbete är mera greppbart	9
Universitetssjukhusens basfunktioner	11
Universitetssjukhusens roll är självklar	11
Universitetssjukhusen tär på ett förtroende kapital	12
 EN NY TID SKAPAR NYA FÖRUTSÄTTNINGAR	 15
Universitetssjukhusen står inför en brytpunkt	15
Inget är längre givet	15
Kapitalet är inte längre en fri nytthet	15
Köp/sälj-systemets positiva och negativa effekter	16
Syftet med köp/sälj-systemet	16
En allt kärvare ekonomisk tid tillåter hårdare tag	17
Köp/sälj-systemets negativa effekter på FoUU var inte avsedda	18
Forskningen värderas högt, men finansieringen är svår	19
Ny tid kräver nya styrmedel	19
Sjukvårdshuvudmännen är optimistiska, trots allt	20
De övriga aktörerna tror att det föreligger en reell risk	21
Köparsjukhusen är kritiska till universitetssjukhusen	23
Attitydskillnader beträffande nivån på den svenska forskningen	25
Olika sätt att mäta nivån	25
Delad uppfattning om vilken forskningsnivå Sverige bör ha	26

OMVÄRLDENS KRAV OCH FÖRVÄNTNINGAR PÅ UNIVERSITETSSJUKHUSEN	28
Rikspolitikers och myndigheters krav och förväntningar	28
Baskrav som måste uppfyllas	28
Resurserna räcker inte till allt	28
Delar av FoUU kan komma att brytas loss	29
Forskningen får inte bli beroende av industrin	30
Köparsjukhusens och sjukvårdshuvudmännens krav och förväntningar	30
Universitetssjukhusen position är inte längre självkärl för köparsjukhusen	30
Sjukvårdshuvudmännen ställer ökade krav på relevans om de ska finansiera FoUU	31
Universitetssjukhusens kompetens måste göras tydlig	32
Köparsjukhusen kräver samarbete, lyhördhet och förståelse	33
Det måste sättas press på forskarna	35
En kombination av vetenskaplig kompetens och klinisk kompetens efterfrågas	36
Undervisningen måste få en ny innebörd	36
BESLUTSFATTANDETS STÖTESTENAR	42
Ingen tydlig organisation	42
Ju fler kockar desto sämre soppa	42
Tillräckliga maktbefogenheter saknas	43
Faktorer som försvårar ett rationellt beslutsfattande	43
Universitetssjukhusen måste ta ansvar för sig själva	46
Universitetssjukhusen och de medicinska fakulteterna måste bli tydliga	46
Beslutsunderlaget för FoUU saknas hos huvudmännen	47
INFORMATION	49
Stort intresse för information om FoUU	49
Rätt information kan öka omvärldens motivation att stötta universitetssjukhusens FoUU	49
Information om FoUU som når omvärlden	49
Informationsbehovet är likartat men motiven skiljer sig	50
Man vill veta vad som händer	50
Saklig debatt istället för att spela på känslor	51
SJUKVÅRDEN I FRAMTIDEN	53
Vilket ben ska universitetssjukhusen stå på i framtiden?	53
Synpunkter om sjukvården i framtiden	53
AVSLUTANDE KOMMENTAR	55

INLEDNING

Bakgrund och frågeställningar

Den svenska sjukvården står idag inför stora förändringar. Exempel på detta är avregleringen av sjukvårdsmarknaden där den breda allmänheten får större möjligheter att välja sjukhus, det nya husläkarsystemet, uppluckringen av regionvårdsgränser, köp- och säljsystemet inom sjukvården samt en ökad konkurrens mellan sjukhus på olika nivåer. Det finns också en större medvetenhet idag om att den svenska sjukvården är dyr. Dessa förändringar i kombination med ett allt kärvare ekonomiskt klimat i Sverige leder till att finansieringen av den svenska sjukvården alltmer hamnar i fokus.

Den framtida finansieringen av forskning, utbildning och utveckling.

Idag upplever universitetssjukhusen att finansieringen av forskning, utbildning och utveckling (FoUU) hänger i luften. Det finns t ex inga tydliga riktlinjer från politiker eller kundsjukhus om hur finansieringen av FoUU ska eller bör se ut. Detta innebär att själva plattformen för ett fortsatt framtäktat arbete inom FoUU saknas.

Våren 1993 gjordes en undersökning bland remitter. Ett av resultaten från den studien var att de som idag anlitar högspecialiserad vård har en låg motivation inför att betala för universitetssjukhusens FoUU. Paradoxalt är att de samtidigt är väl medvetna om att universitetssjukhusens FoUU är väsentlig för att bibehålla en hög medicinsk vårdkvalitet. Det finns ett behov inom universitetssjukhusen att få klarhet i hur köparsjukhusen kommer att agera i framtiden, dvs under vilka förutsättningar köparsjukhusen är motiverade att bidra till finansieringen av forskning, utbildning och utvecklingsarbete i framtiden.

Förutom chefsöverläkare, dvs remitter, finns ett antal andra aktörer på sjukvårdsmarknaden som redan har eller som kan komma att få en viktig roll när det gäller universitetssjukhusens FoUU. Dessa aktörer kan vara riksdagspolitiker, landstingspolitiker, tjänstemän på finansdepartementet, affärsutvecklare, näringslivet, opinionsbildare inom media samt forskare som nationalekonomer och trendforskare etc. Universitetssjukhusens kunskap om hur ovanstående grupper resonerar kring FoUU är låg och det finns ett intresse av att veta mera.

GZ-gruppen

För att skapa klarhet kring inriktningen av FoUU samt dess framtida finansiering har ett antal representanter för de sex universitetssjukhusen och medicinska fakulteter bildat vad som idag kallas för GZ-gruppen. Ordförande för GZ-gruppen är Bertil Hamberger, professor i kirurgi vid Karolinska Institutet.

Idag kan man se att det finns två skolor inom universitetssjukhusen när det gäller finansieringen i framtiden. Den ena skolan förespråkar att universitetssjukhusen själva ska se över prioriteringen beträffande FoUU och därefter begära anslag från politikerna. GZ-gruppen förhåller sig skeptisk till detta förfaringsätt.

Den andra skolan, som GZ-gruppen företräder, menar att man bör ta reda på vad de olika aktörerna förväntar sig av universitetssjukhusen. Den här frågan - vad aktörerna förväntar sig av universitetssjukhusen - har aldrig tidigare preciserats. Därför upplevs det angeläget att gå ut och ställa frågan till de olika grupper som finansiellt kan komma att påverka universitetssjukhusens forskning och utbildning i framtiden.

Ett annat huvudsyfte med GZ-gruppen och dess arbete är att identifiera vilket mervärde ett samarbete med universitetssjukhusen kan ge köparsjukhusen i jämförelse med samarbete med andra större sjukhus.

Inför framtiden vill därför GZ-gruppen ha svar på:

* Hur kommer forskning, utbildning och utvecklingsarbete att finansieras i framtiden?

Vill de olika intressenterna bibehålla den höga standard som svensk forskning idag håller i ett internationellt perspektiv, och i så fall hur gör man detta?

Idag finansieras en tredjedel av FoUU direkt via statsbudgeten, en tredjedel indirekt från staten via landstingen samt en tredjedel från externt håll, exempelvis från Cancerfonden, Medicinska forskningsrådet och stiftelser som ger bidrag direkt till enskilda forskare. Hur kan fördelningen komma att se ut i framtiden?

Hur värderas de olika typerna av forskning i framtiden, dvs grundforskning, klinisk forskning, sista ledet i en vårdkedja samt kompetensspridning? Vem kommer att vara villig att betala för vad? Hur ser olika aktörers prioriteringar ut? Kommer vi att få se nya finansörer på sjukhusmarknaden, t ex försäkringsbolag, näringsliv etc?

Om universitetssjukhusen i framtiden ska prismässigt konkurrera med andra större sjukhus, vem ska då betala forsknings-, utbildnings- och utvecklingskostnaderna?

* De olika aktörernas förväntningar, önskemål och krav på universitetssjukhusen

Hur ser de olika aktörernas kravbild ut beträffande FoUU? Hur definierar aktörerna universitetssjukhusens mervärde? Skiljer sig grupperna åt i detta avseende? Hur ser man på universitetssjukhusens roll? Vilka förväntningar har man på universitetssjukhusen?

Hur är aktörernas syn på vad universitetssjukhusen ska och bör ha av forskning, dvs grundforskning och klinisk forskning, samt utbildning, dvs kompetensspridning, kunskapsöverföring och utbildningsplatser, och i vilken mån de ska befinna sig i den medicinska frontlinjen? Hur ser man på utveckling av nya behandlingsmetoder för hjärt- och kärlsjuka, diabetes m m i syfte att rädda liv, förbättra livskvalitet, förkorta vårdtider osv?

Är man beredd att låta universitetssjukhusens höga kvalitet slås sönder av de nya ekonomiska styrsystemen? Hur ska den långsiktiga kompetensuppbyggnaden garanteras?

För att få svar på ovanstående frågeställningar har GZ-gruppen gett Augur Marknadsanalys AB uppdrag att genomföra en undersökning.

Syftet med undersökningen är att få en förståelse för de krav, önskemål och förväntningar som olika aktörer har på universitetssjukhusen och därmed skapa ett underlag för universitetssjukhusen och de medicinska fakulteterna i deras fortsatta och framtidsriktade arbete.

Metod och genomförande

En kvalitativ undersökning

På grund av komplexiteten i frågeställningarna har det varit lämpligt att välja en kvalitativ undersökningsmetod med personliga djupintervjuer.

Den kvalitativa metoden är förankrad i hermeneutiken och har som utgångspunkt människors egna resonemang och värderingar, där intressanta synsätt och åsikter följs upp med följdfrågor. På detta sätt penetreras attityder, värderingar och sätt att resonera på djupet.

Den kvalitativa marknadsforskningen består av metoder och ansatser för att få fram data utan att dessa på förhand inordnas i givna kategorier. Syftet är att på ett naturligt sätt komma åt det väsentliga. En kvalitativ undersökning ger nyanserade svar på hur människor tänker, men också förklaringar till varför man resonerar på ett visst sätt.

Personliga djupintervjuer

I en kvalitativ undersökning sker datainsamlingen med hjälp av personliga intervjuer. Tanken är att genom så fullständig information som möjligt kring undersökningens syften, få intervjupersonen att samarbeta och berätta om de tankar, känslor och handlingar som är relevanta. En kvalitativ undersökning med hjälp av personliga intervjuer når bakom den första ytliga beskrivningen och skapar därmed verklig förståelse för intervjupersonens sätt att resonera.

Intervjuerna har följt en intervjuguide (se bilaga) som har utarbetats i samråd med GZ-gruppen. Syftet med intervjuguiden är att säkerställa att alla viktiga frågeområden tas upp. Den har mer karaktären av en checklista än ett traditionellt frågeformulär och tillåter därför

intervjupersonen att själv påverka ordningsföljden mellan olika frågeställningar. Ordningsföljden blir därmed ett resultat i sig.

Urvalet

Urvalet är litet i förhållande till kvantitativa undersökningar men syftet är också annorlunda på så sätt att vi försöker fånga in och förstå orsakerna till olika sätt att resonera och inte hur många som resonerar på ett visst sätt.

Urvalet i en kvalitativ undersökning är heller inte slumpmässigt. Istället söker vi metodiskt efter personer som på olika sätt är berörda av frågeställningarna och som kan belysa dem ur skilda synvinklar.

Undersökningens resultat baseras på 28 personliga djupintervjuer. Dessa har genomförts med personer som företräder olika synsätt inom respektive kategori och har valts ut av GZ-gruppen. I undersökningens urval ingår följande personer:

- 3 nationella politiker
- 10 landstingspolitiker, landstingsråd, utredare i samverkansnämnder,
kommunalpolitiker
- 3 personer inom näringslivets top-management
- 3 myndighetspersoner
- 7 chefsöverläkare, chefsläkare, sjukhusdirektörer inom länssjukvården
- 2 framtidsforskare

UNIVERSITETSSJUKHUSENS POSITION INOM SJUKVÅRDSSYSTEMET

Betydande stolthet över den svenska sjukvårdsmodellen

Undersökningen visar att intervjupersonerna anser att Sverige trots landets ringa storlek under en lång tid haft en genomgående hög kvalitet på forskning, utbildning och medicinsk utveckling, vilket i sin tur har bidragit till en hög vårdkvalitet. De intervjuade är, oavsett position, mycket stolta över sjukvården och den utveckling som har varit i Sverige.

Sjukvård, undervisning och forskning bildar en helhet

Sjukvårdsstrukturen i Sverige anses vara en bidragande orsak till att svensk sjukvård har en hög kvalitet. Styrkan i strukturen består i att det är ett integrerat system där de medicinska fakulteterna samverkar med universitetssjukhusen, som i sin tur har en nära relation till den övriga sjukvården. I andra länder är strukturen annorlunda och de intervjuade menar att man kan dra slutsatsen att strukturen har en positiv betydelse för den höga kvalitet som finns inom hela sjukvårdssystemet. Den nära koppling som finns mellan de medicinska fakulteternas och universitetssjukhusens forsknings- och utbildningsapparat får en eloge av intervjupersonerna, som anser att de trots skilda huvudmän tillsammans har drivit sjukvårdens utveckling framåt.

Sjukvårdssystemets olika delar

De olika delarna i sjukvårdssystemet beskrivs av de intervjuade på följande sätt:

De medicinska fakulteternas ansvarsområde är i första hand den teoretiska läkarutbildningen och grundforskning.

Universitetssjukhusens ansvarsområde anses vara den praktiska utbildningen av läkare och annan sjukvårdsrelaterad personal, praktiskt tillämpad forskning, utveckling av behandlingsmetoder samt specialistsjukvård. De ska också agera brygga mellan grundforskning och den praktiskt tillämpad vården via klinisk forskning.

Länssjukvårdens ansvarsområde är att utveckla kompetensen inom länsjukvården när behandlingsmetoder är färdigutvecklade och kan överföras på länssjukvård samt att eftersträva en kostnadseffektiv vård med hög kvalitet.

Försämras en del så försämras helheten

Alla delar i systemet uppfattas vara betydelsefulla och det är viktigt att eftersträva en balans mellan dem. Ett vanligt argument för att behålla samtliga delar i systemet är

uppfattningen att styckar man sönder eller minskar någon del urholkar man de andra delarna.

"Det går inte att försumma en utav delarna för då kommer inte de andra att fungera. Man kan inte bedriva bra undervisning utan att man har bra sjukvård och man kan inte bedriva forskning utan att man har bra sjukvård. Man kan heller inte bedriva bra sjukvård om man inte har bra forskning."

Riksdagspolitiker

Att alla delarna bildar en helhet som det är betydelsefullt att bevara, är en genomgående inställning bland intervjupersonerna. Framförallt politikerna menar att synsättet kunnat växa fram mot bakgrund av ett gynnsamt ekonomiskt klimat.

Inställningen till universitetssjukhusens FoUU

Detaljkunskapen om FoUU är låg

Intervjupersonerna har en positiv inställning till FoUU och menar att det är av mycket stor vikt att den bevaras. Men undersökningen visar att det är få intervjupersoner, om ens någon, som i realiteten kan beskriva beståndsdelarna i FoUU. De kan heller inte värdera på ett objektivt plan vilka delar av FoUU som är viktiga att värna om. Istället uttrycker de sig i generella termer som "FoUU är mycket viktigt för hela sjukvården" eller "vi måste värna om FoUU så att det inte urholkas". När de intervjuade ska precisera vilka delar av FoUU som det är viktigt att satsa på och varför, så är det utifrån det personliga perspektivet och den subjektiva erfarenheten de uttalar sig.

Intresset för grundforskning minskar med ökat avstånd

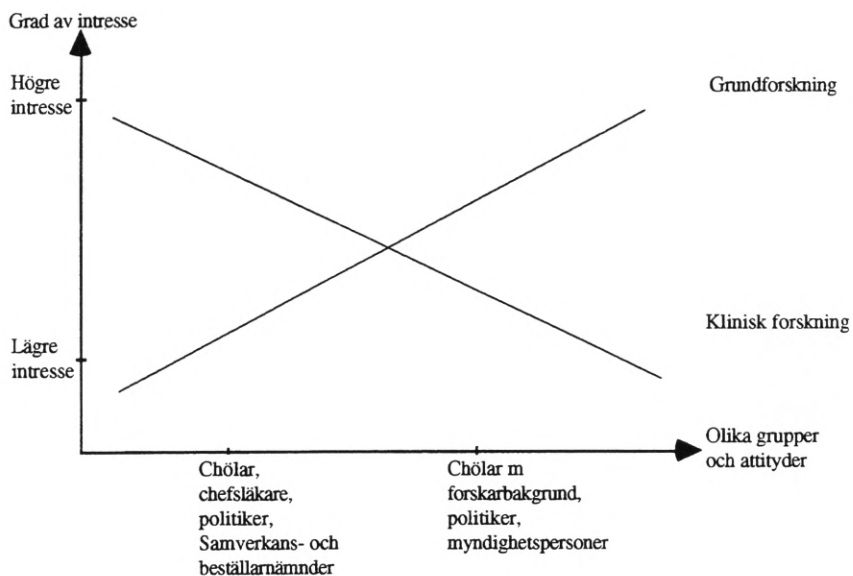
På ett allmänt plan kan man säga att ju längre intervjupersonerna befinner sig från den akademiska världens innersta korridorer, desto mindre kan de värdera de delar som närmar sig grundforskning och desto mer talar de om medicinsk utveckling. Det är betydligt lättare att värdera de delar som ligger nära deras egen verksamhet eller ansvarsområde och som de kan se en direkt nytta med.

Personer som befinner sig nära den akademiska världen betonar vikten av grundforskning och värderar den också mer än vad övriga intervjupersoner gör. Ju närmare forskningskorridorerna intervjupersonerna befinner sig desto oftare uttalar de sig i mer glorifierande och prestigefyllda termer. Exempel på personer som uppfattar sig själva som insatta i FoUU är t ex chefsläkare med gedigen forskarbakgrund, politiker och myndighetspersoner som i sitt arbete ska värna om forskning.

Personer inom länssjukvården och flertalet sjukvårdspolitiker/tjänstemän är betydligt mer kritiska till den akademiska världen. De ifrågasätter nyttan med den forskning som sker

vid universitetssjukhusen och som enligt dem sker i okontrollerade former. De är tveksamma till värdet av den forskning som bedrivs sett i relation till hur mycket pengar den kostar.

Ovanstående resonemang kan illustreras i följande figur:



Oenighet kring grundforskning på universitetssjukhusen

Många intervjupersoner hävdar att det finns ett stort värde i att grundforskning hålls fri från inblandning och styrning. Grundforskning ska också vara fri i den bemärkelsen att resultaten ska vara tillgängliga för alla. I och med detta bör grundforskningen finansieras via staten, enligt detta resonemang.

"Jag har som grundprincip att forskningen ska finansieras med statliga medel för att det är både en nationell och internationell angelägenhet. Varför ska vi i det här landstinget finansiera forskning som kommer alla andra län till nytta. Det är väl rimligt att vi gemensamt finansierar det."

En landstingspolitiker

Man menar att det kan innebära risker om t ex sjukvårdspolitiker och/eller landstingspolitiker skulle bli huvudmän. De kanske inte förstår de mekanismer som

driver grundforskningen framåt och skulle vilja ha synpunkter på forskningens inriktning.

Det råder delade meningar bland intervjupersonerna om huruvida grundforskning ska ha en nära fysisk koppling till universitetsklinikerna eller ej. En del hävdar att den kliniska forskningen kräver en fysisk närhet till grundforskning. Den medicinska utvecklingen gör att det är väsentligt för forskare inom den kliniska forskningen att ha tillgång till den djupa kunskap som grundforskning innebär. Det område som oftast nämns i det här sammanhanget är gentekniken. På en del håll har grundforskningens fysiska närhet till den kliniska forskningen tillmätts en så stor betydelse att projekt satts igång för att bygga nya centra för grundforskning i universitetssjukhusens närhet.

Det är dock långt ifrån alla intervjupersoner som resonerar på detta sätt. Intervjupersoner som till exempel kliniker, näringslivets toppar och representanter från sjukvårdssidan, ser inte sambandet mellan grundforskning och klinisk forskning lika tydligt som de tidigare nämnda intervjupersonerna. Näringslivet menar att grundforskning har en naturligare koppling till universiteten, främst till kemister och biologer, än till sjukvårdssidan. Även representanter från sjukvårdssidan är tveksamma till och förstår inte nyttan av att ha stora grundforskningscentra vid universitetssjukhusen. I synnerhet inte om finansieringen sker med landstingens pengar. Konsekvensen blir att incitamentet till att bidra till finansieringen av grundforskningen via landstingen är låg bland dessa intervjupersoner.

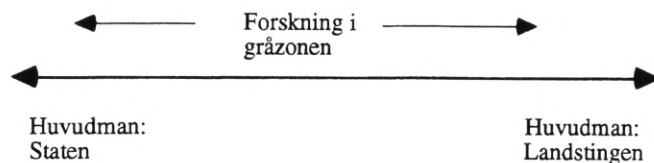
"När det gäller grundforskning i medicinska frågor så kan det vara ren kemi eller fysik. Det föreställer jag mig inte behöver ligga hos universitetssjukhusen. Jag kan inte se den kopplingen. Tvärtom så kan jag se att det finns en närmare relation mellan en som sysslar med mikrobiologi och en kemist."

En person från näringslivet

Bryggan mellan grundforskning och klinisk forskning är en gråzon

Undersökningen visar att intervjupersonerna uppfattar att det finns en gråzon mellan grundforskningen och den kliniska forskningen. Var gränsen ska dras i denna zon beträffande ansvar, finansiering och nytta, råder det delade uppfattningar om. Samtliga intervjupersoner har sin egen personliga uppfattning om vad gråzonen mellan grundforskning och klinisk forskning består av. Vad intervjupersonerna lägger in i begreppet är helt styrt utifrån vad de har för kunskaper om forskning.

Synpunkterna varierar från den ena ytterligheten till den andra. Vissa vill helt suddat ut gränsen mellan grundforskning och klinisk forskning och istället enbart tala om medicinsk forskning som ett begrepp. I dessa fall faller gråzonen inom ramen för samfinansiering av stat och landsting. Den andra ytterligheten menar att grundforskning är en statlig angelägenhet som inte ska bedrivas vid universitetssjukhusen, vilket innebär att landstinget tar över först när forskningen blir ett konkret utvecklingsarbete. Däremellan finns hela skalan av åsikter.



En allmänt accepterad definition av gråzonforskning är den forskning som sorterar ut grundforskningsresultat som kan vara av värde för sjukvården på sikt och översätter dessa resultat till klinisk forskning.

"Det finns en gränsszon mellan grundforskning och klinisk forskning, dvs frågan är hur man för över grundforskningsresultat till praktisk sjukvård. Den är mer intressant för landstingen att bidra till ekonomiskt, än till den rena grundforskningen."

En landstingspolitiker

Grundforskning och gråzonforskning omges av en snobbig attityd

Ju längre ifrån den akademiska världen och forskning intervjupersonerna befinner sig, desto lägre tolerans har de till grundforskning och den kliniska forskning som ligger nära grundforskningen, dvs gråzonen. Vad som ligger bakom den låga toleransnivån är att universitetssjukhusen sägs ha en attityd som signalerar till landstingspolitiker och köparsjukhusen att grundforskning och den kliniska forskning som tangerar grundforskning är "finare" än den tillämpade kliniska forskningen. Den attityden är man kritisk till inom sjukvården.

Representanter för sjukvården, dvs chefsöverläkare och representanter från köparlandsting, menar att grundforskning och gråzonforskning omges av en snobbism och "von oben"-attityd som inte hör hemma idag inom sjukvården. Vad som ligger bakom kritiken kan dels vara att dessa intervjupersoner inte har riktig inblick i vad som händer inom dessa områden och dels att det finns oklarheter inom strukturen mellan grundforskning och klinisk forskning. Frågor och oklarheter om vem som gör vad, vilka resultat man åstadkommer och slutligen vem det är som betalar framkommer under intervjuerna.

Den snobbighet som olika intervjupersoner upplever finns hos personer som forskar inom gråzonen och grundforskningen skapar en känsla av att vara exkluderade. När den känslan växer sig stark så minskar motivationen att bidra till verksamheten.

Klinisk forskning och utvecklingsarbete är mera greppbart

I undersökningen kan vi se att grundforskningens betydelse för den övriga sjukvården inte alltid är tydlig. För att förstå måste man vara ytterst intresserad som lekman, först då kan man riktigt begripa nyttan av grundforskning. Finns det gott om pengar så kan det i

sig leda till en generös attityd eftersom det är "fint" att satsa på grundforskning. I synnerhet bland landstingspolitiker märks inställningen att det höjer självkänslan att satsa på vetenskap även om man inte alltid förstår så mycket av den. Det anses exempelvis bra att satsa på vetenskap av regionpolitiska skäl.

Attityderna till forskning blir betydligt mer positiva ju närmare sjukvården forskningen befinner sig, dvs ju mer konkret forskningen blir. Den kliniska forskningen som närmar sig medicinskt utvecklingsarbete upplevs vara lättare att förstå värdet av samt vilken effekt som den kan ha på den övriga sjukvården. Det blir lättare att engagera sig och därmed ökar motivationen att bekosta den.

Representanter från länssjukvården och flera landstingspolitiker prioriterar därför den forskning som är nära knuten till sjukvården och som på kort sikt kan visa på positiva resultat. Dessa intervjupersoner är mycket positiva till utvecklingsarbete som de ofta benämner klinisk forskning.

Det råder en del sammanblandningar av begreppen klinisk forskning och utvecklingsarbete. Det kan därför vara svårt att urskilja vad det egentligen är för typ av forskning som landstingspolitiker och köparsjukhus värderar högst. Antingen satsar de på personer som de har ett personligt förtroende för och behöver då inte förstå projektet i detalj, eller också värderas, enligt intervjupersonerna, forskningen högre om nyttan eller relevansen för sjukvården kan kommuniceras på ett tydligt sätt.

En definition av klinisk forskning och medicinskt utvecklingsarbete som förekommer är:

<u>Klinisk forskning</u>	<u>Medicinsk utveckling</u>
Målsättningen är att finna orsakssamband där nyttoaspekten inte är så uttalad. Ser resultat på lång sikt.	Påtagligt nyttoinriktat. Ser resultat på kort sikt.
Exempel: Utröner hur leverceller bryter ner sockerhalten i blodet.	Studier över hur en insulinpenna kan hjälpa patienten.
Detta är en statlig angelägenhet.	Landstingen är huvudman.

Dessutom anser landstingspolitiker ofta att den kliniska forskningen och utvecklingsarbete medför lägre behandlingskostnader och därmed förhoppningsvis lägre sjukvårdskostnader på sikt, vilket skapar ytterligare motivation att satsa på tydliga nyttorelaterade projekt istället för på abstrakta frågeställningar som de inte alltid begriper värdet av.

Universitetssjukhusens basfunktioner

Universitetssjukhusens roll är självklar

Undersökningen visar att intervjupersonerna har en homogen bild av vilka funktioner universitetssjukhusen bör ansvara för. De är överens om rollen på ett övergripande plan, men detaljerna kan skilja sig mellan de olika aktörerna. De övergripande funktionerna som intervjupersonerna är överens om är följande:

Ansvara för långtidsutbildad personal. Det gäller i första hand den praktiska utbildningen av läkare men även andra grupper som sjukgymnaster och sjuksköterskor.

Driva den medicinska utvecklingen framåt, genom att agera som en motor för sjukvårdssystemet. Universitetssjukhusen har en skyldighet att hela tiden vidareutvecklas, hålla sig à jour med vad som händer internationellt och nationellt. Universitetssjukhusen ska också introducera nya metoder under kontrollerade former.

Klinisk forskning. Det är självklart att universitetssjukhusen ska bedriva klinisk forskning. Däremot är det inte självklart att universitetssjukhusen ska ha ensamrätt på klinisk forskning.

Kunskapsöverföring. När metoderna är färdigutvecklade ska kunskaperna flyttas ut till landstingen. Universitetssjukhusen har ett särskilt ansvar att se till att nya metoder och nya teknologier kommer den övriga svenska sjukvården till godo och blir spridda. Det är länssjukvårdens skyldighet att ta till sig dessa nya kunskaper och metoder och kontrollera så att länssjukvårdens resultat inte blir sämre. Kunskapsöverföring ska ske när utvecklingen övergår till avancerad rutinsjukvård och där patientunderlaget är tillräckligt stort.

Högspecialiserad sjukvård. Områden där länssjukvården inte har tillräckligt många fall för att kunna utveckla kompetens eller i de fall behandling kräver avancerad, teknisk utrustning. Exempel på ett område där kunskapsöverföring inte ska ske till länssjukvården är cystisk fibros. Även om det finns både doktorer och annan kunskap, personal och utrustning är patientgruppen inte större än att universitetssjukhusen behöver den som underlag. Men det finns andra områden där det inte ens finns tillräckligt patientunderlag för samtliga universitetssjukhus och då är det viktigt att begränsa suboptimering som kan leda till sämre vårdkvalitet. Dock är det ingen som förväntar sig att samtliga universitetssjukhus inom samtliga områden ska befinna sig i den medicinska frontlinjen. Vem som ska göra vad hoppas intervjupersonerna att professionen själv kan definiera.

Universitetssjukhusen tär på ett förtroendekapital

Universitetssjukhusens roll i sjukvårdssystemet uppfattas som en självklarhet av flertalet intervjupersoner. Men det kan tyckas som om universitetssjukhusen själva har tappat insikten om den roll de har, menar flera intervjupersoner.

"Universitetssjukhusen har gått på myten om sin egen förträfflighet. De har glömt bort att det finns en omvärld och att vi ställer krav som vi förväntar oss att de uppfyller."

En utredare i en samverkansnämnd

Universitetssjukhusen är ansiktet utåt

Ingen av de intervjuade nämner spontant de medicinska fakulteterna när de diskuterar universitetssjukhusen. Det finns heller ingen kritik som riktas direkt mot fakulteterna. Detta betyder dock inte att de intervjuade är okritiska till de medicinska fakulteterna. Den kritik som finns riktas istället mot universitetssjukhusen.

Den främsta kritiken som personer som företräder länssjukvården har i det här sammanhanget, är att universitetssjukhusen gör mycket som länssjukvården inte har kontroll över och som de inte heller ser en direkt nytta med. Köparsjukhusen och beställarnämnder har till uppgift att köpa god vård till lågt pris och inte att finansiera den forskning eller utbildning som alla intervjuade uppfattar som en statlig angelägenhet.

I undersökningen kan man märka att det krävs betydande insikter för att en intervjuperson överhuvudtaget ska uppfatta att det är två enheter med skilda huvudmän. Visserligen talas det ofta om staten å ena sidan och landstinget å andra sidan men det sägs ofta i samband med vem som betalar, vem som har ansvar etc och inte i den meningen att det är skilda verksamheter. För de flesta intervjupersoner så är betydelsen av begreppet "universitetssjukhus = utbildning + högspecialiserat sjukhus". Universitetssjukhuset är med andra ord ansiktet utåt och de medicinska fakulteterna är, för de flesta, anonyma enheter inom universitetssjukhusets ram.

Från spridda håll finns det en uppfattning att de medicinska fakulteterna borde särskiljas från universitetssjukhusen. Mervärdet ligger i att universitetssjukhusen då skulle bli tydligare för sin omvärld, enligt dessa intervjupersoner. Vad som ligger bakom uppfattningen är att de tveksamheter som förknippas med universitetssjukhusen, men i själva verket är kritik mot de medicinska fakulteterna, inte skulle belasta universitetssjukhusen.

Universitetssjukhusen ska vara motorn för den övriga sjukvården

Universitetssjukhusen ska enligt de intervjuade vara den drivande kraft som för sjukvården framåt genom att utbilda i praktisk vård samt översätta forskning till praktisk tillämpad vård.

"Universitetssjukhusen bestämmer kvaliteten av sjukvården inom hela landet eftersom kvaliteten av sjukvården i hela landet är beroende av kvaliteten av sjukvården, utbildningen och forskningen".

En riksdagspolitiker

Universitetssjukhusen ska fungera som en motor för den övriga sjukvården och vara den sammanbindande länken mellan den praktiska vården och den vetenskapliga/akademiska världen. Universitetssjukhusen ska befinna sig i den medicinska frontlinjen och knyta till sig den kompetens som krävs för att vara det. Köparsjukhusen förtydligar att universitetssjukhusens viktigaste uppgift är att tillhandahålla specialistkompetens och utbildning samt att utveckla nya behandlingsmetoder som kan föras ut i länssjukvården.

Fortfarande uppfattas det som en självklart att universitetssjukhusen är slutstationen inom sjukvården när det gäller nya behandlingsmetoder och klinisk kompetens inom områden där antalet patientfall är litet samt fungerar som en länk mellan vetenskap och sjukvård. Det är dock tydligt att allt fler intervjupersoner inom sjukvården ifrågasätter om universitetssjukhusen fortfarande är motorn inom sjukvårdssystemet. De pekar t ex på att utvecklingstakten inom länssjukvården varit högre än inom en del universitetssjukhus. Det har lett till att skillnaden är mindre än vad den har varit mellan universitetssjukhusens kliniska kompetens och kompetensen på en del länssjukhus.

Universitetssjukhusen bör agera som moraliska förebilder

En del intervjupersoner menar också att universitetssjukhusen ska vara förebild såväl i medicinsk mening som i moralisk/etisk mening.

Intervjupersonerna är överens om att det är mycket viktigt för hela sjukvårdens utveckling att universitetssjukhusen befinner sig i frontlinjen såväl forskningsmässigt som utbildningsmässigt. Men lika viktigt är att universitetssjukhusen befinner sig i frontlinjen utifrån andra aspekter som patientomvårdnad, moraliska och etiska förhållningssätt m m och därmed agerar som förebilder för den övriga sjukvården. Universitetssjukhusen har hittills inte varit någon positiv förebild för den övriga sjukvården inom dessa områden. En del chefsöverläkare menar att det t ex inom länssjukvården finns fler drivande krafter inom områden som relateras till patientomvårdnad.

Det är främst i intervjuerna med köparsjukhusen och landstingspolitiker som detta starkast har kommit till uttryck. Exempel på tvivelaktigt agerande är suboptimeringen

mellan universitetssjukhus, universitetssjukhusens okänslighet för patientomvårdnad, rutinoperationer som utförts på universitetssjukhusen som skulle kunna göras bättre på hemmasjukhuset, etc.

Köparsjukhusen är överlag mycket kritiska till hur universitetssjukhusen under lång tid har agerat. Detta håller successivt på att förändras men de negativa attityderna finns kvar och försvårar samarbetet med länssjukvården. Köparsjukhusen är mest kritiska till universitetssjukhusens sätt att ta betalt. Det är inte ovanligt att kostnaderna ökat, trots att patientströmmarna har minskat. Länsjukvården är mest upprörd över att den intäktsökning som universitetssjukhusen får genom sitt agerande sker på bekostnad av länssjukvården. Förtroendet för universitetssjukhusens debitering är mycket låg bland köparsjukhusen. Det väcker en hel del ont blod.

EN NY TID SKAPAR NYA FÖRUTSÄTTNINGAR

Universitetssjukhusen står inför en brytpunkt

Intervjuerna visar att universitetssjukhusen står inför en brytpunkt där representerar å ena sidan den högsta instansen inom sjukvårdssektorn med en samlad kunskap och kompetens, å den andra sidan en stelbent institution som inte har följt med i den nya tidens förändringar.

Inget är längre givet

Den nya tiden kännetecknas av att inget längre är givet. Långsiktigt tänkande har bytts ut mot allt kortsiktigt tänkande och överlevnaden ställs alltmer i fokus. Exempelvis minskar många företag kostymen och skalar bort allt vidlyftigt för att ägna sig åt basnäringen, dvs produktionen av varor och tjänster. Trygghet i verksamheten skapas av att prestera rätt saker för en väldefinierad målgrupp. Tidigare kunde kunderna vara lojala trots att förväntningarna inte uppfylldes fullt ut. Idag är kunderna betydligt mindre lojala. Lever leverantören inte upp till förväntade krav, byts denne snabbt ut mot en annan som förstår kundens behov. Den nya tiden kännetecknas också av att leverantören inte säljer standardiserade produkter i samma utsträckning som förr utan mer finner lösningar på kundens speciella behov. Detta kräver i sin tur ett ökat samarbetstänkande och en större insikt i att det är kundens behov som verksamheten måste anpassas till för att vara framgångsrik.

Den nya tidens krav och förväntningar slår igenom i intervjupersonernas syn på universitetssjukhusen. Intervjuerna visar att det ställs allt högre krav på att universitetssjukhusen ska anpassa sig till en förändrad verklighet för att kunna bibehålla sin position som motor inom sjukvårdssystemet och leverantör av högspecialiserad vård.

Kapitalet är inte längre en fri nytthet

Sjukvården har under lång tid ständigt fått nya resurser utan att samhället har ställt konkreta krav. Enkelt uttryckt så är det sjukvården som dikterat villkoren och huvudmännen som betalat notan.

Det här förhållandet har bidragit till att en kultur har byggts upp inom sjukvården där inställningen har varit - och på vissa håll fortfarande är - att pengar ständigt ska komma utan att det nödvändigtvis ställs krav på motprestation i form av att man redovisar resultat, motiverar samt argumenterar i sakliga och inte i emotionella termer. Den här attityden återfinns inom hela sjukvårdssystemet och inom alla verksamheter där pengar har varit en fri nytthet. Kulturen försvårar och försenar anpassningen till en ny

verklighet där pengar är bristvara. En del individer tycks ha lättare att ta till sig det nya synsättet medan andra har svårare.

"Man kan ta ett exempel som var uppe på ett möte nyligen. Vi diskuterade frågan med kvalitetssäkring och där hade några klinikchefer önskemål att få lite extra pengar tilldelade för kvalitetssäkring. Det var en klinik som hade en hög antibiotikakostnad och då ville de ha mer pengar för att ta reda på varför. Jag tycker att det är befängt. Jag tycker att det ligger i varje kliniks normala åtagande. En kirurgchef som vill undersöka två olika sätt att operera lumsbråck på. Det tycker jag också ingår i jobbet."

En chefsöverläkare

Köp/sälj-systemets positiva och negativa effekter

Syftet med köp/sälj-systemet

Intervjupersonerna har en varierad syn på vad som var syftet med köp/sälj-systemets införande. Vissa säger att köp/sälj-systemet infördes pga av att anslagstänkandet skulle bort inom sjukvården. Andra säger att huvudsyftet var att få till stånd en rationaliseringseffekt. Eller att köp/sälj-systemet infördes för att höja kostnadseffektiviteten och kostnadsmedvetenheten inom vården. Oavsett hur intervjupersonerna uttrycker syftet med köp/sälj-systemet, så är alla överens om att sjukvården överlag mår bra av att inte längre betrakta pengar som en fri nytthet.

Landstingen har agerat olika

Landstingen har agerat olika när de har infört köp/sälj-systemet. En del landsting har agerat mycket snabbt och fört köp/sälj långt ut i organisationen medan andra har tagit det lugnare och försiktigare. Hur landstingen har agerat beror på individuella skillnader mellan landstingen vad gäller ekonomiska förutsättningar, sjukvårdsstrukturen samt kulturella skillnader.

"Vi har ju väldigt lite köp och sälj överhuvudtaget. Vi är det landsting som har kanske skyndat långsammast. Vi har alltid varit lite försiktiga. Vi är i särklass det rikaste landstinget i Sverige. Vi har en likviditet i landstinget på över en miljard kronor."

En landstingspolitiker

Det finns en del kritik mot att vissa landsting alltför snabbt infört köp/sälj-systemet. Det snabba agerandet visar dock ytterligare en trend inom sjukvården som är ny. Numera är fler intresserade av att anamma det nya snabbt och blir det fel så får man ändra på det som blev fel. Ett exempel på det nya agerandet finns i Stockholms läns landsting. Det blev kanske lite för stora förändringar för snabbt då det gäller akutsjukhusen; detta försöker Stockholms läns landsting att förändra nu, menar ett par intervjupersoner.

Stockholm läns landsting tycks överhuvudtaget ha anammat det snabba agerandet mest. I landstingen utanför Stockholm lever den gamla traditionen vidare. De studerar mer hur det går för andra, som är snabbare, låter dem göra misstagen och plockar sedan russin ur kakan. Det synsätet kallas inom ekonomin för "den relativa efterblivenhetens fördelar".

SBU (Statens beredning för utvärdering av medicinskt metodik) anser att landstingen har varit alldeles för snabba med att införa köp/sälj. Deras kritik riktas mot att systemet infördes helt oprövat och menar att en utredning borde ha tillsatts. SBU anser dock att det positiva med systemet är att varje enhet blir mer självständig, men för övrigt är det för mycket osäkerhet kring systemet för att det ska kunna accepteras.

En allt kärvare ekonomisk tid tillåter hårdare tag

Problemet som de intervjuade i undersökningen ser idag är att köp/sälj-systemets införande har sammanfallit med en mängd faktorer som lett till stora förändringar inom vården, totalt sett. De stora förändringarna har skapat en oro och osäkerhet inom vården som även avspeglas i debatten om köp/sälj-systemets effekter på FoUU, menar rikspolitikerna.

De faktorer som nämns i sammanhanget är:

Sjukvården har börjat skörda frukterna av forsknings- och utvecklingsarbete som skett långt tidigare i Sverige och andra länder. En hel del nya metoder har utvecklats som revolutionerar sjukvården och gör att driften blir billigare.

Stabilt arbetsmarknadsläge bidrar till att sjukvårdspersonalen blir mer rutinerad och därmed mer kostnadseffektiv.

Hårdare ekonomiskt klimat har gjort det politiskt möjligt att få igenom stora sparkrav. Sparkrav som anses vara möjliga att uppfylla på grund av de två ovanstående faktorerna, men som hade varit svårare att få igenom tidigare.

Detta sammantaget innebär att den negativa kostnadsutvecklingen inom vården har stabiliserats, säger myndigheter och politiker. Ovanstående har också bidragit till en bättre organisation med bibehållen hög vårdkvalitet.

Sjukvården har naturligtvis påverkats olika mycket av förändringarna, beroende på hur strukturen sett ut och de ekonomiska förutsättningarna inom respektive landsting. På vissa håll har förändringarna upplevts brutalare och svårare att uppnå än på andra håll.

"Vi byggde aldrig ut som man gjorde i andra landsting på 70- och 80-talet. Vi har aldrig fått vänja oss vid att vara många. Här har man velat gå andra vägar. Vi har en väldigt hög kvalitet på personalen och det beror på att vi har haft en liten omsättning på personalsidan. Vi har kunnat slimma vår organisation under många år och det är ingenting vi behöver starta i och med att sparbetinget kom. Vi har en hög kvalitet och en vettig organisation idag."

En chefsöverläkare

Köp/sälj-systemets negativa effekter på FoUU var inte avsedda

Mycket av köp/sälj- systemet anses ha haft en avsedd positiv effekt, dvs lett till en ökad kostnadsmedvetenhet. Samtidigt har systemet visat upp brister. Köp/sälj-systemet i samband med ett kärvt ekonomiskt klimat får konsekvenser i form av ett kortsiktigt och produktionsinriktat tänkande. FoUU kräver ett långsiktigt synsätt och risken för FoUU blir då uppenbar, enligt de intervjuade. Ansvariga politiker försvarar systemet och menar att köp/sälj-systemets eventuella negativa effekter på FoUU inte var avsedda. Bland de intervjuade riksdagspolitikerna finns det en uttalad ambition att övervaka så att FoUU inte urholkas i och med köp/sälj-systemet.

"Vi kommer att lösa detta, men idag är det ingen som vet tekniken för hur det ska lösas i Sverige. Vi kommer att lösa detta för att vi måste! Det är så skrämmande alternativ att vi ska på ett sådant enormt sätt utarma svensk sjukvård, undervisning och i sista hand svensk läkemedelsindustri. Den kommer inte att överleva om vi inte har bra klinisk tillämpad forskning och grundforskning."

En riksdagspolitiker

Inget system är perfekt

Inget system eller organisation är någonsin perfekt varför en del saker måste lösas med sunt förnuft. Landstingen själva säger att de idag tar ett stort ansvar för de akuta FoUU problem som har uppstått i och med köp/sälj-systemet, men det är få som kan ge ett konkret exempel på vad de faktiskt har gjort. Idag koncentreras insatserna istället till att diskutera och fundera kring hur det ska lösas. Det finns flera tänkbara vägar som diskuteras men undersökningen visar att samtliga vägar ständigt skapar nya frågetecken, vilka också måste rätas ut.

"Om tjänsten är prissatt med vård plus 20% forskning i anslutning till varje moment kan det ha varit bra. Men det skulle kunna få en underlig styreffekt i nästa led. En extremt snörik vinter resulterar i väldigt mycket pengar till ortopedisk forskning! Det vore ingen bra konstruktion."

En riksdagspolitiker

Men det finns ett landsting i undersökningen som kan visa hur de konkret gått tillväga för att FoUU ska få resurser framöver:

"Vi har börjat bygga upp vad vi kallar för en utvecklingsfond. Tanken är att den ska kunna bidra till att trygga den praktiskt tillämpande forskningen."

En landstingspolitiker

Landstingspolitikerna menar att universitetssjukhusen kan effektiviseras ytterligare och att forskare i likhet med de flesta människor mår bra av lite press. Att de ansvariga försöker hitta lösningar på problemet innebär inte att FoUU blir lika tryggt som förr, dvs okontrollerat och/eller utan krav på resultat. När det gäller prioriteringar så säger landstingen att relevansen för vården väger allt tyngre vid beslut om satsningar på FoUU. Tidigare kunde hög kvalitet vara en tillräcklig parameter, nu kräver landstingen i allt högre grad kvalitet och relevans för vården.

Forskningen värderas högt, men finansieringen är svår

Ny tid kräver nya styrmedel

Den nya tidens kärva ekonomiska klimat innebär således också förändrade attityder till FoUU. 70- och 80-talen betecknas som en generös tid där kraven från huvudmännen var lågt ställda. Idag ser man annorlunda på de ekonomiska medel som ges. I allt högre utsträckning kräver man motprestationer. Motprestationer i form av att huvudmännen vill vara delaktiga och få insyn i processen. Det räcker inte längre med tillfredsställelsen att ge, nu vill de även veta att pengarna används på rätt sätt och har avsedd effekt.

I undersökningen kan också märkas att garantier och långsiktighet tillhör en förfluten tid. Därmed inte sagt att huvudmännen inte kommer att satsa på mer långsiktiga projekt. Skillnaden är att långsiktigheten inte kommer att vara lika uttalad eller självklar. Projektets kvalitet och relevans kommer att få bevisas. Dessutom kommer huvudmännen att behöva bli mer motiverade i framtiden än vad som har behövts tidigare, enligt intervjupersonerna.

"Svensk sjukvård mår bra av lite kontroll. Det betyder att då kan du ta nya rön i anspråk för då får du resurser för det. När du kan hitta något nytt sätt blir du av med resurserna för det gamla sättet. Du kan då inte hålla på med dubbla metoder osv. Det kommer att ställa lite mer krav på utvärdering av medicinsk nytta och relevans."

En myndighetsperson

Ekonomiska system är till sin natur kortsiktiga

Att införa ett ekonomiskt tänkande i sjukvården ligger i tiden och uppfattas som absolut nödvändigt av samtliga intervjupersoner. Köp/sälj-systemet är dock ingen helhetslösning på de många problem som finns inom sjukvården. I intervjuerna kan kritiker till systemet

hittas inom alla nivåer, oberoende av politisk hemvist. Den starkaste kritiken mot köp/sälj ligger i systemets kortsiktighet. Kortsiktigheten befrämjar suboptimering inom sjukvården genom att allt fler tar hem kompetensen och att för många sjukhus konkurrerar om för få patienter. Kortsiktigt ekonomiskt tänkande med stark fokusering på budgetfrågor riskerar att utarma FoUU på sikt, enligt flera intervjupersoner.

Sjukvårdshuvudmännen är, trots allt, optimistiska

Det finns ett ekonomiskt utrymme för FoUU

Landstingspolitikerna tror trots all oro att det inte föreligger någon reell risk för att FoUU kommer att urholkas på grund av köp/sälj-systemet. Landstingshuvudmännen är allmänt av uppfattningen att den medicinska utvecklingen och ädelreformen skapar ett utrymme för att uppnå de sparkrav som har ålagts sjukvården utan att den höga kvaliteten på svensk sjukvård och FoUU tunnas ut. Sjukvården har totalt sett blivit billigare, alternativt har kostnadsutvecklingen avstannat, menar landstingspolitikerna.

"Sjukvården är inte någon jätten glufs glufs längre."

En landstingspolitiker

Ansaret måste delas

Det finns dock en uttalad strävan bland sjukvårdshuvudmännen att fördela ansvaret för FoUU på flera. Ansvaret kan inte helt åläggas de landsting som idag har ett universitetssjukhus, menar de. Samtliga landsting och staten måste gemensamt ta ansvar för att universitetssjukhusens FoUU inte urholkas. Idag upplever universitetslandstingen att de är ganska ensamma om att axla det tunga FoUU-ansvaret. Flera påstår att de idag tar ansvar för delar som är statens ansvar. Som exempel nämns att landstinget i Malmö/Lund har finansierat inrättandet av ett antal professorer.

Landstingspolitikerna hoppas att finansieringen av FoUU kommer att lösas på sikt genom det sunda förnuft och den ansvarskänsla som råder inom sjukvården. Hur det rent konkret kommer att gå till vet de däremot inte idag. Det är inte helt ovanligt att landstingspolitikerna uttrycker sig på följande sätt:

"Vi är medvetna om köp/sälj-systemets negativa effekter på FoUU. Det var aldrig tänkt så. Jag tycker att det är mycket viktigt att forskningen och utbildningen inte urholkas. Vi håller nu på att hitta lösningar för detta. Systemet måste förfinas."

En landstingspolitiker

Sunt förnuft och ansvarskännande kommer att råda

Köp/sälj-systemet innebär också att incitamenten ökat för länssjukvården att bygga upp sin egen kompetens, på bekostnad av minskade remisstömmar till universitetssjukhusen. Inte heller det tror landstingspolitikerna kommer ha någon reell effekt på

universitetssjukhusens FoUU. Landstingspolitikerna förväntar sig även här att professionen genom ansvars känsla och sunt förnuft kommer att lösa de eventuella suboptimeringsproblem som uppstår i och med köp/sälj-systemet. Länssjukvården kommer därmed även i fortsättningen att skicka patienter till universitetssjukhusen, enligt landstingspolitikerna.

"Den medicinska professionen ska styra så att suboptimeringar inte inträffar. Jag har lite svårt att tro att det står en läkare här och gör någonting som han inte är kompetent till. Dom har ju sitt medicinska ansvar, dom löper ju risken att inför ansvarsnämnden mista sin legitimation."

En landstingspolitiker

De övriga aktörerna tror att det föreligger en reell risk

Det behövs starkare styrmedel än ansvarskännande

Näringslivet och de nationella politikerna delar dock inte denna optimistiska syn att det räcker med ansvarskännande och sunt förnuft. De menar att det måste till andra styrmedel inom vården för att undvika de negativa effekterna av köp/sälj. Vilka styrmedel som ska till för att stävja suboptimering och ett alltför kortsiktigt tänkande inom vården, finns det olika uppfattningar om.

Långsiktiga mål måste läggas utanför budget

Näringslivet har en låg detaljkunskap om sjukvården och anser att de inte har en tillräcklig inblick i organisationen för att i detalj kunna ha en bestämd uppfattning. Istället väljer näringslivets representanter att resonera i principiella ordalag.

Näringslivet menar att ekonomiska system måste kombineras med andra styrmedel. De ekonomiska systemen lägger de på avdelningschefer för kontroll av utgifterna men även för beräkning av prestationsersättning. Prestationsersättningen ska vara ett incitament för att öka produktiviteten. Men det är för näringslivet mycket avlägset att lägga ut ansvaret för långsiktiga beslut/strategier, det ansvaret måste ledningen ta. Eventuellt kan man komplettera de ekonomiska målen som man ger avdelningscheferna med ett kvalitativt mål.

"Ledningen hos oss ska se till att långsiktigheten i verksamheten bevaras. För vår del ligger forskningen utanför avdelningschefernas budget. Det kan man inte sätta ett ekonomiskt mått på. Har avdelningscheferna en budget så kan du ge dig den på att han håller den men då kommer de mjuka bitarna att skäras bort först. Det skulle vara förödande för forskningen hos oss. Om man trots allt vill ha cost-benefit på forskningen så måste det göras på minst 5 års sikt."

En person från näringslivet

Om ovanstående resonemang skulle översättas till sjukvården så innebär det att sjukhusledningen ska ta ansvar för de långsiktiga målen, där FoUU är en del. Chefsöverläkarna är ansvariga för att respektive avdelning sköts på ett kostnadseffektivt sätt utifrån de förutsättningar som givits av sjukhusledningen.

Näringslivet pratar mycket om fri konkurrens och att det är orimligt att ett prov från ett universitetssjukhus får kosta mer än vad det kostar från andra sjukhus, på grund av forsknings- och utvecklingskostnader. Marknaden skulle aldrig acceptera ett sådant förhållande. Det är på områden där det inte finns konkurrens som det finns möjlighet att ta ut ett högre pris. Det som talar mot det sistnämnda är att det ligger i sjukvårdens struktur att inte ta patent eller stänga inne den kunskap som finns. Tvärtom bygger sjukvårdssystemet på en öppenhet att föra ut information i hela sjukvårdsorganisationen.

Näringslivet menar att så länge som sjukvården inte är en vinstdrivande organisation i egentlig mening och att fri konkurrens inte råder fullt ut, så måste FoUU läggas utanför köp/sälj-systemet. För att beakta FoUUs intresse är det viktigt att huvudmän och sjukhusledning förstår att ansvaret för att bidra till FoUU inte kan läggas på klinikinivå.

Intervjuerna med näringslivet visar att de anser att det är väsentligt med samarbete och öppenhet mellan universitetssjukhusen och deras kunder, för att universitetssjukhusen ska kunna hävda sig i den nya marknadssituationen. Ju närmare kunderna kan knytas känslomässigt till leverantören desto starkare blir banden som i sin tur genererar nya affärer. Näringslivet menar att länssjukvården och universitetssjukhusen måste öka samarbetet och inte konkurrera med varandra. Det har inte Sverige råd med.

Riksdagspolitikerna tror på politikerstyre

Politikerna på nationell nivå och några landstingspolitiker menar att köp/sälj-systemet aldrig kommer att få den betydelsen att FoUU kan sättas på undantag. Även förespråkarna för en minimalistisk politik anser att det måste finnas ett ramverk för att minska risken att ett alltför kortsiktigt ekonomiskt tänkande styr vården. Men staten har dåliga finanser och kan därför inte själv ta detta ansvar, inte heller alla landsting. Hur detta ramverk kommer att se ut vet politikerna inte idag.

"Jag upplever att det i riksdagen och regeringen finns en stor medvetenhet om dessa problem. Det finns en bred medvetenhet och en vilja att göra något, men det finns också en stor handfallenhet, nästan uppgivenhet att man inte vet hur man ska lösa detta. Den allmänna opinionen hjälper oss inte mycket i det här avseendet. Man måste komma på konstruktiva lösningar. Det gäller inte bara pengar, utan hur dessa pengar ska slussas in i systemet för att gagna de här frågorna. Vi kan inte förändra systemet, vi ska ha prestationsersättning inom vården. Frågan är på vilket sätt kan man slussa in pengar i dessa prestationsersatta system för att gagna klinisk forskning och utbildning."

En riksdagspolitiker

Dessutom finns en allmän oro bland riksdagspolitiker. De anser att sjukvården måste finna en lösning snart. Annars kommer köp/sälj-systemet i kombination med det som brukar kallas för "vårdens imperativa karaktär" att ytterligare bidra till en negativ utveckling för den kliniska forskningen och utvecklingsarbetet. Det vill politikerna finna styrmedel för att hindra.

"Även läkaren, klinikchefen, kan vara hur mycket professor som helst men han tenderar förståeligt nog att optimera organisationen i första hand ur vårdsynpunkt. Köp/sälj fungerar då som en smygmetod. Utan att man tänker på det blir det helt plötsligt mera vård och mindre forskning."

En riksdagspolitiker

Inställningen bland riksdagspolitikerna är att FoUU ska garanteras oavsett finansieringsform eller huvudmannaskap. Den generella uppfattningen bland politikerna är att FoUU har en oerhört stark politisk ställning, oavsett politisk hemvist och att det i sig garanterar för att de kommer att finna en lösning på finansieringen av FoUU.

Köparsjukhusen är kritiska till universitetssjukhusen

Köparsjukhusen bekräftar de farhågor som politikerna har. De menar att varken utvecklingen eller samarbetet mellan remittenterna och universitetssjukhusen befrämjas av att FoUU-kostnaderna ingår som en del i köp/sälj-systemet. Vad som ligger bakom attityden är att remittenterna upplever att universitetssjukhusen under lång tid har finansierat FoUU genom överdebitering av länssjukvården.

FoUU ska inte finansieras via klinikernas budget

De direktiv köparsjukhusen har är att budgeten ska hållas och det finns en risk att de inte kan bidra till forskning och utveckling genom ständigt nya sparbeting. De flesta har skurit hårt som det är redan och anser sig inte kunna krympa organisationen mer. Köparsjukhusen ser i första hand till sin egen personal och till patienterna. FoUUs nytta och relevans är alldeles för långt från den dagliga verksamheten för att den ska prioriteras.

"Vi vet inte hur budgeten kommer att se ut. Vi vet inte riktigt hur omvärlden kommer att stötta oss om ett par år. Sjukvården ersätter idag universitetssjukhusen med ett antal miljoner som ersättning för att de är där och gör ett jobb. När sjukvården bantas ytterligare undrar jag om vi ska verkligen ge universitetssjukhusen så mycket i framtiden utan att få någonting tillbaka."

En chefsläkare

Köparsjukhusen har en allmän positiv inställning till forskning och utveckling, förutsatt att den ger vad de vill ha. Förväntningarna hos köparsjukhusen är att forskningen ska bidra till utvecklingen av nya metoder, som tids nog även kommer dem tillgodo. Den kedjan vill de i fortsättningen bevara.

Huvudmannafrågan beträffande FoUU är däremot av mindre betydelse för köparsjukhusen, säger de själva. Det som har någon betydelse i sammanhanget är att klinikerna inte ska belastas för FoUU-kostnader via sin budget.

De kan dock mycket väl tänka sig att bidra till den kostnad som universitetssjukhusen har för att utveckla nya metoder. Ett sätt som nämns är att universitetssjukhusen inför en grundkostnad som finansierar utvecklingskostnaderna. På detta läggs en rörlig del som till exempel en telefonsamtalskostnad för den del som är behandlingsrelaterad. Grundkostnaden ska belasta sjukhuset eller landstinget, inte kliniken. Behandlingskostnaden är den enda kostnaden som klinikerna är beredda att betala för direkt ur budgeten.

Avtal kan åter bli intressant

Ovanstående resonemang med en grundkostnad/anslutningskostnad och en rörlig kostnad, kan leda till att avtal återigen blir intressant med ett eller flera universitetssjukhus. Det finns dock en väsentlig skillnad mot tidigare regionvårdsavtal. Skillnaden är att det idag finns en valfrihet att välja den samarbetspartner som bäst motsvarar uppställda förväntningar och krav.

Dessutom vill köparsjukhusen att avtalen ska löpa på betydligt kortare tid, cirka ett år i taget. Anledningen till detta är att köparsjukhusen inte vill vara bundna till ett universitetssjukhus om det finns ett annat universitetssjukhus eller ett större länssjukhus som har bättre utveckling och resultat på en viss typ av behandling. En annan anledning är att köparsjukhusen vill sätta lite press på universitetssjukhusen, dvs om de inte sköter sig så får de inte kunder.

"Det är inte rimligt att våra patienter ska vara bundna av avtal under lång tid där vi vet att patienterna behandlas och får en sämre vård och behandling för att kliniken vid tiden 0 var en fantastisk klinik men under tre år kraftigt försämrats kvalitetsmässigt medan andra kliniker gått bättre. Det måste finnas någon form av valmöjlighet. Avtal på ett år och option på tre år om de sköter sig."

En chefsöverläkare

Det är viktigt för köparsjukhusen att universitetssjukhusen inte kan luta sig tillbaka i trygg förvisning om framtida patientströmmar. Istället blir det resultatet som påverkar om det blir en förlängning av avtalet från ett år till ett annat.

Kunskap säljer

Universitetssjukhusens styrka är att det finns tid och pengar avsatta för studier, vilket ger en djupare kunskap där en kliniker inom länssjukvården måste ha bred kunskap. Utvecklingen sker så snabbt att det är en omöjlighet för en kliniker inom länssjukvården att skaffa sig djup kunskap. I synnerhet inte bland chefsöverläkare och chefsläkare som numera också har ett administrativt ansvar att axla.

"Det ingår i det här jobbet att läsa och lära sig nya saker. Man kan åka på kongresser och prata hemma med kollegerna. Det ingår för alla. Vad jag gör som kliniker är att jag läser bredare och kanske inte så djupt. Mycket beroende på att det händer så mycket att det är svårt att hänga med. Men däremot på universitetsklinikerna finns avsedd tid för litteraturstudier, där ingår det mycket tydligare att man inom sitt område ska fördjupa sig och alltså kunna 60-70% inom ett smalt område medan jag kanske kan 10%. Den här skyldigheten har man på universitetssjukhusen för det finns avsatt tid för detta som skulle kunna ligga i den här abonnemangsavgiften."

En chefsöverläkare

Köparsjukhusen är villiga att bidra med finansiering av FoUU om det innebär ett ökat samarbete, i form av kunskapsöverföring, metodutveckling och kompetensutveckling.

Köparsjukhusen har däremot ingen ambition att finansiera grundforskningen. Det anses vara ett rent statligt åtagande som köparsjukhusen inte vill vara med och betala. Inte för att de anser att den är oviktig, men den är för långsiktig och köparsjukhusen har ingen möjlighet att påverka vare sig utfall eller kostnader.

"Den belastar befolkningen, men ska tas från en annan huvudrubrik."

En chefsöverläkare

Attitydskillnader beträffande nivån på den svenska forskningen

Olika sätt att mäta nivån

Intervjupersonerna använder sig av olika mått när de ska beskriva var svensk forskning befinner sig. Följande mått har framkommit i intervjuerna:

- Graden av intresse som utländska läkare/forskare har av att komma till svenska universitetssjukhus.
- Graden av välkomnande svenska läkare/forskare får på utländska sjukhus.
- Antal publikationer i utländsk fackpress.
- Möjligheten att behålla kompetent arbetskraft.

I alla dessa avseenden har Sverige hävdats sig väl, menar intervjupersonerna. De här måtten gäller även inom Sveriges gränser och mellan universitetssjukhusen. Som exempel på detta har Umeå nämnts.

"Den här relationen mellan Norrlands universitetssjukhus och de fyra stora är faktiskt intressant som ett sätt att illustrera det internationella perspektivet. För det är

fortfarande så att Umeå i grund och botten har ganska svårt att behålla sina duktiga och främsta läkare. De lockas till de övriga universitetssjukhusen. Det är helt enkelt så att de upplever det som bättre och starkare forskningsmiljö på andra håll och då flyttar man dit."

En riksdagspolitiker

Delad uppfattning om vilken forskningsnivå Sverige bör ha

Uppfattningen om vilken nivå svensk forskning bör befinna sig på, skiljer sig mellan intervjupersonerna.

Nivån har sjunkit betänkligt

En del menar att nivån på den medicinska forskningen har sjunkit betänkligt (forskningsivrare). De som anser att nivån har sjunkit och tillika betraktar den sjunkande nivån som oroande menar att detta får konsekvenser på lång sikt för hela sjukvården och utbildningen av sjukvårdspersonal. De personer som har detta synsätt har oftast som yrke att värna om forskningen. De har kunskaper om och insikter i vad forskning leder till på lång sikt. Men de talar också i egen sak eftersom det är deras jobb att värna om forskning.

Forskningsivrarna menar att det inte går att separera forskningen från sjukvårdsorganisationen utan att man måste se det som en totalitet. Kvaliteten på läkarkåren vinner på att forskningen ligger på en hög nivå. Det gör även den praktiska sjukvården. Om Sverige bibehåller de stimulerande forskningsmiljöer som forskningsivrarna anser att vi har, kan fler duktiga kliniker välja att stanna kvar i Sverige och vi slipper uppleva brain-drain.

Anledning till att nivån har sjunkit beror inte bara på uteblivna satsningar internt, utan också på externa omständigheter. Som exempel på detta nämns att en del medicinteknisk industri som vill prova material inte gör det i Sverige i samma utsträckning längre. Anledningen är att marknaden betraktas som för liten. Istället väljer man att samarbeta med medicinska kliniker som ligger i länder som är större. Uppnår man goda resultat på en fin tysk klinik kan det öppna dörren till en ny marknad inom den stora tyska sjukvården.

Vi har inte råd med en för hög nivå

Attityden hos andra intervjupersoner är att Sverige inte ska sträva efter att ligga i den absoluta frontlinjen inom alla områden. Istället bör vissa områden som vi har förutsättningar att bli bra inom noga väljas ut. Därutöver kan den inhemska forskningen segla på resultat som andra internationella forskare fått fram.

"Vi måste titta mer på vad som sker i andra länder. Vi måste naturligtvis ha en kompetens så att vi kan ta tillvara det som sker i andra länder. I ett litet land som

Sverige gäller det att kunna ta åt sig mycket av det som sker utomlands. Jag vet inte jämfört med vår befolkning, men jag skulle tippa att vi har en väldigt stor medicinsk forskning. Jag misstänker att man måste snekla mer på vad som händer i andra länder så att man inte dubbelarbetar."

En person från näringslivet

Universitetssjukhusen ska inte heller befinna sig i den absoluta medicinska frontlinjen vid en internationell jämförelse, om den ligger alltför långt ifrån den praktiska inhemska sjukvården. I undersökningen kan man se en tydlig tonvikt på resonemang som "vi har inte råd att vara i frontlinjen internationellt sett".

Emotionella argument för en hög nivå på forskningen

Emotionella resonemang som att "vi skulle gärna vilja vara bland de främsta för det höjer prestige" eller "det höjer självkänslan om man har satsat rätt" har varit styrande för landstingen bakåt i tiden, enligt flera intervjupersoner. Dessa menar också att landstingen gärna söker efter rationella argument som kan stärka de emotionella motiven. Idag finns det dock inte ett lika stort utrymme att låta de emotionella motiven styra penningströmmarna. Följande sätt att resonera präglar därför attityden i allt högre grad:

- Många intervjupersoner understryker vikten av att ta tillvara utländska forskningsresultat.
- Att lägga ner tid och resurser på att uppfinna hjulet igen går emot det sunda förnuftets manifest.
- En hög medicinsk forskningsnivå får inte bli ett självändamål för att höja sin egen prestige som forskare, landstingspolitiker eller kommunalpolitiker.

OMVÄRLDENS KRAV OCH FÖRVÄNTNINGAR PÅ UNIVERSITETSSJUKHUSEN

Rikspolitikers och myndigheters krav och förväntningar

Baskrav som måste uppfyllas

De intervjupersoner som värnar om forskning på ett principiellt plan och även på ett personligt plan anser att det ligger stora värden i att bibehålla en hög nivå på forskning. Intervjuer med Landstingsförbundet visar att man även här är positiv till att finna lösningar så att FoUU tryggas i framtiden. Landstingsförbundet har under en period varit mindre positiv till att driva frågan men inställningen har i detta avseende svängt. Så idag kan det sägas att samtliga rikspolitiker och myndigheter värnar om att universitetssjukhusens FoUU inte ska urholkas.

Rikspolitiker och myndigheterna anser att universitetssjukhusen måste kunna uppfylla följande funktioner:

- Täckta in området mellan den tillämpande kliniska forskningen och grundforskning.
- Driva den kliniska forskningens resultat så att de kommer patienterna till godo.
- Ansvara för hög klinisk kvalitet på läkarutbildningen.

Resurserna räcker inte till allt

Det finns dock en genomgående uppfattning bland rikspolitikerna och myndigheterna att universitetssjukhusen vill göra för mycket. Detta är inte bara ett problem med universitetssjukhusen utan gäller generellt för sjukvården som helhet. Svårigheten att prioritera och avgränsa verksamheten kan leda till att alla delar får mindre resurser.

Sjukvården måste minska suboptimeringen

Universitetssjukhusen, men även den övriga sjukvården, måste därför renodla verksamheten. Varje universitetssjukhus måste göra en ärlig inventering av sina styrkor respektive sina svagheter. Universitetssjukhusen måste bli mer ödmjuka och öppna för omvärldens signaler och kritik och anpassa verksamheten därefter.

Idag är attityden bland länssjukvården att de har en kompetens som gränsar till universitetssjukhusens och i en del fall till och med är högre än universitetssjukhusens. Den attityden tillsammans med universitetssjukhusens agerande kan leda till suboptimeringsproblem. Helhetsperspektivet går förlorat och de totala vårdkostnaderna blir större.

Delar av FoUU kan komma att brytas loss

En frizon för FoUU

Ju mer forskningsinriktade de intervjuade är desto starkare är kraven på att staten och landstingen måste ta sitt finansieringsansvar som sjukvårdshuvudmän. Finansieringen av FoUU måste ske utanför köp/sälj-systemet för att kunna garanteras en långsiktighet, menar de. Det är möjligt att de har rätt i analysen. Undersökningen visar nämligen att ju närmare ett budgetansvar de intervjuade befinner sig, desto mindre blir intresset för att finansiera något som de inte har kontroll över.

"Det är naturligtvis staten som måste ta sitt ansvar i det här. Det är självklart att de måste bidra på ett adekvat sätt till finansieringen. Den andra faktorn är att även sjukvårdens huvudman måste dela ansvar för detta. Vissa landsting gör det, andra inte. Vissa säger bara att det är statens ansvar men man kan inte bara säga på det sättet. Den kliniska forskningen t ex har alltid finansierats av sjukvårdens huvudman, även om det inte syntes lika tydligt eftersom vi hade budgetfinansiering. Nu i dessa prestationersättningssystem syns dessa utgifter. Det finns en tendens att rensa ut dem. Samtliga landsting inom regionen måste känna sitt ansvar. Det räcker inte med att den huvudman som är huvudman för ett universitetssjukhus gör det."

En riksdagspolitiker

Finansieringen av klinisk forskning tycks vara en komplex fråga i ett köp/sälj-system i ett kärt ekonomiskt klimat. Risken att klinisk forskning hamnar mellan två stolar är stor - staten å ena sidan och landstingen å andra sidan.

Överlag råder inställningen att klinisk forskning leder utvecklingen för den svenska sjukvården framåt och att den därför av yttersta vikt att bevara. Det finns också en stark drivkraft i den allmänna uppfattningen bland politiker att självkänslan ökar hos dem som satsar på klinisk forskning.

Riksdagspolitiker och myndighetspersoner ser ett framtida scenario där det kommer att bildas en frizon för forskningen genom att den läggs utanför köp/sälj-systemet. Idag handlar därför debatten snarare om val av teknik än om forskningens betydelse för svensk sjukvård. De olika finansieringsformerna som nämnts i intervjuerna är:

- Procent av sjukvårdsbudgeten avsätts till FoUU. Hur mycket vet man inte eftersom kostnaderna för FoUU inte är definierade. 1,5% nämns som en tänkbar siffra.
- Samtliga landsting avsätter örönmärkta pengar till FoUU, vilka läggs utanför klinikbudgeten.

Forskningen får inte bli beroende av industrin

Den negativa ekonomiska utvecklingen som, enligt flera, kommer att fortsätta ett tag till, gör att landstingspolitiker anser att både de själva och riksdagspolitikerna kommer att tvingas prioritera. Den som inte kan legitimera sin forskning och sälja sina idéer till andra kommer att få det svårt.

En möjlighet är att andra aktörer kommer in på scenen och finansierar de delar som inte landstingen eller staten anser sig ha råd med. Industrin kan mycket väl bidra med pengar till forskningen. Företag har alltid, i någon form, bidragit med pengar till forskning och utveckling. Det är en finansieringskälla som borde tillvaratas ytterligare genom att näringslivet uppmuntras med de goodwill-värden som företagen får i gengäld. Men näringslivets närvaro löser inte de grundläggande finansieringsfrågorna eftersom FoUU kräver mycket stora summor varje år.

Det finns en del risker med att låta näringslivet bidra med en alltför stor del av finansieringen. De som nämns är:

Forskningen blir inte en fri nytthet. Om näringslivet blir en alltför stor finansiär finns risken att resultaten stannar hos dem som finansierar forskningen. Så är det t ex inom läkemedelsindustrin idag. Detta är ingen positiv utveckling enligt de flesta intervjupersonerna. Forskningen ska vara en fri nytthet. Den svenska sjukvården bygger på att forskning och utveckling är en fri nytthet.

Forskningen blir alltför styrd. Om forskningen skulle bli beroende av finansiering från industrin eller försäkringsbolag finns en risk att forskningen kan bli alltför styrd utifrån finansiärernas intressen. Finansiärerna kommer att satsa på den forskning som gagnar deras intressen mest, anser kritikerna. Idag upplever de intervjuade att egenintressen inte styr forskningen. Den anses tvärtom vara fri från sådana påtryckningar.

Forskningen skulle bli beroende av konjunkturer. Ytterligare en risk som intervjupersonerna ser om näringslivet blir stora finansiärer inom forskningen är att näringslivet är konjunkturberoende. Därmed är risken betydande att även pengarna till forskning skulle bli konjunkturberoende. Staten och landstingen kan - och bör kunna även i framtiden - garantera en långsiktighet utan alltför stora konjunktursvängningar.

Köparsjukhusens och sjukvårdshuvudmännens krav och förväntningar

Universitetssjukhusens position är inte längre självklar för köparsjukhusen

Köparsjukhusens och sjukvårdshuvudmännens baskrav på universitetssjukhusen överensstämmer i mycket med varandra. Samarbetet med universitetssjukhusen är idag inte lika självklart som det har varit, anser de. Mervärdet av att samarbeta med ett

universitetssjukhus har blivit diffus för de intervjupersoner som har den praktiska patientvården i fokus. Det finns för mycket oklarheter i samarbetet som minskar intresset. Universitetssjukhusen har tårt på ett förtroendekapital och det finns intervjupersoner som liknar dagens situation med Karolinska Institutets födelse, dvs ser en parallell med den protestaktion mot läkarutbildningen som då bedrevs i Sverige.

De baskrav som köparsjukhusen och sjukvårdshuvudmännen ställer på universitetssjukhusen sammanfattas nedan:

- Universitetssjukhusen ska driva den medicinska utvecklingen.
- De ska bedriva klinisk forskning.
- Ta ansvar för den kunskapsöverföring som krävs för att utveckla sjukvården.
- Universitetssjukhusen ska ägna sig åt högspecialiserad sjukvård.
- De ska ansvara för den praktiska utbildningen av läkare.

Nya förväntningar adderas till baskraven

Ovanstående baskrav uppfattas i mycket som tomma begrepp av länssjukvården. Vad köparsjukhusen och samverkansnämnder förväntar sig framöver är att dessa begrepp får ett reellt innehåll. De nya kraven kan formuleras på följande sätt:

- Universitetssjukhusens kompetens måste göras tydlig.
- Köparsjukhusen kräver ökat samarbete, lyhördhet och förståelse från universitetssjukhusen.
- En kombination av vetenskaplig kompetens och klinisk kompetens efterfrågas.
- Det måste sättas press på forskarna.
- Universitetssjukhusens undervisningsroll måste få en ny innebörd.

Sjukvårdshuvudmännen ställer ökade krav på relevans om de ska finansiera FoUU

Det är långt ifrån alla landsting som håller med om att frizonen ska finansieras gemensamt av samtliga landsting. Det finns landsting som brottas med dåliga ekonomier. Dessa landsting menar att om de ska bidra till FoUU så kommer det att innebära att deras egna sjukhus får minskade resurser. Ur regionpolitisk synvinkel är detta inte populärt. Landsting med dåliga ekonomier måste därför motiveras ytterligare. Ett sätt att motivera dem är att de tydligt ser en nytta för patienterna, sjukhusen och ekonomin.

Resonemangen vad gäller vikten av att motiveras gäller även för andra landsting med bättre ekonomier, om de ska finansiera FoUU. Attityderna idag är att landstingen inte längre kommer att satsa blint på klinisk forskning och utvecklingsarbete. Kraven på att den kliniska forskningen är relevant för sjukvården ökar och man vill ha garantier för att den kliniska forskningen leder till bättre omvårdnad, bättre behandling samt lägre kostnader.

Landstingen kommer - om de tvingas till det av ekonomiska skäl - att prioritera den forskning som ligger nära det medicinska utvecklingsarbetet och där nyttan för den praktiska sjukvården är tydlig. Landstingen är angelägna att bibehålla sjukvårdssystemets genomgående höga nivå, men de ser inte längre forskning, utbildning och utveckling som ett självändamål.

"Den dagen man börjar minska på forskningen sjunker kvaliteten på allt annat, även på utbildningen. Vad man möjligen måste göra är att titta om forskningsinsatserna prioriteras rätt. Idag är det den interna kulturen som styr det där. Det finns vissa tongivande personligheter som driver och har byggt upp stora institutioner och har dragit till sig kapital. Det är alltid en del som är mer flängda på att dra till sig stolar än andra. Jag tror inte att det har varit några stora överväganden. Det har råkat bli som det blivit och sedan försöker politikerna skruva ihop inför valjarna att det är dj-igt begåvat gjort."

Tjänsteman inom landstinget

Köparsjukhusen är positiva till att landstingen ställer ökade krav på universitetssjukhusens FoUU. De ser därmed möjligheter till att minska det kommunikationsgap som de anser råder mellan köparsjukhusen och universitetssjukhusen idag.

"Staten ska finansiera grundutbildningen och grundforskningen - det är självklart. När det sedan gäller klinisk forskning, utvecklingsarbete, metodutveckling, fortbildning kanske man går ut och gör en samfinansiering, med dem som har hand om patientvården, dvs sjukvårdshuvudmännen. Men även kanske försäkringskassa, kommuner, läkemedelsföretag osv. Det finns ett antal intressenter som skulle kunna vara intresserade av att bilda nätverk, om man kunde visa att det gav en positiv effekt. Man kunde tala om för t ex kommunerna att om vi gör det här, kanske vi kan reducera den och den faktorn med så och så mycket. Det är viktigt att hela tiden engagera och motivera för att få pengar. Men framför allt måste man kunna visa på resultat. Det har kanske inte varit universitetssjukhusens starka sida"

En chefsöverläkare

Universitetssjukhusens kompetens måste göras tydlig

Köparsjukhusen kommer i mycket högre utsträckning att kräva att få veta vad universitetssjukhusen är bra på. Idag är detta långt ifrån självklart. Även sjukvårdshuvudmännen vill få en klar uppfattning om detta. Resultat måste visas inte bara på den vetenskapliga sidan utan i lika hög grad på sjukvårdssidan. Det finns många som idag inte riktigt är på det klara med vad som är universitetssjukhusens reella kompetens.

"Vi vet att de har ett antal professorer, men i vad mån de verkligen ligger framme med utvecklingen, vad de har för utvecklingslinjer, det känner vi väldigt lite till utanför universitetsvärlden."

En överläkare

Otydligheten beror på universitetssjukhusen

Det finns en låg kunskap om vad som sker innanför dörrarna till universitetsvärlden. Orsakerna till att köparsjukhusen har en låg kunskap om verksamheten på universitetssjukhusen är enligt intervjupersonerna följande:

- Universitetssjukhusen har genom regionvårdsavtal inte behövt visa upp sig för köparsjukhusen. De har därför ingen tradition att marknadsföra sig.
- Universitetssjukhusens personal värderar den akademiska världen högre än den praktiskt tillämpade vården.

Köparsjukhusen upplever att universitetssjukhusen lever för mycket i sin egen värld för att ha någon uppfattning om vad som sker utanför universitetsklinikerna. Uppfattningen som finns hos köparssjukhusen är att många av dem som arbetar inom universitetssjukhusen sällan varit utanför den världen och vet därför inte vilka behov som finns inom den verkliga vården. Chefsöverläkarna på köparsjukhusen upplever att de själva är duktiga kliniker och har en nära kontakt med patienterna. De menar att de skulle kunna ge universitetssjukhusen betydlig input i vad vården kan behöva i forskningshänseende.

Köparsjukhusen kräver samarbete, lyhördhet och förståelse

Köparsjukhusen tror att det är viktigt för den medicinska forskningen att visa att den är slagkraftig. Universitetssjukhusen måste i större utsträckning visa att insatsen har en konkret betydelse för avnämarna och inte bara belastar dem.

"Jag känner att det finns de som har sysslat med projekt i många år och där man undrar: 'Vart leder det någonstans? Finns det några i utlandet som har kört om vår utveckling så att vi håller på att hamna efter?'. Det är ingen som vet om man inte verkligen är insatt i forskning och universitetsvärlden. Men det betyder inte att vi är ointresserade. Tvärtom!"

En chefsläkare

Så länge kostnaderna inte belastade klinikerna, behövde de inte värdera vad de fick från universitetssjukhusen. Tidigare har kostnaderna inte varit synliga och därför har det inte varit av stor betydelse hur universitetssjukhusen har skött sina åtaganden så länge som den medicinska kompetensen varit tillfredsställande.

En allmän uppfattning är att universitetssjukhusen har en begränsad horisont varifrån de får sin input. Input till universitetssjukhusen uppfattas komma från den akademiska världen och/eller från utländska kolleger. Köparsjukhusen upplever att universitetssjukhusen tittar alldeles för lite på vad som händer inom länssjukvården. Det förhållningssättet tolkas av köparssjukhusen som att universitetssjukhusen inte

respekterar och inte är intresserade av vad som händer inom länssjukvården. Uppfattningen att universitetssjukhusen inte verkar intresserade av utvecklingen inom länssjukvården bidrar till attityden att universitetssjukhusen inte lever i verkligheten.

Köparsjukhusen tycker att det är märkligt att universitetssjukhusen inte har velat knyta till sig samarbetspartners bland de olika sjukhus som finns i närheten. Köparsjukhusen menar att det finns stora möjligheter för båda parter att finna gemensamma projekt att samarbeta kring. Köparsjukhusen tror att de skulle ha en hel del praktiska erfarenheter att bidra med som skulle kunna vara av intresse för forskningen och utvecklingsarbetet.

"Universitetssjukhusen måste vara lite mer utanför den egna gården och se vad som händer inom sjukvården. Man måste se: Vad har de för utveckling i Västervik? Vad finns det för specifika problem i Motala? Exakt vilka problem har man, det är det som universitetssjukhusen måste försöka ta reda på. Vården är ju olika på olika ställen och teknikerna har kommit olika långt, men har man en rationell verksamhet i t ex Linköping borde man kunna exportera den här modellen och säga att 'så här kan ni sköta de här patienterna'. Det tycker jag skulle vara självklart, om man nu har den här kunskapen och verkligen är först på planen med olika saker ska man naturligtvis exportera det här eller erbjuda utbildning för den som tar hem den här uppgiften."

En chefsöverläkare

Det är tydligt att köparsjukhusen efterfrågar att universitetssjukhusen ska kunna utföra behovsanalyser bland sina kunder, dvs länssjukvården. Man menar att det hör till att universitetssjukhusen inriktar forskningen mer på de reella behov som finns inom sjukvården än på forskning som ger prestige.

Omvårdnadsforskningen är intressant för köparsjukhusen

Det finns flera exempel på områden där länssjukvården skulle vara intresserad av att det bedrivs forskning. Det finns också flera exempel på hur dessa områden behandlas styvmoderligt av universitetssjukhusen. Patientomvårdnad är ett sådant område som köparsjukhusen upplever att akademiska världen sett ner på. För köparsjukhusen är det ett område som är av stort intresse. Omvårdnadsforskning upplevs som diffus och har ännu inte givit de resultat som flera intervjupersoner har hoppats på.

"Min bild av omvårdnadsforskningen som den har bedrivits, den är företrädd på de flesta universitet, är att den inte har burit de frukter som vi hoppats. Den kanske inte är så akademisk till sin profil, utan mer någonting som ingår som en naturlig kvalitetsprocess inom vården, varhelst den bedrivs."

En sjukhusdirektör

Öppen dialog mellan alla parter

Vad som också kommer att vara viktigt är att länssjukvårdens läkare kan föra en dialog och att det finns en öppenhet mellan parterna. Det finns en önskan bland köparsjukhusen

om att ha en närmare och personlig kontakt med universitetssjukhusen. Idag upplever man att om det överhuvudtaget finns en kommunikation så är den väldigt ensidig.

"Jag tror att universitetssjukhusen måste gå vidare och försöka ta reda på vad mina uppdragsgivare och omgivning är intresserade av att få från vårt universitetssjukhus. Man måste ha ett flöde av kunskap fram och tillbaka. Universitetssjukhusen kan inte bara utbilda och sedan inte bry sig om, utan de måste tillsammans med de olika sjukhusen bygga upp något gemensamt som har med utveckling, forskning och kanske kursverksamhet kring nyheter osv att göra, och vara beredda att fara ut och tala om det."

Chefsläkare

Chefsöverläkarna efterfrågar, förutom respekt och lyhördhet för länssjukvården, att universitetssjukhusen önskar sina kolleger från länsjukhusen välkomna på universitetssjukhusen, att de får vara med på ronderna, kan få patientsamråd, arbetscirkulation och möjlighet att hospitera periodvis, men även att läkare från universitetssjukhusen visar ett intresse för att komma ut till länssjukvården.

Det måste sättas press på forskarna

En allmän uppfattning, bland de intervjuade, är att kontroll saknas över de professorer och forskare som finns inom universitetssjukhusen. Där finns väldigt mycket folk vilket de intervjuade ställer sig frågande till. Vissa intervjupersoner som själva har forskat vid ett universitetssjukhus tar sin egen tid som exempel och menar att det fanns kliniker som sköttes ineffektivt. Men även andra intervjupersoner har liknande uppfattning och tar livstidsanställningar för professorer som exempel. En mindre allvarlig uppfattning som finns bland intervjupersonerna är att forskare på universitetssjukhusen vill bli professorer så att de sedan kan sova bort tiden. Forskarna sägs lida av en sjukdom som kallas för "professoriasis".

Näringslivet anser att arbetstryggheten är av ondo för forskningen. Det är för dem mycket främmande att anställa någon på livstid. Dessa tongångar finns också hos köparsjukhusens representanter.

"Det finns de som är väldigt passiva och tysta. Man undrar vad den här professorn gör överhuvudtaget. En del är väl naturligtvis absorberade av administration. Men jag tycker att man måste sätta någon form av prestationsinsats på de här som har de ledande akademiska uppdragen. Det är 'med professor' livet ut. Jag undrar om det befrämjar vitaliteten. Det blir till slut en hederstitel. Är det något universitetssjukhusen behöver så är det hungriga professorer, docenter som verkligen leder en utveckling framåt. Idag är det väldigt stagnerat på sina håll."

En chefsöverläkare

Meriteringssystemet på universitetssjukhusen upplevs som föråldrat idag. En allmän uppfattning bland intervjupersonerna är att tillsättningen av professorer i framtiden måste bestämmas utifrån följande faktorer:

- Kvantitet bör få mindre betydelse än kvalitet i framtiden. Kvaliteten på de arbeten som respektive individ åstadkommit måste premieras framför kvantitet. Detta anses självklart men har inte varit så.
- Vad de sökande har gjort ska premieras framför potentialen, dvs vad de kan tänkas prestera framöver och vilken utvecklingspotential de har.

En kombination av vetenskaplig kompetens och klinisk kompetens efterfrågas

Sjukhus med stor bredd kombinerat med stort djup och som omsorgsfullt arbetar med kunskapsinsamling kommer alltid att vara attraktivt för såväl patienter som länssjukvårdens läkare. Det kommer också att fortsättningsvis vara viktigt att kunna knyta till sig läkare med hög vetenskaplig kompetens.

Men det är ytterligare en faktor som får allt större betydelse för länssjukvården. De värderar inte bara den vetenskapliga kompetensen utan även den kliniska kompetensen. Chefsöverläkarna berättar exempelvis om fall när patienterna skickas till universitetssjukhusen för specialistvård men får en sämre vård än om hemmasjukhuset genomfört arbetet. Det här blir allt viktigare i takt med att kostnaderna blir synligare för remisserna.

"Man må vara hur skicklig som helst när det gäller att skriva vetenskapliga uppsatser och hitta på nya grejer, men så länge han opererar som en gris så är det ändå ingen som man kommer att skicka sina patienter till."

En chefsöverläkare

Uppfattningen bland länssjukhusen är att universitetssjukhusen har tappat mark i förhållande till vad som förväntas av dem.

Undervisningen måste få en ny innebörd

Det finns en hel del kritik kring att sjukvårdshuvudmännen idag till viss del finansierar utbildningen vid universitetssjukhusen. Den starkaste kritiken kommer inte oväntat från köparsjukhusen. De anser att grundutbildning, fortbildning och forskning är statliga åtaganden där landstingen är med och delar kostnaderna.

"På Hälsouniversitetet har det blivit så att landstinget och staten har gått in och hjälpts åt. Det kanske är bra, därför att visst har landstinget väldigt mycket nytta av det här. Det är som överallt annars i samhället att det är otryggt eftersom vi inte har den trygga

breda vägen som vi hade för 10 år sedan. Nu måste man prestera, man måste också tala om vad man gör för att då också få omgivningens gehör. Det är nytt."

En chefsläkare

Att köparsjukhusen är mest kritiska till att sjukvårdshuvudmännen finansierar en del av utbildningen beror på att de upplever att de får tillbaka för lite på satsat kapital.

"Det ligger i sakens natur. Ingen vill betala utan att få något tillbaka. Idag är det så när vi har begränsade resurser. Det är från samma kaka som pengarna tas. Om landstinget går in och finansierar en del så blir det mindre över till en annan del."

En chefsöverläkare

Universitetssjukhusen kan ändra de negativa attityderna som finns inom länssjukvården genom att erkänna länssjukvårdens betydelse för universitetssjukhusens utveckling. Universitetssjukhusen måste vara mer lyhörda för länssjukvårdens behov.

Köparsjukhusens behov av undervisning

Intervjupersonerna tror att universitetssjukhusen underskattar den potential som finns när det gäller köparsjukhusens behov av undervisning i nya metoder som kan leda till billigare vårdformer. Förväntningarna på universitetssjukhusen från köparsjukhusens sida är att de bör använda sin kunskap för att kunna hjälpa till inom sjukvårdssektorn på de mindre sjukhusen. Undervisning kan inte bara bedrivas på universitetet utan måste även finnas där patienterna finns, menar flera chefsöverläkare.

Rörligheten inom läkarkåren är också mindre idag än vad den har varit, vilket ytterligare understryker länssjukvårdens behov av kontakt med universitetssjukhusen. Intervjupersonerna inom vården menar att det är mindre vanligt att klinikchefer har ett förflutet inom regionsjukhusen än tidigare. Därmed är erfarenheten av forskning mindre inom länssjukvården. Även de informella kontaktvägarna mellan universitetssjukhus och länssjukvården är mindre utbredda.

Idag när länssjukvården utbildar sina egna chefsöverläkare finns det en risk för att personer utan forskningserfarenhet hamnar i chefsposition. Risken finns att chefsöverläkarna utan forskningsbakgrund istället blir för administrativt inriktade. Detta har redan fått genomslag på en del håll.

"När man utser klinikchefer idag, chefsöverläkare, tar man mera hänsyn till förmåga att hålla budget och producera sjukvård så billigt som möjligt."

En chefsöverläkare

Universitetssjukhusen skulle kunna ansvara för chefsöverläkarnas utbildning

En roll som universitetssjukhusen skulle kunna ha är att de ansvarar för att utbilda kommande chefsöverläkare till länssjukhusen.

Idag finns dock ett emotionellt motstånd bland chefsöverläkarna till detta. Motståndet bottnar i den von oben-attityd som köparsjukhusen tycker att universitetssjukhusen visar. Länssjukvårdens läkare upplever att universitetssjukhusen inte haft någon respekt för den kompetens som länssjukvården har. Chefsöverläkarna är därför, minst sagt, tudelade i sin inställning till universitetssjukhusen.

Å ena sidan finns det en respekt för den kompetens som finns inom universitetssjukvården men å andra sidan känner många sig utnyttjade av universitetssjukhusen. Exempel på hur de har utnyttjats är att patienterna har hållits kvar för länge på universitetssjukhusen, att de behandlats för saker som hade kunnat ske på hemmasjukhuset, att intern forskning har bedrivits på patienter utan att ansvarig läkare tillfrågats m m.

De intervjupersoner som själva har en forskningsbakgrund upplever att alltför få klinikchefer inom länssjukvården har erfarenhet av forskning.

"Det är en fördel om klinikcheferna, oberoende av om de arbetar i Värnamo eller Stockholm, universitetssjukhus eller ej, har erfarenhet av forskning. Detta att man själv arbetade inom forskningen, tvingades att kritiskt läsa forskningslitteratur för att bedöma resultatet av sin egen forskning och för att beskriva det i publikationer, för att sätta in dem i sitt sammanhang. Det här krävs för att som klinikchef kunna ta ställning till vad som står i litteraturen, vad han ska tillämpa eller inte. Därför är det värdefullt att så många klinikchefer som möjligt i hela landet har viss erfarenhet av forskningsverksamhet, även om de inte behöver vara disputerade eller docenter."

En chefsläkare

Ovanstående resonemang bekräftas av de intervjuade chefsöverläkarna inom länssjukvården. De välkomnar seriösa samarbetsprojekt där de och övrig klinikpersonal får delta i forskningen. Detta ser de som en värdefull utbildning för sig själva och sin personal. Arbetet på kliniken stimuleras och personalen lär sig att på ett positivt sätt ifrågasätta invanda rutiner och behandlingsmetoder.

Den praktiska sjukvårdsutbildningen i samarbete med länssjukvården

Intervjuerna visar att det finns en klar uppfattning om att läkarutbildningen är överdimensionerad. En del menar att det är en politisk strategi för att få oattraktiva läkartjänster tillsatta. Andra ställer sig frågan om det verkligen är rimligt att 1% av födelsetalet utbildas till läkare.

När det gäller utbildning av läkare tycks alla intervjupersoner vara överens om att läkare inte behöver utbildas på universitetssjukhusen utom när det gäller vissa smala specialiteter. Motiveringen är att läkare får en bättre utbildning inom länssjukvården genom att intresset för att praktiskt handleda kandidaterna är större inom länssjukvården än inom universitetssjukhusen.

De intervjuade ser detta som ett sätt att avlasta universitetssjukhusen. Krutet kan då läggas mer på universitetssjukhusens unika funktion i teoretisk undervisning och forskning.

Köparsjukhusen som tar emot AT-läkare vill ha kompensation för detta. Inte i form av pengar utan i form av öppenhet, stöd och samarbete. Köparsjukhusen vill känna att de kan få nytta av att samarbeta och få tillbaka något annat på sikt.

"Om vi ska handleda och undervisa studenter så sker det på en del av vår arbetstid och då måste i alla fall jag motivera mina medarbetare och säga 'Det här gör vi av den eller den anledningen'. Jag kan då inte bara säga att vi gör det för att vara hyggliga utan för att det är till nytta, för oss."

En chefsöverläkare

Ett sätt att få kompensation är att om ett köparsjukhus har tillräckligt med studenter så inrättas det på köparsjukhuset en representant för ett universitetssjukhus. Den personen skulle kunna vara med och utveckla handledning, uppföljning och kanske ansvara för kvalitetskontroll. Det känns naturligt för köparsjukhusen att ta emot studenter men de upplever att det måste vara i universitetssjukhusets intresse att se hur det går för de AT-läkare som de har utbildat. Idag är det inte så bra uppföljning av detta som man kan önska. I synnerhet gäller detta för Hälsouniversitetet som har en ny pedagogik som köparsjukhusen tycker att det skulle vara intressant att få utvärderad. Den här typen av kvalitet har man av tradition inte haft inom något universitetssjukhus.

"Det har inte funnits någon morot för det, för vi har inte pratat om den typen av kvalitet någon gång inom utbildningen av doktorer."

En chefsöverläkare

Universitetssjukhusen bör öppnas för länssjukvårdens läkare

Köp/sälj-systemet får inte blockera kunskapsöverföring så att universitetssjukhusen vill behålla sjukvård som kan föras ut. Tvärtom så tyder undersökningen på att en generös attityd till kunskapsöverföring ökar insikten om kompetenser som finns inom universitetssjukhusen. Köparsjukhusen efterfrågar att universitetssjukhusen i ännu högre grad öppnar sina dörrar för länssjukvårdens läkare i samband med kompetensupbyggnaden.

"Det är bra att man har möjlighet att komma in på universitetssjukhusen, vara med under en period, skaffa sig kunskaper, höra vad andra har gjort för misstag så att man inte behöver göra alla misstagen själv. Det är ju det här med erfarenhet att dela med sig. Det är oerhört viktigt när man startar en verksamhet här att vi inte gör det sämre än på universitetssjukhusen. Den nya kvalitetskontrollen gör att det syns om vi inte gör lika bra resultat."

En chefsöverläkare

Om inte universitetssjukhusen öppnar upp sig och samarbetar med länssjukvården, kommer länssjukvården att finna andra vägar och samarbetspartner. En god relation till köparsjukhusen, som bygger på öppenhet, förtroende och samarbetsvilja, där universitetssjukhusen stöttar snarare än konkurrerar kommer däremot att öka patientstömmarna väsentligt.

Universitetssjukhusens ansvar för utbildningen bör vara en fortgående process

Köparsjukhusen har ett stort behov av att vidareutbilda sig. En läkare är aldrig färdig och den medicinska utvecklingen sker så snabbt att ingen läkare någonsin bör stagnera. Köparsjukhusen har därför tydliga önskemål om att universitetssjukhusens utbildningsansvar inte upphör när man blir färdig specialist.

"Jag tänker på allt detta nya som händer inom vården, precis som inom alla områden, där man har den kompetensen och intresset att man ska föra ut den kunskap som ofta ligger först hos universitetssjukhusen. Och föra ut den kunskapen till dem som en gång varit på universitetssjukhusen men som nu finns på andra ställen. Detta med att man kanske har en lite för snäv syn på vad som är utbildning. För man inbillar sig att universitetssjukhusen ligger ett antal år före utbildningen i övriga sjukhusvärlden och då tycker jag att det vore intressant för dem att på ett sätt integrera sig i avnämarnas område. Man saknar den här spridningen av universitetssjukhusets potential och kapacitet på både vårdcentraler och på de lasarett som finns. Det är lite ensidigt."

En chefsöverläkare

Det finns en önskan att ha en fortgående kontakt som man anser att universitetssjukhusen bör ägna kraft åt. En del menar att den medicinska kunskapen fördubblas vart tredje år vilket anses visa på behovet av att folk som besitter denna kompetens också måste föra ut den. Det finns olika sätt att göra detta. De konkreta sätt som har nämnts är disketter och elektronisk post, informationsträffar, meddelandebland m m.

"Hur ska vi göra med benskröheten? Hur ska vi göra med det eller det? Där finns det en väldigt stor kunskap på universitetssjukhusen som borde komma väldigt många fler till del. Där är inte universitetssjukhusen så offensiva, så satsande som man borde vara för att fånga ett större engagemang i sina frågor och skapa mer stöd för sin verksamhet."

En chefsöverläkare

Husläkarsystemet kan komma att urholka forskningen ytterligare

Klinisk forskning kräver att universitetssjukhusen bygger ett nätverk med köparsjukhusen för att få ett tillräckligt underlag som möjliggör fortsatt medicinsk forskning av hög kvalitet, menar chefsöverläkarna. Detta kommer att gå ut över forskningen. Pengarna går då till ett annat vårdsystem som inte premierar forskningen på samma sätt som nu. Överblicken försämrar också genom att husläkarsystemet splittrar upp patienterna på många fler.

"Har du husläkare så har du också fler läkare som sköter färre patienter. Du får ingen överblick. Nu är det ju så att patienterna går till sina sjukvårdsmottagningar, det är få doktorer som sköter många patienter av en viss typ. Vad det gäller forskningen så är detta givetvis bättre."

En chefsläkare

Det som anses vara viktigt i detta sammanhang är att universitetssjukhusen och/eller de medicinska fakulteterna utbildar husläkarna i vikten av att premiera forskningen. Det måste göras tydligt var nyttan finns i forskningen för att motivera husläkarna.

BESLUTSFATTANDETS STÖTESTENAR

Ingen tydlig organisation

Ju fler kockar desto sämre soppa

Staten skjuter över problemen på landstingen

Finansdepartementet fattar det formella beslutet om sjukvårdsbudgetens storlek och fördelning på underlag från de två fackdepartementen, utbildningsdepartementet och socialdepartementet. Dessutom finns det en klassisk uppdelning att staten ska svara för grundforskning och utbildning. Kostnaden för den gråzon som bildas mellan grundforskning och klinisk forskning ska delas mellan staten och sjukvårdshuvudmännen medan sjukvårdshuvudmännen ensamma är ansvariga för uppföljningen. Den här beskrivningen har varit en idealbild och inte en verklig bild, enligt intervjupersonerna.

I realiteten har sjukvårdshuvudmännen under många år betalat för väldigt mycket av den medicinska forskningen, menar de intervjuade. Det redovisades inte under tiden som LUA-medlen utgjordes av en klumpersättning, men i och med köp/sälj-systemets införande har förhållandet blivit tydligt. Uppfattningen att sjukvårdshuvudmännen tar en stor del av statens ansvar för att bibehålla en hög nivå på universitetssjukhusens FoUU delas av samtliga sjukvårdspolitiker och myndighetspersoner.

"Det minsta staten ändå måste göra är att konstatera att de här nya köp/sälj-systemen har klarlagt att landstingen under många år har burit ett stort ansvar för finansieringen av svensk medicinsk forskning."

En myndighetsperson

Landstingen tar mer än sitt eget ansvar

Anledningen till att sjukvårdshuvudmännen tar ett större ansvar än vad som var tänkt sägs vara att det finns en tradition bland sjukvårdspolitiker att vilja engagera sig i forskning och vara öppen för nyheter och förändringar. I botten ligger att om landstingen har något intresse av regional utveckling så medför detta t ex att man vill ha ett väl fungerande universitetssjukhus med bra forskning, utbildning och medicinskt utvecklingsarbete i regionen. Det betyder mycket för den regionala självkänslan, menar intervjupersonerna.

"Man är inte en svensk sjukvårdshuvudman om man inte vill att nya medicinska rön ska komma patienterna till del. Och man är inte en svensk politiker om man inte vill medverka till att ta fram nya metoder och ny teknologi på områden där kanske svensk industri kan hävda sig. Jag tycker att man ska vårda och uppmuntra den traditionen genom att säga 'titta vad våra landstingspolitiker har gjort i alla år för svensk sjukvård'. Lite kredit ska de väl ha."

En myndighetsperson

De intervjuade tror därför att det ska mycket till för att en sjukvårdspolitiker ska tappa engagemanget. Men den senaste tiden har vissa problem uppstått som gör att sjukvårdshuvudmännen i första hand måste koncentrera sig på sitt huvudåtagande och inte kan ta på sig ett utökat ansvar.

Huvudorsaken är att de har fått ont om pengar. Möjligheten att via höjd landstingskatt få bättre finanser har begränsats av staten. Sjukvårdshuvudmännen känner sin handlingsfrihet kringskuren och risken finns att de tröttnar och säger att man inte längre kommer att ta statens ansvar.

Sjukvårdshuvudmännen vill ha ett erkännande för sina insatser

Undersökningen visar att Landstingsförbundet har haft en negativ attityd till att ta kostnaderna för universitetssjukhusen. Deras uppgift är, i och med köp/sälj-systemet, i första hand att se till att ta fram så billig sjukvård till så hög kvalitet som möjligt. Den del av FoUU som kan bidra till billig sjukvård med hög kvalitet kommer sjukvårdshuvudmännen sannolikt att fortsätta att finansiera, förutsatt att universitetssjukhusen tillhandahåller ett bra beslutsunderlag.

Tillräckliga maktbefogenheter saknas

Faktorer som försvårar rationella beslut

Sjukvården är alltför demokratisk

Sjukhusorganisationerna, inklusive universitetssjukhusen, har en demokratisk uppbyggnad. Det anses inte enbart vara av godo, eftersom det även kan leda till en stelbent och inflexibel organisation. Idag märks detta tydligt när det är nödvändigt att förändra sjukvårdsstrukturen och pengar är en minskande resurs. Varje förändring som måste åstadkommas dras i långbänk uppifrån och ner i organisationen och allt som oftast stöter man på patrull. Det krävs mycket politik och lobbying-verksamhet för att få igenom nödvändiga förändringar, menar intervjupersonerna. Personer från näringslivet säger att det skulle vara en omöjlighet för dem att styra en liknande organisation.

"Det finns ett krav på demokrati inom sjukvården, ett demokratiskt system. Jag är inte alldeles övertygad att de här demokratiska systemen fungerar i en operativ ledning av ett sjukhus. Jag har förstått att man överklagar än hit, än dit när det gäller tillsättning av tjänster och man ska ha alla dj-a människor med i olika nämnder och fatta beslut. Det är byråkratiskt och blir så tungarbetat. Du ska ha medbestämmande och inflytande över det här och det kan man hantera på ett annat sätt. Jag tror att man måste titta på de fundamentala funktionerna för hur man lämnar över ansvar för skötseln av verksamheten och ha en ledning som, i ordets rätta bemärkelse, är en ledning."

En från näringslivet

Det är i huvudsak fyra faktorer som gör att sjukvården anses vara stelbent och inflexibel idag. Dessa är:

- En stark läkargrupp
- Politikernas tre roller
- Maktbefogenheter saknas
- Integrationen av två skilda kulturer

Läkargruppen är en drivande kraft

Den drivande kraften inom svensk sjukvård anses vara läkargruppen, enligt samtliga intervjupersoner. Det finns inga andra drivande krafter menar de. Politikerna kan inte genomföra något utan att ha läkaropinionen med sig. Att läkargruppen är så stark skapar svårigheter för ledning och sjukvårdshuvudmännen att fatta nödvändiga beslut.

"Ledningen lever hela tiden med risken att bli knivhuggen i ryggen eller att krypskytte inträffar plötsligt. Ledningen får aldrig den möjligheten att de kan känna tryggheten att 'nu kör vi det och ingen kan pilla på det under tiden vi jobbar med det'. För plötsligt blir någon personalkategori överkörd eller någon hamnar i kläm någonstans och då går läkarna till politikerna eller till pressen. Och politikerna kan inte stå upp och försvara ledningen om de ska kunna behålla sina väljarröster. Läkarna har makten att påverka opinionen på ett sätt som gör det fullständigt hopplöst!"

En från näringslivet

Att sjukvårdshuvudmännen har svårt att fatta beslut utan att ha läkargruppen med sig är på gott och ont. I de fall beslut skulle kunna vara direkt felaktiga för sjukvården ur den medicinska synvinkeln är det bra med en stark kraft som motverkar. Men allt som oftast utövar läkargruppen sin makt även i egen sak och utan att ha blick för helheten. De medel som då används av läkargruppen är media och att skapa opinion med emotionella argument.

"Alla beslut faller på att läkargruppen går ut i pressen och säger att nu kommer människorna att dö som flugor för att politikerna har fattat felaktiga beslut."

Landstingspolitiker

Politiker, oavsett om de är rikspolitiker, landstingspolitiker eller kommunalpolitiker, är oerhört känsliga för opinionen. Ingen vill därför ta risken att fatta obehagliga beslut. Rationella argument som oftast är av ekonomisk natur ter sig alltid okänsliga när de ställs mot emotionella argument. Och politiker vill inte framstå som okänsliga.

"Det finns en emotionell faktor som stökar till beslutsfattandet. Om någon kommer och spänner ögonen i en och säger att nu börjar Cancerfonden få det besvärligt av ett eller annat skäl så kastar sig alla politiker i skyddsställning. Herre Gud, att bli utskälld av Cancerfonden! Så rädda som alla är att få cancer. Cancerfonden är det sista politikerna tar strid med. Eller om det ställer sig upp en pediatriker och berättar att nu kommer den

ena eller andra åtgärden att gå ut över spädbarnsvården! Och så går det som det går med rationaliteten."

Riksdagspolitiker

Politikernas tre roller skapar svaga huvudmän

En del intervjupersoner pekar på att politiker har tre skilda roller som delvis står i motsats till varandra och därmed hindrar dem att driva och leda sjukvården på ett effektivt sätt. De tre rollerna som beskrivs är följande:

Ägare. De tillskjuter kapitalet och står därmed för risken i likhet med aktieägare. Politikerna har blivit valda av väljarna för att ta ansvar för att verksamheten bedrivs på ett tillfredsställande sätt, på liknande sätt som i en bolagsstyrelse.

Representanter för patienten. Den andra rollen politikerna har är att de representerar patienten, vilket är fullständigt kontradiktatoriskt till den första rollen. De är valda av patienten att ska därför gå in och ha synpunkter på kvalitetsfrågor etc. Om patienterna vill klaga på att det inte fungerar vid ett sjukhus så går de till politikerna.

Deltar i det exekutiva. Den tredje rollen är att politikerna går in och har synpunkter på det exekutiva. De är inne och har synpunkter på hur man ska organisera och driva verksamheten.

Konsekvensen av politikernas olika roller blir att det aldrig kan utvecklas någon stark ledning som kan driva organisationen, enligt intervjupersonerna. Eller som en intervjuperson från näringslivet uttrycker situationen:

"Det finns ingen som orkar driva det här. Det är värre än det kooperativa systemet! Jag tror att en fundamental fråga för drift av ett sådant här system är att man gör rollfördelningen väldigt tydlig och att man ställer väldigt stora krav på den ledning man sätter dit. Rollfördelningen mellan styrelsen och sjukhusdirektören måste vara klarlagd."

En från näringslivet

Maktbefogenheter saknas internt och externt

Ett problem som framför allt näringslivets representanter ser tydligt, är att beslutsfattarna saknar de nödvändiga maktbefogenheter som annars krävs för att leda och styra en organisation. Det gäller såväl internt inom hela sjukvårdssektorn som för sjukvårdshuvudmännen. Den allmänna uppfattningen är att de som leder och fattar beslut måste vara de starkaste och duktigaste som finns att få inom organisationen.

"En ledning ska vara sammansatt av dem som representerar de olika grenarna: forskning, utveckling, utbildning, etc. Det ska vara de bästa och som kan det här. De måste också dela de värderingar som ligger till grund för förändringar, s k shared-values. De måste ha samma värderingar därför att de måste vara lojala och sedan kan

de ha hur många olika uppfattningar som helst, men grunden måste vara lika. Det måste vara ett gäng som kan fungera ihop så att de blir tillräckligt starka för att driva en förändringsprocess. Det får inte vara för många heller."

En person från näringslivet

I sjukvården befinner sig de starka och drivande personerna ofta under dem som har det formella ansvaret. Det leder till att de beslut som tas inte kan genomföras för att de stöter på patrull längre ner i organisationen. De önskade förändringarna går därmed om intet.

Näringslivets representanter påtalar också vikten av maktbefogenheter och styrmedel för att kunna genomföra tagna beslut. Alla i organisationen måste veta att de inte kan mista arbetet om de inte uppfyller ålagda krav. Det ska gälla alla, från styrelserum ner till den enskilde medarbetaren. Den allmänna uppfattningen inom näringslivet är att chefsöverläkarna inom universitetssjukhusen har skyldigheter men att de inte har tillräckliga maktbefogenheter för att uppnå kraven. Intervjupersonerna säger att en chefsöverläkare på ett universitetssjukhus inte kan bli av med personer som motarbetar tagna klinikbeslut. Inte heller sjukhusledningen kan alltid göra det.

Det finns ett kulturellt dike mellan vetenskap och sjukvård

Inställningen som finns bland intervjupersonerna är att vetenskap och sjukvård kräver olika nycklar och styrsystem för att drivas framåt. Idag anser politikerna att de har infört ett bra styrsystem för att driva sjukvården, även inom universitetssjukhusen. Det råder däremot större osäkerhet kring hur vetenskapen ska drivas. De medicinska fakulteterna är idag betydligt mer otydliga än vad universitetssjukhusen är, men eftersom en sammanblandning av de två existerar så kompliceras bilden och skapar negativa attityder till universitetssjukhusen. De negativa attityder som de intervjuade har baseras till stor del på uppfattningen om att universitetssjukhusen drivs på ett ineffektivt sätt med professorer som sägs lyfta stora löner, och ibland även dubbla löner, utan att det framgår vad de presterar.

Idag upplever landstingspolitiker och köparsjukhusen att de inte kan komma åt problemet eftersom professorer är livstidsanställda och har staten som huvudman. Landstingen har i de här fallen bakbundna händer.

Universitetssjukhusen måste ta ansvar för sig själva

Universitetssjukhusen och de medicinska fakulteterna måste bli tydliga

De intervjuade menar att universitetssjukhusen måste anpassas och förändras så att de motsvarar de krav och förväntningar som omvärlden har och den nya tiden kräver, för att de ska kunna överleva och motivera sin ställning. Om universitetssjukhusen vill fortsätta att utvecklas och få ett ökat förtroende från sin omvärld så måste de bli mer självständiga och se till helheten. De kan inte räkna med att andra ska lösa problemen åt dem.

Det krävs en genomgripande attitydförändring inom universitetssjukhusen för att de ska kunna förändras. Universitetssjukhusen måste inse att det gamla anslagstänkandet inte längre hör hemma inom sjukvården. Det verkar som om universitetssjukhusen släpar efter länssjukvården i det här avseendet. Den övriga sjukvården har under en längre tid varit inne i en förändringsprocess och har därför hunnit längre än universitetssjukhusen när det gäller att slimma organisationen och ta till sig det nya synsättet att allt inte är givet. Avståndet mellan universitetssjukhusen och länssjukvården kan därmed komma att öka om inte universitetssjukhusen förändrar sig.

Universitetssjukhusen måste driva de frågor som är väsentliga för universitetssjukhusen på ett mer genomtänkt sätt än vad som är tradition. Men framför allt måste de, i likhet med den övriga vårdsektorn, arbeta inifrån och ut. Universitetssjukhusen måste lära sig göra rätt saker i rätt tid, dvs det som omvärlden förväntar sig av dem, menar intervjupersonerna.

Näringslivet och sjukvården i övrigt anser att universitetssjukhusen kan göra väsentligt mycket mer än vad som har gjorts genom organisatoriska förändringar internt. Men för att genomföra organisatoriska förändringar krävs också en förändring i attityderna. Det går inte längre att skjuta över problemen på andra som landstingen, köparsjukhus eller staten, och säga att "vi måste ha mer pengar". Universitetssjukhusen måste istället se till att forskning som är relevant för den övriga sjukvården prioriteras och bidra till att suboptimeringen minskar, inom såväl forskning som i den praktiska sjukvården.

Beslutsunderlaget för FoUU saknas hos huvudmännen

Det anses vara av yttersta vikt att ett tillräckligt beslutsunderlag tas fram för att frågan om FoUUs framtid ska kunna lösas. Samtliga intervjupersoner understryker att så länge kostnaderna inte är definierade är det en omöjlighet att gå vidare. Idag arbetas det aktivt men i oorganiserade former med att ta fram dessa siffror menar de intervjuade. Det är också väsentligt att skilja ut kostnaderna för de medicinska fakulteterna från universitetssjukhusens kostnader.

En utredning måste tillsättas av utbildnings- och socialdepartementen för att lösa dessa frågor, menar SBU. Först sedan en utredning har genomförts kan man fatta ett beslut. Ett politiskt beslut är absolut nödvändigt för att FoUU ska garanteras. Annars kommer FoUU att drivas alltför godtyckligt av sjukvårdshuvudmännen utifrån deras ekonomiska situation.

"Alla säger att de vill värna om forskning, utbildning och utveckling. Men det leder ingen vart om man bara säger det. Det måste till politiska beslut för att det ska få genomslagskraft."

En myndighetsperson

Många av de intervjupersoner som befinner sig i forskningens närhet, t ex på utbildningsdepartementen, SPRI och SBU menar att universitetssjukhusen inte kan

utreda det själva, men de kan, och bör, bidra genom att vara samarbetsvilliga med information om FoUU.

INFORMATION

Stort intresse för information om FoUU

Rätt information kan öka motivationen att stötta universitetssjukhusens FoUU

I universitetssjukhusens omvärld finns en utbredd uppfattning att FoUU kräver stora ekonomiska resurser. Samtidigt finns det en lika utbredd uppfattning att det inom universitetssjukhusen finns många personer som går i filtofflor och inte gör något annat än kostar pengar. En del intervjupersoner pekar på det sistnämnda och menar att det fortfarande finns en stor rationaliseringspotential. Dessa attityder måste förändras, om inte motivationen till att bidra till FoUU ska minska.

"Min hjärtefråga är att svensk sjukvård ska kunna berätta vad den har för resurser och vad den gör med dem och vad resultatet är. Då kan man börja diskutera vad som är god effektivitet och vilka som är duktigare än andra, vad är en extraordinär prestation och vad är en normal drivkraft för att man ska kunna belöna och stödja det positiva och ha det som drivkraft för att andra ska ändra på det som inte är så bra. Det handlar väldigt mycket om att svensk sjukvård ska bli duktig på att redovisa sina resultat."

En myndighetsperson

Information om FoUU som når omvärlden

Det finns en stor efterfrågan på information om universitetssjukhusens FoUU. Beslutsfattare i universitetssjukhusens omvärld brottas med att hitta vägar så att FoUU inte urholkas i köp/sälj-systemet. Samtidigt har länssjukvården länge efterfrågat att få remisskostnaderna specificerade så att de kan se vad som är behandlingskostnad och vad som är FoUU-kostnader. Intervjupersonerna menar att universitetssjukhusen inte har varit lyhörda för att tillgodose önskemålen.

"Universitetssjukhusen har varken en strategi, eller ett intresse, för att sprida information som vi vill ha. Vi har länge velat ha reda på vad FoUU kostar. Vi sitter och försöker hitta lösningar på hur man ska trygga FoUU, men vi har inte fått någon hjälp hitintills av universitetssjukhusen själva."

Landstingspolitiker

De intervjuade beskriver också universitetssjukhusen som arroganta mot sin omvärld. Detta avspeglar sig i den information som universitetssjukhusen sprider om sin verksamhet, menar de intervjuade. Intervjupersonerna har oftast själva fått söka information. Informationen från universitetssjukhusen karakteriseras också av att den sker på universitetssjukhusens villkor, vilket innebär att det inte alltid är den information som efterfrågas.

Universitetssjukhusen lämnar mycket åt slumpen genom att inte driva en genomtänkt informationsstrategi, menar flera intervjupersoner. Starka personligheter och emotionella uttalanden får ett stort genomslag i media och resulterar i en del obehagskänslor för de berörda politikerna. Politikerna efterlyser mer kommunikation och samarbete kring FoUU för att lösa de långsiktiga FoUU-problemen.

Projektrelaterad information beskrivs vara muntlig eller skriftlig information vars enda syfte är att locka till sig tillräckliga resurser. Den här informationen kännetecknas av att den berättas utifrån en högst subjektiv synvinkel. När det gäller forskningsfrågor är ofta den forskningsansvarige så besjälad och entusiastisk att beslutsfattarna kan ha svårt att värja sig. De får därför inte en saklig beslutsplattform att stå på. De intervjuade menar att den information de får i högsta grad är trovärdig, men att de ändå måste ta informationen med en nypa salt för att få rätt proportioner.

Vad intervjupersonerna mest är intresserade av i dagsläget är information där de kan se att FoUU har en direkt nytta för dem. Det har skett en förändring i rätt riktning på senare tid, menar flera. De börjar få gehör för kraven men tillägger att "det har tagit tid".

Informationsbehovet är likartat men motiven skiljer sig

Man vill veta vad som händer

Den information som intervjupersonerna vill ha är av likartad natur. De vill veta vad som händer på universitetsklinikerna, vilka framsteg som görs, vad som är syftet med olika forskningsprojekt, hur de fortskrider, på vilket sätt universitetssjukhusen arbetar, hur utbildningen förändras, vilka planer som finns i utbildningen, specifika projekt som centumbildningar, utvärdering av behandlingsmetoder m m. Listan kan göras mycket lång. Kort sagt så är intervjupersonerna intresserade av allt som rör utveckling.

"Universitetssjukhusen måste prata mer för sin vara och om man gör det så ska man nog göra en informationsinsats för att verkligen motivera fortsatta anslag. Jag tycker att man har ett intresse som sjukvårdsansvarig utanför universitetssjukhuset att känna att mitt moderuniversitet leder utvecklingen, får pris, har spännande projekt på gång och att man känner sig delaktig genom att man får information. Även marknadsföring tycker jag är hemskt viktig."

En chefsöverläkare

Trots att behoven är likartade så skiljer sig motiven åt när det gäller efterfrågan på information. En del vill ha information eftersom man tycker att det är intressant medan andra behöver information för att fatta beslut. Skillnaden i motiv gör att informationen bör se olika ut beroende på vem universitetssjukhusen vänder sig till.

Näringslivet vill ha del av spännande forskningsresultat. Näringslivet vill ta del av vad som händer inom FoUU. De läser idag diverse tidskrifter som Läkartidningen, MRF-rapporter, SPRI m.m. Näringslivet ser med intresse på att de inbjuds till

seminarier/föreläsningar om universitetssjukhusens forskning, utbildning och utvecklingsarbete.

Sjukvårdshuvudmännen behöver ett beslutsunderlag. Den information som intervjupersonerna vill ha från universitetssjukhusen är en något mer saklig information utan övertoner. Exempel på sådan information är hur man definierar de olika delarna av FoUU, vad de kostar samt vilken nytta de har för svensk sjukvård. Landstingsförbundet vill ha en diskussion med universitetssjukhusen kring dessa frågor för att kunna bilda sig en uppfattning om hur landstingen bör agera för att säkerställa kvaliteten på svensk sjukvård. Landstingen vill också ha verksamheten och kostnaderna definierade för att kunna agera i tid och inte ställas inför överraskningar.

Köparsjukhusen söker professionellt utbyte och insyn. Köparsjukhusen vill ha forsknings- och utvecklingskostnader separerade från behandlingskostnaderna för att veta vad man idag betalar för. De vill också veta mer om vad som händer inom universitetssjukhusen. Den här informationen kan ges i form av årsredovisningar och bokslut. Landstinget gör det, lasaretten gör det och då kan även universitetet göra det.

Staten och myndigheter kräver saklig information angående FoUU. SBU anser att det är ytterst angeläget att socialdepartementet och utbildningsdepartementet tillsätter en utredning med syfte att utröna kostnaderna för FoUU samt finansieringsansvaret för att trygga FoUU.

Saklig debatt i media istället för att spela på känslor

Universitetssjukhusen har idag inte en så stark påverkande kraft på frågor av den här typen som de skulle kunna ha. Idag är universitetssjukhusen en splittrad kraft där företrädare från olika specialiteter talar i egen sak. En kommentar som inte är helt ovanlig är "man tar informationen med en nypa salt".

Istället för att ta del av osakliga argument i massmedia vill intervjupersonerna ha en kommunikation med universitetssjukhusen. Varje universitetssjukhus kan påverka sina lokala landsting vart och ett för sig, då orsakerna till problemet (penningbrist) kan se olika ut inom olika landsting. Dessutom anser intervjupersonerna att universitetssjukhusen borde agera gemensamt för att öka genomslagskraften i de frågor som de vill driva. All saklig debatt beträffande universitetssjukhusen är av intresse för landstingsförbundet och de nationella politikerna. Och idag är FoUU frågorna synnerligen intressanta.

"Universitetssjukhusen kan skapa opinion för att FoUU inte urholkas. Men de vet nog inte själva vad de vill. Professionen har inte någon erfarenhet av att driva ekonomiska frågor. Delvis beror det nog på brist på intresse men universitetssjukhusen måste se om sitt eget hus."

En myndighetsperson

Om universitetssjukhusen kunde samla sig, enas och driva frågor gemensamt har de stor möjlighet att skapa opinion och påverka utvecklingen för FoUU, menar intervjupersonerna. Men det handlar inte bara om information utan i lika hög grad om kommunikation mellan universitetssjukhusen och huvudmännen.

"I alla mänskliga verksamheter är det individer och grupper som påverkar utfallet."
En person från näringslivet

SJUKVÅRDEN I FRAMTIDEN

Vilket ben ska universitetssjukhusen stå på i framtiden?

Grundforskning och den kliniska forskningen får ett närmare förhållande i framtiden, tror de intervjupersoner som befinner sig nära forskningen. Uppdelningen mellan de båda bör suddas ut och begreppet medicinsk forskning ersätta de båda begreppen. Den medicinska utvecklingen inom områden som genteknik ökar kravet på samarbete mellan preklinisk och klinisk forskning. Universitetssjukhusen kan därför inte bara ägna sig åt det kliniska utan måste även ägna sig åt det prekliniska. För att uppnå detta måste det skapas tid och utrymme för forskarna, dvs en frizon för forskningen i köp/sälj-systemet.

Kritikerna till ovanstående säger tvärtom. Grundforskning bör förläggas närmare universiteten och helt finansieras av staten. Universitetssjukhusen ska endast ha kvar den kliniska forskningen. Universitetssjukhusen bör renodla verksamheten mot det kliniska utvecklingsarbetet och den högspecialiserade vården. De bör också utveckla närmare kontakter med länssjukvården för att öka samarbetet och kunna vara lyhörda för länssjukvårdens behov. Finansieringen av universitetssjukhusens FoUU sker därför gemensamt av samtliga landsting.

Frågan i framtiden är om det är möjligt att inom universitetssjukhusens ram tillgodose alla dessa krav. De intervjupersoner som representerar sjukvården tror inte att det går utan att universitetssjukhusen måste välja. De två forskningsinriktningarna kräver helt olika förutsättningar och kulturer för att kunna verka fullt ut.

Andra intervjupersoner tror att det går att samla all forskning under samma tak förutsatt att universitetssjukhusen delar upp olika områden och specialiteter mellan sig. Universitetssjukhusen kan därmed utveckla hela spektrumet från grundforskning till högspecialiserad vård och undervisning inom sina avgränsade specialiteter. Detta kräver att universitetssjukhusen lär sig samarbeta och inte sluter sig i tron att de måste konkurrera för att överleva på sikt.

Synpunkter om sjukvården i framtiden

Intervjupersonerna har fått ge sin syn på vad som händer inom sjukvården och hur detta kan komma att påverka universitetssjukhusen. Det har funnits en hel del intressanta resonemang. De resonemang som är mest frekventa bland intervjupersonerna är följande:

Vi har en gammal sjukdomsbild. Vuxna personers bild av sjukdom är mycket gammalmodig. Den hänger ihop med hur det var i barndomen, bilden av hur det var när någon blev sjuk, det tisslades och tasslades, vuxna sänkte rösten m m. När man hör att någon ska genomgå en stor operation idag, får man veta att de kommer in på morgonen och åker hem på kvällen. Då känns det fel för många. Det stämmer inte med ens invanda föreställningar. Bilden är mycket gammalmodig och förändras mycket långsamt medan den medicinska utvecklingen går oerhört snabbt. När vi inte hänger

med i vad som hänt är det lätt hänt att vi ställer oss frågan: Har vi blivit rätt behandlade? De som växer upp idag kommer att ha en helt annan sjukdomsbild än de som konsumerar sjukvård idag. För de som har en gammal sjukdomsbild är det fortfarande viktigt med omvårdnad även om sjukdomen inte kräver det.

Öppna vårdformer kommer att prägla universitetssjukhusen. Universitetssjukhusen måste hitta andra former att jobba på. Patienterna kommer att ligga hemma i betydligt högre utsträckning. Då kanske telemedicin kommer att öka, dvs konsultationer mellan ett länssjukhus och ett universitetssjukhus i en direkt rådgivning, man kommer inte alltid att behöva skicka patienten. Det kan också bli så att tycker någon att de inte får bra stöd från sitt universitetssjukhus kan de lätt koppla upp sig till vilket annat universitetssjukhus som helst. I värsta fall (sett ur universitetssjukhusens synvinkel) kan ett länssjukhus koppla upp sig till ett utländskt universitetssjukhus.

Skräddarsydda läkemedel som minskar antalet operationer. Där man tidigare opererade kan man i framtiden behandla med läkemedel som är precis anpassade till den egna individens läkemedelsomsättning.

Bärare av traditionella värderingar. Universitetssjukhusen kan i den snabba förändringens tidevarv åta sig att vara bärare av de goda etiska värderingarna och hålla dem levande. För att kunna axla det ansvaret måste universitetssjukhusen ägna mer tid åt etisk reflektion och historiskt perspektiv kring hur mycket som har förändrats. Det är viktigt för att de också ska kunna vidmakthålla de goda värderingarna i läkaryrket och i framtida behandlingar. Viktiga frågor är t ex vilka de grundläggande värden är som vi ska förmedla till våra patienter/blivande läkare/sjukhusen runtomkring oss. Universitetssjukhusen blir trendsetters i den bemärkelsen att de är goda förebilder i omvärlden och inte fartblinda av allt som händer.

Alternativmedicinens framfart gör att det blir intressant med en öppenhet för forskning kring alternativa behandlingsmetoder på universitetssjukhusen.

Utvecklingen ställer höga krav på anpassningsförmåga, nytänkande och flexibilitet hos universitetssjukhusen. Den kräver också att cheferna och ledarna för universitetssjukhusen ges möjlighet och stöd att reflektera över vad som görs idag. Det är även viktigt att fastställa utifrån vilket perspektiv man arbetar, menar intervjupersonerna. Flera politiker och chefsöverläkare menar att om universitetssjukhusen ska kunna vara ansvariga för utbildning av kommande generationer läkare så måste de också ha med de goda traditionerna i mötet med patienterna och respekten för patienterna. Det är även viktigt att universitetssjukhusen reflekterar över medicinens utveckling och gör det med en viss ödmjukhet. Det finns på ett individplan inom universitetssjukhusen idag men det är långt ifrån genomgående. Vi låter ett citat sammanfatta vad många inom länssjukvården uttryckt.

"Universitetssjukhusens drift är en stor del av ekonomin, det är mycket pengar, det är forskning, framsteg, prestige, spetsen inom sjukvård, men till slut kokar det ihop till att handla om mötet med den sjuka och rädda människan som ska känna sig stöttad

och få hjälp. Det är ett litet ynkligt möte mellan två människor det handlar om. Det lilla får inte glömmas bort i allt det stora."

En myndighetsperson

AVSLUTANDE KOMMENTAR

Undersökningen visar att det inte går att diskutera FoUU som en isolerad företeelse. FoUU är en del i det totala sjukvårdssystemet. Förutsättningarna för FoUU måste därför diskuteras utifrån sjukvårdens förutsättningar. Undersökningen visar också att omvärldens kunskap om universitetssjukhusens FoUU är begränsad.

Sjukvården är i förändring, både när det gäller strukturen och attityderna. Naturligtvis påverkas då också synen på FoUU. Huruvida inställningen till FoUU blir positiv eller negativ framöver beror till stor del på hur de medicinska fakulteterna och universitetssjukhusen agerar i en ny tid.

Politikerna är idag sökande. Köp/sälj-systemet håller på att landa och i och med detta så dyker nya frågeställningar upp, bl a FoUUs finansiering. Omvärlden har nyligen börjat dessa diskussioner, bland annat till följd av GZ-gruppen agerande. Detalj-kunskapen om universitetssjukhusens verksamhet är begränsad och därför förväntar sig omvärlden att universitetssjukhusen gemensamt ska driva en linje, en linje som förväntas vara förankrad i den nya tidens värderingar. Omvärlden hoppas att universitetssjukhusen ska komma att tillägna sig egenskaper som gör dem drivande, samarbetsvilliga, lyhörda och effektivare i kommunikationen med sin närmaste omvärld, dvs länssjukvården och huvudmännen.

Stockholm i mars 1994

Augur Marknadsanalys AB

Janet Thorberg

Gunilla Wulkan

INTERVJUGUIDE

(Ordet "Intervjuperson" kommer för enkelhetens skull att förkortas till "ip" i frågorna nedan.)

Intervjupersonens bakgrund

Ålder, kön, utbildning, tidigare och nuvarande engagemang i forskningsfrågor.

Intervjupersonens nuvarande ansvarsområde.

Inställningen till universitetssjukhusen

Hur vill ip beskriva universitetssjukhusens roll idag? Var ligger deras ansvar? Hur vill ip beskriva skillnaden mellan ett universitetssjukhus och ett större länssjukhus? Vad är universitetssjukhusens viktigaste uppgift? Varför? Lever universitetssjukhusen upp till ip's krav och förväntningar?

Hur viktigt är det att universitetssjukhusen ansvarar för följande funktioner:

- grundforskning
- klinisk forskning, utveckling av nya behandlingsmetoder
- befinna sig i den medicinska frontlinjen
- sista länken i en vårdkedja
- utbildning av AT-läkare
- kompetensspridning, kunskapsöverföring, specialistutbildning

Om inte universitetssjukhusen bör ansvara för samtliga funktioner, vem ska i så fall göra det? Vilka konsekvenser kan det få? Vilka fördelar respektive nackdelar ser ip med detta?

Synen på den medicinska forskningen, utbildningen och utvecklingsarbetet

Forskning

Hur ser ip på svensk medicinsk forskning idag? Hur vill ip beskriva den? Vad jämför ip den medicinska forskningen med (i ett internationellt perspektiv? Med forskning och utveckling inom näringslivet?

Vilken nivå befinner sig den medicinska forskningen på beträffande faktorer som bredd, kvalitet, djup, i frontlinjen? Vilken typ av forskning anser ip är viktig respektive mindre? Varför?

Vad anser ip om den forskning som bedrivs av universitetssjukhusen idag? Hur värderar ip den kliniska forskningen i förhållande till grundforskning? Vem ska ansvara för universitetssjukhusens forskning? Är det varje universitetssjukhus ansvar eller är det samhällets? Beroende på vems ansvar forskningen är, vad blir konsekvenserna? Vilka

fördelar resp nackdelar finns det om universitetssjukhusen själva ansvarar för detta? Vilka fördelar resp nackdelar finns det om staten ansvarar för forskningen? Hur skulle den idealiska situationen vara för att forskningen bedrivs som ip vill?

Hur tror ip att den nya marknadssituationen kommer att påverka den medicinska forskningen? Vad finns det för fördelar resp nackdelar? Hur skulle ip vilja att forskningen skulle finansieras? Hur ser den ideala sjukhusmarknaden ut? Hur bör man arbeta för att nå dithän?

Utvecklingsarbete

Hur vill ip beskriva det utvecklingsarbete som finns idag inom universitetssjukhusen? Vilka delar rymmer begreppet? Specificera de olika delar som ip tycker är universitetssjukhusens ansvar att utveckla? Hur ska detta utvecklingsarbete finansieras?

Be ip kommentera följande delar och ta ställning till var betalningsansvaret bör ligga (staten, landstingen, universitetssjukhusen, remittenterna):

- utveckling av nya behandlingsmetoder
- ny och avancerad teknologi
- befinna sig i den medicinska frontlinjen
- sista länken i en vårdkedja
- kunskapsöverföring till länssjukvården
- annat

Hur tror ip att den nya marknadssituationen kommer att påverka universitetssjukhusens utvecklingsarbete? Vilka faror ser ip med den nya marknadssituationen? Vilka möjligheter ser ip? Hur bör olika intressenter agera för att maximera möjligheterna och minimera riskerna? Vad kommer ip att göra för att minimera riskerna?

Utbildning

Vad anser ip om den medicinska utbildningen? Vad lägger ip in i begreppet utbildning (Kandidatutbildning, AT-utbildning, ST-utbildning, vidareutbildning, hålla sig á jour, forskning, kunskapsöverföring till länssjukvården m.m)? Vilken kvalitetsnivå har utbildningarna? Finns det mer att önska? Vad är tillräckligt hög nivå? Vem ska ansvara för att nivån upprätthålls? Vem ska betala? Bör universitetssjukhusen ta betalt av länssjukvården för kunskapsöverföring? I så fall på vilket sätt?

Hur tror ip att den nya marknadssituationen kommer att påverka den medicinska utbildningen? Vilka faror respektive möjligheter innebär den nya marknadssituationen? Hur bör de medicinska fakulteterna och universitetssjukhusen agera för att trygga den medicinska utbildningsnivån? Hur kommer ip att agera?

Beslutsprocess

Hur ser beslutsprocessen ut inom sjukvårdsektorn? Vilka är de drivande krafterna inom svensk sjukvård? Vilka är de påverkande krafterna och vilka är de som fattar beslut,

enligt ip? Vilka frågor är hetast idag? Hur ser debatten ut idag? Vilka frågor driver ip själv? Hur mycket påverkar den allmänna opinionen? På vilket sätt?

Information

Vilken typ av information påverkar ip starkast? Vilka kanaler värderas högst respektive minst? Vilken typ av information är mest trovärdig respektive minst trovärdig?

Anser sig ip välinformerad om vad som händer inom universitetssjukhusens FoUU? Finns det något ip skulle vilja veta mer om och i så fall vad?

Framtid

Vad tror ip universitetssjukhusens framtid? Vad tror ip om sjukvården i framtiden? Hur bör universitetssjukhusens verksamhet ser ut i framtiden beträffande bassjukvård, högspecialiserad vård, forskning, utvecklingsarbete, utbildning? Vad finns det för fördelar/vinster med ip:s synsätt? Vad finns det för nackdelar/risker med ip:s synsätt?

Vad kommer de nya ekonomiska styrsystemen att innebära för universitetssjukvårdens FoUU? För kvaliteten? Vilka olika scenarier ser ip? Vilken är mest trolig resp minst trolig? Varför? Vilka visioner har ip själv? Hur realistiska är de?

Proba följande koncept och vad de kan innebära för hot och möjligheter för den framtida medicinska kvaliteten:

- Om universitetssjukhusen bli statliga/stiftelser vad får det för konsekvenser på FoUU.
- Om universitetssjukhusens FoUU finansieras via ett system liknande Nutek.
- Om universitetssjukhusens FoUU finansieras gemensamt av stat och landsting.
- Om producentledet svarar för finansieringen av universitetssjukhusens FoUU.

