

Arbetsrapport 2005 :36

Kompetens för evidens
- om Vårdalstiftelsens särskilda kompetenssatsningar

LILLEMOR KIM & PER JANSON

Institutet för studier av utbildning och forskning
Drottning Kristinas väg 33D
SE-114 28 Stockholm
www.sister.nu

ISSN 1650-3821



FÖRORD

I denna rapport redovisas resultatet av Vårdalstiftelsens uppdrag till SISTER att kartlägga och studera effekterna av stiftelsens särskilda kompetenssatsningar under perioden 1994-2004. Dessa satsningar utgör en begränsad, men viktig, del av Vårdalstiftelsens stöd i det initiala skedet i syfte att successivt bygga upp och förstärka forskningskompetensen på det vårdvetenskapliga området.

En första version av rapporten har diskuterats vid ett av Vårdalstiftelsen anordnat seminarium den 17 november 2004 med inbjudna personer från såväl universitet och högskolor som hälso- och sjukvården.

Under arbetets gång har vi haft stor hjälp av en referensgrupp bestående av professor Göran Bondjers (Sahlgrenska Akademin), docent Ingvar Krakau (Karolinska Universitetssjukhuset), professor Astrid Norberg (Umeå universitet), professor Nina Rehnqvist (Statens beredning för medicinsk utvärdering) och professor Mats Thorslund (Stiftelsen Äldrecentrum) som delgivit oss synpunkter utifrån sina respektive erfarenheter och perspektiv. Stort tack både till dem och till alla de personer som välvilligt svarat på våra intervju- och enkätfrågor samt till professor Ingalill Rahm Hallberg, koordinator vid Vårdalinstitutet, som givit oss underlag vad gäller institutets verksamhet.

För innehållet i rapporten är vi naturligtvis själva ensamt ansvariga.

Stockholm i februari 2005

Per Janson

Lillemor Kim

INNEHÅLL

FÖRORD.....	1
INNEHÅLL.....	2
BAKGRUND OCH SYFTE	4
KOMPETENSSATSNINGARNA SOM EN DEL I VÅRDALSTIFTELSENS UPPDRAG	4
PROBLEMBILDEN I STORA DRAG	6
ETT PROGRAM I FLERA STEG.....	6
UNDERLAG FÖR STRATEGI – INTE UTVÄRDERING	7
TIDIGARE GENOMFÖRDA UTVÄRDERINGAR	8
OM VÅRDVETENSKAP OCH VÅRDFORSKNING.....	10
VAD ÄR VÅRDVETENSKAP?	10
VÅRDVETENSKAP OCH MEDICIN	13
VÅRDFORSKNINGENS ORGANISATION I DAGSLÄGET	15
OM KUNSKAPSÖVERFÖRING OCH GRÄNSÖVERSKRIDANDE I FORSKNING.....	17
ATT ÖVERFÖRA FORSKNING TILL PRAKTISK KUNSKAP.....	17
MÅNG- OCH TVÄRVETENSKAP	18
PROGRAM OCH UTFALL.....	22
POLICYTEORIN BAKOM KOMPETENSSATSNINGARNA	22
UTFALLET AV DE SÄRSKILDA KOMPETENSSATSNINGARNA.....	23
LÄROANSTALTERNAS HALVTIDSREDOVISNINGAR	25
EFFEKTER AV STIFTELSENS SÄRSKILDA KOMPETENSSATSNINGAR.....	27
ATT MÄTA EFFEKTERNA	27
ADDITIONS/KATALYSATOREFFEKTER.....	28
EFFEKTER PÅ ORGANISATION OCH SAMVERKAN	29
UPPBYGGNAD AV VÅRDFORSKNINGEN	30
UTBILDNINGENS FORSKNINGSANKNYTNING	35
FORSKNINGENS KLINISKA ANKNYTNING	37
KOMPETENSSTÖDETS BETYDELSE FÖR INDIVIDERNA	39
I SAMMANDRAG.....	40

VÅRDALINSTITUTET	41
FRAMTIDA UTMANINGAR FÖR VÅRDFORSKNINGEN	45
UTBUD OCH BEHOV AV KOMPETENS I UTBILDNING OCH FORSKNING	45
KRAVET PÅ EVIDENS I VÅRDEN	47
FRAMTIDENS HÄLSO- OCH SJUKVÅRD.....	48
NÅGRA INTERNATIONELLA UTBLICKAR	50
ÄNDRAT FOKUS FÖR VÅRDALSTIFTELSENS SATSNINGAR?.....	53
AKADEMISK EXCELLENS OCH PRAKTISK NYTTA – KAN DE FÖRENAS?.....	53
HUR SKALL STÖDOMRÅDET AVGRÄNSAS?	54
VILKEN FORM AV FORSKNINGSSTÖD?	55
VEM HAR ANSVAR FÖR DEN TOTALA RESURSNIVÅN?.....	56
KONCENTRATION ELLER SPRIDNING AV RESURSINSATERNÄ?	57
HUR NÅR MAN KUNSKAPSÖVERFÖRING I BÅDA RIKTNINGARNA?	57
BEHÖVER STIFTELSENS PRIORITERINGS- OCH ARBETSMETODER FÖRÄNDRAS?	58
SLUTORD	59
LITTERATUR.....	60
BILAGA 1: DET EMPIRISKA UNDERLAGET FÖR STUDIEN.....	62
BILAGA 2: ENKÄTFORMULÄR.....	66

BAKGRUND OCH SYFTE

Det var mycket forskningsanknytning på den tiden. Regeringens satsning uteslöt alla som inte hade vårdutbildning. Det var olyckligt. Man kom in i helt absurda behörighetsdiskussioner. Det visar bara att det är omöjligt att utgå från yrkeskategorier. (vårdforskare vid universitet)¹

KOMPETENSATSNINGARNA SOM EN DEL I VÅRDALSTIFTELSENS UPPDRAG

Vårdalstiftelsen (Stiftelsen för vård och allergiforskning) bildades 1994 i samband med avvecklingen av löntagarfonderna. Stiftelsekapitalet var drygt en halv miljard kronor och det övergripande mandatet var ”att främja forskning och forskarutbildning på vårdområdet samt forskning och forskarutbildning med inriktning på allergier och annan överkänslighet” (Vårdalstiftelsens stadgar §1). Vårdvetenskapen var vid stiftelsens tillblivelse ett outvecklat forskningsområde med oklar identitet, låg status i forskarvärlden, begränsade forskningsmedel och få kvalificerade tjänster. Skapandet av Vårdalstiftelsen innebar i praktiken inte bara ett betydande stöd åt ett vetenskapligt ämnesområde, utan även att man på nationell nivå skapade en särskild finansiär med ansvar för uppbyggnaden av vårdforskning i större skala.

I propositionen (1993/94:177) som föregick inrättandet av Vårdalstiftelsen framskyftar två motiv till varför vårdforskningen bedömdes som viktig att stödja. De båda motiven är inte direkt motstridiga, men eftersom intentionen skiljer sig åt har de betydelse för hur stiftelsen prioriterar mellan olika insatser.

Det första motivet var att forskning inom området ansågs som angelägen utifrån ett samhällsperspektiv, eftersom en god forskning inom området i förlängningen förväntas leda till en bättre hälso- och sjukvård. Genom detta motiv demonstreras en vilja att skapa ett ”nytt” vetenskapsområde med anknytning till vårdfrågor.

Det andra motivet riktade sig mer mot vårddyrkesutbildningen genom att betona behovet av forskarutbildade vårdlärare. Satsningar i enlighet med detta motiv inriktas i första hand på att ge stöd till forskarutbildning och andra kompetenshöjande åtgärder riktade mot lärare inom vårdutbildningarna. Detta motiv anknöt till högskolereformen 1993 som betonade att utbildning inom högskolan skulle ge såväl yrkes- som högskolemässig kompetens. Drygt femton år tidigare (1977) hade de så kallade medellånga vårdutbildningarna inordnats i högskolan (men fortfarande under landstingskommunalt huvudmannaskap), vilket innebar att de skulle vila på vetenskaplig grund.² Detta skapade ett tryck på vårdhögskolorna att ha forskarutbildade lärare. Genom reformen 1993 markerades behovet av forskningsanknytning ännu starkare. Utvecklingen ledde fram till vårdhögskolornas förstatligande och utbildningarna har idag nästan helt integrerats i det statliga universitets och högskolesystemet.³ I förlängningen blir även dessa insatser i syfte att förstärka forskningsanknytningen av vårdutbildningarna en forskningsuppbyggnad, men med en viktig skillnad. Forskningsuppbyggnaden blir primärt en angelägenhet för dem som är lärare i de medellånga vårdutbildningarna. Vårdalstiftelsens inledande satsningar reserverades också huvudsakligen för de lärare som hade en medellång vårdutbildning. Det handlade således i högre grad om en akademisering av vissa yrkesgruppers utbildningar än om att bygga upp ett nytt forskningsområde.

¹ Detta och följande citat i början av varje kapitel är hämtade från de intervjuer vi genomfört inom ramen för projektet.

² Med medellånga vårdutbildningar avses framför allt utbildning av arbetsterapeuter, barnmorskor, biomedicinska analytiker, logopedier, sjukgymnaster och sjuksköterskor samt social omsorgsutbildning, utbildningar som tidigare till stor del bedrevs vid separata vårdhögskolor i landstingens regi.

³ Idag bedrivs vårdutbildning på fyra lärosäten med enskild huvudman.

Det tudelade motivet återspeglas i Vårdalstiftelsens stadgar (§ 3) som säger att verksamheten skall inriktas på:

- koncentration av insatser så att forskargrupper med hög kvalitet främjas,
- befordrande av projekt och program som innebär gränsöverskridanden mellan discipliner,
- befordrande av forskarutbildning och forskarrekrutering,
- samverkan och samfinansiering med övriga organ som ger stöd till forskning och forskarutbildning inom stiftelsens verksamhetsområde varvid särskilt beaktas de förändrings-behov som den förändrande strukturen för vårdutbildningarna föranleder.

Motivet att bygga upp ett nytt forskningsområde representeras främst av de två förstnämnda punkterna och det utbildningsmässiga motivet främst av de två senare punkterna. I förarbetet till reformen gav också regeringen Vårdalstiftelsen ett mer specifikt uppdrag, där utbildningsmotivet betonas än starkare. Enligt propositionen (Prop.1993/94:177) skulle stiftelsens medel inledningsvis användas till att öka andelen disputerade lärare med grundutbildning i något av vårdutbildningarnas huvudämnen.

Vårdalstiftelsen har under sin hittillsvarande verksamhet gjort en rad olika satsningar och sammanlagt fördelat drygt 640 miljoner kronor till vård- och allergiforskning i olika former. Merparten av pengarna (390 miljoner kronor) har delats ut i form av projektanslag efter ansökan och bedömning i sedvanlig ordning. Stiftelsen har även fördelat projektstöd till riktade områden som t.ex. Etik i vården, IT i hälso- och sjukvården och Barns hälsa, i regel i samverkan med andra finansiärer. Därutöver har stiftelsen givit stöd till forskarmiljöer, forskaranställningar och kompetensutvecklingsinsatser av olika slag.

Den här rapporten handlar om en begränsad del av det samlade forskningsstöd som Vårdalstiftelsen beviljat under sina tio första verksamhetsår, nämligen den del som betecknas särskilda kompetensutvecklingsinsatser och som framför allt inneburit stöd till inrättande av anställningar som doktorand och forskarassistent på det vårdvetenskapliga området. Detta kompetensstöd uppgår till sammanlagt ca 90 miljoner kronor och utgör således bara en mindre del av Vårdalstiftelsens beviljade medel så här långt. Av de totala satsningarna till det vårdvetenskapliga området uppgår kompetensstödet till ungefär 15 procent. Kompetenssatsningarna har framför allt sin grund i det ovan nämnda utbildningsmässiga motivet. Närbesläktat är stiftelsens satsning på Vårdalinstitutet som bl.a. ansvarar för en nationell forskarskola och vissa andra utbildningsinsatser. Vårdalstiftelsen har anslagit 65 miljoner kronor till uppbyggnad av institutet och denna satsning har inkluderats i vårt uppdrag för att rapporten skall ge en samlad bild av Vårdalstiftelsens insatser för kompetenshöjning på det vårdvetenskapliga området. Bidraget till institutet är dock i minst lika hög grad en ren forskningssatsning och Vårdal-institutet som helhet kombinerar stiftelsens båda ändamål.

Vårdalstiftelsen är i nuläget visserligen den största finansiären på nationell nivå med särskild uppgift att stödja vårdforskning men däremot långt ifrån den enda finansieringskällan för forskning och utveckling inom området. Vetenskapsrådet har under perioden 2001 till 2004 haft en prioriterad satsning på vårdvetenskap, vilken totalt uppgår till drygt 80 miljoner kronor. De riktigt stora resurserna finns dock inom basorganisationen vid universitet/högskolor och i vård- och omsorgsverksamheten. Utöver utbildnings- och fakultetsanslag tillskjuter staten årligen resurser för att täcka landstingens kostnader för universitetens och högskolornas forsknings- och utbildningsuppdrag i nuläget 2 miljarder kronor (Prop. 2004/05:1). Till detta kommer landstingens och primärkommunernas egna satsningar på FoU, som har beräknats uppgå till minst hälften av de sammanlagda statliga anslagen, d.v.s. flera miljarder kronor under ett år (Bergström m.fl. 2000).

I dessa sammanhang konkurrerar vårdforskningen med andra forskningsområden och andra uppgifter. Resurser från olika källor sammanförs i den praktiska planeringen och grundläggande förhållanden som kompetensnivån hos forskarna, den uppbyggda infrastrukturen etc. har stor betydelse för vårdforskningens förmåga att hävda sig i konkurrensen. Det är också en bakgrund till Vårdalstiftelsens särskilda insatser för kompetensutveckling. Det innebär samtidigt att det är svårt att urskilja effekterna av de särskilda kompetenssatsningarna. Å andra sidan är det de sammanlagda effekterna som är av betydelse, särskilt som Vårdalstiftelsen i många fall fungerat som initiativtagare och bidragit till att andra finansierare skjutit till medel.

PROBLEMBILDEN I STORA DRAG

Den vårdvetenskapliga forskningen har haft en mycket positiv utveckling under de senaste tio åren. Vårdalstiftelsens satsningar, organisatoriska förändringar inom högskolan och ett ökat samhälleligt och vetenskapligt intresse för vård- och omsorgsfrågor brukar framhållas som betydelsefulla faktorer bakom den kraftiga expansionen. Alla beräkningar visar att antalet forskare ökat betydligt, även om storleken på ökningen varierar (se t.ex. Hallberg 2003, KVA 2003). Även kvalitativt har vårdforskningen tagit ett stort steg framåt. I en relativt begränsad bibliometrisk studie som genomfördes i samband med Kungl. Vetenskapsakademiens utvärdering av Vårdalstiftelsen framgår att antalet publicerade och citerade svenska artiklar inom vårdforskningen (brett definierat) har ökat kraftigt efter stiftelsens bildande (KVA 2003). En undersökning av publikationer inom områdena omvårdnad, sjukgymnastik och arbetsterapi visar att publiceringsgraden i internationella tidskrifter ökat kontinuerligt sedan början av 1990-talet och att svensk vårdforskning står sig väl i internationell jämförelse (Hallberg 2003).

De stora framstegen till trots kvarstår en rad strukturella hinder. Ett problem som uppmärksammas är att vårdforskningen är splittrad och småskalig (Hallberg 2003). Statliga utredningar rekommenderar att det sker en kraftsamling av forskningsmiljöer inom vårdforskningen för att åstadkomma en fördjupad kunskapsutveckling (t ex SOU 1999:66). Vidare kvarstår rekryteringsproblemen inom vårdforskningen. Det finns få högre tjänster inom vårdvetenskapliga ämnen, och även en brist på personer med meriter för dessa tjänster. Till följd härav finns det också en brist på handledare för doktorander. Vårdforskarnas åldersstruktur är också bekymmersam. Många är idag nära pensionsåldern och inom det närmaste decenniet kommer det att ske stora pensionsavgångar (Engström och Östlinder 2003). Medelåldern hos dem som disputerar är dessutom hög (SOU 1999:66). Ett ytterligare problem är den bristande kopplingen mellan forskning och praktisk användning av forskningsresultaten, även om det i detta avseende finns betydande skillnader mellan olika vårdvetenskapliga ämnen.

ETT PROGRAM I FLERA STEG

Redan tidigt i Vårdalstiftelsens verksamhet konstaterades att vård- och omsorgsområdet led av otillräckliga resurser för forskning och forskarutbildning. Detta hade, som framgått ovan, påpekats redan i riksdagens beslut. Ett kännbart problem var den stora andelen lärare som saknade forskarutbildning och svårigheterna att finansiera doktorandtjänster. Detta var bakgrunden till Vårdalstiftelsens inledande insatser för kompetensutveckling. I fyra olika etapper tog Vårdalstiftelsen initiativ för att främja uppbyggnaden av den vetenskapliga kompetensen på området. De olika etapperna avspeglar en ökad medvetenhet om och inriktning på att lösa även andra problem förknippade med rekryteringen till forskningsområdet som den höga medelåldern bland vårdforskarna, integrationen i universitets-organisationen, den kliniska anknytningen och resurssplittringen på alltför småskaliga projekt.

Den första satsningen, som började redan 1994, innebar att ett särskilt kompetensutvecklingsprogram utlystes för vårdhögskolornas lärare samt för lärare vid motsvarande utbildningar med statligt huvudmannas-

kap. Programmet omfattade en tidsperiod om fyra år och innebar att 44 doktorandtjänster, s.k. vårdaltjänster, inrättades på universitetsorterna med delad finansiering mellan Vårdalstiftelsen och berörda universitet/högskolor. Syftet var att på sikt öka andelen lärare med forskarutbildning och stärka samarbetet mellan vårdhögskolor och berörda fakulteter vid universiteten/högskolorna. Finansieringen delades mellan Vårdalstiftelsen och universiteten/högskolorna och stiftelsen bidrog med 150 000 kronor per tjänst och år i 4 år eller totalt 26,4 miljoner kronor.

Den andra satsningen kom 1998 då Vårdalstiftelsen anslog drygt 63 miljoner kronor, fördelat på fyra år, till universiteten och några av de större högskolorna för att stärka forskning och forskarutbildning inom vårdutbildningarnas huvudämnen (arbetsterapi, biomedicinsk laborativvetenskap, omvårdnad, reproduktiv omvårdnad, sjukgymnastik samt socialt arbete med inriktning mot social omsorg). Kompetensutvecklingsprogrammet designades i nära samverkan med bl.a. vårdens huvudmän och ledningarna för berörda högskolor. Beslutet innebar att stiftelsen förband sig att under visst antal år med särskilda medel stödja kompetensutveckling för forskare inom området enligt planer som universiteten/högskolorna själva utformade. Medlen kom i huvudsak att utnyttjas för doktorandtjänster och forskarmånader. Ett andra syfte var att utveckla en bättre anknytning mellan forskningen och den kliniska vården genom inrättande av s.k. kombinationstjänster där Vårdalstiftelsens forskningsstöd skulle täcka forskningsdelen i en tjänst inom landsting eller kommunal vård och omsorg.

Den tredje satsningen påbörjades under 2001, då stiftelsen i samverkan och samfinansiering med ämnesrådet för medicin vid Vetenskapsrådet beslöt att utveckla ett program för forskarassistenttjänster i vårdutbildningarnas huvudämnen. Syftet med denna satsning var att sörja för en ny generation vård-forskare genom inrättande av s.k. ”professorskuvöser”. Totalt bidrog stiftelsen med 2,1 miljoner kronor för att finansiera sex forskarassistenttjänster under fyra år. Vårdalstiftelsen stod således bara för en mindre del av kostnaderna för dessa tjänster. Båda finansörerna har efteråt fortsatt att på egen hand stödja forskarassistenttjänster.

Ytterligare en satsning med starka inslag av kompetenshöjning var inrättandet i november 2001 av Vårdalinstitutet, ett nationellt centrum för tvärvetenskaplig patientnära forskning och kunskapsspridning. Efter omfattande granskning och bedömning utsågs universiteten i Lund och Göteborg och berörda huvudmän för vården (Region Skåne och Region Västra Götaland) att i samarbete med berörda kommuner driva ett institut för vårdforskning där företrädare för kommuner, landsting, forskare, vårdtagare och personal kunde mötas i en gemensam struktur och där identifiera centrala forsknings-, utbildnings- och informationsfrågor. Syftet är således vidare än kompetens-uppbyggnad men vid institutet bedrivs såväl forskning som forskarutbildning och postdoktoral utbildning bl.a. inom ramen för en nationell forskarskola med inriktning mot vård- och omsorgsforskning. För uppbyggnaden av institutet avsatte Vårdalstiftelsen 65 miljoner kronor att användas under fem år. Totalt uppgår satsningen på institutet till över 200 miljoner kronor, där även Region Skåne, Region Västra Götaland samt Universiteten i Lund och Göteborg är medfinansierare.

UNDERLAG FÖR STRATEGI – INTE UTVÄRDERING

Syftet med denna studie är att analysera effekterna av Vårdalstiftelsens särskilda kompetenssatsningar och med utgångspunkt i gjorda erfarenheter lyfta fram strategiska problem av betydelse för Vårdalstiftelsens fortsatta arbete med att bygga upp den vårdvetenskapliga kompetensen. Det rör sig inte om en utvärdering i traditionell mening. Sådana har gjorts och utgör en bakgrund till projektet (se nedan). Syftet är i stället riktat framåt och avsikten är att resultatet skall kunna utnyttjas i diskussionen om Vårdalstiftelsens kommande satsningar under dess återstående livslängd som beräknas till 6–10 år.

I de diskussioner som föregått detta uppdrag till SISTER har ett antal grundläggande problem framhållits särskilt; framför allt de svårigheter som är förknippade med ambitionen att integrera vårdforskningen med den kliniska verksamheten och att bygga upp forskning och vetenskaplig kompetens inom ett nytt mångvetenskapligt forskningsområde. Båda dessa problem knyter an till forskningsfrågor som utöver att vara av betydelse för Vårdalstiftelsens fortsatta programutveckling också är av stort allmänt intresse. Den första frågan är kontroversiell och högaktuell och rör sambandet mellan forskning och nytta: Hur skapar man effektiva former för överföring av vetenskapliga resultat till praktisk tillämpning? Och hur vävs forskningen bäst samman med daglig praxis? Den andra frågan gäller förutsättningarna för att bedriva tvärvetenskap i etablerade forskningsmiljöer och vetenskapliga institutioner. Även detta är ett aktuellt problem på forskningspolitikens område. Vårdalstiftelsens insatser för kompetensutveckling utgör ett intressant och avgränsat experiment för att undersöka båda dessa problem.

De strategier som Vårdalstiftelsen tillämpat i sina särskilda satsningar på kompetensutveckling skall enligt direktiven för projektet följas upp och analyseras mot bakgrund av förändringar i omvärlden och den kunskap som tidigare studier och forskning inom området kan bidra med. De generella frågorna kring forskning och kunskapsuppbyggnad är i stora stycken gemensamma för olika samhällssektorer. Det går att dra paralleller med utvecklingen på andra områden men det finns också unika drag inom hälso- och sjukvårdssektorn att ta hänsyn till. Så sker exempelvis huvuddelen av vård- och omsorgsverksamheten i offentlig regi och samverkan mellan ingående parter är till viss del reglerat i avtal och överenskommelser av olika slag. Samarbetet och länkarna mellan forskning och praktik är tätare inom hälso- och sjukvården samtidigt som kraven på att omsätta kunskaper och vetenskapliga rön i den praktiska verksamheten är större än på andra områden.

Syftet med studien sammanfattas i uppdraget i följande punkter:

- att beskriva och analysera hur forskningsbidragen använts,
- att analysera hur överföring av kunskap mellan forskningen och den kliniska verksamheten fungerat,
- att analysera effekterna av insatta åtgärder på institutioner och för berörda individer,
- att bedöma additionaliteten ("mereffekten") av insatta åtgärder,
- att bedöma effekterna av insatta åtgärder på forskningens innehåll och organisation, särskilt vad gäller hinder och möjligheter för att etablera ett nytt tvärvetenskapligt forskningsområde.

Därför inleds rapporten med diskussion av några mer allmänna forskningspolitiska problem rörande vårdvetenskapens avgränsning och relation till andra vetenskapsområden. De är, och har framför allt varit, centrala frågeställningar i utvecklingen av forskningen på det vårdvetenskapliga området och behövs som bakgrund till analysen av det empiriska materialet och den avslutande diskussionen.

TIDIGARE GENOMFÖRDA UTVÄRDERINGAR

I samband med vårdutbildningarnas integration i den statliga högskolan genomfördes ett flertal kvalitetsgranskningar av berörda utbildningar (HsV 1996, 2000). Av dessa framgår att villkoren för forskningsanknytning och kompetensutveckling i vårdutbildningarnas huvudämnen har förändrats kraftigt under det senaste decenniet. Det gör det svårt att urskilja effekterna av Vårdalstiftelsens särskilda kompetenssatsningar från övriga förändringar, vilket också framgår av de redovisningar som lärosätena lämnade vid det halvtidsseminarium som Vårdalstiftelsen genomförde 2001. Vid seminariet framkom att huvuddelen av de anvisade medlen för kompetensutveckling hade använts för att finansiera doktorandanställningar, forskarmånader och forskarassistenttjänster. Däremot hade universiteten haft svårigheter att i samråd med sjukvårdhuvudmännen inrätta s.k. kombinationstjänster. En sammanfattning och uppföljning av lärosätenas halvtidsrapporter redovisas längre fram i texten.

Vårdalstiftelsens verksamhet i stort har också granskats tillsammans med de övriga forskningsstiftelserna i olika sammanhang. Så har Kungl. Vetenskapsakademien (KVA) inom ramen för sitt uppdrag att utvärdera forskningsstiftelsernas verksamhet genomfört en granskning av Vårdalstiftelsens verksamhet 1994–2002 (KVA rapport 2003:1). Vetenskapsakademins bedömning är att satsningarna på kompetensutvecklingsprogrammet varit klart motiverade och i stort sett lyckade. Svårigheten att inrätta kombinationstjänster bedömde akademien som ”allvarligt eftersom skapandet av sådana tjänster är av stor betydelse för kvaliteten och bredden på omvårdnadsforskningen och därmed för vårdutvecklingen och karriärmöjligheterna”. Därför borde Vårdalstiftelsen ytterligare öka sina ansträngningar att etablera samarbete med kommuner och landsting i denna fråga, menade KVA.

När det gäller Vårdalinstitutet gjorde KVA:s granskningsgrupp en mycket positiv bedömning av den planerade forskning och forskarutbildning som bedrivs inom institutets ram men efterlyste samtidigt ett stringent program för uppföljning av verksamheten. Man menade sammanfattningsvis att Vårdalinstitutet skulle kunna bilda modell för hur framtida vårdforskning skall bedrivas och efterlyste en plan för hur information om institutets verksamhet skulle kunna spridas vidare.

Ytterligare ett material som granskar Vårdalstiftelsens insatser är nu under publicering, nämligen den studie som genomförts av de första tio åren i forskningsstiftelsernas verksamhet (Sörlin m.fl. 2005). Genom de personsamband som föreligger har vi under arbetets gång kunnat ta tillvara erfarenheterna från denna studie.

Slutligen bör nämnas den kartläggning som Ingalill Rahm Hallberg genomfört av vårdforskningen i Sverige 2003 (redovisad i Ds 2003:56). Kartläggningen innehåller ingen granskning av Vårdalstiftelsens kompetensutvecklingsinsatser men enligt författaren har tillkomsten av Vårdalstiftelsen som forskningsfinansiär haft stor betydelse för vårdforskningens framväxt. Det är uppenbart, menar hon, att Vårdalstiftelsen varit den viktigaste källan till finansiering av forskning inom vårdområdet under andra hälften av 1990-talet. Den minskade anslagstillgången vid en avveckling av Vårdalstiftelsen kan innebära en tillbakagång för svensk vårdforskning och detta kompenseras knappast av Vetenskapsrådets relativt marginella roll i sammanhanget. Vad som behövs är en mera stabil och långsiktig tillförsel av konkurrensutsatta forskningsmedel och en starkare koncentration av resurserna till program snarare än projekt. Bristen på postdoktorala tjänster framhålls särskilt som ett problem inför framtiden.

OM VÅRDVETENSKAP OCH VÅRDFORSKNING

Tidigare inrättade man tjänster i vårdvetenskap, visste inte bättre då. Nu börjar man alltmer se vårdvetenskap som ett forskningsområde med olika ämnen därunder (både traditionella huvudämnen som omvårdnad, sjukgymnastik, arbetsterapi och andra nyare ämnen). Det är en utveckling som bör stödjas.
(vårdforskare vid högskola)

VAD ÄR VÅRDVETENSKAP?

Det går knappast att hitta en för alla parter tillfredställande definition av vårdvetenskap. För drygt tio år sedan konstaterade Alice Rinell Hermansson (1993) att en vedertagen definition saknas, trots att mycket energi lagts på frågan. Diskussionen har fortsatt utan att någon tydlig konsensus är i sikte och vissa menar att definitionsfrågan drivits för långt. Det kan ändå i sammanhanget vara viktigt att föra en diskussion om hur begreppet kan avgränsas. Definitionsfrågan har varit en integrerad del av forskningsområdets framväxt och det är därför av intresse att belysa de uppfattningar som finns i frågan. Genomgången är också intressant för att vi senare skall kunna bedöma inom vilka vårdvetenskapliga områden som Vårdalstiftelsen gjort sina kompetensutvecklingsinsatser.

Ursprunget till vårdvetenskapen⁴ står att finna i de medellånga yrkesinriktade utbildningarna inom hälso- och sjukvårdssektorn, såsom utbildning av sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, barnmorskor och för uppgifter i den sociala omsorgen. Den svenska vårdforskningen är ung och tillkomsten brukar dateras till omkring 1977 (Heyman 1995).⁵ En viktig orsak till framväxten var den tidigare nämnda reformen av högre utbildning samt ökade krav på kunskap i vården. Ungefär samtidigt började de första personerna med medellång vårdutbildning att avlägga doktorexamen, förvisso i andra ämnen men avhandlingarna hade ofta ett vårdvetenskapligt innehåll.

Ur ett historiskt perspektiv kan man identifiera en utveckling i hur man avgränsar vårdvetenskap, från en avgränsning som utgår ifrån yrkestillhörighet till en som emanerar från de problem inom vård och omsorg som skall utforskas.

Den *yrkesmässiga* definitionen av vårdvetenskap går tillbaka till den period då ämnet var nära associerat med utbildning av sjuksköterskor och andra yrkesgrupper (förutom läkare) inom hälso- och sjukvård samt omsorg. Ämnet avgränsas här i stor utsträckning utifrån *vem* det är som bedriver forskningen. Vårdforskning bedrivs av personer med medellång vårdutbildning.

Den *problemorienterade* – och icke-yrkesspecifika – definitionen är idag den klart dominerande bland vårdforskare. Forskningsområdet avgränsas inte av vem som bedriver forskningen, utan utifrån forskningsproblem som anses viktiga inom vård- och omsorgsarbetet. Innehållsmässigt behöver det inte finnas

⁴ Det finns historiskt sett inte heller någon enhetlig terminologi kring det fenomen som här betecknas som vårdforskning/vårdvetenskap. Vårdvetenskap är idag den klart vanligaste termen för den forskning som berör vårdande och omsorg. Det innebär i praktiken forskning inom ämnen knutna till medellång vårdutbildning och delar av hälso- och sjukvårdsforskningen. Tidigare användes omvårdnadsforskning även som övergripande term, men reserveras nu vanligtvis den till det område som rör sjuksköterskors yrkesutövning. I texten använder vi termen vårdforskning omväxlande med vårdvetenskap. Den svenska terminologiska diskussionen har en motsvarighet i engelskan, där "caring" vanligtvis syftar på forskningsfältet kring vårdande och omsorg (vårdvetenskap), medan "nursing" refererar till sjuksköterskors arbetsområde. Även här finns dock otydligheter och definitionerna kan variera.

⁵ Forskningsområdet växte fram i USA under 1930-talet och kom till Europa och Storbritannien under 1950-talet.

någon skillnad mellan dessa olika sätt att avgränsa forskningsområdet, utan den viktiga skillnaden är vilken faktor som reglerar gränserna. Hur kan man då definiera vårdvetenskap utifrån en problembaserad definition? Vi kan ta två exempel. Vetenskapsrådet definierar området på följande sätt:

Inom vårdvetenskap studeras bl a förutsättningar för hälsa samt konsekvenser av sjukdom och ohälsa ur biologiska, psykosociala, samhälleliga, kulturella och ekonomiska aspekter. Forskningen sker med ett patientorienterat perspektiv och innefattar prevention, vård, omvårdnad, rehabilitering och dess betydelse för välbefinnande och hälsa (Vetenskapsrådet 2003 s. 50).

Ingalill Rahm Hallberg skriver att:

vårdforskning är ett samlingsbegrepp för forskning inom eller över flera närbesläktade ämnen (omvårdnad, arbetsterapi, sjukgymnastik m.fl.). Gemensamt för dessa är att de omfattar teori, metod och teknik för studiet av problem och åtgärder relaterade till människors hälsa, ohälsa och vård samt vårdandet i olika sammanhang/miljöer (Hallberg 2003 s. 7).

Utifrån dessa definitioner kan vi konstatera att den vårdvetenskapliga forskningen rör sig över ett brett område, och består av ett antal självständiga ämnen. Man kan notera att den definition som Vetenskapsrådet använder sig av är något snävare, åtminstone tolkat utifrån den andra meningen i beskrivningen. Där läggs betoningen på ett patientnära perspektiv, vilket andra menar inte bör begränsa forskningsområdet.

För att få en tydligare överblick av vad vårdvetenskap innehåller kan man dela in den forskning som bedrivs i delområden. Alla uppdelningar är problematiska och den som följer här skall inte tolkas som ett auktoritärt försök att slå fast vad vårdforskning är för något, utan bara som en tänkbar indelning av de problemområden som vårdforskare arbetar med.⁶ Indelningen syftar i första hand till att beskriva vårdvetenskapens kärna, vilket medför att vissa forskningsinriktningar som kan beskrivas som vårdvetenskapliga hamnar i utkanten av eller mellan olika delområden. Vidare är det inte en redogörelse för vad vårdforskning bör vara, bara en empirisk slutsats om den nuvarande forskningens substans. Det är inte heller en kategorisering utifrån akademisk tillhörighet eller efter specifika vårdbehov, såsom äldres eller psykiskt sjukas hälsa. Olika problemställningar avseende vårdbehov kan ingå i alla delområden. Slutligen är det inte ett försök att skilja mellan grundforskning och tillämpad forskning; båda inriktningarna kan förekomma inom alla delområdena.

De fyra delområden som vi tydligt kunnat urskilja är forskning relaterad till: 1) Vårdande, 2) behandling, 3) sjukas och funktionshindrades situation i samhället samt 4) förebyggande av ohälsa och främjande av hälsa. Medan de två första delområdena har vad man brukar kalla för ett patient- eller vårdtagarnära perspektiv fokuserar de två sistnämnda på individen utanför vårdapparaten.⁷

Det första området inriktar sig huvudsakligen på vård av personer som kommer i kontakt med hälso- och sjukvården samt den sociala omsorgen. Omständigheter kring mötet mellan patient och vårdare är centrala frågor. Det kan röra sig om problem som uppkommer i själva vårdandet, vårdpersonalens situation och anhörigas situation. Forskningen syftar inte primärt till att göra någon frisk, utan att erbjuda en bättre vård och livskvalitet. Forskningsprojekt kan t.ex. behandla problem kring vårdens eller omsorgens

⁶ Underlaget till kategoriseringen baseras delvis på en genomgång av de projekt som fått stöd av Vårdalstiftelsens projektstöd för vårdvetenskap samt de avhandlingar i vårdforskning som f n bedrivs vid landets universitet och högskolor.

⁷ Vi använder oss av denna indelning i vår redovisning av effekterna av Vårdalstiftelsens kompetenssatsningar längre fram i rapporten.

organisering, bemötandet av patienten eller omsorgstagaren, patientens upplevelse av sjukdom, livskvalitet för olika patienter, omsorgstagare och anhöriga. Detta kan sägas vara klassiska vårdvetenskapliga frågeställningar framför allt inom omvårdnadsforskningen.

Det andra delområdet inriktar sig på förbättringar av olika slag inom vård och omsorgsarbetet som primärt syftar till att få patienten eller omsorgstagaren att uppnå så god hälsa som möjligt. Det kan röra sig om förbättringar i diagnostik, prevention, rehabilitering och behandling, dock sådan som ligger utanför det traditionellt medicinska ansvarsområdet.

Det tredje delområdet har en bredare samhälls- och beteendevetenskaplig inriktning och behandlar mötet mellan samhället och sjuka och funktionshindrade personer, aktiviteter i det dagliga livet och aktivitetens koppling till hälsa och ohälsa. Här ingår frågor kring samhällsplanering för att underlätta olika gruppers dagliga liv i samhället, t.ex. de som har funktionshinder eller är psykiskt sjuka. Denna typ av forskning är inte nödvändigtvis patient- eller vårdtagarnära, vilket ibland framhålls som en utmärkande egenhet för vårdvetenskapen.

Inom det fjärde delområdet är patientperspektivet i stort sett helt frånvarande och istället är syftet att förebygga ohälsa. Folkhälsofrågor står i fokus liksom hur vår hälsa påverkas av miljö, arbete, levnadssätt och den sociala situationen. Här finns ett nära släktskap med ämnen som folkhälsovetenskap och socialmedicin. Dessa är sedan tidigare etablerade vetenskaper inom universitet och högskolor och det är därför också tveksamt om denna typ av forskning skall räknas som vårdvetenskap.

Vårt försök att dela in forskningsområdet liksom tidigare diskussioner i ämnet visar att vårdvetenskap inte är ett homogent forskningsområde. Det är dock knappast unikt för vårdvetenskapen, men värt att understryka, eftersom vårdvetenskap i vissa sammanhang, inte minst när det gäller forskningsstöd, tenderar att betraktas som ett enhetligt ämne. Den gemensamma kärnan i vårdvetenskapen är studieobjektet. Det kan förslagsvis definieras som *studiet av vård och omsorg i förbindelse med människors hälsa och ohälsa*. Det finns dock inte någon enhetlig riktlinje från vilket perspektiv studieobjektet skall studeras. Det kan studeras utifrån ex. biologiska, psykosociala eller ekonomiska perspektiv eller utifrån en kombination av dessa. Därutöver finns det stora skillnader inom området mellan olika forskningsinriktningar med sinsemellan olika frågeställningar. Dessutom finns det inom vårdvetenskapen skillnader som markeras av vilken typ av forskningsmetod man använder sig av (vanligtvis kvantitativa kontra kvalitativa studier). Dessutom håller de enskilda ämnena (omvårdnad, sjukgymnastik etc.) på att bli alltmer internt specialiserade. Exempel på detta är barnmorskornas strävan att bli en egen enhet inom omvårdnadsinstitutioner liksom inrättandet av separata enheter för gerontologisk vårdvetenskap (t.ex. inom institutionen Neurotec på Karolinska institutet).

Institutionellt brukar vanligtvis huvudämnena i de s.k. medellånga vårdutbildningarna (arbetsterapi, sjukgymnastik, arbetsterapi, social omsorg m.fl.) beskrivas som vårdvetenskapliga.⁸ Ibland räknas även ämnen, eller delar av ämnen, som folkhälsovetenskap, socialmedicin, kvinnors och barns hälsa, samt geriatrik till det vårdvetenskapliga området. Det utesluter inte att vårdvetenskap kan bedrivas även inom andra vetenskapliga ämnen. På omsorgsområdet står ämnet socialt arbete för en stor del av den vårdinriktade forskningen. Men även inom det som normalt brukar definieras som det vårdvetenskapliga hägnet finns det forskare (vissa sjukgymnaster och arbetsterapeuter) som inte känner sig särskilt hemma i begreppet vårdvetenskap. Ett relativt vanligt argument är att vårdvetenskap blivit mer eller mindre syno-

⁸ Ett potentiellt undantag utgörs av de biomedicinska analytikerna som inte har speciellt mycket gemensamt med den övergripande definitionen av vårdvetenskap.

nynt med omvårdnadsforskning. Tydligt är också att biomedicinska analytiker inte räknar sig själva som vårdforskare.

Även om de allra flesta definierar vårdvetenskap utifrån den problemorienterade definitionen, leder pragmatiska överväganden ibland till att vårdvetenskapen begränsas till vissa specifika yrkesgrupper. Det finns således en överlappning mellan å ena sidan den yrkes- och utbildningsmässiga och å andra sidan den vetenskapliga utgångspunkten som ibland ger en ganska oordnad bild av vad vårdvetenskap är för något. Eller annorlunda uttryckt; det finns alltså en tendens att inte skilja på forskarens yrkesmässiga bakgrund (d.v.s. att personen har en medellång vårdutbildning) och vilken forskning som bedrivs (d.v.s. att forskningen är relevant för vård och omsorg). Den problemorienterade innebörden av vårdvetenskap håller dock definitivt på att ta överhanden.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att det knappast är möjligt att finna en oantastlig definition av vårdvetenskap. En fråga som riskerar att hamna i bakgrunden i denna diskussion är för vilket syfte den vårdvetenskapliga kunskapen produceras.

Hur har då Vårdalstiftelsen definierat vårdvetenskap? Stiftelsen har återkommande betonat att det inte finns någon entydig definition av ämnet och att man inte aktivt bör försöka finna dess gränser. Vissa krav måste dock ställas på den forskning som får stöd. Den skall enligt stiftelsen ”utgå från ett antal problemställningar, med stor relevans för patienten, vården och samhället” (Vårdalstiftelsen Verksamhetsberättelse 1999 s. 13) och har bl.a. uttryckts i ett antal teman.⁹ Det är en bred definition som öppnar upp för stöd till flera olika akademiska discipliner och ämnen. Hur detta i praktiken fallit ut i stiftelsens kompetenssatsningar är en av de frågor som vår studie skall försöka ge svar på.

VÅRDVETENSKAP OCH MEDICIN

Vårdvetenskap har under sin framväxt jämförts med den medicinska vetenskapen, och förhållandet till medicin är också mycket omdebatterat. Det är då viktigt att påpeka att även medicin är en samlingsbeteckning för en rad olika vetenskapsområden. Skillnaderna i studieobjektet kan ibland vara mycket liten, t.ex. mellan palliativ medicin och palliativ omvårdnad, men ibland är den mycket stor, t.ex. mellan grundläggande biomedicinsk forskning och vårdvetenskap i allmänhet. Det är framför allt den kliniskt inriktade medicinska forskningen som vårdvetenskap skall jämföras med. De två vetenskapsområdena kommer i kontakt och samverkar i det praktiska vårdarbetet, och i stor utsträckning delar de studieobjekt. Det blir framför allt tydligt när man begrundar att vårdforskning, precis som delar av den medicinska forskningen, syftar till att förebygga hälsoproblem, lära människor att leva med sjukdom, lindra lidande och få personer att behålla eller återvinna hälsa. Det finns dock en skillnad i huvudsakligt fokus mellan medicin och vårdvetenskap. Medicin använder i första hand förklaringar till sjukdom som underlag för behandling. Vårdvetenskapen inriktar sig i större utsträckning på kunskapen om hur människor kan leva ett drägligt liv med de konsekvenser sjukdom och behandling ger, inbegripet patientens sociala sammanhang.

Samhörigheten med medicin är dock mer omtvistad om man lägger tyngdpunkten på vilka teoretiska utgångspunkter dessa vetenskapsområden använder sig av. Inom vårdvetenskapen finns två huvudsakli-

⁹ Vårdalstiftelsen har under sin verksamhetstid använt sig av fyra teman, varav de två första funnits med från början. Det första temat koncentrerade sig på klinisk/praktisk vårdforskning med inriktning mot kronisk sjukdom och kvinnors ohälsa, det andra mot hälso- och sjukvårdforskning om förändringar i arbetssätt, processer och strukturer samt utvärdering av dessa. Det tredje temat (tillkom år 1999) var paradigmutveckling och teoribildning kring fenomenet i samband med förändrad livssituation och det fjärde (tillkom år 2000) var praktisk vård- och omsorgsforskning med inriktning mot äldre. Inom samtliga teman har stiftelsen uppmuntrat samverkan mellan olika discipliner.

ga inriktningar. Den första menar att vårdvetenskap och medicin har helt olika teoretiska utgångspunkter. Det är en inställning som främst uttrycks inom ämnet omvårdnad. Gerd Ahlström uttrycker det på följande sätt:

Hälsa definieras ej som i den medicinska vetenskapen, där objektiva mätresultat skiljer mellan sjuk och frisk. I ett omvårdnadsperspektiv innebär hälsa, en subjektiv tolkning och värdering och är relaterad till såväl situation som kultur (Ahlström 2000 s. 37).

Vårdvetenskap i denna tolkning har mycket gemensamt med sociologi och psykologi (inte minst medicinsk sociologi och medicinsk psykologi). I detta perspektiv förflyttas frågor om hälsa och ohälsa från den biologiska nivån, vilket är den medicinska utgångspunkten, till ett angreppssätt där samhället och människors beteende står i centrum (se också Dahlberg et al 2003). Det vårdvetenskapliga perspektivet står i denna tolkning inte i konflikt med det medicinska, men betonar betydelsen av att erbjuda en annan och åtskild utgångspunkt.

I den andra tolkningen betonas också att vårdvetenskapens teoriapparat är annorlunda än den traditionellt medicinska, men med den avgörande skillnaden att man också pekar på delade utgångspunkter. Centrum för vårdvetenskap vid Karolinska institutet skriver:

Inom vårdvetenskap studeras uppkomst och förutsättningar för såväl sjukdom som hälsa, samt konsekvenserna av sjukdom ur biologiska, psykosociala, samhällsliga, kulturella och ekonomiska perspektiv (Centrum för vårdvetenskap Verksamhetsberättelse 2003 s. 2, se också MFR 1982).

Vårdvetenskap blir i denna tolkning ett komplement till medicin inte genom att bortse från den biologiska nivån, men genom att i större utsträckning betona andra perspektiv och därigenom erbjuda ett annorlunda teoretiskt angreppssätt på ett problemkomplex. Därmed inte sagt att medicin bortser från sådana kompletterande perspektiv, men de utgör inte den grundläggande utgångspunkten.

Vårdvetenskapens förhållande till medicin kan även uttryckas genom de vetenskapliga metoder man arbetar med. Den vårdvetenskap som ligger nära traditionell klinisk medicin arbetar vanligtvis med stora patientgrupper och genomför kvantitativa studier där effekten av en viss åtgärd mäts med hjälp av indelningar av patienterna i olika grupper där de får olika typer av behandlingar (t.ex. i randomiserade kontrollerade experiment). I den mer beteende- och samhällsorienterade vårdvetenskapen förekommer oftare kvalitativa studier (t.ex. studier baserade på djupintervjuer och berättelser eller mer teoretiskt inriktade studier om vårdandets problematik).¹⁰

Sammanfattningsvis kan vi notera att vårdvetenskapen och den kliniskt inriktade medicinen i stor utsträckning delar studieobjekt, i varierande grad metoder och att uppfattningarna varierar om i vilken utsträckning man har gemensamma teoretiska utgångspunkter. Det innebär att vissa vårdvetenskapliga inriktningar har mycket gemensamt med medicin, medan andra har betydligt mindre gemensamt. Det förefaller som om det finns stora variationer i detta avseende mellan olika lärosäten beroende på deras respektive forskningsprofiler (Thorpenberg och Hultberg 2003).

Förhållandet mellan vårdvetenskap och medicin kan slutligen också belysas ur ett yrkesperspektiv. För att öka statusen på ett yrke är en vetenskapsbaserad kunskapsbas ett viktigt inslag. Vårdyrkena har tradi-

¹⁰ Denna problematik belyses av erfarenheter i Vårdalstiftelsens beredningsgrupper för projektstöd där till en början de vårdforskare som använder sig av kvalitativa forskningsmetoder hade svårare än de traditionellt medicinska projekten att samlas granskarna till gemensamma bedömningar (Vårdalstiftelsen Verksamhetsberättelse 1996).

tionellt sett lägre status än läkaryrket, och det är knappast förvånande att behovet av att skapa egna institutioner och egna angreppssätt åtskilda från medicin har betonats från svenska och internationella sjukvårdsskötarsorganisationer (Heyman 1995). Yrkesmässiga förhållanden kan på så sätt påverka den vetenskapliga identiteten och ämnesindelningen inom ett framväxande forskningsområde. Det går heller inte att bortse från att det kan finnas en mer rationell ekonomisk bas för att förfäktas en åtskillnad från medicinen. Om vårdforskningen betonar släktskapet med medicin alltför tydligt finns risk att vårdforskningen bedöms på den medicinska vetenskapens villkor.

VÅRDFORSKNINGENS ORGANISATION I DAGSLÄGET

Som bakgrund till vår studie är det av intresse att beskriva hur vårdforskningen institutionellt är organiserad i Sverige. De organisatoriska ramarna har sannolikt betydelse för hur bidragen till forskningsområdet faller ut och är samtidigt ett uttryck för områdets ställning och villkor i akademien. De strukturella förändringar som pågår både på högskole- och vårdområdet gör att det blir en ögonblicksbild av läget våren 2005.

Det finns betydande variationer i hur vårdvetenskapliga ämnen institutionellt sett är organiserade på svenska lärosäten. Om vi betraktar den institutionella organiseringen av ämnena omvårdnad, sjukgymnastik och arbetsterapi vid de universitet som har medicinsk fakultet finns tre övergripande modeller. I den första modellen (Göteborg och Lund) finns en tydlig samorganisering av dessa ämnen. Organisationen mellan lärosätena i fråga skiljer sig dock åt. På Lunds universitet har nyligen omvårdnad, sjukgymnastik och arbetsterapi tillsammans med ett antal andra ämnen med vårdvetenskapligt innehåll blivit en institution – Institutionen för hälsa, vård och samhälle. I Göteborg utgör vårdvetenskap inom ramen för Sahlgrenska akademien en egen fakultet.¹¹ I fakulteten finns två institutioner, en för omvårdnad och en för arbetsterapi/fysioterapi. Den andra modellen kännetecknas av en egen institution för omvårdnad, medan sjukgymnastik och arbetsterapi utgör enheter inom en annan institution (Karolinska institutet och Umeå).¹² Den tredje modellen utgör en ytterligare fragmentering där vårdämnena utgör enheter på tre olika institutioner, eller där omvårdnad utgör en egen institution och sjukgymnastik och arbetsterapi är enheter på andra institutioner (Linköping och Uppsala). Vid de universitet som saknar medicinsk fakultet och vid övriga mindre högskolor finns olika exempel på organisering, men det finns också läroanstalter som samordnat de vårdvetenskapliga ämnena. Störst integration har Hälsohögskolan i Jönköping, Luleå tekniska universitet, Mittuniversitetet, Mälardalens högskola och Örebro universitet.

Det finns också exempel på andra vårdvetenskapliga organisationsformer inom högskolesystemet. En sådan är Vårdalinstitutet, beläget i Lund och Göteborg och delfinansierat av Vårdalstiftelsen, där vårdfrågor studeras utifrån flera disciplinära perspektiv (mer om detta längre fram i rapporten). En annan är den av statsmakterna inrättade nationella forskarskolan i vård och omsorg där fem lärosäten samarbetar och i konkurrens ansöker om doktorandstöd till projekt inom specifika teman.¹³ På Karolinska institutet finns ett lokalt vårdvetenskapligt resurscentrum vars verksamhet inriktas mot att etablera kontakter mellan vårdforskare samt initiera större forskningsprojekt och liknande kontaktorgan finns även vid andra läroanstalter.

¹¹ Sahlgrenska akademien är Göteborgs universitets enhet för utbildning och forskning inom det hälsovetenskapliga området. Här finns tre fakulteter: medicin, odontologi och vårdvetenskap. Tidigare ingick också ämnet vårdpedagogik i den vårdvetenskapliga fakulteten.

¹² På Karolinska institutet finns förutom en institution för omvårdnad även en avdelning för (omvårdnadsorienterad) gerontologisk vårdvetenskap på institutionen Neurotec.

¹³ I forskarskolan ingår Karolinska Institutet (vårduniversitet), Örebro universitet, Mithögskolan, Mälardalens högskola och Högskolan Dalarna (s.k. partnerhögskolor).

Det vore naturligtvis intressant att studera vad dessa olika organisationsformer betyder för forskningsområdets utveckling, om någon av de modeller som förekommer ger bättre utvecklingsmöjligheter än andra. Det är sannolikt för tidigt – flera av organisationsmodellerna är nya och det pågår fortfarande stora förändringar – att studera hur en ökad samorganisation på det vårdvetenskapliga området påverkar möjligheterna till kompetensutveckling. En samorganisation kan generellt sägas stärka den egna identiteten och ge ämnena en tydligare profil, men det finns också farhågor att man härigenom isolerar sig ifrån angränsade områden, inte bara den traditionella medicinen utan även andra vetenskapsområden som kan bidra till att utveckla vårdvetenskapen som ett mångvetenskapligt forskningsområde.

OM KUNSKAPSÖVERFÖRING OCH GRÄNSÖVERSKRIDANDE I FORSKNING

Man borde forska mer i förändringskunskap, hur man kan bedriva förändringsarbete, granska hela organisationers sätt att fungera och undersöka hur man kan vidmakthålla och utnyttja resurserna bättre i vården.

(landstingföreträdare på central nivå)

ATT ÖVERFÖRA FORSKNING TILL PRAKTISK KUNSKAP

Diskussionen om hur forskningsresultat inom vårdvetenskapen kan komma praktiken tillgodo berör forskningsområdets grundvalar eftersom stora delar av vårdvetenskapen ytterst syftar till förbättringar i den praktiska vården och omsorgen. Därmed inte sagt att all forskning inom området måste vara omedelbart praktiskt tillämpbar, men onekligen är det praktiska perspektivet betydelsefullt. Vårdalstiftelsen uttrycker det på följande sätt:

Forskningsresultaten [från vårdforskningen] fyller emellertid ingen funktion om de inte förmedlas såväl till de som beslutar om och ansvarar för genomförandet av vård- och omsorgsarbetet, som till de anhöriga. Vårdalstiftelsen kommer därför att verka för en utveckling av bättre former och metoder för överföring av forskningsresultat till såväl beslutsfattare som praktiker (Vårdalstiftelsen Verksamhetsberättelse 1997).

Evidensbaserad medicin och vård har under senare år fått ett mycket stort genomslag inom hälso- och sjukvården. I korthet bygger idén på att den praktiska verksamheten bör vila på de bästa vetenskapliga bevisen och utgöra ett komplement till klinisk erfarenhet. Det finns en rad orsaker till varför evidensbaserad sjukvård anses eftersträvaransvärd. Grundläggande är att beslutsfattande i sjukvården sker under osäkerhet, och att de som fattar besluten bör ha kunskap att luta sig emot. Dessutom har det framkommit att det finns stora lokala variationer i praxis för behandling av sjukdom och i vården i övrigt. Antalet vetenskapligt publicerade rön har också expanderat kraftigt och det finns ett behov av att systematisera dessa och undersöka hur stark evidensen är i resultaten bl.a. som underlag för prioriteringar i vården.

Att ha kunskapen räcker emellertid inte. Utöver evidensbaserad kunskap krävs förutsättningar för implementering av den vetenskapliga kunskapen i den praktiska verksamheten. Därför är det intressant att notera att själva kunskapsöverföringen och hur man lokalt implementerar centrala evidensbaserade riktlinjer får förhållandevis liten uppmärksamhet i den diskussion som förs kring evidensbaserad medicin och vård. Istället tas för givet att om man bara kan få ut informationen på ett effektivt sätt så kommer kunskapsöverföring att ske automatiskt. Problemet skulle således lösas om informationen bara kunde distribueras mer effektivt. I mindre utsträckning problematiseras individers och organisationers förmåga att faktiskt ta till sig information och implementera de forskningsbaserade riktlinjerna (Dopson et al. 2003, Haines och Donald 1998).

Att det finns ett avstånd mellan det som planeras och vad man faktiskt åstadkommer har länge varit omdebatterat i policyanalyser. Jeffrey Pressmans och Aaron Wildavskys (1973) klassiska implementeringsstudie har den något långa men talande undertiteln ”how great expectations in Washington are dashed in Oakland; or, why it’s amazing that federal programs work at all, this being a saga of the Economic Development Administration as told by two sympathetic observers who seek to build morals on a foundation of ruined hopes.” Även i organisationsstudier och diskussioner kring spridning av innovationer har problemet uppmärksamrats. Här tar man ofta själva överföringen av kunskapen som ut-

gångspunkt, med betoning på kontinuerliga förhandlingar, och analyserar vilka faktorer som underlättar respektive motverkar spridning och överföring av kunskap.

Vad finns det då för hinder för att implementera forskningsresultat i den praktiska verksamheten? För att överföringen skall lyckas krävs för det första en insikt i arbetsförhållandena för den individ som informationen riktar sig till. Mottagaren kan exempelvis vara ovillig att implementera riktlinjerna. Inte sällan spelar vanor och yrkesmässig kunskap stor roll i den dagliga praktiska verksamheten, och här finns det uppenbart en grogrund för konflikt vid användandet av evidensbaserad kunskap i vården. Dessutom kan mottagaren ha svårt att förstå budskapet, också det en viktig faktor när det gäller implementering på bred front i vården där så många olika yrkesgrupper förutsätts samarbeta. Ett annat hinder är att den som överför budskapet måste ha förmåga att förankra kunskapen hos mottagaren. Vidare underlättas kunskapsöverföringen av att det finns en långsiktighet i arbetet. Slutligen betonas ofta att processen underlättas av att forskaren deltar i eller nära den praktiska verksamheten (Tydén 1990).

Kommunikationen mellan forskare och praktiker är en central faktor i sammanhanget och en ökad förståelse från både forskare och praktiker om varandras olika arbetssätt är en nyckel till bättre överföring (Wiklund 2003). Det är viktigt att påminna om att överföringen av forskningsresultat till praktisk verksamhet går i två riktningar. Det handlar inte bara om att implementera den vetenskapliga kunskapen, utan också om att forskarna tar till sig frågeställningar i den praktiska verksamheten. Att låta producenterna (forskarna) och användarna (praktikerna) av kunskap samverka i genomförandet av forskningsprojekt har i många sammanhang visat sig ha en starkt positiv inverkan på kunskapsöverföringen (Lavis et al. 2001, Haines och Donald 1998).

Även om intresset för implementering och överföring av kunskap ökat under senare år anses det fortfarande finnas många vita fläckar på kartan (Bero et al. 1998). Att sträva efter att fylla kunskaps-luckorna och räkna med att kunskapen av sig självt omsätts i praktisk handling räcker inte. För att förbättra överföringen av forskningsresultat till praxis krävs tre ingredienser; forskning med relevans för den praktiska verksamheten, en bedömning av vilken forskning som är värd att implementeras (evidens) samt kunskap om hur implementering kan ske på bästa sätt. Saknas någon av dessa ingredienser försämras också möjligheterna att överföra forskningsresultaten till den praktiska verksamheten.

MÅNG- OCH TVÄRVETENSKAP

Under snart tre decennier har gränsöverskridande forskning och tvärvetenskap varit honnörsord i svensk forskningspolitik. En av Vetenskapsrådets uppgifter är att främja mång- och tvärvetenskaplig forskning. I den senaste forskningspropositionen skriver regeringen att:

Många av dagens inomvetenskapliga forskningsfrågor och samhällets eller näringslivets problem kan få sin lösning med hjälp av tvär- eller mångvetenskapliga arbetssätt ... Forskning måste i allt högre grad ske över disciplin- och sektorsgränser (Prop. 2000/01:3, s. 39).

Vårdvetenskapen refereras ofta som ett mång- eller tvärvetenskapligt forskningsområde, och det finns därför skäl att belysa vad detta innebär. Dessutom har en viktig uppgift för Vårdalstiftelsen allt sedan starten varit att skapa förutsättningar för tvärvetenskaplig forskning och att skapa miljöer för forskare från olika discipliner för samverkan kring komplexa frågeställningar i vården. Det uttrycks i stiftelsens verksamhetsberättelse 2001 på följande sätt:

Det är Vårdalstiftelsens övertygelse att dagens och morgondagens forskningsgenombrott sker i skärningspunkten mellan olika kompetenser, i gränssnitten där olikheter möts och befruktar varandra. Ny forskning måste initieras för att vi ska få svar på frågor där traditionell forskning inte når ända fram.

Den strategi stiftelsen använt för att nå detta mål är (enligt samma källa):

- att knyta ihop grundforskning med mer patient- och samhällsnära nyttoforskning,
- att skapa starka forskningsmiljöer inom särskilt prioriterade forskningsområden,
- att finansiera grundläggande forskning inom områden som innebär gränsöverskridanden mellan discipliner.

I dessa uppfattningar och i vårdvetenskapens närhet till användare och praktik finns en koppling till den forskningspolitiska debatten om en pågående förändring i kunskapsproduktionen (se t.ex. Gibbons et al 1994, Ziman 2000). Dessa tankegångar har fått stort genomslag i debatten, men de har också mött olika former av kritik. Argumentet är att det vid sidan av den traditionella akademiska forskningen växer fram en ny form av forskning. I den traditionella akademiska forskningen (kallad Mode 1) bestämmer forskarna själva vilka forskningsproblem som är intressanta och bedömningen av vad som utgör god forskning görs utifrån inomvetenskapliga kriterier. Det förutsätter en homogenitet i forskningen och att vetenskapen avgränsas tydligt från övriga samhällsliga krafter. I den nya formen av kunskapsproduktion (kallad Mode 2) har vetenskapen i viss utsträckning socialiserats och produktionen av kunskap blir mer heterogen och mång- eller tvärdisciplinär. Den begränsas inte heller till universitetssektorn. Målet med kunskapsproduktionen inriktas tydligare på att lösa samhällsliga problem och det sker en sammankoppling mellan vetenskapen och samhället i övrigt. Den inomvetenskapliga bedömningsgrunden lever kvar, men den kompletteras med överväganden om forskningens nytta. Sammanfattningsvis anses kunskapsproduktionen därmed bli användarnära, tvärvetenskaplig och samhällsligt problemorienterad. Sett från detta perspektiv skulle vårdvetenskapen vara en god representant för det som brukar betecknas som Mode 2-forskning. Att vårdvetenskapen i stor utsträckning har ett samhällsligt problemorienterat perspektiv har tydligt framgått av tidigare avsnitt i rapporten. Frågan är i vilken utsträckning den är mång- eller tvärvetenskaplig.

Utvecklingen av mång- och framför allt tvärvetenskaplig forskning är ett kontroversiellt ämne. Det gäller både den förväntade nyttan av forskningen och vad man menar med mång- respektive tvärvetenskap. Vi vill här försöka ge perspektiv på begreppen, diskutera varför det överhuvudtaget är intressant att göra dessa distinktioner samt avslutningsvis reflektera över vårdvetenskapens mång- och tvärvetenskaplighet.

Att mång- och tvärvetenskap syftar till *samarbete mellan forskare från olika discipliner* är tämligen oomstritt. Mång- och tvärvetenskaplig forskning innebär således någonting annat än den traditionella disciplinbase-erade forskningen. Enbart detta gör den till ett intressant fenomen. Men det innebär också att vi måste definiera vad en disciplin är. Gränserna mellan discipliner upprätthålls vanligen genom skillnader i *studieobjekt* (de fenomen som studeras), de *teorier* som används för att beskriva och förklara/förstå relationerna mellan det som studeras, eller de *metoder* som används i forskningen. Vilken av dessa faktorer som är avgörande kan variera. I de flesta fall räcker dock inte en av dem för att åstadkomma en tydlig avgränsning. Olika discipliner (eller ämnen) kan t.ex. dela studieobjekt men betrakta de fenomen som studeras ur helt skilda teoretiska perspektiv. De nämnda egenskaperna är inte heller de enda faktorer som påverkar. Avgränsningarna påverkas även av den historiska utvecklingen, akademiska kompromisser och finansieringsmöjligheter (Gibbons et al 1994).

Vad skiljer då en disciplin från ett ämne och ett forskningsområde? Generellt sett täcker ett forskningsområde ett större område än en disciplin som i sin tur är större än ett ämne. Mer konkret brukar man säga att inom en akademisk disciplin förekommer grundutbildning, forskarutbildning och forskning, samt att en disciplin har en tydlig identitet inom universitetsvärlden. Men det finns ingen samsyn om var man exakt sätter gränserna och inga absoluta kriterier som reglerar gränsdragningen mellan akademiska discipliner.

Det något osäkra definitionsläget innebär att det blir problematiskt att operativt beskriva vad som är samarbete över disciplingränser. Ett sätt att operativt definiera forskningsområden, discipliner och ämnen är att använda sig av Statiska centralbyråns kategorisering. Här är vårdvetenskap en disciplin (och samtidigt något förvirrande även ett forskningsområde) och bl.a. arbetsterapi, omvårdnad och sjukgymnastik utgör ämnen inom disciplinen.¹⁴ Enligt en sådan uppdelning förekommer mång- eller tvärvetenskap när en forskare från något av vårdvetenskapens ämnen samarbetar med en forskare från ett icke vårdvetenskapligt ämne. Ett samarbete mellan t.ex. en sjukgymnast och en arbetsterapeut skulle däremot inte vara mång- eller tvärvetenskap. Man kan naturligtvis ha synpunkter på en sådan uppdelning och hävda att arbetsterapi osv. utgör discipliner. Det vi vill betona är att oklarheten över hur man avgränsar en disciplin utgör ytterligare en faktor att räkna med när man diskuterar mång- och tvärvetenskap. Det är också viktigt att framhålla att även om det finns ett nära släktskap mellan mång- och tvärvetenskap och problem- eller projektorienterad forskning så behöver långtifrån allt gränsöverskridande forskningssamarbete motiveras av krav på tillämpning.

Vi vill peka på några grundläggande skillnader mellan mång- och tvärvetenskap som bakgrund till diskussionen om vårdvetenskap:

Mångvetenskap (på engelska oftast multi- eller pluridisciplinarity, ibland fler- eller multivetenskap på svenska) innebär samarbete mellan självständiga discipliner kring en forskningsfråga där olika aspekter belyses utifrån olika disciplinära perspektiv utan att det leder till förändringar i de disciplinära och teoretiska strukturerna (Gibbons et al 1994). I ett mångvetenskapligt forskningsprojekt samarbetar forskare med olika ämnesbakgrund kring ett problem men med utgångspunkt från sina disciplinspecifika metoder och teorier. De olika forskarna bidrar med olika dellösningar till det större forskningsproblemet. Forskningen blir en sammanslagning av kunskap som produceras i olika discipliner.

Tvärvetenskap (interdisciplinarity) är en djupare form av samarbete där forskarna utvecklar ett gemensamt disciplinöverskridande ramverk som forskningsproblemet studeras utifrån, men där det fortfarande finns utrymme för variationer i angreppssättet beroende på vilken disciplin forskaren kommer ifrån. En starkare variant av tvärvetenskap (transdisciplinarity) kan sägas uppstå när forskningen överskrider existerande disciplingränser och forskningssamarbetet helt och hållet baseras på en gemensam teoretisk och metodologisk förståelse. Härmed skapas en transdisciplinär teori eller modell (Gibbons et al 1994, se också Sandström 2003). Resultatet blir att disciplingränserna upplöses och ett nytt forskningsfält uppstår.

I detta perspektiv blir mång- och tvärvetenskap något som förekommer under en begränsad period och relateras till hur forskningen bedrivs. Den är till sin natur inriktad på specifika problem och avslutas när problemet upplevs vara löst. Vad som börjar som tvärvetenskap kan också leda fram till – om det finns ett kontinuerligt behov av samarbete – att en ny disciplin uppstår. Medicinsk teknik och bioinformatik är exempel på detta. Det är därför analytiskt ointressant att säga att en disciplin är tvärvetenskaplig (eller

¹⁴ I SCB:s förteckning utgör t.ex. medicin ett forskningsområde; kirurgi, morfologi, fysiologi och farmakologi, socialmedicin, mikrobiologi, kemi och psykiatri discipliner och under dessa finns en rad ämnen.

mångvetenskaplig), eftersom definitionen av tvärvetenskap är samarbete över disciplinränsar. Däremot kan man naturligtvis konstatera att en disciplin har hämtat inspiration från andra discipliner eller att den har sprungit ur ett tvärvetenskapligt projekt, men det betyder inte att forskningen bedrivs eller strävar efter att bedrivas mång- eller tvärvetenskapligt.

Vi har därmed nått fram till det centrala budskapet: mång- eller tvärvetenskaplighet måste analyseras utifrån den forskning som bedrivs. När det gäller vårdvetenskapens samarbete med andra discipliner begränsar vi oss till några allmänna reflektioner.¹⁵

Vårdvetenskap skall i första hand ses som ett paraplybegrepp för flera olika discipliner eller ämnen (beroende på hur man väljer att särskilja discipliner från ämnen). Det är vidare tydligt att de vårdvetenskapliga ämnena hämtar inspiration från andra befintliga discipliner och ämnesområden, vilket är ganska naturligt för ett forskningsområde i utveckling. Det betyder dock inte att forskningen inom olika delområden bedrivs mång- eller tvärvetenskapligt. Uppenbarligen bedrivs delar av vårdvetenskapen i mångvetenskapliga projekt, enligt definitionen ovan. Däremot är det förmodligen ovanligare att det förekommer rena tvärvetenskapliga projekt. Den starkaste trenden inom flera vårdvetenskapliga discipliner förefaller snarare vara en ökad intern fördjupning och specialisering. Detta är knappast förvånande med tanke på hur forskningsdiscipliner vanligtvis utvecklas. I vårt empiriska material finns också flera exempel på vårdvetenskapliga forskare som uttrycker en önskan om en fördjupning av kunskapsläget inom den egna disciplinen, och att gränsöverskridande samarbete bara skall ske där det vårdvetenskapliga perspektivet finns med (mångvetenskaplighet). Det finns inte någon självklar motsättning mellan en ökad disciplinär specialisering och mång- eller t.o.m. tvärvetenskapliga satsningar. Det är förmodligen tvärtom: Ett lyckat mång- och tvärvetenskapligt samarbete fodrar troligtvis en betydande inom-disciplinär kunskap. Inom vårdvetenskapen finns således två parallella trender, dels en strävan att bedriva forskning som inte utgår från en traditionell disciplinär organisation, dels en ökad specialisering inom de traditionella vårdvetenskapliga ämnena.

Vi har inte berört huruvida en utveckling i mång- och tvärvetenskaplig riktning är någonting önskvärt. Begreppen har ofta en positiv värdeladdning, men önskvärdheten är också ifrågasatt. Här har Vårdalstiftelsen som särskilt ansvarig för uppbyggnaden av forskningen inom ett nytt område tagit tydlig ställning. Följdfrågan blir då på vilket sätt samarbeten över disciplinränsar bäst stimuleras, om det bästa är att de enskilda forskarna själva tar initiativ eller om man genom centrala åtgärder (t.ex. genom att ställa krav vid finansiering eller genom organisatoriska åtgärder) försöker styra forskarna till samarbete. Även här finns det olika uppfattningar. Dessa frågor är naturligtvis viktiga och centrala att förhålla sig till när det gäller kompetensuppbyggnaden på längre sikt på det vårdvetenskapliga området.

¹⁵ För en analys av de utmaningar av mångvetenskaplig karaktär som möter allergiforskningen, det andra av Vårdalstiftelsen stödda området, se Björkstén m.fl. (2003).

PROGRAM OCH UTFALL

De första satsningarna på doktorandtjänster var absolut avgörande. Det var dom som gjorde det möjligt att bygga upp till dagens nivå. Störst betydelse hade satsning nr 2 som institutionerna fick hantera själva. Den kom vid rätt tillfälle då det började finnas tillgång på disputerade som kunde utnyttja möjligheterna. Det gav spelrum, vi använde pengarna som buffert innan vi lyckades få annan finansiering.

(vårdforskare vid universitet)

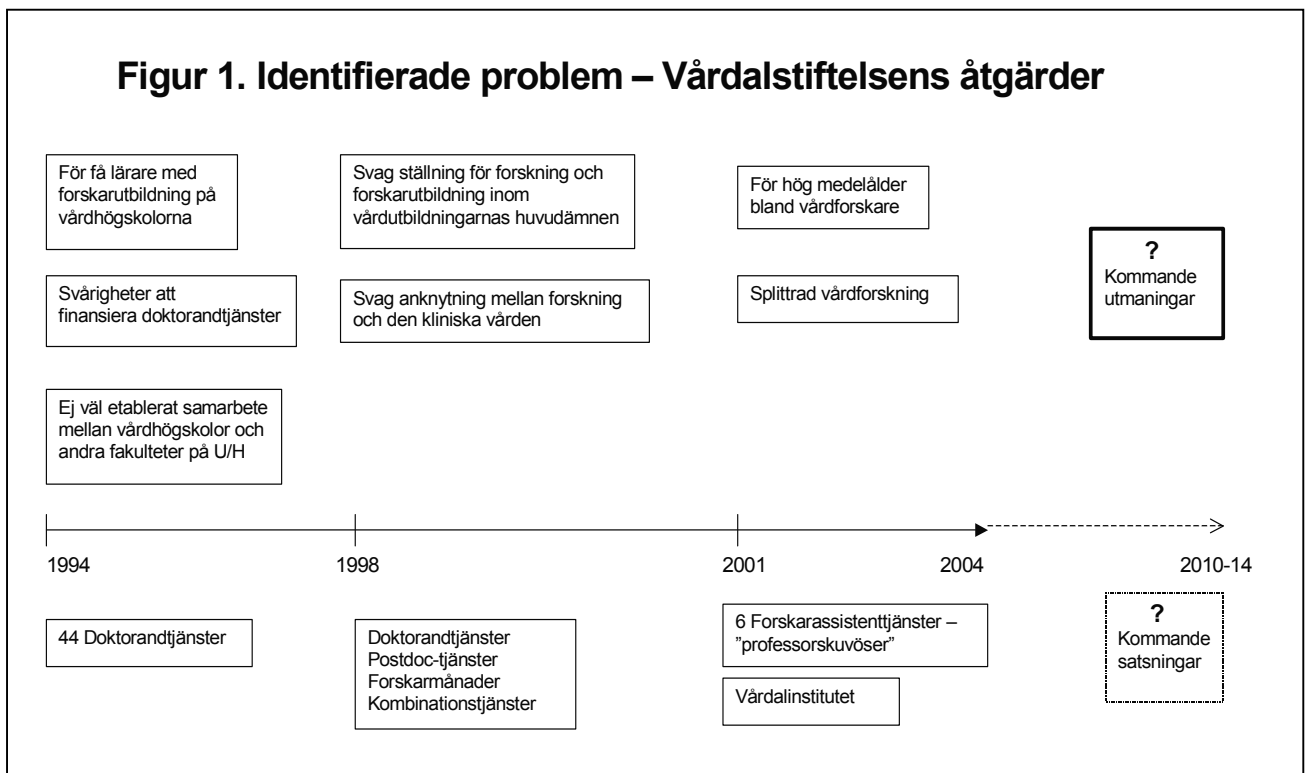
POLICYTEORIN BAKOM KOMPETENSATSNINGARNA

Den policyteori som legat till grund för Vårdalstiftelsens satsningar på kompetensutveckling kan i korta ordalag sammanfattas i följande punkter:

- 1) Genom fler doktorandanställningar i vårdutbildningarnas huvudämnen, framför allt vid större lärosäten med betydande forskning av relevans för vårdområdet, skall kompetensnivån bland lärarna höjas och forskningsanknytningen av de medellånga vårdutbildningarna stärkas.
- 2) Genom fler doktorandanställningar skall vårdforskningen byggas upp långsiktigt från grunden som ett komplement till stiftelsens projektstöd.
- 3) Genom att stödja inrättandet av kombinationstjänster och en utbyggd samverkan med huvudmännen för vård och omsorg skall vårdforskningens kliniska anknytning stärkas.
- 4) Genom resursförstärkning till området och höjd kompetensnivå skall vårdforskningens status i universitetsorganisationen stärkas.
- 5) Genom att ge möjlighet för kvalificerade vårdforskare att meritera sig (s.k. ”professorskuvöser”) skall rekryteringen till högre tjänster säkras och handledningsresurserna stärkas.
- 6) Genom en koncentrerad satsning (Vårdalinstitutet) skall splittringen av forskningsresurserna motverkas och ett centrum skapas för utveckling av vårdvetenskaplig forskning och forskarutbildning med mångvetenskapligt perspektiv.

De olika stegen i kompetenssatsningarna och den bakomliggande problembilden illustreras i Figur 1.

Det bör återigen understrykas att det finns en artskillnad mellan Vårdalstiftelsens inledande särskilda kompetenssatsningar och den senare satsningen på Vårdalinstitutet, som i minst lika hög grad syftar till att skapa en stark forskningsmiljö med regional förankring som att höja kompetensnivån inom området. Av Figur 1 framgår att det även skett en del andra tyngdpunktsförskjutningar över tid i Vårdalstiftelsens kompetenssatsningar. En sådan är från fokus på kompetensnivån hos lärarna och forskarna i den befintliga utbildnings- och forskningsverksamheten till ambitionen att bygga upp vetenskaplig kompetens inom ett nytt mångvetenskapligt område, d.v.s. en förskjutning av tyngdpunkten mellan de två syften som nämns inledningsvis i rapporten. Några av dem vi intervjuat har uttryckt detta som ett ”paradigm-skifte inom vårdforskningen”, daterat till slutet av 1990-talet. Man kan även se en viss förskjutning från stöd till specifika tjänster till större lokalt inflytande över medlens användning och ökad samverkan med andra aktörer inom området. Möjligen kan man också skönja en förskjutning från målet att åstadkomma en kompetenshöjning i hela högskolan till mer koncentrerade satsningar på några större forskningsmiljöer. Det senare kan innebära en risk att den kliniska anknytningen och den praktiska ”nyttan” av insatserna i vården tonas ner. I stiftelsens inledande satsningar var detta ett uttalat mål som knappast blivit starkare med tiden. Vi återkommer till detta i det avslutande kapitlet.



* I december 2004 inrättade Vårdalstiftelsen ytterligare fyra forskartjänster, varav två s.k. 50/50-tjänster med halvtid klinisk tjänstgöring (en av dessa inom kommunal omsorgs verksamhet).

Syftet med denna studie är att ge underlag för Vårdalstiftelsens fortsatta agerande. Detta markeras i Figur 1 av två frågetecken. I första hand gäller det för oss att med ledning av hittillsvarande erfarenheter och förutsebara faktorer av relevans för utvecklingen på vårdområdet ge en bild av de utmaningar som Vårdalstiftelsen har att möta under den närmaste framtiden. Detta kan i sin tur utgöra underlag för Vårdalstiftelsens överväganden om hur stödet till fortsatt kompetenshöjning skall utformas under den återstående verksamhetsperioden.

UTFALLET AV DE SÄRSKILDA KOMPETENSSATSNINGARNA

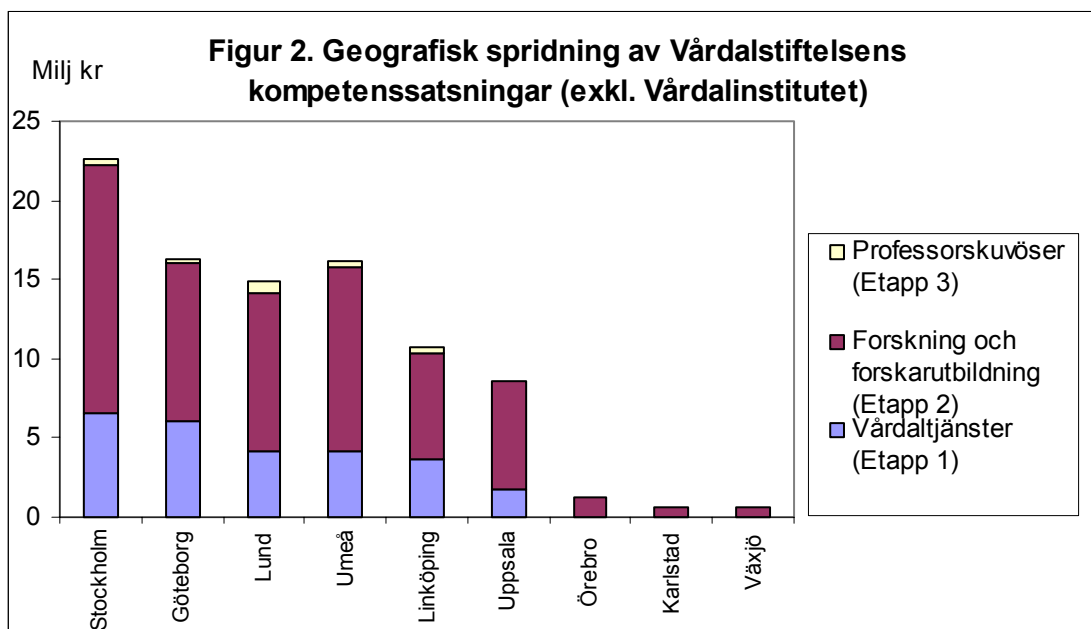
Det direkta resultatet av Vårdalstiftelsens särskilda satsningar på kompetensutveckling (etapp 1–3) blev att ett nittiotal forskar(utbildnings)tjänster i vårdutbildningarnas huvudämnen inrättades vid läroanstalterna på de stora universitetsorterna (Tabell 1). Mindre stödbelopp utgick till de tre nya universiteterna. Merparten av de nya tjänsterna var doktorandtjänster inrättade vid läroanstalter med examinationsrätt i forskarutbildning, men i några fall inrättades doktorandanställningar i samverkan med mindre högskolor. Bara en mindre del av anslagen användes för att finansiera forskarassistenttjänster och forskarmånader för meritering till docentkompetens eller till predoktorala insatser av olika slag (stipendier, kurser mm). De nyinrättade tjänsterna finansierades bara delvis av Vårdalstiftelsen. I regel krävdes tilläggsfinansiering från universiteterna för de akademiska tjänsterna och från landstingen för inrättande av s.k. kombinations-tjänster.

Tabell 1. Vårdalstiftelsens satsningar på kompetensutveckling (etapp 1-3).

Läroanstalt/ort	Etapp 1 (antal "vårdalstjänster")	Etapp 2 (medel för kompetensutveckling)	Etapp 3 (antal "professorkuvöser")
Lund (Vårdhögskolan, LU)	7	2,5 milj kr i 4 år	2
Göteborg (Vårdhögskolan, GU)	10	2,5 milj kr i 4 år	1
Linköping (Hälsö högskolan, LiU)	6	1,7 milj kr i 4 år	1
Stockholm (Hälsö högskolan, KI, SU, R. Korset)	11	3,5 milj kr i 4 år	1
Uppsala (Vårdhögskolan, UU)	3	1,7 milj kr i 4 år	
Umeå (Vårdhögskolan, UmU)	7	2,5 milj kr i 4 år	1
Karlstad (KaU)		0,3 milj kr i 2 år	
Örebro (OrU)		0,6 milj kr i 2 år	
Växjö (VxU)		0,3 milj kr i 2 år	
Totalt	44	ca 50 tjänster*	6

* Doktorand- och postdoktjänster som Vårdalstiftelsen finansierade till minst halvtid under ett år.

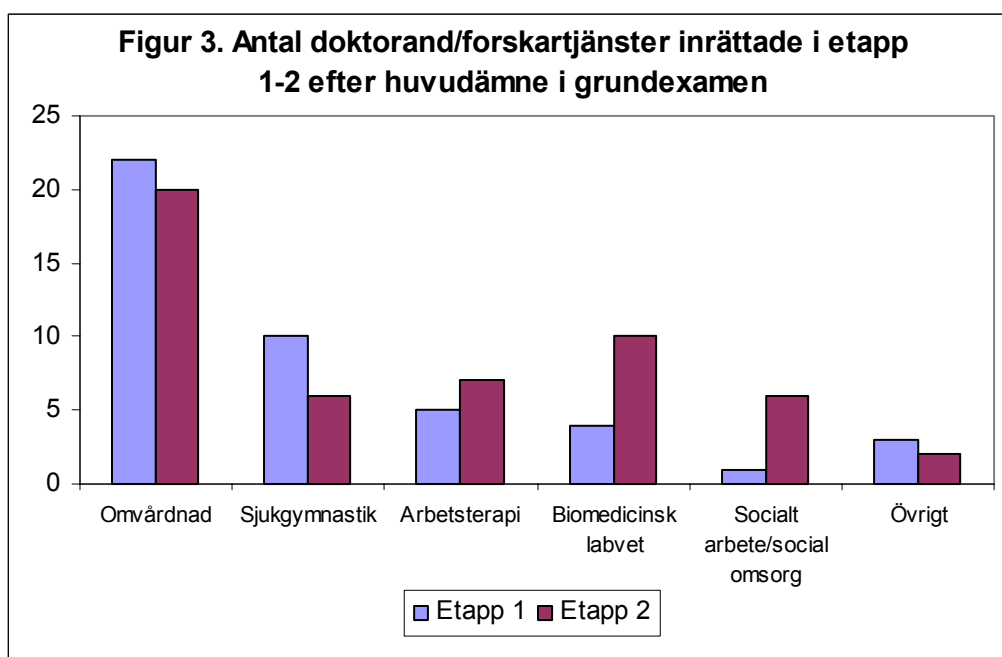
Vårdalstiftelsens kompetenssatsningar fördelades i ekonomiska termer ojämnt över landets universitetsorter (Figur 2). Utfallet var inte direkt proportionellt mot vårdutbildningarnas dimensionering på de olika orterna (nyintaget till de medellånga vårdutbildningarna var vid denna tid ungefär dubbelt så högt i Stockholm som på övriga universitetsorter) utan andra faktorer som forskningsmiljöns storlek och inriktning låg också till grund för Vårdalstiftelsens fördelning. Göteborg, Lund och Umeå fick proportionellt sett god utdelning i Vårdalstiftelsens första etapp och KI i den andra medan Linköping och framför allt Uppsala kom sämre ut. Utfallet i den andra etappen, som grundades på läroanstalternas egna planer, var delvis beroende av hur väl forskningsinriktningen vid respektive läroanstalt överensstämde med Vårdalstiftelsens prioriteringar. Den mer samhällsvetenskapliga inriktningen av vårdforskningen vid Uppsala universitet kan ha bidragit till det låga utfallet för Uppsalas del.



Vårdalstiftelsens inledande kompetenssatsningar var destinerade till vårdutbildningarnas huvudämnen men fördelningen på olika ämnesområden överläts till högskolorna själva. Av Figur 3 framgår att flest tjänster inrättades inom omvårdnadsforskning, både i etapp 1 och 2. Ändå är omvårdnadsdominansen inte helt dominerande, över hälften av tjänsterna inrättades i andra vårdvetenskapliga ämnen som sjukgymnastik, arbetsterapi, biomedicinsk laboratorievetenskap och socialt arbete/social omsorg (framför allt i etapp 2). Noterbart är att så stor del av resurserna gick till biomedicinsk laboratorievetenskap, som

knappast kan räknas till det vårdvetenskapliga forskningsområdet. Utfallet bör dock ses mot bakgrund av Vårdalstiftelsens uppdrag att öka andelen disputerade lärare inom de vårdutbildningar som inordnats i högskolan, inbegripet laboratorieassistentutbildningen och sociala omsorgslinjen.

När det gäller den geografiska fördelningen av de s.k. ”professorskuvöerna” gick två av dessa tjänster till Lund och en vardera till Göteborg, Linköping, Stockholm (Karolinska institutet) och Umeå.¹⁶ Tre av innehavarna är arbetsterapeuter (varav en disputerad inom folkhälsovetenskap), en är sjukgymnast (verksam på psykologisk institution), en är biomedicinsk analytiker (disputerad i pediatrik) och en är sjuksköterska och verksam inom omvårdnadsforskning. Flera har arbetat i den praktiska verksamheten efter grundexamen och först därefter kommit in på forskarbanan. Forskningsmässigt är det en stor spridning bland dem som fått dessa tjänster, från laboriebaserad forskning med medicinsk anknytning till forskning som ligger nära samhällsplanering. Flertalet kan dock sägas befinna sig i vårdforskningen mittfåra, med en forskningsinriktning mot vård av äldre och psykiskt sjuka.



LÄROANSTALTERNAS HALVTIDSREDOVISNINGAR

När den andra etappen i Vårdalstiftelsens kompetenssatsningar kommit halvvägs bjöd stiftelsen i mars 2001 in till en konferens för redovisning och erfarenhetsutbyte. Inför konferensen lämnade berörda läroanstalter en skriftlig rapport om erfarenheterna så långt.¹⁷ De redovisade effekterna kan sammanfattas under följande tre huvudrubriker av relevans för vår studie:

a) *Katalysator/ additionseffekter*

– Anslagen från Vårdalstiftelsen har genererat ytterligare medel från universiteten men också bidrag från landsting och kommuner samt forskningsanslag från råd och stiftelser. Den sammanlagda effekten är således betydligt större än de anvisade 63 miljonerna.

¹⁶ Ansökningsförfarandet var i detta fall annorlunda. Det var individuella ansökningar som genomgick ett traditionellt peer-reviewförfarande.

¹⁷ Universitetens redovisningar av Vårdalstiftelsens stöd till kompetensutveckling, Dnr VS 1999-0017.

– Vårdalstiftelsens kompetenssatsningar har motiverat många läroanstalter att ta ett samlat och strategiskt grepp (upprätta handlingsprogram mm) i syfte att långsiktigt stärka kunskapsuppbyggnaden på det vårdvetenskapliga området.

b) *Etablering och integration av vårdvetenskapen i universitetens forskningsverksamhet*

– Vårdvetenskapliga ämnen har inrättats som forskarutbildningsämnen.

– Universiteten har antagit handlingsprogram för utveckling av vårdforskning och kompetenshöjning på det vårdvetenskapliga området.

– Organisatoriska förändringar (institutions- och centrumbildningar och t.o.m. fakultetsbildningar i Göteborg) har genomförts.

– Det har skett en attityd- och kulturförändring vad gäller vårdvetenskapen inom universiteten.

c) *Klinisk anknytning av vårdforskningen*

– Den regionala samverkan har stärkts och avtal har ingåtts med såväl landsting som kommuner om samarbete och samfinansiering. Framför allt har samverkan förstärkts med kommunala vård- och omsorgsgivare genom etablering av centrumbildningar av olika slag (framför allt kring äldrevård).

– Kombinationstjänster (kliniska adjunks- och lektorstjänster) har inrättats men endast i begränsad omfattning. Ofta understryks att andra tjänstekonstruktioner är att föredra och att olika modeller för att förstärka den kliniska anknytningen behöver utvecklas.

– Medlen har bidragit till att närma undervisning och klinisk verksamhet till varandra genom lärares och doktoranders dubbla hemhörighet.

EFFEKTER AV STIFTELSENS SÄRSKILDA KOMPETENSATSNINGAR

Vårdalstiftelsen har bidragit kraftigt till den snabba utvecklingen, men att försöka titta på just de som fått pengar från stiftelsen känns inte så meningsfullt. Det är den rejäla sammanlagda satsningen som gjort det möjligt att bygga upp basen.
(chefsläkare vid universitetssjukhus)

ATT MÄTA EFFEKTERNA

Vi har redan konstaterat att det är svårt att urskilja effekterna av Vårdalstiftelsens särskilda kompetensutvecklingsinsatser och det av flera skäl. Dels därför att dessa satsningar skedde samtidigt med andra stora förändringar inom högskole- och vårdverksamheten. Dels därför att insatserna samfinansierades med andra aktörer. Det finns också ett betydande tidsavstånd mellan insatser och effekter i denna typ av långsiktiga insatser för kompetenshöjning. Våra försök att kartlägga och beskriva effekterna tar sin utgångspunkt i Vårdalstiftelsens ändamål och syftesbeskrivningar för de första etapperna i stiftelsens kompetenssatsningar. I nedanstående tablå anges för varje sådant ändamål vilka indikatorer vi försökt att följa upp.

Syfte	Indikatorer
Att stärka vårdvetenskapens ställning i universitetsorganisationen	Organisatoriska förändringar Regeländringar (nya forskarutbildningsämnen) Attitydförändringar
Att bygga upp den vårdvetenskapliga kompetensen och förbättra rekryteringen till forskar/lärartjänster inom vårdforskningen	Antal nybörjare i forskarutbildning Disputationsfrekvens Avhandlingsämnen Disputerade forskares universitetskarriär och fortsatta forskning Vetenskapliga publiceringar
Att stärka den kliniska anknytningen av forskning och utbildning på vårdområdet och därigenom förbättra utnyttjandet av vetenskaplig kunskap i vården	Nya kombinationstjänster Nya samverkansmönster (Kliniska inslag i grundutbildningen) Klinisk tjänstgöring under forskarutbildningen Disputerade forskares karriär i vården Utnyttjande av landstingens FoU-medel
Att förbättra vårdutbildningarnas forskningsanknytning	Antal/andel disputerade lärare Medverkan i undervisning under forskarutbildningen Disputerade forskares medverkan i undervisningen (Förändringar av innehållet i grundutbildningen) Magister/predoktorala kurser
Att bidra till mer samlade forskningsinsatser på vårdområdet	Forskningsfinansiering efter disputation Forskarskolor

Det yttersta syftet med Vårdalstiftelsens verksamhet och med vårdforskningen överhuvudtaget - att bidra till bättre vård och omsorg - gäller naturligtvis även kompetenssatsningarna. Det har dock inte legat inom ramen för vårt uppdrag att urskilja och kartlägga effekter av detta slag. Sambanden mellan forskning och praktisk nytta är knappast enkla att belägga och därtill kommer det faktum att vi bara studerat en mindre del av den vårdforskning som stiftelsen stött samt att det tar betydligt längre tid innan effekter av det slaget kan avläsas. Resultatet skulle i bästa fall bli ett antal illustrativa exempel och sådana har vi naturligtvis stött på under vårt kartläggningsarbete.¹⁸ Vi återkommer till detta ämne i slutet av rapporten.

Vi har utnyttjat olika källor i vår analys: SCB-statistik (i den utsträckning den varit användbar), resultatet av en enkät till de personer som erhållit stöd genom Vårdalstiftelsens särskilda kompetenssatsningar (etapp 1–2), intervjuer med innehavare av de s.k. ”professorskuvöserna” (etapp 3) och intervjuer med personer i nyckelpositioner inom vårdforskningen vid universitet och högskolor och inom hälso- och sjukvården. En närmare beskrivning av underlagsmaterialet redovisas i bilaga 1–2.

ADDITIONS/KATALYSATOREFFEKTER

De uppföljande intervjuer vi gjort med företrädare för vårdforskningen inom universitet och högskolor bekräftar den bild som redovisas i halvtidsuppföljningarna. Expansionen av antalet vårdvetenskapliga doktorander och forskare har fortsatt trots att Vårdalstiftelsen beviljat betydligt mindre forskningsstöd de senaste fem åren jämfört med tidigare. Vårdalstiftelsens strategi att förknippa de särskilda kompetenssatsningarna med krav på samfinansiering och involvera andra finansiärer har säkert bidragit till fortsatt uppbyggnad av vårdvetenskaplig forskning och forskarutbildning.

Utväxlingen av Vårdalstiftelsens kompetenssatsningar har således varit hög. Stiftelsens bidrag om sammanlagt drygt 150 miljoner kronor (inkl anslaget till Vårdalinstitutet) har givit upphov till direkta satsningar på vårdforskning under det senaste decenniet från universitet och högskolor, forskningsråd och sjukvårdshuvudmän i minst samma storleksordning. Vårdalstiftelsens särskilda insatser har därmed givit ett sammanlagt tillskott på närmare en halv miljard kronor till forskning och kompetensutveckling på vetenskaplig nivå inom vård och omsorg. Dessa additions- och katalysatoreffekter är troligen det viktigaste resultatet av stiftelsens kompetensutvecklingsprogram. Att initiera och bryta väg för vårdvetenskapen som ett angeläget och respekterat forskningsområde har kanske varit den viktigaste uppgiften både för kompetenssatsningarna och för Vårdalstiftelsens forskningsstöd totalt sett. Erfarenheten är knappast ny; begränsade igångsättningsanslag från centralt håll kan ibland sätta oanad fart på olika verksamheter och t.o.m. få andra finansiärer att ta över ansvaret. Men utvecklingen på längre sikt är till slut beroende av de ekonomiska villkoren i stort. Det skulle vara en förhastad slutsats att mot bakgrund av här redovisade erfarenheter prioritera ”seed money” och mindre igångsättningsanslag under Vårdalstiftelsens återstående verksamhetsperiod. Däremot kan det tyda på att stiftelsens uppgift framför allt ligger i att vara en strategisk spelare på planen snarare än att vara huvudfinansiär av ett begränsat antal större forskningsprojekt. Till detta problem återkommer vi i slutkapitlet.

¹⁸ Exempel på vårdforskningsprojekt som satt tydliga spår i den kliniska praktiken har vi mött både i genomförda större forskningsprojekt inom exempelvis förlossningsvård, sårbehandling mm samt i en rad pågående doktorandprojekt (se även rapportserien Evidensbaserad omvårdnad från SBU i samarbete med svensk sjuksköterskeförening).

EFFEKTER PÅ ORGANISATION OCH SAMVERKAN

Den beskrivning av vårdforskningens nuvarande organisation som redovisats ovan visar att det skett – och sker – stora förändringar. Dessa går i regel mot större integration och samverkan mellan inblandade discipliner och de sker parallellt med motsvarande utveckling inom sjukvården. Vårdalstiftelsens insatser har bidragit till denna utveckling. Kompetensutvecklingsprogrammet (etapp 2), som fördelades efter ingående överläggningar med läroanstalterna, initierade diskussioner på flera universitet om den lämpliga strukturen för att ta hand om och vidareutveckla den resursförstärkning som Vårdalstiftelsen kom med. Det bidrog därmed till en rad nya gränsöverskridande organisatoriska lösningar.

En annan påtaglig effekt av kompetenssatsningarna var etablerandet av vårdvetenskapliga ämnen som forskarutbildningsämnen vid landets medicinska fakulteter. Sedan slutet av 1990-talet har nya vårdvetenskapliga forskarutbildningsämnen inrättats i snabb takt vid de universitet och högskolor som har rätt att utdela doktorsexamen inom området.¹⁹

Även formerna för samverkan med huvudmännen för vård och omsorg har påverkats av Vårdalstiftelsens satsningar. Vårdforskningen har fått en egen plats vid sidan av (ibland integrerat med) den medicinska forskningen i samarbetet mellan universiteten och landstingen. Företrädare för vårdvetenskapen är nu representerade i olika samråds- och beslutsorgan och de kliniska forskningsresurserna (ALF-medlen) är inte längre kopplade till läkarprofessionen utan kan i princip utnyttjas även av andra vårdforskare än läkare. Detta är antagligen bara början på en utveckling som kommer att accelerera när de nya ALF-avtalen börjar tillämpas fullt ut.²⁰ Andra exempel är utvidgad samverkan med kommunerna i centra för äldreomsorg och äldreforskning som upprättats på flera håll i landet. Trots detta svarar kommunerna fortfarande bara för en ytterst liten del av den forskning som rör vård och omsorg i kommunal regi.

Attityderna till vårdvetenskap som akademiskt ämne och mångvetenskapligt forskningsområde har förändrats med tiden. Två till synes motstridande attityder redovisas i vårt enkät- och intervjumaterial. Å ena sidan är det många som uttrycker sig i positiva ordalag och menar att ”området tagit stora kliv framåt och börjat utvecklas till något fristående vid sidan om medicin”. Å andra sidan finns det dom som menar att det fortfarande finns fördomar om vårdvetenskap som akademiskt ämne och som befarar en tillbakagång nu när fokus i så hög grad riktas mot det biomedicinska området och 40-talisterna försvinner ur systemet. De flesta doktorander vi frågat betonar den betydelse Vårdalstiftelsens finansiering haft för att utveckla vårdvetenskapen i ett mångvetenskapligt perspektiv, fördjupa metoder mm. och därigenom höja vårdforskningens ställning inom akademien.

¹⁹ Någon samlad bild av de nya forskarutbildningsämnena låter sig knappast göras eftersom principerna varierar kraftigt mellan läroanstalterna. En stor del av vårdforskningen sker dessutom inom ramen för traditionella akademiska discipliner.

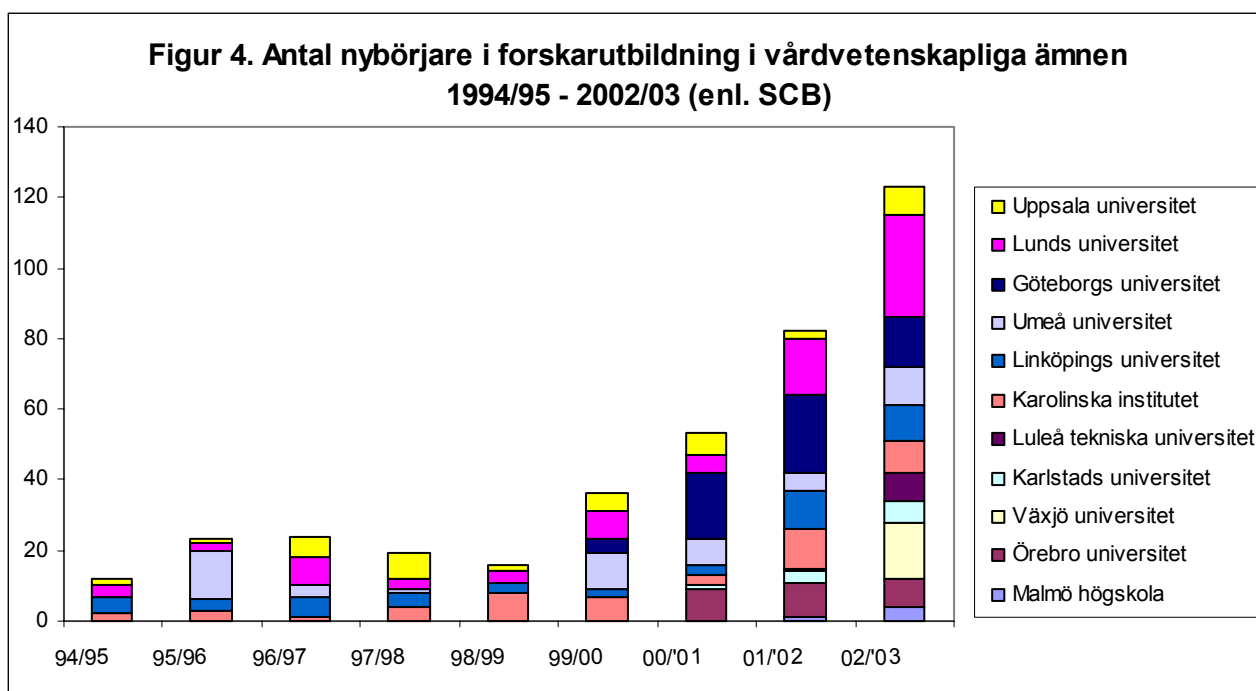
²⁰ ALF-avtalen mellan stat och landsting reglerar statens ersättning till landstingen för sådana kostnader som uppstår på grund av att universiteten bedriver undervisning och forskning. De har från år 2004 en utformning som inte längre begränsar forskningsmedlens användning till läkarpersonalen utan kan utnyttjas för all personal med forskningsuppgifter vid universitet och högskolor.

UPPBYGGNAD AV VÅRDFORSKNINGEN

Nyrekryteringen till forskningsområdet som helhet

För att ge en översiktlig bild av nyrekryteringen till området är vi hänvisade till den officiella statistiken som i det här fallet knappast ger en rättvisande bild av det vårdvetenskapliga området enligt den definition som vi förordat ovan. Det går dock att spåra effekter av Vårdalstiftelsens särskilda kompetenssatsningar även i SCB:s siffror. Vi begränsar redovisningen till några översiktliga data som bör tolkas med stor försiktighet vad gäller den absoluta nivån, men som ändå illustrerar vissa kvantitativa trender och mönster.²¹

Enligt den officiella statistiken dubblerades det årliga antalet nybörjare i forskarutbildning i vårdvetenskapliga ämnen (från 12 till 23) då de s.k. vårdaltjänsterna tillfördes 1995/96 (Figur 4). Framför allt ökade antalet nya doktorander vid Umeå universitet. Antalet nybörjare var sedan i det närmaste oförändrat fram till nästa satsning från Vårdalstiftelsen 1999 då utbyggnaden av den vårdvetenskapliga forskarutbildningen satte fart på allvar. Sedan dess har antalet nybörjare nästan dubblerats varje år och var 2002/03 uppe i 123 nya doktorander. Spridningen på läroanstalter har ökat markant de senaste åren, inte bara till de nya universiteten i Örebro, Växjö, Karlstad och Luleå utan även till Malmö högskola som nu antar egna doktorander i vårdvetenskap. Sammantaget står de nya universiteten och högskolorna för ungefär en tredjedel av nyintaget till forskarutbildning i vårdvetenskapliga ämnen. Spridningen över läroanstalter är i praktiken ännu större eftersom SCB-uppgifterna avser den läroanstalt där doktoranderna är formellt antagna medan allt fler doktorander numera delar sina studier mellan ett universitet och en associerad högskola inom ramen för en forskarskola.



²¹ Den officiella statistiken över forskarstudier och disputerade inom området vårdvetenskap ger en ofullständig bild av forskarutbildningen inom vårdområdet eftersom läroanstalterna tillämpar olika principer i sin rapportering till SCB och personer med vårdvetenskapliga projekt i varierande grad redovisas under andra ämnesbeteckningar. Felkällorna kommenteras vidare i Bilaga 1.

Det totala antalet nybörjare i forskarutbildning i vårdvetenskapliga ämnen under perioden 1995/96-1998/99 var enligt SCB ca 80 att jämföra med de 44 doktorandtjänster som inrättades med hjälp av Vårdalstiftelsens särskilda satsning i etapp 1. Eftersom SCB-uppgifterna troligen är en underskattning av forskarutbildningen inom hela det vårdvetenskapliga området innebär detta att vårdtjänsterna bara stod för en mindre del av nyrekryteringen i slutet på 90-talet. Under de därpå följande fyra åren registrerades närmare 300 nya forskarstuderande i vårdvetenskapliga ämnen enligt SCB, vilket vida överstiger det antal tjänster som inrättades med stöd av Vårdalstiftelsens etapp 2. Kompetensutvecklingsprogrammets inverkan på nyrekryteringen till området var med andra ord störst i början (särskilt i Umeå) men har ändå haft betydelse för att bygga upp forskarutbildningen inom vårdvetenskap och för att generera ytterligare stöd från universitet/högskolor och forskningsråd.

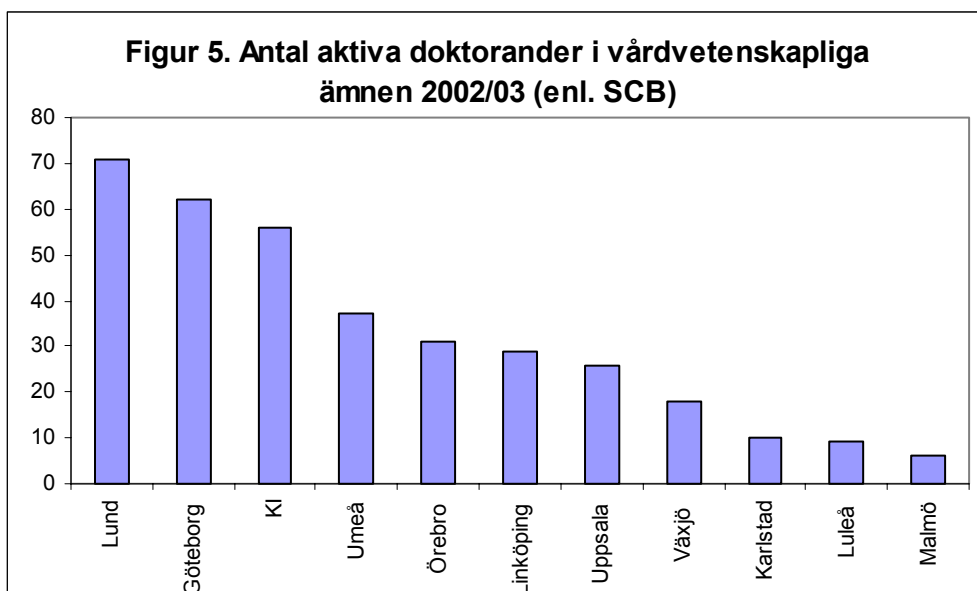
Som ett resultat av det ökade intaget i mitten på decenniet började antalet avlagda doktorsexamina i vårdvetenskapliga ämnen att öka i slutet på 90-talet. Även om fördelningen på ämnesinriktningar är bristfällig i SCB-statistiken är det ändå uppenbart att omvårdnadsämnet dominerat starkt, men fr.o.m.1999 har omkring 5 personer årligen disputerat i sjukgymnastik, något färre i arbetsterapi (allt enligt SCB). Läsåret 2000/01, som toppar den hittillsvarande statistiken, disputerade 23 personer i omvårdnad och därtill ett tiotal i andra vårdvetenskapliga ämnen, totalt 33 nya doktorer. Universiteten i Lund och Umeå svarar för det största antalet vårdvetenskapliga doktorsexamina under perioden 1994/95 – 2002/03 (ca 30 doktorsexamina var). Därefter kommer Uppsala och Linköping medan KI och framför allt Göteborg redovisar betydligt färre avlagda doktorsexamina.²²

Ser man till output i relation till input (nybörjare 4-5 år tidigare) tyder siffrorna på en närmast hundra procentig genomströmning. Att examinationen minskat något de senaste åren är en naturlig följd av den nedgång i nyrekryteringen som skedde de sista åren på 90-talet. Nu väntar en snabb ökning i doktorsexamination de närmaste åren då de stora nybörjarårgångarna från 00-talets första år når tidpunkt för disputation. Det kan komma att röra sig om en femdubbling av utflödet eller över 100 nya doktorer årligen i vårdvetenskapliga ämnen (enligt SCB:s snävare definition) de närmaste åren. En slutsats man kan dra, trots bristerna i statistiken, är att det för närvarande inte är nyrekryteringen till forskarutbildningen i vårdvetenskapliga ämnen som är det största problemet. Däremot råder osäkerhet om vilka karriärmöjligheter som kommer att erbjudas de nydisputerade såväl inom universitet och högskolor som i vården.

Enligt senast tillgängliga SCB-uppgifter för läsåret 2002/03 fanns det sammanlagt ca 350 aktiva doktorander registrerade i vårdvetenskapliga ämnen vid landets universitet och högskolor. Fördelningen på läroanstalter framgår av Figur 5.²³ Flest doktorander redovisar universiteten i Lund, Göteborg och KI, som alla rapporterar över 50 aktiva doktorander i vårdvetenskapliga ämnen. Övriga universitet har runt 30 aktiva doktorander medan resterande forskarutbildningsmiljöer är betydligt mindre.

²² Delvis kan detta bero på skillnader i sättet att redovisa examina med vårdvetenskaplig inriktning. Vid KI avlägger dessutom många forskarstuderande licentiatexamen med vårdvetenskaplig inriktning, något som inte alls förekommer i Uppsala och Göteborg.

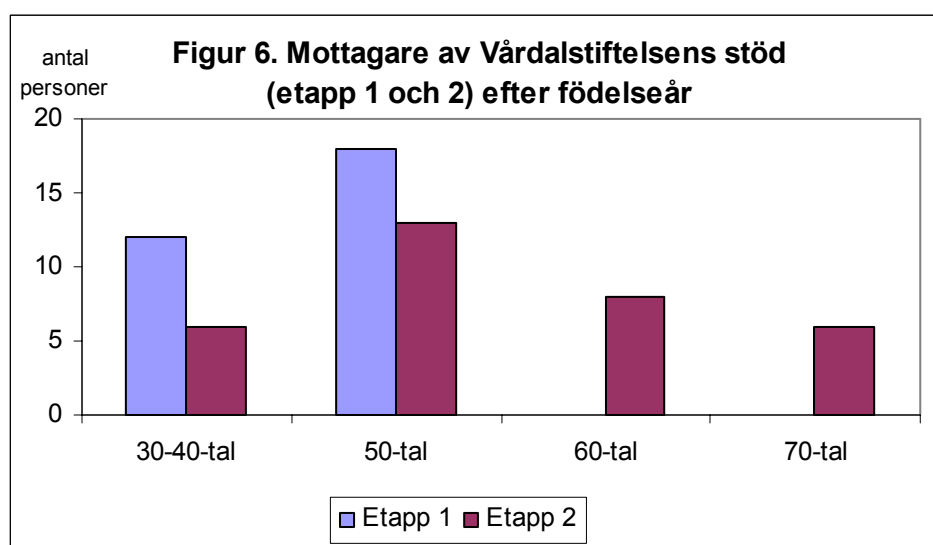
²³ Här gäller samma reservation för underskattning som tidigare. Med en bredare syn på det vårdvetenskapliga forskningsfältet är den reella siffran betydligt högre. Många doktorander inom forskningsfältet har sannolikt redovisats under sina respektive ämnesbeteckningar.

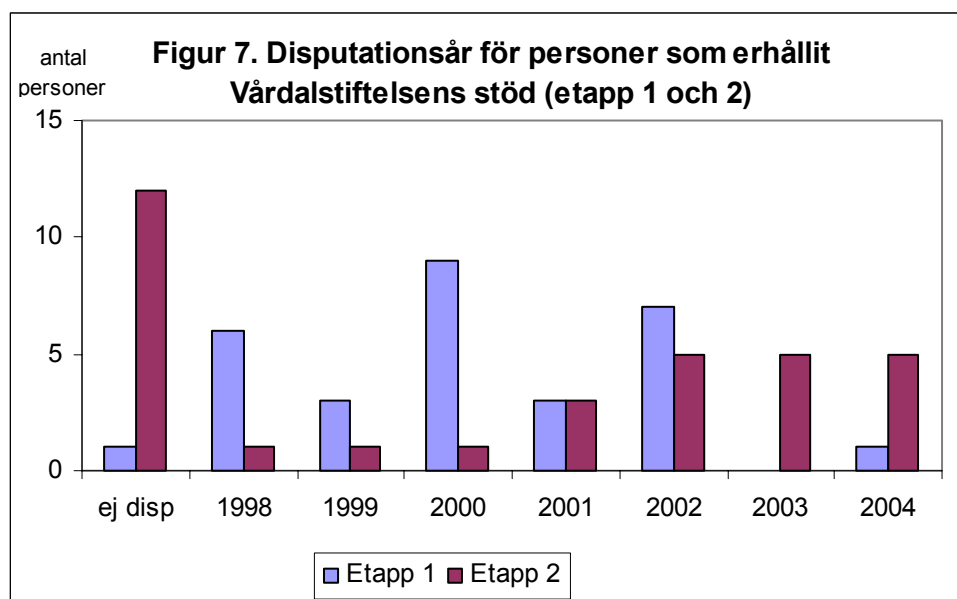


Programdeltagarnas bidrag till forskningsuppbyggnaden

Genom en enkät till dem som fått stöd i de två första etapperna i Vårdalstiftelsens kompetenssatsningar har vi kartlagt mottagarnas erfarenheter och fortsatta karriär. En redogörelse för enkätundersökningen finns i bilaga 1 och enkätformuläret återges i sin helhet i bilaga 2.

Vilka var det då som fick del av de särskilda kompetenssatsningarna? Det var en mycket skev könsfördelning: 85 procent av mottagarna var kvinnor. Men eftersom de två första etapperna i Vårdalstiftelsens satsningar hade delvis olika syften så skiljer sig mottagarna åt i en rad andra avseenden, inte minst åldersmässigt (Figur 6). De som fick s.k. vårdaltjänster i etapp 1 (och som svarat på enkäten) var alla födda på 1950-talet eller tidigare, d.v.s. de är i dag nästan alla över 55 år. Även i den andra etappen var 50-talisterna den största gruppen men minst lika många var födda senare vilket ger en betydligt lägre genomsnittsålder. Hittills har sammanlagt drygt ett femtiotal av mottagarna disputerat, i stort sett alla i etapp 1 och mer än hälften i etapp 2, där de flesta disputerat de tre senaste åren (Figur 7). De som ännu inte slutfört sitt avhandlingsarbete redovisar i allmänhet planer på att disputerat inom den närmaste framtiden.

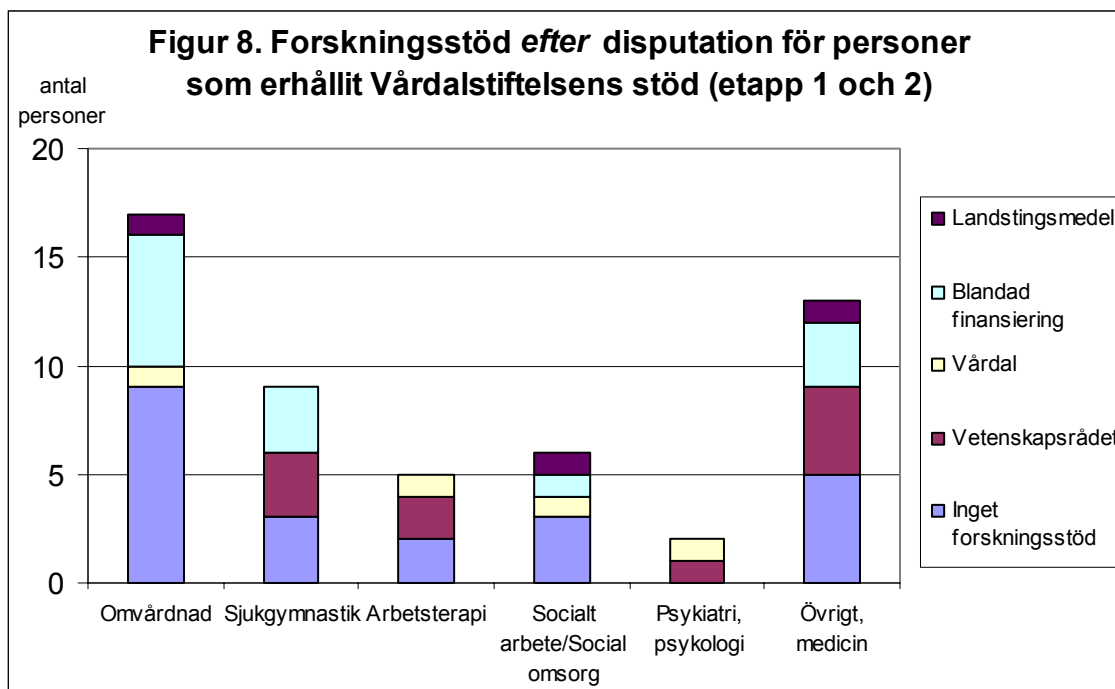




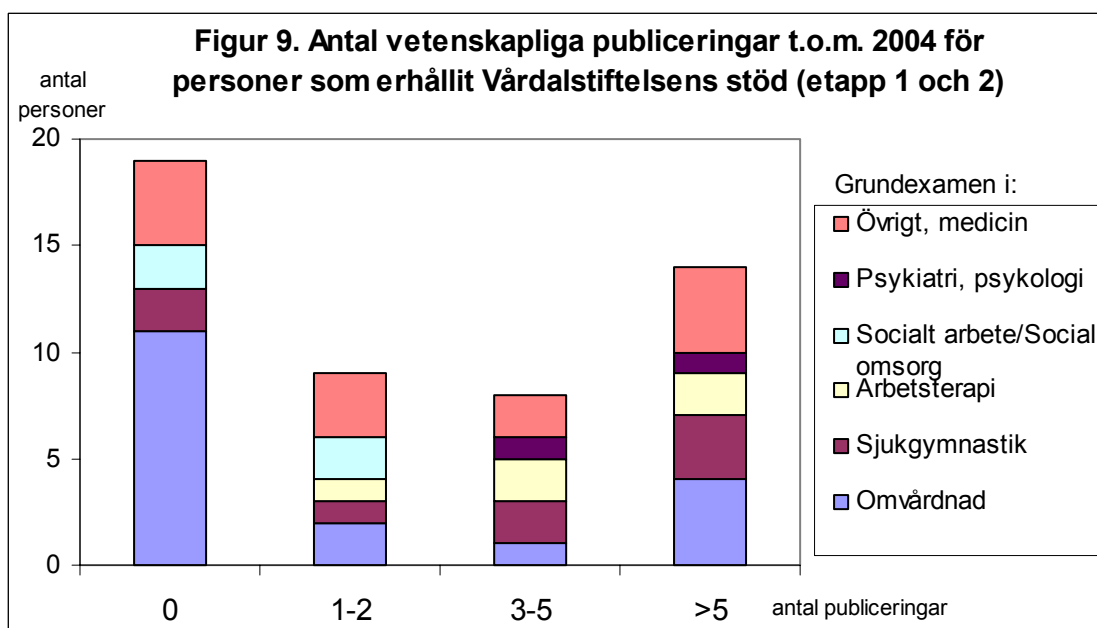
Forskningsinriktningen bland dem som fått del av kompetensstödet (etapp 1-2) kan beskrivas på olika sätt. Enklast är att kategorisera efter vårdutbildningarnas huvudämnen. Som redan nämnts inrättades de flesta tjänsterna inom omvårdnad men sammantaget blev det ändå förhållandevis många tjänster inom de andra huvudämnena sjukgymnastik, arbetsterapi, socialt arbete/social omsorg och biomedicinsk laborietvetenskap (Figur 3 ovan). Med den indelningsgrund som vi redovisat tidigare i texten (efter forskningens syfte, perspektiv och ”nytta”) visar det sig att de som fått doktorandtjänster i etapp 1-2 till övervägande delen ägnat sig åt forskning med ett patient- eller vårdtagarna nära perspektiv. Det gäller både om man ser till avhandlingssämnet och den nuvarande forskningsinriktningen:

	Avhandlingssämne	Nuvarande forskning
Inriktning mot vårdande	21	16
Inriktning mot behandling	17	14
Inriktning mot sjukas situation i samhället	9	8
Inriktning mot förebyggande av ohälsa	3	2
Medicin (laborietvetenskap mm)	11	6
Övrigt (bl a social omsorg)	2	1

Den fortsatta forskarkarriären för dessa ”vårdaldoktorer” har nästan uteslutande ägt rum inom universitet och högskolor (Figur 13). Det sammanhänger naturligtvis med att de inledande kompetenssatsningarna framför allt var inriktade på att höja den vetenskapliga kompetensen hos lärarkåren inom de medellånga vårdutbildningarna. Var tredje som fick del av Vårdalstiftelsens särskilda kompetenssatsningar (etapp 1-2) har i nuläget inga forskningsanslag och bland dem som har forskningsanslag har de flesta mindre bidrag från flera olika källor. Vårdalstiftelsen och berörda landsting har bara i några få fall givit fortsatt projektstöd till dessa personer. De flesta i vårt enkätmaterial som är utan forskningsanslag har inriktning mot vårdande men det finns exempel inom alla inriktningar (Figur 8). Det kan också vara värt att notera att inte en enda av dessa ”vårdaldoktorer” inom omvårdnad eller socialt arbete/social omsorg har fått anslag från Vetenskapsrådet. Däremot har rådet stött flera forskare inom områdena sjukgymnastik, arbetsterapi och medicin.



Det är mot denna bakgrund man bör bedöma uppgifterna om (referee-bedömda) publiceringar efter disputation för dem som disputerat med stöd av Vårdalstiftelsens särskilda kompetenssatsningar (Figur 9). Närmare hälften har inga sådana publiceringar, men det finns också en relativt stor grupp som har mer än fem publiceringar. Två av dessa har fått fortsatt stöd av Vårdalstiftelsen efter sin disputation. Man borde förvänta sig att publiceringsgraden var högre bland mottagarna i den första etappen eftersom längre tid har förflutit sedan disputationen, men något sådant mönster finns inte. Det bör dock noteras att de som inte publicerat sig i den andra omgången enbart är personer som disputerat helt nyligen (2003–2004). Det förefaller alltså som om de som fått stöd i den andra omgången är mer forskningsaktiva, även om det skall noteras att det gäller ett fåtal individer. Förmodligen har det med åldersstrukturen att göra, yngre doktorer har större intresse och behov av att meritera sig för fortsatt forskarkarriär.



Resultatet tyder på en tudelning av karriären efter doktorsexamen. Många som fått stöd av Vårdalstiftelsen, framför allt i etapp 1, var lärare som efter disputation gick tillbaka till i stort sett samma uppgifter, visserligen med högre vetenskaplig kompetens men kanske inte alltid med ambitionen att fortsätta fors-

karkarriären. De har då inte heller sökt fortsatta forskningsanslag. Andra var inriktade på en fortsatt forskarkarriär och agerade därefter.

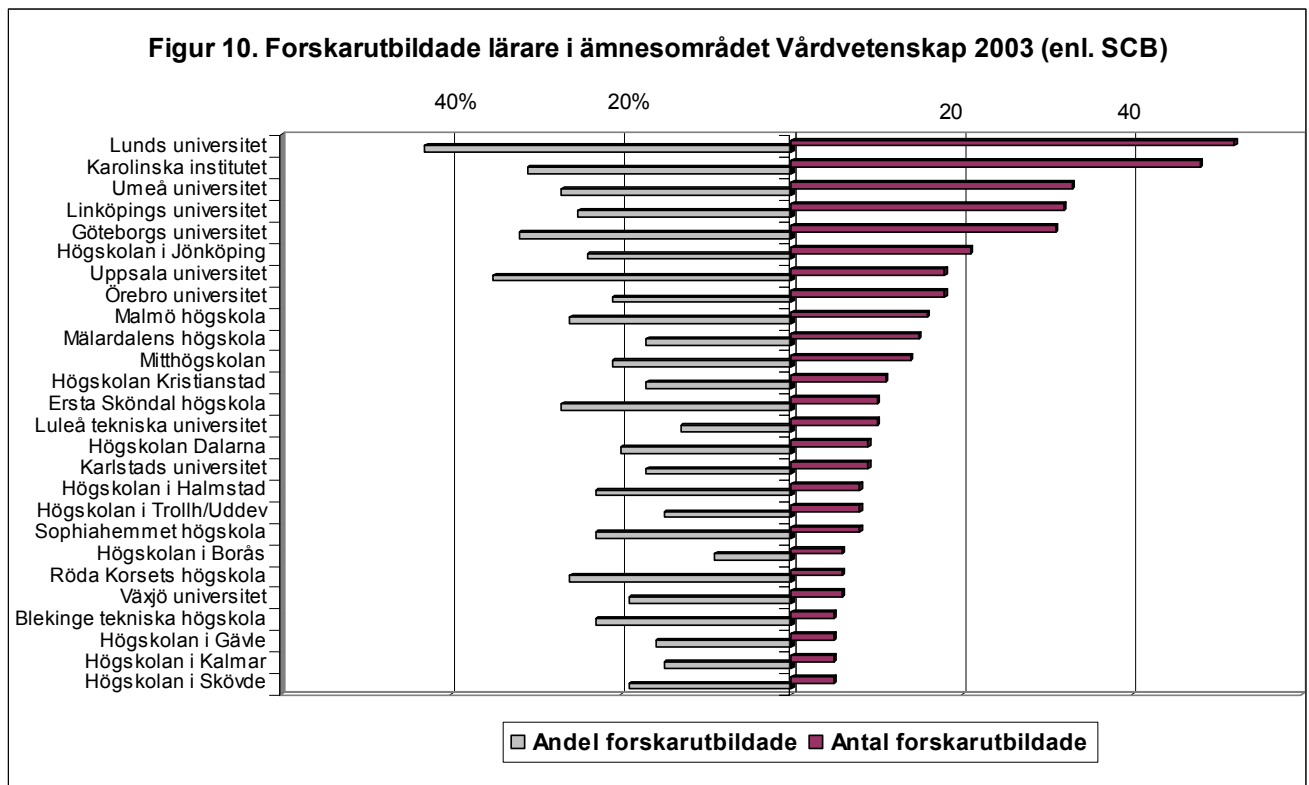
Det finns vissa skillnader i publiceringsaktivitet mellan disputerade med Vårdalstiftelsens särskilda kompetensstöd inom olika områden (Figur 9). Arbetsterapeuter och sjukgymnaster har publicerat sig i störst utsträckning. Det kan bl.a. bero på att man inom dessa områden har en tradition med stark koppling till medicin och dess publiceringsvana. Personer med omvårdnadsexamen publicerar sig i betydligt lägre grad men det gäller även biomedicinska analytiker trots att de i regel har medicinsk anknytning. Andra faktorer, såsom tidpunkt för disputation eller typ av tjänst, verkar däremot inte ha någon större betydelse för publiceringsgraden. Det finns inte heller några större skillnader mellan olika läroanstalter, med ett undantag. Omvårdnadsgruppen dras ned kraftigt av Karolinska institutet där 6 av 7 i vår undersökningsgrupp inte redovisar någon publicering alls. En förklaring kan vara att 4 av dem med examen i omvårdnad vid KI disputerade 2003 – 2004 och de har därför inte hunnit publicera sig när undersökningen genomfördes.

UTBILDNINGENS FORSKNINGSANKNYTNING

Forskarutbildade lärare och en aktiv forskningsmiljö på utbildningsinstitutionerna anses allmänt vara avgörande för möjligheterna att ge utbildning på vetenskaplig grund, i betydelsen utbildning förmedlad av lärare med vetenskaplig kompetens och egen forskningserfarenhet. Det var också utgångspunkten för Vårdalstiftelsens inledande satsning på doktorandtjänster. Andelen disputerade lärare har ökat generellt i högskolan sedan forskningsanknytning blev ett uttalat mål och kvalitetskriterium för de ”nya” högskoleutbildningarna. Det finns dock inga historiska uppgifter som gör det möjligt att bedöma hur stor ökningen varit i andel disputerade vårdlärare vid olika läroanstalter, än mindre vad av detta som kan räknas Vårdalstiftelsen till godo. Vår uppföljning tyder på att Vårdalstiftelsens särskilda kompetenssatsningar (etapp 1-2) hittills givit ett tillskott av omkring 70 disputerade i vårdutbildningarnas huvudämnen, varav flertalet stannat kvar inom universitetsorganisationen. Minst ett tiotal av dessa återfinns i dag vid någon av de nya högskolorna.

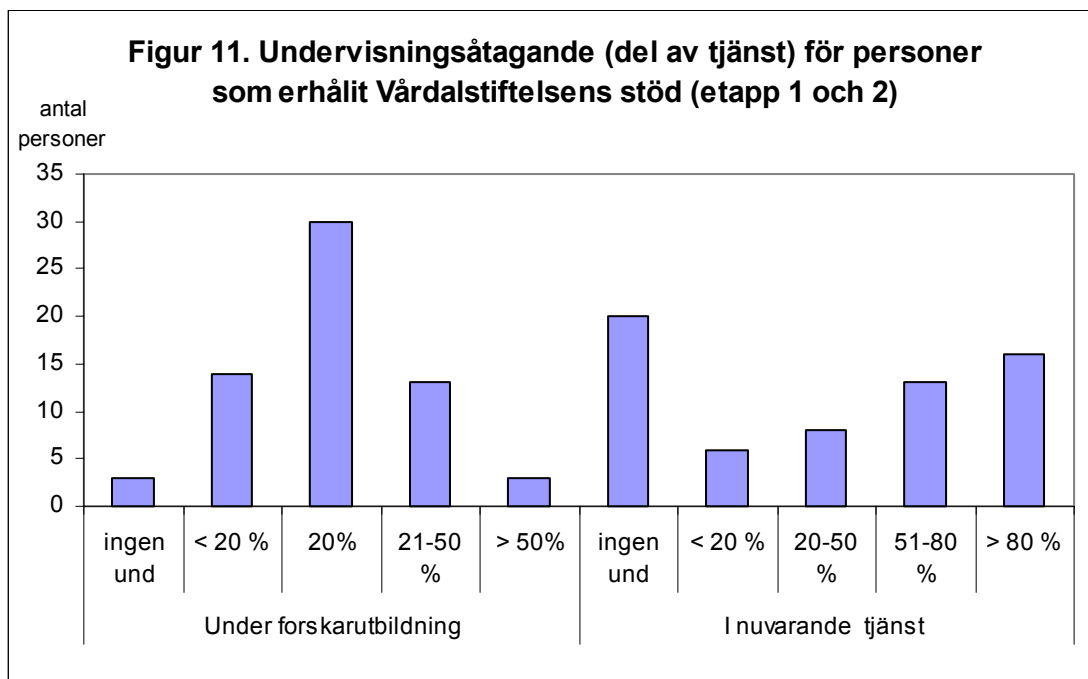
Såväl andelen och antalet lärare med forskarutbildning (doktors-, licentiat- eller utländsk forskarexamen) varierar kraftigt mellan olika lärosäten (Figur 10). Båda uppgifterna har betydelse för forskningsanknytningen eftersom de utgör mått på lärarnas kompetens och forskningsmiljöns storlek.²⁴ Högst i båda dessa avseenden ligger Lund med över 40 procent (50 stycken) forskarutbildade lärare. KI har nästan lika många disputerade men samtidigt en större utbildningsvolym och följaktligen en något lägre andel forskarutbildade lärare. De flesta universitet och högskolor med medicinsk fakultet samt de privata sjuksköterskeskolorna i Stockholm har omkring 25–35 procent forskarutbildade lärare. Flertalet övriga högskolor ligger kring 20-procentsstreckets eller därunder. Sammantaget tyder detta på ett betydande behov, åtminstone på sikt, av nyrekrytering av vårdlärare med doktorsexamen inte bara vid de nya högskolorna utan även vid universiteten. Disputerade vårdforskare skulle då ersätta de vårdlärare som tidigare utbildades bl.a. vid SIHUS (Statens Institut för Högre Utbildning av Sjuksköterskor). För att ge de nya lärarna möjlighet att bedriva forskning i tjänsten – och därmed bidra till en bättre forskningsanknytning av grundutbildningen - krävs nya och utvidgade finansieringsmöjligheter.

²⁴ Uppgifterna grundas på SCB-statistik (i detta fall personalstatistiken för universitet och högskolor) som har ungefär samma svagheter som forskarutbildningsstatistiken vad gäller avgränsningen av det vårdvetenskapliga området.



Själva forskningsmiljöns storlek på de olika högskolorna har givetvis också betydelse för utbildningarnas forskningsanknytning. Rangordningen mellan läroanstalterna blir i det fallet en annan än efter andelen disputerade lärare. Lund, KI, Umeå, Linköping och Göteborg (i nu nämnd ordning) har i nuläget flest forskarutbildade lärare på det vårdvetenskapliga området. Därefter kommer en mellangrupp bestående av Uppsala, Örebro, Malmö, Mälardalen och Mitthögskolan som alla har 10–20 disputerade medan övriga högskolor har färre forskarutbildade lärare i ämnesområdet vårdvetenskap. Av statistiken framgår att antalet forskarutbildade lärare inom ämnesområdet har vuxit kraftigt de senaste åren. Mellan 2001–2003 ökade antalet från 330 till drygt 400. Störst var ökningen i Lund, Linköping, Jönköping och vid Mälardalens högskola. Några av dessa lärosäten var inte mottagare av Vårdalstiftelsens särskilda kompetenssatsningar, utan tillväxten skedde med andra medel. Andra faktorer, som förlängningen av grundutbildningen, integreringen av vårdutbildningarna i den statliga högskolan och den ökade närheten till andra akademiska discipliner och till forskning överhuvudtaget, har säkert bidragit till kompetenshöjning på alla läroanstalter.

Även om de särskilda kompetenssatsningarna således haft begränsad betydelse för att stärka forskningsanknytningen av de medellånga vårdutbildningarna vid landets alla högskolor kan det vara viktigt att undersöka hur tjänsteinnehavarna medverkat i undervisningen både under sin forskarutbildning och efter avlagd doktorsexamen. Av Figur 11 framgår att innehavarna av dessa tjänster haft omfattande undervisningsåtaganden. Under forskarutbildningen har de flesta haft 20 procents undervisning i tjänsten men mer än var tredje har undervisat betydligt mer. De som disputerat och övergått till lärartjänst inom universitetsorganisationen har i allmänhet en mycket omfattande undervisningsskyldighet. De flesta undervisar mer än hälften av sin tjänstgöringstid och av dessa är det många som nästan enbart ägnar sig åt undervisning och/eller handledning. En bidragande orsak är finansieringssystemet i högskolan som leder till att lärarna suggs upp av undervisning på bekostnad av forskningsuppgifterna.

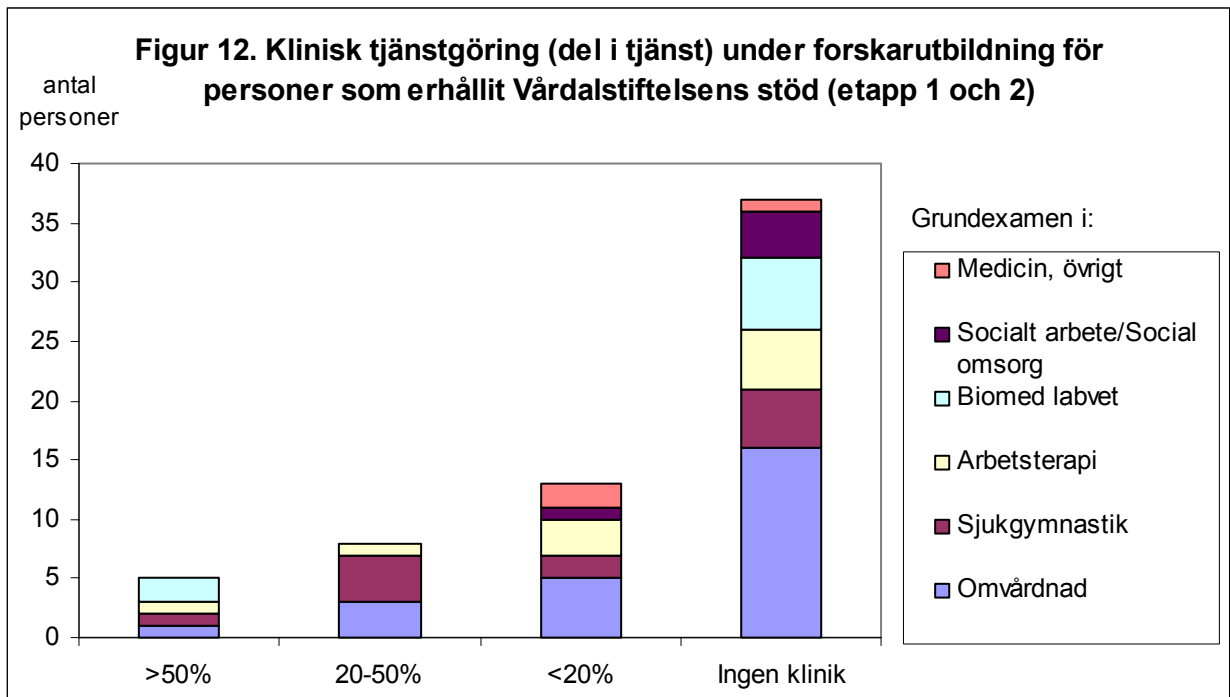


Den bild som tonar fram i svaren på vår enkät tyder sammanfattningsvis på att de som fått del av Vårdalstiftelsens särskilda kompetensstöd gått olika vägar efter avlagd doktorsexamen. Antingen går man vidare med forskning, får anslag och utrymme för fortsatt forskning i tjänsten som möjliggör ytterligare publicering och forskarkarriär. Eller så suggs man upp av undervisnings- och handledningsuppgifter, blir utan forskningsanslag och publicerar sig nästan inte alls. Detta mönster gäller framför allt inom omvårdnadsområdet och sammanhänger delvis med bristen på anslag till vårdforskning överhuvudtaget.

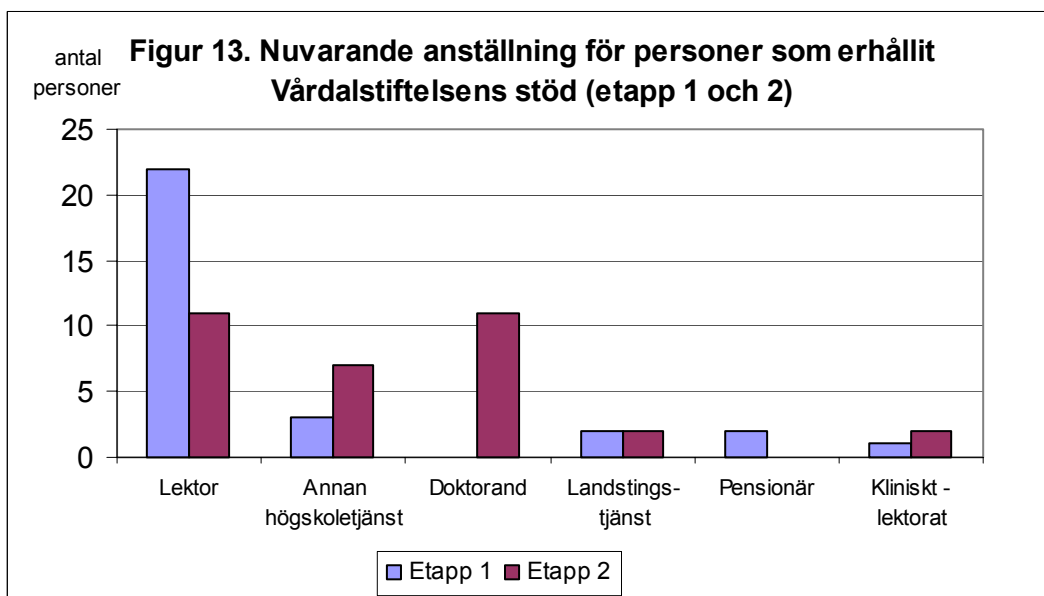
FORSKNINGENS KLINISKA ANKNYTNING

En stor del av vårdforskningen utförs av doktorander inom ramen för forskarutbildningen. Det är inget unikt utan följer det vanliga mönstret i det svenska forskningssystemet. Under forskarutbildningen utvecklas forskningsintresset hos de blivande vårdforskarna. Därför är anknytningen till klinisk praktik viktig under utbildningstiden. Vår uppföljning av vårdtjänsterna visar att den kliniska tjänstgöringen under doktorandtiden i allmänhet varit mycket låg. Drygt 60 procent uppger att de inte haft någon klinisk tjänstgöring alls och ytterligare ca en femtedel har haft mindre än 20 procent (Figur 12). Sjukgymnasterna är den grupp som relativt ofta haft sådana inslag i sin forskarutbildning medan doktorander inom socialt arbete/social omsorg, biomedicinsk laboratorievetenskap och även omvårdnad i stor utsträckning saknat klinisk anknytning i sin doktorandtjänst.

Den stora majoriteten (80 procent) av dem som fått del av Vårdalstiftelsens särskilda kompetensutvecklingsstöd (etapp 1–2) har blivit kvar inom universitets- och högskolevärlden efter disputationen (Figur 13). De flesta i etapp 1 har lektorstjänster vid universitet eller högskola, endast ett fåtal har tjänst inom landstinget eller kombinationstjänst (kliniskt lektorat).



Endast fyra individer i vårt material (pensionärer oräknade) säger sig ha lämnat akademien efter doktors-examen för olika typer av FoU-tjänster eller chefspositioner i vården. I deras tjänstgöring ingår i regel FoU i någon omfattning, ofta till 50 procent. De flesta som disputerat föreläser, handleder och examinerar fortfarande i högskolan och anser sig utan undantag ha stor nytta av sin forskningserfarenhet i arbetet, inte bara som lärare utan även som projektledare eller vid implementering av evidensbaserade metoder i vården. Den allmänna överblick som forskarutbildningen ger anses också vara till nytta. ”Kan överblicka komplicerat material, skriva remissvar, ansvara för forskningsfrågor (vid en mindre högskola), uttrycka mig väl i skrift. Kan klara att leva i kaos och att det lönar sig”, säger en av dem som svarat.



Resultatet i denna del stämmer väl med den bild som redovisats i tidigare utvärderingar. I svaren på vår enkät har många uttryckt behov av bättre klinisk anknytning men också beskrivit problemen. Ambitionerna att kombinera teori och praktik stöter på många ekonomiska, organisatoriska och attitydmässiga svårigheter. Framför allt saknas karriärvägar, attraktiva och konkurrenskraftiga befattningar som förenar forskning med klinisk praktik. Man efterlyser större frihet i sättet att kombinera dessa båda uppgifter (inte bara traditionella befattningar som klinisk lektor eller adjunkt) och ett bättre utnyttjande av de disputerades forskningserfarenhet i den kliniska verksamheten och i det övergripande FoU-arbetet inom landsting och kommuner. Våra intervjuer tyder på en betydande medvetenhet om dessa problem. Inom flera landsting har man under senare tid inrättat tjänster med varierande former av klinisk anknytning och det finns åtminstone planer på att inrätta kombinationstjänster på bred front i framtiden.

KOMPETENSSTÖDETS BETYDELSE FÖR INDIVIDERNA

Insatser för att stärka kompetensuppbyggnad och forskning inom ett nytt och tidigare eftersatt område får givetvis stor betydelse för de berörda individerna. Svaren på vår enkät ger också en mycket övertygande bild av det särskilda kompetensstödet betydelse för mottagarnas fortsatta forskarkarriär. Två tredjedelar av dem som svarat på enkäten menar att det varit av mycket stor eller helt avgörande betydelse, de övriga av stor betydelse och bara några få menar att det varit av liten eller ingen betydelse för karriären. Det är bara de biomedicinska analytikerna som inte anser sig vara beroende av stiftelsens stöd. Det kan synas självklart att de som fått bidrag uttrycker sig på detta sätt men även intervjuerna med andra lärare och forskare ger samma bild.

Det är knappast heller förvånande att innehavarna av de s.k. ”professorskuvöserna” menar att denna forskartjänst spelat en mycket viktig och i flera fall helt avgörande roll för deras möjligheter att bedriva forskning. Mer intressant är på vilket sätt tjänsten påverkat den bedrivna forskningen. Samtliga tillfrågade menar att det givit dem en möjlighet att arbeta mer långsiktigt och att utveckla egna forskningsidéer. Tjänsten har också i flera fall inneburit en förändring av forskningsinriktningen. Innehavarna uppger också att det är enklare att få projektmedel när man tilldelats en fast tjänst och den finansiella ryggsäck (250 000 kronor/år) som följde med tjänsten har varit av stor betydelse för att finansiera utrustning, projektkostnader, projektassistenter och dylikt.

Men satsningen på ”professorskuvöserna” har haft positiva effekter på utvecklingen inom vårdforskningen även utöver individnivån. Ett antal angelägna forskningsprojekt har kunnat genomföras och tid har frigjorts för handledning av doktorander och bidragit till kompetensuppbyggnad i nästa generation av vårdforskare. Att tre av dem som tilldelades dessa särskilda forskarassistenttjänster redan i dag är professorer kan ses som en indikation på att satsningen snabbt gett önskat resultat. Å andra sidan tyder detta på att innehavarna varit väl så meriterade för tjänsterna i fråga. Satsningen har under alla förhållanden haft en stor betydelse för vårdforskningen, framför allt inom arbetsterapin. Idag finns fem professorer i arbetsterapi vid svenska universitet och högskolor, två av dessa var innehavare av Vårdalstiftelsens och Vetenskapsrådets forskarassistenttjänster.

Försöket med ”professorskuvöser” visar att tillskott av karriärtjänster av mer kvalificerat slag har potential att komma tillrätta med flera av de problem som vårdforskningen står inför. För det första ger det forskare en chans att meritera sig för docentkompetens och kvalificerade handledningsuppgifter, vilket gör att man kan komma till rätta med bristen på kvalificerade handledare och sakkunniga i vetenskapliga sammanhang. För det andra ger det innehavarna en möjlighet att bygga upp större långsiktiga forskningsprojekt, vilket hitintills varit relativt svårt inom vårdforskningen.

I SAMMANDRAG

Vårdforskningens situation är mycket annorlunda idag jämfört med när Vårdalstiftelsen inledde sitt arbete för drygt tio år sedan. Vårdvetenskapliga discipliner har etablerat sig på universitet och högskolor, det bedrivs utbildning på magister- och doktorandnivå i stor skala, antalet professorer och forskarutbildade lärare med vårdvetenskaplig inriktning har ökat kraftigt och den forskning som bedrivs har fått en avsevärt högre status i forskarsamhället. I många sammanhang har Vårdalstiftelsen fungerat som katalysator och initiativtagare för åtgärder som samlat flera finansiärer. Det är därför svårt att urskilja och bedöma hur stor del av den beskrivna utvecklingen som kan tillskrivas Vårdalstiftelsens särskilda kompetenssatsningar (etapp 1-3). Vår analys tyder på att dessa stödinsatser skapat ett tillskott av närmare en halv miljard kronor för forskning och kompetensutveckling inom vårdforskningen. Åtgärderna har bidragit till att inordna de vårdvetenskapliga ämnena i universitetsorganisationen och stärkt samverkan med huvudmännen för vård och omsorg. Men framför allt har de medverkat till en höjning av den vetenskapliga kompetensen i vårdutbildningarnas huvudämnen och en bättre forskningsanknytning av grundutbildningen inom vård och omsorg.

Trots detta återstår ett betydande gap innan andelen disputerade lärare i vårdutbildningarnas huvudämnen nått önskad nivå. En kraftig ökning i antal doktorsdisputationer är att vänta de närmaste åren, vilket behövs för att täcka såväl detta kompetensgap som de förestående pensionsavgångarna inom vårdvetenskapen. Den åldersmässigt skeva nyrekryteringen till området utgör ett problem i det sammanhanget. Mottagarna av Vårdalstiftelsens särskilda kompetensstöd har framför allt varit kvinnor födda på 1950-talet eller tidigare. Även om det successivt sker en förnyring och även förskjutning mot fler män inom vårdforskningen så är detta en kvarstående problematik

De flesta som fått Vårdalstiftelsens särskilda kompetensstöd har ägnat sig åt forskning med ett patient- eller vårdtagarnära perspektiv. Den kliniska anknytningen under doktorandtiden har dock i allmänhet varit låg, däremot har de flesta haft viss undervisning i tjänsten. Den fortsatta karriären för dem som disputerat har nästan uteslutande ägt rum inom universitet och högskolor. Endast ett fåtal har lämnat universitetsvärlden för olika typer av tjänster inom vården. De som (åter)gått till lärartjänst inom högskolan har i allmänhet en omfattande undervisningsskyldighet. De fortsätter inte med forskning. Allt tyder på att det skett en tudelning av karriären efter doktorsexamen, antingen går man tillbaka som lärare mer eller mindre på heltid eller så satsar man på fortsatt forskarkarriär, söker anslag, publicerar sig osv. För de senare är bristen på mellantjänster inom universitetsorganisationen en besvärlig flaskhals.

Vårdvetenskapen är nu på väg in i en konsolideringsfas och den framtida finansieringen kommer att spela en viktig roll för i vilken riktning detta nya mångvetenskapliga område kommer att utvecklas framöver. Vårdvetenskapen står, vilket nämndes tidigare, också inför en rad strukturella problem: framför allt en alltför splittrad och småskalig forskning, få karriärtjänster för vårdforskare både inom universitet och högskolor och i landsting och kommuner och kvarstående problem att överföra forskningsresultat till praktisk verksamhet. Den nuvarande tjänstestrukturen inom akademien innebär ett extremt underskott av karriär- och mellantjänster och balansen försämras ytterligare när examinationen av nya doktorer ökar i framtiden.

Tillsammans med de utmaningar som väntar hälso- och sjukvården i framtiden (och som behandlas längre fram i rapporten) bildar detta utgångspunkter för vår avslutande diskussion om Vårdalstiftelsens fortsatta insatser för kompetensuppbyggnad.

Jag är väldigt imponerad över utvecklingen av Vårdalinstitutet och den snabbhet med vilken man lyckats bygga upp de funktioner man föresatte sig. Problemet är hitta en balans i regionen. Det finns en risk att Vårdalinstitutets styrka har dränerat de mindre högskolorna på kraft.

(landstingsföreträdare på regional nivå)

Som ett nästa steg efter de inledande satsningarna på doktorandtjänster och andra former av kompetensstöd beslöt Vårdalstiftelsen efter en intern utredning att göra en mer koncentrerad insats för uppbyggnad av vårdvetenskaplig forskning och kompetensutveckling någonstans i landet.²⁵ Resultatet blev Vårdalinstitutet som efter utlysning och bedömning av inlämnade förslag kom att förläggas till Lund och Göteborg och delfinansieras av berörda landsting och kommuner.²⁶ Bakgrunden var att vårdforskningen i landet bedömdes som splittrad och behövde fokuseras. Redan den bakomliggande utredningen betonade att syftet var att institutet skulle tillföra ett mervärde utöver de centra som var under uppbyggnad på andra håll i landet genom att kraftsamla och inspirera till en ny, mer tvärvetenskaplig forskning och skapa en attraktiv, dynamisk miljö i frontlinjen för kunskapsbildning om vård och omsorg dit forskare från hela landet kunde ansluta sig. Institutet kom att få en tredelad funktion: forskning, forskarutbildning samt kommunikation/interaktion inom områden av relevans för vård och omsorg. Förutom att verksamheten skulle bedrivas utifrån ett nationellt perspektiv bestämdes att den skulle ske med tillvaratagande av modern informationsteknologi.

Det är alldeles för tidigt att bedöma utfallet och mervärdet av den satsning som Vårdalinstitutet innebär. En slutlig utvärdering kommer att ske vid anslagsperiodens utgång d.v.s. efter fem år. Vår redovisning inskränker sig i huvudsak till en summering av sådana fakta som redovisas i Vårdalinstitutets egen halvtidsuppföljning och det material vi samlat in genom intervjuer av personer i och omkring institutet.

Följande utgör i nuläget viktiga utgångspunkter för Vårdalinstitutets verksamhet:

- *Vård och omsorg bedrivs av många olika aktörer, vilket förutsätter att studiet av vård och omsorg som system utgår från individen och/eller betraktar de olika aktörer som involveras beroende på frågeställningen.*
- *Vård och omsorg som fenomen vilar på såväl human-, natur- som samhällsvetenskaplig kunskap. I detta sammanhang inkluderas medicinsk och teknisk forskning i naturvetenskaplig forskning. Av detta följer att forskning av relevans för vård och omsorg bedrivs såväl flervetenskapligt som tvärvetenskapligt och att särskilt stöd ges till inomvetenskaplig forskning inom områden, där tillgänglig kunskap är begränsad (Vårdalinstitutet 2004).*

Forskningen vid institutet är organiserad i tre s.k. plattformar: Äldres vård och omsorg, Långvarigt sjuka och/eller funktionshindrade samt Långvarigt psykiskt sjuka och/eller funktionshindrade. Inom varje sådan plattform är forskningen inriktad på vissa bestämda perspektiv som innebär att vårdfrågorna studeras i individ-, system- och samhällsperspektiv.

Hösten 2004 var sammanlagt 38 seniora forskare verksamma inom de tre forskningsplattformarna, 35 finansierade av de två universiteten och tre finansierade av institutet. Minst lika många doktorander var

²⁵ Milleniumgruppen. Förslag till nya initiativ och satsningar inom Vårdalstiftelsens verksamhetsområde. 1999–12–03.

²⁶ Stiftelsen har anslagit 65 miljoner kronor fördelat på fem år och medfinansierare är universiteten i Lund och Göteborg samt Region Skåne och Region Västra Götaland i samarbete med berörda kommuner. Den totala finansieringen uppgår till 200 miljoner kronor för fem år. Således tillför huvudmännen och universiteten i praktiken betydligt mer än Vårdalstiftelsen.

knutna till plattformarna och antalet pågående projekt uppgick till minst ett 60-tal. De till institutet knutna forskarna representerar ett brett spektrum av olika vetenskapsområden, utöver medicinska specialiteter (läkare) och andra vårdvetenskapliga ämnesinriktningar även personer med humanistisk och samhällsvetenskaplig utbildning som ekonomer, statistiker, etnologer, filosofer och teologer. Under perioden 2002–2004 har totalt över 100 vetenskapliga publikationer presenterats med utgångspunkt från institutets verksamhet och för närvarande pågår arbete med antologier som skall redovisa nya flerveenskapliga arbetssätt och problemställningar inom respektive forskningsplattform.

Enligt de utvärderingar som gjorts är det professionella och tvärvetenskapliga angreppssättet som upplevs som mest positivt av de involverade forskarna samt den stimulans det innebär att tillhöra ett aktivt forskarnätverk kring gemensamma frågeställningar. På den negativa sidan nämns svårigheterna att få ut sammanhängande forskningstid, bristande möjligheter att planera på längre sikt och osäkerheten när det gäller institutets framtid.

En viktig del av Vårdalinstitutets verksamhet är forskarskolan med inriktning på vård- och omsorgsforskning. Den omfattar utöver forskarutbildning även viss förberedande forskarutbildning med flerveenskaplig inriktning samt aktiviteter (kurser, seminarier och konferenser) som stödjer utvecklingen från junior till senior forskare. Själva forskarutbildningen vid institutet genomförs i samarbete med de olika ämnesinstitutioner runt om i landet där doktoranderna är antagna och har sin huvudhandledare. De antagna doktoranderna (vid årsskiftet 2004/05 sammanlagt 46 stycken) rekryteras nationellt och kommer från en rad olika vetenskapsområden och från såväl universitet som högskolor. Man har exempelvis rekryterat doktorander inom journalistik, juridik, statsvetenskap och hälsoekonomi. Inledningsvis har det dock varit vissa svårigheter att rekrytera medicinare till institutet.

Alla doktorander har anknytning till en av forskningsplattformarna vid institutet genom sitt avhandlingsprojekt och sin bihandledare. Progressionen i studierna har hittills varit god och två tredjedelar av doktoranderna i den första årskullen planerar att disputera under år 2007. Även i kommentarerna från doktoranderna återkommer värdet av att samarbeta och ingå i nätverk inte bara med andra doktorander runt om i landet utan även med mer seniora forskare och att möta nya infallsvinklar på det problem man är intresserad av. Utbudet av kurser och seminarier uppskattas liksom den ”ryggsäck” på 50 000 kronor som varje doktorand disponerar för resor, litteratur, kursavgifter mm. De negativa kommentarerna inkränker sig till problem med avståndet, den löpande kontakten samt den splittring som kan uppstå mellan hemmainstitutionen och institutet.

En viktig uppgift för Vårdalinstitutet är att generera framväxt av nästa generation av vård- och omsorgsforskare. Forskarskolan är en viktig komponent i detta uppdrag. Det finns ytterligare en nationell forskarskola inom vård och omsorg, nämligen den som regeringen inrättade och anvisade medel för i forskningspropositionen år 2000 (Prop. 2000/01:3). Den senare är organiserad i form av ett nätverk med KI som värduniversitet och fyra lärosäten i Mellansverige som partnerhögskolor (Högskolan Dalarna, Mithögskolan, Mälardalens högskola och Örebro universitet). Genom denna konstruktion skall den kunskap och erfarenhet som finns vid ett etablerat universitet stödja uppbyggnad av forskarutbildning och forskning vid ett antal yngre universitet och högskolor, med eller utan examensrätt. Det finns därmed många likheter men också tydliga skillnader mellan de båda forskarskolorna. Tillsammans svarar de för en viktig del av forskarutbildningen på det vårdvetenskapliga området i landet, men än så länge bara för en mindre del av den totala volymen vårdvetenskaplig forskarutbildning i landet. I dagsläget (efter 3–4 antagningsomgångar) är de båda forskarskolorna exakt lika stora i antal doktorander räknat (46 aktiva doktorander).

Även om de två forskarskolorna har likartade mål och inriktning i stort och en rekryteringsprocess som innebär urval efter ingående bedömning av de sökandes meriter och forskningsplaner finns betydande skillnader framför allt genom att doktoranderna vid KI i allmänhet är inskrivna vid KI och dess medicinska fakultet (även om de har sin dagliga tjänstgöring förlagd till en annan högskola) medan vårdaldoktoranderna är inskrivna antingen i Lund/Göteborg eller vid olika universitet och högskolor i landet (med examensrätt inom respektive vetenskapsområde). För många doktorander vid båda forskarskolorna sker utbildningen således i praktiken vid två läroanstalter.

Konkurrensen om platserna har varit betydligt högre till Vårdalinstitutet (omkring 150 sökande vid varje ansökningstillfälle). Själva ansökningsförfarandet skiljer sig också; till Vårdalinstitutet söker de enskilda doktoranderna medan rekryteringen till den nationella forskarskolan grundas på ansökningar från de för projekten ansvariga forskarna. Olikheterna skolorna emellan när det gäller inriktning och organisation får vissa effekter på doktorandrekruteringen. Vårdalinstitutet har således antagit betydligt fler doktorander med samhällsvetenskaplig (och i viss mån humanistisk) bakgrund medan den nationella forskarskolan antagit fler biomedicinare och sjukgymnaster. Största gruppen bland doktoranderna utgörs dock i båda fallen av personer med omvårdnadsinriktning (sjuksköterskor). Skillnaderna i utbildningsbakgrund återspeglas i doktorandernas val av forskarutbildningsämne och illustrerar Vårdalinstitutets starkare inriktning på samarbete över ämnes- och fakultetsgränser.

Av Vårdalinstitutets 46 doktorander är 31 inskrivna i Lund eller Göteborg, 12 vid ett annat universitet och 3 vid annan högskola med examensrättighet. Den geografiska spridningen är således koncentrerad till sydvästra delen av landet. Som nämnts är doktoranderna vid den nationella forskarskolan inskrivna vid KI (2 vid Örebro universitet), men 9 doktorander har tjänst vid någon av partnerhögskolorna. Den geografiska spridningen är följaktligen koncentrerad till Stockholm och den inre Mälardalsregionen. Till sammans bildar forskarskolorna två geografiskt skilda noder i rekryteringen till vårdvetenskaplig forskarutbildning. Kön- och åldersfördelningen skiljer sig också i viss mån (Tabell 2). Vårdalinstitutet har rekryterat fler manliga doktorander men också betydligt fler doktorander födda före 1960 (d.v.s. personer som är i 45-årsåldern eller däröver när de disputerar). Att mindre än hälften av doktoranderna är födda 1970 eller senare upplevs av många som oroande med tanke på förnyelsen inom forskningen och ersättningsbehoven när pensionsavgångarna ökar framöver.

Tabell 2. Ålders- och könsfördelning bland doktorander rekryterade till de två forskarskolorna i vård och omsorg t.o.m. vt 2005. (Källa: Uppgifter från respektive läroanstalt)

	Forskar-skolan vid Vårdalinstitutet	Nationella forskar-skolan i vård och omsorg (KI)
<i>Födelseår</i>		
-1959	14	6
1960-1969	11	12
1970-1979	21	26
1980-	0	2
<i>Kön</i>		
kvinnor	35	41
män	11	5
<i>Totalt antal doktorander</i>	46	46

När Vårdalinstitutet skapades betonades att en viktig uppgift för institutet var att skapa möjligheter för ett kunskapsutbyte mellan forskning, utbildning, allmänhet och praktiker. Det ligger i linje med ambitionen att skapa bättre evidens i vården. För detta syfte har Vårdalinstitutet inrättat något som går under namnet ”grönzonen”²⁷, där anställda inom vården och vårdforskare med hjälp av modern informationsteknologi kan kommunicera med varandra. Uppgiften är att bedriva kommunikation och interaktion av och om evidensbaserad kunskap inom områden av relevans för vård och omsorg. Den externa zonen utvecklas kontinuerligt och avses fungera inte bara som ett verktyg i arbetet med universitetets ”tredje uppgift” utan också som en kommunikationskanal för samtliga involverade i institutets verksamhet. Det krävs eftersom deltagarna är spridda både geografiskt och verksamhetsmässigt. En webbaserad virtuell miljö har byggts upp inom Vårdalinstitutet med en intern och en extern zon. Den externa zonen är publik och innehåller bl.a. fyra tematiska rum (Etik, Demens, Näring och ätande samt Smärtverkstaden som riktar sig till personer som lever med kronisk smärta). Målgrupperna för dessa rum är allmänheten, vårdpersonal och forskare. Den externa zonen har mött viss kritik och förbättringsarbete pågår. Vi har inte funnit anledning att gå närmare in på denna del av Vårdalinstitutets verksamhet eftersom det är en försöksverksamhet i vardande. Vi kan dock konstatera att det även under våra intervjuer uttryckts tveksamhet om den externa zonen är en angelägen uppgift för Vårdalinstitutet på längre sikt.

Annars har våra respondenter, både institutets egna doktorander och företrädare för vetenskapssamhället och hälso- och sjukvården, utan undantag uttryckt sig positivt om verksamheten vid Vårdalinstitutet. Orden imponerande, enorm betydelse etc. används ofta. Framför allt är man imponerad av hur snabbt verksamheten byggts upp och blivit en etablerad och synlig del av vårdforskningen i landet. Institutet är också det ställe i landet där man kommit längst i ambitionen att utveckla relationer och samverka med berörda kommuner kring forskning på omsorgsområdet. De kritiska kommentarer som fällt uttrycker snarast besvikelse över att inte kunna ta del av institutets resurser i önskad omfattning och över konsekvenserna av att resurskoncentrationen framför allt drabbar de nya högskolorna. De flesta är överens om att institutets verksamhet på sikt bör tas över av andra finansiärer och delvis inordnas i universitetets reguljära utbildnings- och forskningsorganisation. På frågan hur snabbt detta kan ske finns olika svar, men många anser att fem år är för kort tid. Men villkoren kan variera för olika delar av verksamheten (forskarskolan t.ex.) och svaret beror på hur de allmänna ekonomiska villkoren för forskning och forskarutbildning utvecklas framöver.

Vårdalinstitutet har medverkat till en förstärkning och koncentration av vårdforskningen till Lund- och Göteborgsregionerna. Här och vid KI finns nu de större vårdvetenskapliga forskningsmiljöerna i landet. Satsningen på Vårdalinstitutet har inneburit en närmare involvering från stiftelsens sida och en högre grad av styrning såväl ämnesmässigt som organisatoriskt jämfört med de tidigare kompetenssatsningarna. Verksamheten vid institutet är framför allt nydanande när det gäller att utveckla tvär- och flervetenskaplig forskningssamverkan inom de utvalda plattformarna. Samverkan och samfinansiering med andra aktörer knyter samman forskningen med vården och omsorgen i regionen och även i det avseendet fungerar Vårdalinstitutet som en experimentverkstad. En viss förskjutning har i och med detta redan skett när det gäller inriktningen av Vårdalstiftelsens kompetensstöd.

²⁷ Benämningen ”grönzonen” har numera övergetts till förmån för uppbyggnaden av de tematiska rummen.

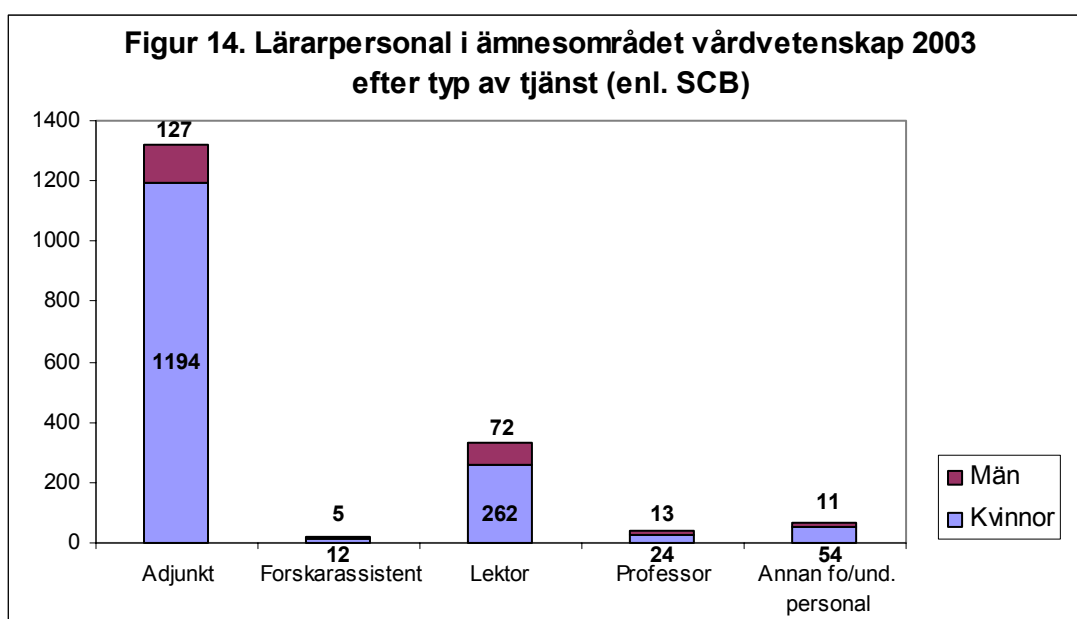
FRAMTIDA UTMANINGAR FÖR VÅRDFORSKNINGEN

Sverige är unikt och på frammarsch när det gäller evidens och god vård. Om man satsade på vårdvetenskaplig forskning, tog fram evidens för vård och omsorg, identifierade detta som ett nationellt bidrag till den internationella utvecklingen inom hälso- och sjukvården, då skulle det kunna bli en viktig svensk exportprodukt.
(vårdforskare vid universitet)

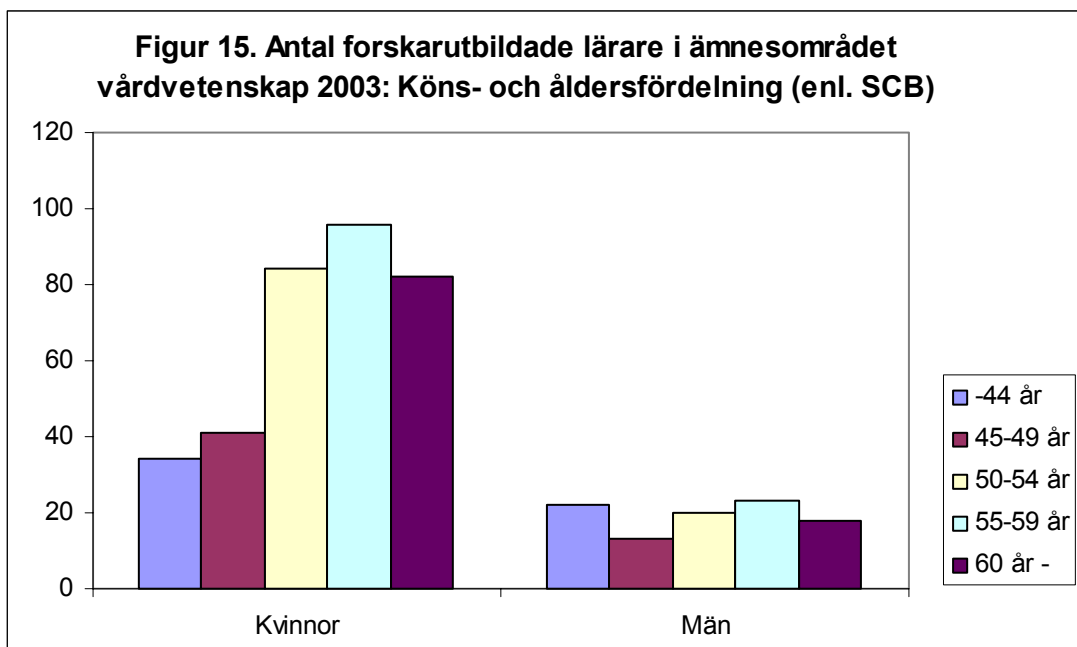
UTBUD OCH BEHOV AV KOMPETENS I UTBILDNING OCH FORSKNING

Den nuvarande lärarstrukturen i vårdvetenskapliga ämnen vid universitet och högskolor bär starka spår av det faktum att utbildningarna först relativt nyligen inordnats i den statliga högskolan. Adjunktskategorin dominerar helt (Figur 14). Av närmare 1800 fast anställda lärare år 2003 var drygt 1300 adjunkter, ca 330 lektorer och 37 professorer (doktorander, gäst- och timlärare ej inräknade). Mest uppseendeväckande är det låga antalet forskarassistenter (17 stycken i hela landet). Även om statistiken även i detta avseende kan vara missvisande genom att personer bokförts under andra ämnesrubriker så ger siffrorna troligen en rättvisande bild av strukturen på lärarkåren i stort. Bristen på mellantjänster är akut. Dessutom är kompetensnivån i adjunktskåren uppenbarligen sådan att innehavarna inte blivit befordrade till lektorer efter den senaste lärartjänstreformen.

Ett annat problem som påtalats ovan är den skeva åldersstrukturen inom lärarkåren (Figur 15). Bland de forskarutbildade lärarna är åldersfördelningen sådan att ca 100 personer beräknas gå i pension under åren 2004-2008.²⁸ Under den därpå följande tioårsperioden ökar pensionsavgångarna ytterligare och minst 200 av de forskarutbildade lärare som i dag är verksamma beräknas då avgå med pension. Situationen är inte unik i universitetsvärlden men jämfört med åldersstrukturen i exempelvis socialmedicin så är de kommande årens pensionsavgångar betydligt större inom vårdvetenskapen.

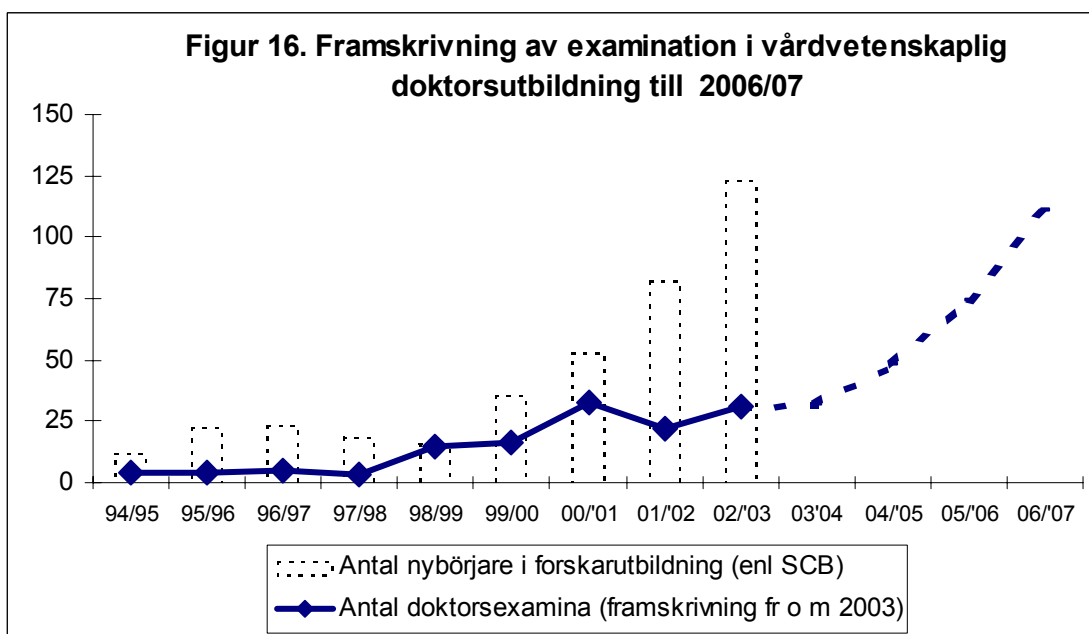


²⁸ SCB-statistiken innebär även här en underskattning av antalet forskare med vårdvetenskaplig inriktning.



Den skeva könsfördelningen framgår också tydligt av Figur 14-15. En förändring kan dock vara på väg. Statistiken tyder nämligen på en betydligt jämnare könsfördelning bland de forskarutbildade lärarna i den yngsta åldersgruppen under 45 år. Håller denna trend i sig står vi inför en ordentlig förändring i lärarkårens sammansättning.

Ett enkelt räkneexempel kan illustrera den rekryteringssituation som vårdvetenskaplig utbildning och forskning står inför under det kommande decenniet. De närmaste årens doktorsexamination kan skrivas fram på basis av antalet nybörjare i forskarutbildning under den senaste femårsperioden. Under antagande av en 90-procentig genomströmning inom den normerade studietiden – ett antagande som förefaller helt realistiskt om man studerar utvecklingen bakåt i tiden – skulle doktorsexaminationen de närmaste fem åren få den omfattning som framgår av Figur 16. Sammanlagt beräknas över 300 personer avlägga doktorsexamen i vårdvetenskapliga ämnen under denna period (och det finns ingenting som talar för att examinationen skulle förändras drastiskt därefter heller).



Det beräknade utflödet av nyutexaminerade doktorer kan jämföras med den beräknade pensionsavgången bland forskarutbildade lärare under motsvarande period som enligt ovan var ca 100. Ett utrymme skulle därmed finnas för en höjning av forskarkompetensen såväl i lärarstaben som i vården. Men skulle

bara var femte adjunkt ersättas med en disputerad lärare under de kommande tio åren krävs ytterligare ett hundratal nydisputerade och en stor del av utbudet skulle därmed sugas upp av universitet och högskolor.

Drar man ut tidsperspektivet ännu längre dyker ett annat problem upp, nämligen åldersstrukturen hos de nuvarande doktoranderna i vårdvetenskapliga ämnen. Som redan framgått var åldersfördelningen mycket skev under Vårdalstiftelsens inledande kompetenssatsningar beroende på ett sedan länge uppdämt behov och intresse för forskarutbildning inom området. Åldersstrukturen har varit mer jämn under de senare satsningarna. Tyvärr saknas aktuella uppgifter om åldersfördelningen i doktorandgruppen som helhet, men uppgifter från antagningen till de vårdvetenskapliga forskarskolorna i Lund och vid KI (se ovan) tyder ändå på en relativt hög genomsnittsålder bland dem som i dag påbörjar sin forskarutbildning.

Väger man in även detta i bilden blir slutsatsen att det på längre sikt finns behov av fortsatt tillflöde av nya, helst yngre, doktorander inom vårdvetenskapen samtidigt som de senaste årens expansion gör det möjligt att ersätta de förestående pensionsavgångarna med nya doktorer. Det bör leda till höjning av den vetenskapliga kompetensen i lärarkåren som helhet. Det finns emellertid ett glapp, kompetens- och tidsmässigt, mellan tillflödet av nydisputerade och behovet av kvalificerade forskare på högre nivå. För att överbrygga detta glapp krävs framför allt fler karriärtjänster på postdoktoral nivå.

KRAVET PÅ EVIDENS I VÅRDEN

Inom hälso- och sjukvården är personalen enligt lag skyldig att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och det finns en starkare koppling mellan forskning, utvecklingsarbete och praktik än inom andra samhällssektorer. Som redan nämnts har kravet på evidens ökat markant under senare år som en följd av den närmast explosiva utvecklingen inom medicinen i kombination med krav på högre kostnadseffektivitet. I den programförklaring för att stärka den kunskapsbaserade/ evidensbaserade hälso- och sjukvården som Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet nyligen tagit fram står följande att läsa:

Hälso- och sjukvården är ett komplext system i vilket samhällets mest utvecklade kunskapsorganisationer samspelar. Grundläggande för en väl fungerande hälso- och sjukvård är att ny kunskap ständigt tas in och omsätts i praktiskt handlande liksom att gammal kunskap utmönstras.

Programmet understryker det starka samband som finns mellan teori och praktik liksom kunskapsspridningens centrala roll. Hälso- och sjukvården beskrivs som ett system av kunskapsorganisationer som måste ta ett större ansvar för kunskapsbildning och kunskapsstyrning.

Den evidensbaserade vården ställer krav på utvecklade kompetenser, organisatoriska strukturer och forskningsbaserade metoder för systematiskt förbättringsarbete men den kräver också verktyg för systematisk uppföljning och jämförelse av medicinska resultat, kostnader, resursinsatser, praxis och patientnytta. Samspelet med universitet och fakulteter måste utvecklas liksom formerna för att initiera FoU-insatser och klinisk forskning inom de områden där kunskapsläget i vården inte är tillfredsställande. Evidensbaserad vård har med andra ord betydligt vidare ambitioner än att anknyta existerande forskning till den kliniska praktiken. Det handlar också om implementering, förbättringsarbete, management mm. Mottagarkapacitet och mottagarkompetens behövs för att implementeringen skall fungera. Bl.a. behövs forskningserfarenhet hos FoU-ansvariga inom landstingen och personer med ansvar för att utveckla den evidensbaserade vården (exempelvis krav på vetenskaplig kompetens hos landstingens vårdutvecklingschefer). På det regionala planet behövs fora som kan både identifiera problem i vården för vetenskaplig

bearbetning och ta emot och omsätta vetenskaplig kunskap. De stora regionerna som inrättat specialistråd inom olika medicinska specialiteter kan behöva göra motsvarande inom olika vårdspecialiteter (omvårdnad, sjukgymnastik, arbetsterapi). I alla dessa sammanhang finns behov av vårdvetenskaplig forskning och kompetens.

SBU (Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering) har en central roll i detta sammanhang genom uppgiften att utvärdera olika metoder i vården ur ett samlat medicinskt, ekonomiskt, etiskt och socialt perspektiv. SBU:s granskningar skall visa på bästa tillgängliga underlag – evidens – om den nytta, de risker och de kostnader som är förknippade med olika åtgärder. Indirekt identifieras därmed viktiga kunskapsluckor till vägledning för fortsatt forskning. SBU:s granskningar behandlar i ökad utsträckning även den evidensbaserade omvårdnaden men vårdaspekter finns med även i de mer medicinskt orienterade utvärderingarna. Relationen mellan Vårdalstiftelsen och SBU skulle kunna beskrivas som dubbelriktad; dels utgör den vårdforskning som Vårdalstiftelsen stödjer ett underlag för SBU:s rapporter, dels kan de kunskapsluckor som identifieras i SBU:s utvärderingar tas om hand i Vårdalstiftelsens arbete. Att stödja kunskapsutveckling om villkoren för effektiv kunskapsöverföring från klinisk forskning till praktik är således av gemensamt intresse för stiftelsen och SBU.

FRAMTIDENS HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

En diskussion av vårdforskningens – och Vårdalstiftelsens – roll i kompetensutvecklingen framöver bör lämpligen ske mot bakgrund av de bedömningar, visioner och förslag kring hälso- och sjukvårdens utveckling i framtiden som presenterats under senare tid. Vi återger därför huvuddragen i några sådana framtidsbedömningar.

Regeringen framhåller i proposition 1999/2000:149 *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården* att utvecklingen under de kommande decennierna kommer att innebära nya utmaningar, inte minst vad gäller kompetensutveckling. Det beror inte enbart på att andelen äldre fortsätter att öka utan på att andelen i förvärsarbetande åldrar samtidigt bedöms minska. I dag är de i förvärsarbetande åldrar drygt tre gånger fler än de äldre. En bit in på 2020-talet förväntas de vara endast dubbelt så många. Detta skärper kraven på hälso- och sjukvården att tillhandahålla goda arbetsvillkor och utvecklingsmöjligheter för att kunna konkurrera om arbetskraften. Det gäller både att värna om och utveckla redan anställd personal och att kunna göra betydande nyrekryteringar till området i konkurrens med andra samhällssektorer.

I propositionen betonas att vårdbehoven kommer att öka ytterligare, bl.a. till följd av fortsatt utveckling av medicin-teknik och läkemedel. De förbättrade möjligheterna att tillhandahålla vård utanför sjukhusen påverkar också strukturen. En rad vårdinsatser som tidigare krävt den slutna vårdens resurser och kompetens kommer att kunna ges i hemmen och mot denna bakgrund diskuteras bl.a. förändringar i vårdbehoven, i patienternas värderingar och förhållningssätt samt i sättet att styra och leda vårdarbetet.

Utredningen om den högspecialiserade vården (Ds 2003:56) förutser också ett ökat vårdbehov i framtiden till följd av nya behandlingsmetoder som leder till att en ökande andel av befolkningen blir äldre och i behov av livsuppehållande behandling samtidigt som nya sjukdomstillstånd kan komma att öka vårdbehovet. Den tekniska utvecklingen kommer att underlätta vård och behandling och minska vårdtiderna samtidigt som det kommer att krävas stora investeringar för att vården skall vara uppdaterad och modern. Ett ökat utbyte av vård med andra länder kommer att ställa höga krav på evidensbaserad och dokumentation av kvalitet. Kostnaderna för sjukvården kommer att öka på grund av nya behandlingsformer och behandlingsmöjligheter. Möjligheterna till effektivisering av vården måste därför tas tillvara när det gäller alla former av vård. Utredningen bedömer vidare att det finns en risk för kompetensbrist inom vårdprofessionerna både på grund av pensionsavgångar och genom den utveckling av behandlingsformer och

diagnostik som kan förutses. En slutsats är att det behövs en förändrad struktur som underlättar styrning och dimensionering av verksamheter mellan dagens länssjukvård, regionsjukvård och rikssjukvård.

Vetenskapsrådets underlag till forskningspropositionen 2005-2008 (*Medicinsk forskning för hälsa, god sjukvård och ekonomisk tillväxt*) betonar också att svensk hälso- och sjukvård står inför stora utmaningar. Samtidigt som en allt större andel av befolkningen når högre ålder finns ojämlikheter i hälsa mellan olika grupper och växande hot i form av infektionssjukdomar, stressrelaterade sjukdomar, fetma, diabetes och allergi. Den medicinska forskningen har gjort det möjligt att undersöka, förebygga och behandla hälso-problem enklare, snabbare och säkrare än tidigare och skapat förutsättningar för en effektivisering av hälso- och sjukvården. Forskningen har gjort det möjligt att dra ner på dyrbar sjukhusvård och samtidigt höja livskvaliteten för patienterna. Men införandet av nya medicinska innovationer kan också innebära ökade kostnader och bl.a. därför är det viktigt att bibehålla en hög vetenskaplig kompetens för att kunna utvärdera och jämföra olika metoder inom medicinskt arbete, s.k. evidensbaserad sjukvård. Gemensamt för rådets beskrivningar av utvecklingen inom olika medicinska forskningsområden är att de uttrycker stor oro inför minskade anslag och bristen på ekonomiska resurser. Andra farhågor rör bl.a. generationsskiftet inom de närmaste femtio åren samt svårigheterna att bedriva klinisk patientnära forskning, som tidigare varit ett av styrkeområdena inom svensk forskning.

Kommunförbundet och Landstingsförbundet menar i *En forskningsstrategi för kommuner, landsting och regioner* att det är nödvändigt att i framtiden bedriva forskning som utgår från en syn på forskare och praktiker som jämbördiga samtalspartners där var och en har sin kompetens och praktik, man förordar uttrycket ”forskning med kommuner, landsting och regioner”. Forskning i ett med-perspektiv ger bättre förutsättningar för genuint lärande, som blir lättare att uppnå då FoU sker nära verksamheterna. Forskarna kan bidra med att ställa nya frågor, ifrågasätta och ge perspektiv. På så sätt skapas också förutsättningar för att personalen blir bättre forskningskonsumenter.

En stor utmaning inför framtiden inom såväl offentlig som privat sektor är förmågan att omsätta forskningsbaserad kunskap i praxis. Det gäller framför allt inom tjänstesektorn. Som exempel på angelägna frågor att behandla nämns hinder mot förändring, varför olika förbättringsstrategier fungerar eller inte, hur lärandestyrkt förändringsarbete kan drivas, hur vi involverar medarbetare och hur förslagssystem kan utnyttjas så att en kreativ miljö uppstår.

Den svenska foresight-studien Teknisk Framsyn behandlar framtidsfrågorna på vårdområdet i en särskild delrapport *Framtidens hälso- och sjukvård – framsteg och utmaningar*. Bland de utmaningar som framtidens sjukvård står inför nämner man de ökade sjukskrivningstalen, ett stort rekryteringsbehov av personal, fler multisjuka och en befolkning med allt fler äldre. Vårdpersonalens roller och de administrativa systemen kommer att behöva ändras. Behovet av effektiviseringar inom hälso- och sjukvården kommer att driva på teknikutvecklingen för att administrera, utföra och följa upp verksamheten. Metoder för att mäta effektivitet och kostnader och för att utvärdera olika behandlingar måste utvecklas.

I rapporten uttrycks farhågor för att den tidigare ibland världsledande kliniska medicinska forskningen tappar mark i internationell jämförelse. Sverige har mycket goda förutsättningar att nå framgång när det gäller att attrahera klinisk prövningsverksamhet speciellt på sjukdomar med stora patientgrupper såsom hypertoni, diabetes etc. Det beror på ett gott rykte när det gäller den kliniska forskningen: patienter ställer upp, bra registerdata, goda möjligheter till uppföljning och väl fungerande myndigheter inom området. En förutsättning är hög vetenskaplig kompetens hos vårdpersonalen med möjlighet och incitament för att forska.

Även denna framtidsstudie betonar att rekrytering av personal är en av de största utmaningarna för den framtida hälso- och sjukvården och samtidigt en stark drivkraft för förändring. Vårdens olika yrkesroller kommer att förändras, exempelvis kan läkarsekreteraren komma att återinföras i sjukvården och sjuksköterskorna ta över mer av enklare diagnos och behandling samt ledarskap i viss utsträckning.

NÅGRA INTERNATIONELLA UTBLICKAR

Vårdforskningen har inte alls samma inriktning och organisation i olika länder vilket försvårar internationella jämförelser. Olikheterna gäller inte bara den kliniska omvårdnadsforskningen utan i minst lika hög grad forskningen inom social omsorg, äldreomsorg och liknande där ansvarsfördelning och gränser dras på annat sätt än i vårt land. De internationella utblickar som redovisas nedan begränsas därför till forskningsområdets styrning och finansiering i några andra länder som erbjuder intressanta lösningar som kan inspirera vår inhemska diskussion.

Vårdforskningens situation i länder som England, USA, Canada, Australien och våra nordiska grannländer uppvisar ändå stora likheter med läget i Sverige. Spänningen mellan den professionsinriktade och den probleminriktade definitionen av forskningsområdet går igen liksom behovet av resursförstärkning för att utveckla vårdvetenskapen och stärka evidensen i vården. Genom vårdutbildningarnas integration i högskolan och inrättandet av Vårdalstiftelsen ligger Sverige väl framme i internationell jämförelse. Den kliniska inriktningen inom vårdforskningen sägs också vara starkare i Sverige än i exempelvis våra nordiska grannländer, liksom det mångvetenskapliga angreppssättet och det patientnära perspektivet (Eriksson 2001, Hallberg 2003). Samtidigt är den svenska forskningsfinansieringen via Vetenskapsrådet disciplinorienterad till skillnad från den mer programbaserade organisation för forskningsstöd som finns i många andra länder och som underlättar uppbyggnad av nya och gränsöverskridande forskningsområden. Vårdforskning blir under sådana förhållanden en naturlig del av "health science" tillsammans med medicin och vissa forskningsinriktningar inom andra discipliner.

Som exempel kan vi hänvisa till den omorganisering av forskningsfinansieringen av medicinsk och hälsovetenskaplig forskning som skett i Kanada. År 2000 skapades Canadian Institutes of Health Research (CIHR) vilket innebar en nyorientering på många sätt. Förutom att den nya organisationen fick ökade anslag innebar det också en helt ny uppbyggnad av forskningsstödet. CIHR är uppdelad i 13 prioriterade hälsoområden och dessa är i liten utsträckning traditionellt disciplinbaserade och i betydligt större utsträckning problembaserade och täcker ofta samhälleliga hälsofrågor. Därmed öppnar organisationen upp för mångvetenskaplighet. Inom dessa områden försöker man också integrera företrädare för akademien, industrin och patientorganisationer. Sålunda strävar man efter en integration av olika delar i forskningen samtidigt som man fokuserar på kunskapsöverföringen av forskningsresultaten. Man ger också stöd åt kommersialisering av idéer i tidiga skeden. Den grundläggande visionen är att få ihop alla aktörer som är viktiga i hälsoforskningen, innefattande de som finansierar forskning, de som utför forskningen och de som använder forskningsresultaten.

Organisationsmodellen har inneburit att man snarare talar om hälsoforskning än medicinsk forskning. Det medför också att gränserna för vilken typ av forskning som kan få stöd har utökats. Forskning som får stöd kan vara både grundläggande forskning om mekanismer om sjukdomar till förebyggande hälsovårdsarbete. Det innebär i sin tur att en del av verksamheten inriktas mot att försöka påverka forskningsagendan och maktinnehavarna. Formerna för CIHR:s forskningsstöd är dock mer klassiska. Bidragen består till 70 procent av traditionella projektanslag som fördelas efter sedvanligt peer-review förfarande. Övriga anslag är strategiska satsningar riktade mot större hälsoproblem, som utvecklas av de olika instituten inom CIHR.

Ett annat exempel i samma riktning är Nederländerna. År 2001 skapades ett nytt forskningsråd för hälsoforskning (ZonMw) genom en sammanslagning av det tidigare medicinska forskningsrådet och myndigheten för hälsovårdsforskning. Ungefär samtidigt slogs landets åtta medicinska fakulteter samman med lika många universitetssjukhus till medicinska universitetscentra. Därigenom hoppas man främja överföringen av forskning till praktisk verksamhet och på bättre sätt fånga upp relevanta frågeställningar i vården. Ett tydligt uttalat mål med reformerna är således att forskningen skall leda till bättre hälsa för befolkningen genom att binda samman grundforskning, applicerad forskning och det dagliga sjukvårds- och omsorgsarbetet.

Forskningsfinansieringen i ZonMw bedrivs i över 80 program, men arbete pågår som syftar till att minska antalet. Ett första steg är att man delat in dem i fem kluster. De är: forskning och innovation, förebyggande hälsoarbete, kroniska sjukdomar, brukarstyrd sjukvård samt vårdkvalitet och teknikutvärdering. Forskningsrådet ger anslag till såväl forskarstyrda projekt (drygt 40 procent av de totala anslagen om ca 650 miljoner kronor) som riktade satsningar till områden där det anses finnas ett behov av utbyte mellan forskare och praktiker.

I England har man på regeringsnivå gjort en genomgång av forskningskapaciteten inom ”nursing and allied health professions” och funnit att området är kraftigt underfinansierat om man jämför med exempelvis utbildningsforskning (HEFCE 2001). Utredningen mynnar ut i ett antal rekommendationer. Utgångspunkten är att forskningsstödet skall avse all vårdforskning oberoende av professionstillhörigheten hos den som utför forskningen. Även om det råder enighet om att uppbyggnad av vårdforskning är ett gemensamt ansvar för flera forskningsfinansiärer föreslår man att det inrättas en särskild fond för att stödja vårdforskning inom prioriterade områden. Rekommendationerna går generellt i riktning mot mer storskaliga satsningar och med sikte på forskning som tillgodoser behovet av kunskap och kompetens i vården. Man föreslår att en del av fondens resurser öronmärks för att utveckla forskningsnätverk och strukturer för spridning ”within and beyond the academic setting”. Samtidigt betonas att resurserna skall allokeras ”on the basis of quality not simply fitness for purpose” och man avråder från koncentration till ett fåtal ”centres of excellence”. En viktig uppgift för fonden skall enligt förslaget vara att i samverkan med andra stödja forskarutbildning och karriärutveckling på vårdforskningens område.

Resultatet av denna utredning blev emellertid inte en speciell fond för vårdforskning men däremot en Research capability fund som 2004–05 delar ut 17,5 miljoner pund till forskning inom nya områden som saknar en stark forskningsbas. ”Nursing”, ”other studies and professions allied to medicine” och ”social work” räknas hit tillsammans med konst, kommunikation, media och idrott. Vårdforskningen har därmed en utpekad om dock inte självständig plats i det engelska systemet för forskningsfinansiering.

Finland har sedan länge en omfattande och livaktig vårdvetenskaplig forskning men av mer teoretisk/humanistisk inriktning än i Sverige. Forskarutbildningen är inte bara mer teoretisk utan även betydligt längre än i Sverige. Forskningen inom området ”nursing and caring sciences” har nyligen utvärderats (Academy of Finland 2003). Som första punkt på listan över rekommendationer står en gemensam definition av forskningsområdet, uttryckt i termer som är meningsfulla för både ”practitioners, policy makers, research funders and health service users as well as nurse scientists themselves”. Detta skall bidra till att leda utvecklingen framöver i en delvis ny riktning. Enligt utvärderingen bör det ske en större koncentration på problem av betydelse för praktiken och för patienter och vårdpersonal, mer forskning som fokuserar på effekterna i den kliniska praktiken och mer storskalig forskning och ”international multi-centre research”.

Utvärderingen rekommenderar även mer programforskning och uppbyggnad av centrumbildningar, mer mångdisciplinär forskning och mer samarbete över institutionsgränserna. Många rekommendationer

gäller forskarutbildningen som behöver integreras bättre i forskningsverksamheten. Ett problem är att doktoranderna tenderar att vara alltför gamla och utvärderarna är oroliga för den ytterligare förlängning som kan bli följden av den nya europeiska masterexamen. De rekommenderar därför alternativa vägar som förkortar tiden fram till doktorsexamen och som förlänger den tid vårdforskarna kan verka i praktiken som självständiga forskare.

ÄNDRAT FOKUS FÖR VÅRDALSTIFTELSENS SATSNINGAR?

Det är dags att skapa strukturer för att kunna ta itu med mer storskaliga projekt. Det gäller inte bara vårdforskningen utan hela den kliniska medicinska forskningen. Nu blir det gärna "more of the same", vilket behövs i en uppbyggnadsfas, men det finns för få interventionsprojekt. Vad som behövs är bredare upplägg, större patientunderlag, mer långsiktiga projekt.

(chefsläkare vid universitetssjukhus)

De utmaningar som vårdforskningen står inför reser en rad frågor som går långt utöver syftet med denna studie. De resultat som redovisas i rapporten tillsammans med de synpunkter som framkommit i våra intervjuer ger oss dock underlag för några avslutande reflektioner kring Vårdalstiftelsens framtida roll i kunskapsutvecklingen på vårdforskningens område. Frågeställningarna är delvis generella och gemensamma för nya vetenskapsområden som växer fram i gränslandet mellan redan etablerade akademiska discipliner och närmare den praktiska tillämpningen än traditionell universitetsforskning.

Huvudfrågan är om Vårdalstiftelsen skall fortsätta på den inslagna vägen eller om man bör förskjuta fokus något. Diskussionen i det följande skall ses mot bakgrund av vårdvetenskapens kraftiga tillväxt och i många avseenden förstärkta ställning jämfört med för tio år sedan. De frågor vi ställer och de alternativ som målas upp skall inte uppfattas som att man måste välja eller att det nödvändigtvis finns en motsättning mellan olika mål. Men i en situation där resurserna är begränsade är det troligt att man åtminstone ibland måste luta sig mot något alternativ. Våra avslutande reflektioner skall i första hand ses som ett bidrag till den fortsatta diskussionen om Vårdalstiftelsens stödinsatser under den återstående verksamhetsperioden.

AKADEMISK EXCELLENS OCH PRAKTISK NYTTA – KAN DE FÖRENAS?

En första central fråga gäller vårdvetenskapens akademiska ställning och målet att forskningen skall komma hälso- och sjukvården, den kommunala omsorgen och samhället i stort till gagn. Det behöver inte finnas någon motsättning mellan dessa mål, men det är heller inte självklart att en vårdvetenskap av högsta kvalitet indirekt och av egen kraft leder till förbättringar i den praktiska verksamheten. Vilket syfte som står i fokus har stor betydelse för Vårdalstiftelsens fortsatta inriktning.

Vårdalstiftelsens uppdrag har inneburit att stiftelsen hittills prioriterat uppbyggnaden av en akademisk disciplin eller kanske snarare ett nytt forskningsområde inom universitetsorganisationen (jfr den tidigare redovisade beskrivningen av policyteorin bakom kompetenssatsningarna). Detta forskningsområde kan gå tillbaka om och när de specialdestinerade medlen försvinner om inte andra finansierare är beredda att ta vid. Men kravet på nytta och evidens växer kraftigt och kan om det utnyttjas rätt vara möjligheten att få fortsatt ekonomiskt stöd och förtroende. Vårdalstiftelsens återstående livslängd är inte mer än 6–10 år och det är stiftelsens målsättning att vårdforskningen då nått en sådan ställning att den kan utvecklas vidare utan särbehandling och i konkurrens med andra angelägna forskningsområden. I längden kan en plats i vetenskapssamhället i konkurrens med andra ämnen vara den bästa lösningen. Detta är något som många engagerade vårdforskare framhållit i våra intervjuer. Hur länge fördelarna med öronmärkta satsningar till området överväger nackdelarna är en fråga som är svår att bedöma. Mycket talar för att området behöver särskilt stöd ytterligare en tid för att hinna bygga upp tillräckligt starka och kreativa forskningsmiljöer. Hur Vårdalstiftelsen prioriterar sina insatser under den tid som återstår har stor betydelse och där är balansen mellan excellens och nytta central.

Men vad händer med kvaliteten om fokus förskjuts mot praktisk tillämpning? Finns det en risk för sjunkande kvalitet på forskningen? De stränga kvalitetskrav som ställs på det vetenskapliga underlaget för evidensbaserad vård tyder knappast på det. Snarare skulle man kunna se kravet på evidens som den sammanbindande länken mellan excellens och praktisk nytta. Målet borde vara att den vetenskapligt mest framstående forskningen också var den med högst evidensvärde och nytta i vid bemärkelse. På basplanet finns ett nära samband mellan den vårdvetenskapliga kompetensnivån och evidens i vården. För att skapa miljöer och förutsättningar för evidensbaserad vård krävs att personalen har ett aktivt positivt förhållningssätt till forskning. Det är också ett viktigt skäl till varför de som disputerar inte bör släppa forskningen utan ges möjligheter att bedriva forskning i tjänsten, oavsett om de fortsätter som lärare inom högskolan eller verkar i den praktiska vården och omsorgen.

En fråga kopplad till denna diskussion är i vilken utsträckning universiteten skall bestämma över de särskilda satsningarna på vårdforskning. Det faktum att en så stor del av Vårdalstiftelsens kompetenssatsningar (även de som universiteten själva fick bestämma över) gick till att finansiera doktorandtjänster kan inge vissa betänkligheter. Det bör samtidigt ses i ljuset av universitetens trängda ekonomiska läge och den hårda konkurrens som rått om doktorandmedel med mer etablerade discipliner. Även incitamentsstrukturen och det akademiska meriteringssystemet, som premierar forskare med många doktorander, kan ha motiverat satsningen på doktorandtjänster. Utfallet ger hur som helst en indikation om att Vårdalstiftelsens anslag kan behöva specialdestineras för att inte försvinna i den allmänna konkurrensen om medel (som antagligen inte blir mindre framöver).

HUR SKALL STÖDOMRÅDET AVGRÄNSAS?

Integration, samverkan och gränsöverskridande har varit nyckelord i diskussionen om vårdforskningens utveckling antingen den handlat om relationerna mellan olika vetenskapliga discipliner och synsätt, mellan olika huvudmän eller mellan forskning och klinisk praktik. Men ord som samverkan och integration blir lätt ett slags mantra om inte mål och medel preciseras tydligare.

Som vi redan noterat råder det ingen klarhet i hur vårdvetenskap skall definieras. Stora ansträngningar har lagts på att definiera området och det finns de som menar att det är dags att koncentrera sig på forskningens innehåll och inte spendera mer tid på att söka området gränser. Det är knappast heller Vårdalstiftelsens roll att definiera ämnesområdet. För att stödja detsamma krävs dock en uppfattning om ungefär var gränserna går. Vi har noterat att utvärderingen av vårdforskningen i Finland tar upp definitionen och avgränsningen av forskningsområdet som en första punkt på sin åtgärdslista. Även om situationen i Finland är något annorlunda kan det vara viktigt även i Sverige att slå fast att vårdvetenskap är ett övergripande begrepp för olika forskningsinriktningar med det gemensamma syftet att studera vård och omsorg i förbindelse med människors hälsa och ohälsa. Liksom att vårdforskning kan ske med olika vetenskapliga metoder och angreppssätt och inom olika discipliner.

En fråga i detta sammanhang är om Vårdalstiftelsens satsningar även fortsättningsvis skall inriktas mot att stärka professioner i vården (t.ex. sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter) eller om man primärt syftar till att utveckla ett akademiskt forskningsområde. Vårdalstiftelsens satsningar har så här långt – och i enlighet med direktiven – pekats i olika riktningar. Projektstödet (det allmänna såväl som det riktade) har haft som primärt syfte att utveckla vårdvetenskapen som ett akademiskt forskningsområde medan kompetensutvecklingsstödet varit mer inriktat på att vetenskapligt utveckla vissa professioner. Det innebär att tjänster även har gått till biomedicinska analytiker, vilka sällan själva betecknar sig som vårdforskare och vars forskning ofta ligger vid sidan av vad som räknas som vårdvetenskap. Om man däremot sätter behovet av en uppbyggnad av forskningsområdet i första hand är det mer tveksamt att begränsa omfattningen av stödet till personer som har medellång vårdutbildning, åtminstone om man

utgår ifrån en problemorienterad definition av ämnet. Ett klart ställningstagande på denna punkt har stor betydelse för hur resurserna fördelas i framtiden.

För att koncentrera och prioritera forskningsstödet krävs tydlighet inte bara om forskningsområdets gränser utan också om vilka delar området består av och vilka problem eller perspektiv som framstår som viktigast. Vårdalstiftelsen har som nämnts tidigare uttryckt detta i teman av olika slag. Inom vårdvetenskapen i stort tycker vi oss skönja en pågående förändring från teman uttryckta i termer av specifika vårdbehov eller kategorier av vårdtagare (äldreomsorg, långvarigt eller psykiskt sjuka etc.) till prioriteringar uttryckta mer i termer av forskningens allmänna syfte och/eller perspektiv (förbättrade behandlingsmetoder, patient- och anhörigperspektiv etc.).²⁹ Detta är troligen en naturlig följd av områdets allmänna expansion och utveckling men aktualiserar ändå frågan om hur syftet och avgränsningen av Vårdalstiftelsens fortsatta stöd till forskning och kompetensutveckling skall uttryckas framöver.

En större tydlighet när det gäller syfte och avgränsning kan underlätta vårdforskningens etablering och status såväl i akademien som i den kliniska praktiken. En tydligare betoning av den mångvetenskapliga karaktären borde även ge större möjligheter att utveckla forskning som stärker den evidensbaserade vården.

VILKEN FORM AV FORSKNINGSTÖD?

Så här långt har Vårdalstiftelsen i mångt och mycket agerat som en traditionell forskningsfinansiär som huvudsakligen gett stöd till projekt och tjänster. Ett avgörande val inför framtiden är om man vill fortsätta på den inslagna vägen eller ändra inriktning. Vi ser två möjliga vägar framåt. Den ena är att fortsätta på ungefär samma sätt som hittills, d.v.s. stödja projekt, ge finansiering åt akademiska tjänster och stödja forskarutbildning, även om det sker med en något annorlunda fördelning. Mottagare av sådant forskningsstöd är nästan undantagslöst universitet och högskolor. Den andra vägen skulle innebära att tyngdpunkten i Vårdalstiftelsens stöd förskjuts mot forskning som i första hand förväntas ge effekter i den praktiska vården och omsorgen. Det är en för svenska förhållanden mer otraditionell roll för en forskningsfinansiär, som innebär att Vårdalstiftelsen blir ett organ som stödjer vårdforskning såväl i akademien som i den praktiska verksamheten. Vi är medvetna om att ett sådant vägval innebär risker. Det finns naturligtvis alltid en risk att en betoning av forskningens praktiska nytta sker på bekostnad av mer grundforskningsinriktad forskning och minskar möjligheterna att fortsättningsvis få traditionella rådsanslag.

I studiens empiriska material (intervjuer och enkäter) framträder ett stort behov av fortsatt satsning på akademiska forskartjänster, och då framför allt seniora tjänster (postdok- och andra karriärtjänster). Dessa synpunkter framförs oftast utifrån ett forskningsperspektiv även om det också finns argument som utgår från behovet av forskningsmeritering i vården. Redan under nuvarande förhållanden är det svårt att bedriva forskning efter avslutad disputation och än svårare lär det bli framöver när utexaminationen av nya doktorer ökar. Behovet av lärare i grundutbildningarna är stort och leder till ett kraftigt sug efter nydisputerade. Det är samtidigt svårt för disputerade utan fast tjänst att få stora anslag och konkurrensen om forskningspengarna är hård. För att få försörjning dras de nydisputerade till grundutbildningen och relativt många slutar att forska. Det talar för att det bör skapas fler karriär-möjligheter och forskartjänster på mellannivå.

²⁹ Ett exempel är den beskrivning av forskningsområdet som KI nyligen antagit och som avgränsar området till tre teman som betonar forskningens syfte till evidensbaserad omsorg och vård, forskning med ett patient- och/eller närstående perspektiv samt forskning i hälsobefrämjande och förebyggande syfte (KI 2005).

Samtidigt kan man befara att om en större andel av stiftelsens resurser används till seniora tjänster så minskar satsningen på bredden i vårdforskningen. Det är en svår avvägningsfråga. Men som visats har de särskilda forskarassistenttjänsterna (de s.k. professorskuvöserna) haft en rad positiva effekter. De har medfört att nya forskningsidéer har kunnat realiseras, att forskargrupper byggts upp och att möjligheter till handledning av doktorander har ökat. Man har också kommit åt, åtminstone delvis, ett annat av vårdforskningens problem, nämligen småskaligheten i forskningsprojekten. Slutsatsen blir att det vårdvetenskapliga forskningsfältet framför allt lider av brist på post-doktorala tjänster och att det av stor vikt att de tidigare satsningarna på postdok-tjänster fortsätter och utvidgas nu när antalet nydisputerade vårdforskare ökar markant de närmaste åren. På lång sikt blir hela forskningsfältet lidande av för få post-doktorala tjänster.

VEM HAR ANSVAR FÖR DEN TOTALA RESURSNIVÅN?

Frågan är hur forskarutbildningen (och grundutbildningen) drabbas om Vårdalstiftelsen fokuserar på högre forskartjänster. Utbildningsmotivet i stiftelsens uppdrag och stadgar kan sägas redan ha fått ordentligt stöd i de genomförda programmen och det är tveksamt om detta uppdrag även framöver kan anses ligga på Vårdalstiftelsens bord. Det borde vara statens och läroanstalternas ansvar att sörja för såväl forskningsanknytningen av grundutbildningen som utbildningen av nya lärare och forskare inom området. Det borde tillgodoses inom ramen för den allmänna forskningsfinansieringen och beaktas i statsmakternas ställningstagande i den kommande forskningspropositionen som svar på förslag från universitet och högskolor, forskningsråd och forskarutbildningsutredningen. Bl.a. måste den framtida finansieringen av forskarskolorna i vård och omsorg klaras ut. Vi har i vårt fortsatta resonemang utgått från att så sker (oavsett på vilken resursnivå man hamnar totalt sett). Skulle ansvarsfördelningen bli en annan faller givetvis en del av argumenten.

Här tangerar vi återigen den generella problematik som blir följderna när forskningsresurser öronmärks för vissa speciella ändamål under en uppbyggnadsperiod. Det leder ofta till att resurstillflödet från andra finansieringskällor minskar eller upphör helt och det blir svårt att hålla positionerna när öronmärkningen upphör. Det ligger nära till hands att påminna om den allmänna nedskärning av fakultetsanslagen som följde på etablerandet av forskningsstiftelserna i mitten på 1990-talet. När det gäller Vårdalstiftelsen särskilda insatser för kompetensutveckling har lärosätena emellertid skjutit till pengar för att göra satsningarna fullskaliga. Det är dock omöjligt att uttala sig om universitet och högskolor i andra situationer avstått från satsningar på vårdvetenskapen med hänsyn till Vårdalstiftelsens särskilda kompetensstöd. Under senare år har vårdvetenskapen faktiskt uppraderats hos flera privata forskningsstiftelser (t.ex. Cancerfonden och Barncancerfonden) samt hos statliga Vetenskapsrådet, som haft en prioriterad satsning på vårdvetenskap under perioden 2001 till 2004. Tillsammans med ökade bidrag till vårdforskning från landsting och kommuner kan man därför inte säga att resurstillflödet till området minskat från övriga finansierare hittills, snarare tvärtom.

Om statsmakterna framöver skulle ta det fulla ansvaret för forskningsanknytningen och forskarutbildningen finns knappast skäl för Vårdalstiftelsen att upprätthålla det särskilda doktorand-stödet och inte heller den hittillsvarande gränsen mellan projektanslag och kompetensstöd. I stället skulle stiftelsens roll kunna koncentreras på att bygga upp infrastrukturen och stödja framgångsrika forskningsmiljöer på ett begränsat antal ställen i landet. Sådana mer storskaliga forskningsanslag kommer naturligtvis att innehålla stöd till både doktorander, postdoktorer och kvalificerade akademiska forskare, allt efter projektens behov och önskemål i det enskilda fallet. Men resurserna skulle också kunna gå till andra typer av insatser och till andra mottagare så länge syftet är att stödja framgångsrik vårdforskning av hög kvalitet, t.ex. utrymme för forskning i kliniska tjänster, försöksprojekt och implementerings-forskning i vård- och

omsorgsverksamheten. Även processer som syftar till att ta fram och utveckla forskningsprogram utifrån ett patient- eller praktikerperspektiv borde kunna finansieras av Vårdal-stiftelsen.

KONCENTRATION ELLER SPRIDNING AV RESURSINSATERNA?

Den stora skillnaden mellan de skisserade utvecklingslinjerna är att man i den första siktar på akademisk excellens medan man i den senare fokuserar mer på forskningens tillämpning och dess roll utanför akademien – men utan att ge avkall på den vetenskapliga kvaliteten. Att gå i den senare riktningen behöver inte innebära en utspridning av resurserna utan kan mycket väl gå hand i hand med ambitionen att koncentrera insatserna ytterligare. Vårdalinstitutet är exempel på en koncentrerad satsning som haft vidare syften än att stödja inomvetenskaplig forskning. Institutet har under de tre år som verksamheten varit i drift rönt stor uppskattning såväl bland de direkt inblandade i verksamheten som i omgivningen. Särskilt den snabba igångsättningen har imponerat. En slutlig utvärdering kommer att ske efter anslagsperiodens utgång d.v.s. om ytterligare två år. Det är osäkert hur verksamheten skall drivas vidare därefter. Den samlade bedömningen är att finansieringen av utbildnings- och forskningsverksamheten på längre sikt bör tas över av universitetsorganisationen men att fem år troligen är för kort tid för att detta skall kunna ske fullt ut. Institutets framtid är beroende både av hur de statliga anslagen till forskning och forskarutbildning och de berörda landstingens och kommunernas FoU-stöd utvecklas framöver.

Det finns resultat i denna studie som kan tolkas som argument för såväl spridning som koncentration av Vårdalstiftelsens stödinsatser under den återstående perioden. De additionseffekter som kompetensstödet givit upphov till talar för att relativt begränsade initiala stödinsatser kan få stor effekt. Samtidigt framhåller många att det viktigaste på lång sikt är att bygga upp infrastrukturen genom att satsa på ett begränsat antal storskaliga projekt.

HUR NÅR MAN KUNSKAPSÖVERFÖRING I BÅDA RIKTNINGARNA?

Hur vetenskaplig kunskap kan få praktisk tillämpning är och förblir ett centralt problem för vårdforskningen. Det vittnas om att chefer och personal i vården är ointresserade av att ta till sig relevant vetenskaplig kunskap. Likaså finns det de som säger att akademikerna formulerar forskningsproblem som är ointressanta eller svårtillgängliga för de praktiskt verksamma och för praktiken. Att stärka forskningens kliniska anknytning har länge varit en uttalad ambition som bara delvis realiserats.

Även om Vårdalstiftelsen haft mer långtgående ambitioner än andra forskningsfinansiärer när det gäller att överföra forskningsresultat till praktisk tillämpning har åtgärderna i praktiken ofta kommit att utformas enligt ”den linjära modellen” d.v.s. uppfattningen att mer kunskap löser problemet. Ett sådant tillvägagångssätt arbetar i huvudsak bara i ena riktningen, nämligen från forskaren till praktikern som sedan för kunskapen vidare i åtgärder riktade till patienten eller vårdnadstagaren. I denna tankemodell är det forskningen som styr kunskapsutvecklingen. Den typ av vårdvetenskap som syftar till förändring av metoder och arbetssätt kräver emellertid att forskningen är relevant för praktikerna och vårdtagarna. Därmed hamnar fokus på hur forskningsproblemen formuleras. Om problemen formuleras enbart utifrån ett forskningsperspektiv kan de bli ofullständiga eller rent av ointressanta för praktiken.

Vårdalstiftelsen har vid återkommande tillfällen pekat på behovet av kunskapsöverföring och det borde finnas utrymme att förstärka insatserna inom detta område. Tidigare i rapporten betonade vi att denna process kräver 1) forskning inom problemområdet, 2) bedömning av vilken forskning som skall implementeras samt 3) kunskap om hur implementeringen blir effektiv. Genom den framväxande vårdforskningen och SBU:s insatser förbättras läget successivt i de två förstnämnda avseendena. Men för att stärka evidensen i vården är det viktigt att det också finns kunskap om vilka faktorer som underlättar re-

spektive hindrar överföringen av vetenskapliga resultat till praktiken. Det är ett område som är tämligen obeforskat och Vårdalstiftelsen skulle genom sina satsningar kunna bidra till ytterligare kunskap inom detta problemkomplex.

Det ligger utanför vårt uppdrag och vår kompetens att ge konkreta förslag till insatser som Vårdalstiftelsen kan tänkas stödja för att stärka kunskapsöverföringen mellan forskning och praktik. Den faktor som framför allt kommit på tal i våra intervjuer med doktorander, forskare och verksamma inom hälso- och sjukvården är behovet av en ny karriärstruktur som gör det möjligt att tillvarata, vidareutveckla och i praktiken tillämpa den vetenskapliga kompetens som nu växer fram inom vård och omsorg. Det handlar om att skapa nya karriärvägar och tjänster (kliniska lektorat eller andra kombinationstjänster) som gör det möjligt för betydligt fler vårdforskare att upprätthålla kontakten med klinisk praktik och för hälso- och sjukvården att utnyttja vetenskapligt baserad kunskap både i den kliniska praktiken och i utvecklingsarbete av olika slag. De nya ALF-avtalen öppnar möjligheter att finansiera klinisk forskning även för andra personalkategorier i vården än läkare och angelägna åtgärder borde kunna samfinansieras av exempelvis Vårdalstiftelsen, universitetet och sjukvårdhuvudmännen (enligt samma modell som Vårdalinstitutet).

Under våra intervjuer har följande exempel på åtgärder från Vårdalstiftelsens sida för att öka kunskapsöverföringen mellan teori och praktik kommit på tal:

- Stöd till demonstrations- och försöksprojekt (projekt som drivs i ett samarbete mellan akademi och en klinik där man försöker implementera vetenskapliga resultat och utvärdera dess effekter). Endast kliniker av hög standard bör dock väljas ut för sådana försök för att undvika att forskningsresurserna används till utvecklingsarbete. Detta kräver nära samverkan med sjukvårdshuvudmannen. Försöksprojekten kan sedan användas som förebilder för andra kliniker.
- Stöd till uppbyggnad och underhåll av internationella forskningsnätverk på den kliniska vårdforskningens område.
- Stöd till forskning som studerar hur implementeringen av kunskap inom hälso- och sjukvård och social omsorg går till. Det saknas forskning om ledning, styrning och förändringsarbete i vården med utgångspunkt i svenska förhållanden.
- Medverkan till inrättande av fler vårdutvecklingstjänster och forskningsansvariga i den kliniska verksamheten (personer som står för beställar- och mottagarkompetensen och som kan förmedla forskningsresultat och även genomföra forskningsprojekt tillsammans med personalen) och till att det ställs krav på vetenskaplig kompetens för dessa personer.
- Medverkan till insatser i syfte att stärka mottagarkompetensen för evidensbaserad kunskap i hela vårdkedjan.
- Ökad observans på de kunskapsluckor som kommer fram i SBU:s utvärderingar när det gäller vård och behandling inom olika områden.

BEHÖVER STIFTELSENS PRIORITERINGS- OCH ARBETSMETODER FÖRÄNDRAS?

Den mer otraditionella roll för Vårdalstiftelsen som här målas upp som tänkbart alternativ innebär en förskjutning av Vårdalstiftelsens roll i riktning mot att fungera mer som förändringsagent i förhållandet forskning och praktik och mindre som traditionellt forskningsråd. Den ställer delvis annorlunda krav på sättet att arbeta, på samverkan med andra intressenter och på beredningsarbetet. Arbetsformer för att ta fram projektförslag och bereda dessa samt samarbeta med många olika parter är resurskrävande men samtidigt nödvändiga inslag i ett sådant arbetssätt.

Till uppdraget att gräva ny mark och pröva nya metoder är kopplat ett ansvar att följa upp och utvärdera effekterna av insatta åtgärder. Vår studie visar att det har varit förenat med stora svårigheter att överhu-

vudtaget identifiera och spåra innehavarna av de tjänster som inrättats med Vårdalstiftelsens stöd. Den officiella statistiken har dessutom visat sig ha stora brister om man vill följa utvecklingen på vårdforskningens område både när det gäller lärtjänster och forskarutbildning. Här skulle Vårdalstiftelsen kunna göra en insats för att underlätta fortsatt uppföljning och utvärdering inte bara av de egna insatserna utan också av utvecklingen på vårdforskningens område överhuvudtaget. Om inte förr så kommer det att ställas krav på kvalificerat utredningsunderlag i samband med att Vårdalstiftelsen avvecklas och vårdforskningens framtid kommer upp till samlad diskussion. För att leva upp till denna ambitionsnivå krävs ekonomiska resurser och kompetens för analys och utredningsarbete av ett annat slag än Vårdalstiftelsen förfogar över i dag.

SLUTORD

Vi summerar diskussionen om Vårdalstiftelsens strategi genom att peka på tre övergripande frågeställningar. Det är tre problem som inte har några enkla svar eller entydiga lösningar, men som likväl behöver föregå diskussionen om hur stiftelsen mer i detalj bör utforma sitt fortsatta stöd till kompetensuppbyggnad på vårdforskningens område.

1. I vilken utsträckning bör den pågående utvecklingen inom hälso- och sjukvården mot ökade krav på implementering av evidensbaserad kunskap och mot integration av forskning och utveckling vara styrande för kompetensstödet utformning? Och hur bör forskningsstödet utformas så att det bidrar till en ny karriärstruktur i vård och omsorg som främjar evidens?
2. I vilken utsträckning bör man utgå från att läroanstalter och forskningsråd tar sitt ansvar för kompetensuppbyggnaden inom vårdforskningen på samma sätt som inom andra forskningsområden och Vårdalstiftelsen därmed kan koncentrera sina insatser på det ”extra” som behövs för att bygga upp kompetens inom ett nytt samhällsligt prioriterat område?
3. I vilken utsträckning bör kompetensstödet koncentreras till mer storskaliga forskningssatsningar på bekostnad av att låta ”tusen blommor blomma” och av kompetensuppbyggnad på bredden vid landets högskolor?

LITTERATUR

- Academy of Finland (2003): *Nursing and Caring Sciences. Evaluation report*. Publications of the Academy of Finland 12/03. Helsingfors: Finlands Akademi.
- Ahlström, Gerd (2000): "Vilken forskning är viktig/nödvändig för omvårdnadsämnets fortsatta utveckling?", i *Omvårdnad som akademiskt ämne* (2000).
- Andersson, Kerstin M (1984): *Omvårdnad: Framväxten av en ny vetenskap*, Solna: Esselte Studium.
- Bergström, Eva m.fl. (2000): *Det dolda universitetet. Framväxten av nya FoU-miljöer utanför universitet och högskolor*. DFR-rapport 2000:2. Falun: Dalarnas Forskningsråd.
- Bero, Lisa A. et al. (1998): "Closing the Gap between Research and Findings", *British Medical Journal*, vol. 317 (7156), s. 465–468.
- Björkstén, Bengt m.fl. (2003): "New ideas in asthma and allergy research: creating a multidisciplinary graduate school." *Journal of Clinical Investigation* 112, s. 816-820.
- Dahlberg, Karin et al. (2003): *Att förstå vårdvetenskap*, Lund: Studentlitteratur.
- Dopson, Sue et al. (2003): "Evidence-based Medicine and the Implementation Gap", *Health*, vol. 7 (3), s. 311–330.
- Ds 2003:56: *Högspecialiserad sjukvård – kartläggning och förslag*.
- Engström, Birgitta och Östlinder, Gertrud (2003): *Omvårdnadsforskningens utveckling och behov av finansiering*, skrivelse till Utbildningsdepartementet från Sjuksköterskornas vetenskapliga råd, 2004–03–15. www.swenurse.se
- Eriksson, Katie (2001): *Vårdvetenskap som akademisk disciplin*. Vasa : Åbo akademi, Institutionen för vårdvetenskap.
- Gibbons, Michael et al. (1994): *The New Production of Knowledge: The Dynamics of Science and Research in Contemporary Societies*, London: Sage.
- Haines, Andrew & Donald, Anna (1998): "Making Better Use of Research Findings", *British Medical Journal*, vol. 317 (7150). S. 72–75.
- Rahm Hallberg, Ingallil (2003): *Vårdforskning i Sverige 2003*, Lund: Medicinska fakulteten, Lunds universitet.
- HEFCE (2001): *Research in nursing and allied health professions. Report of the Task Group 3 to HEFCE and the Department of Health*. London: HEFCE (Higher Education Funding Council for England).
- Heyman, Ingrid (1995): *Gånge hatt till ... : Omvårdnadsforskningens framväxt i Sverige – sjuksköterskors avhandlingar 1974–1991*, Göteborg: Daidalos.
- Högskoleverket (1996): *Vårdutbildningar i högskolan. En utvärdering*. Högskoleverkets rapportserie 1996:7 R Stockholm: Högskoleverket.
- Högskoleverket (2000): *Utbildningar inom vård och omsorg – en uppföljande utvärdering*. Högskoleverkets rapportserie 2000:5 R. Stockholm: Högskoleverket.
- KI (Karolinska Institutet) (2004): *Nationella forskarskolan i vård & omsorg. Verksamhetsberättelse för 2004 (prel)*. Stockholm: Karolinska institutet.
- KI (2005): *Verksamhetsplan för Centrum för vårdvetenskap 2005-2007*. Stockholm: Karolinska institutet.
- KVA (Kungl. Vetenskapsakademien) (2003): *Stiftelsen för vård- och allergiforskning – Vårdalstiftelsen 1994–2002*. Stockholm: Kungl. Vetenskapsakademien.
- Lavis, John et al. (2001): *Reflections on the Role of Health-services in Public Policy-Making*, Paper 01–06.
- MFR (Medicinska forskningsrådet) (1982): *Teorier och metoder i omvårdnadsforskning*, Rapport från en arbetsgrupp, Stockholm: MFR.
- Omvårdnad som akademiskt ämne* (2000): Panelens uttalande och experternas föredrag vid konferens 11–13 december 2000, Sjuksköterskornas vetenskapliga råd inom svensk sjuksköterskeförening.
- Pressman, Jeffrey L. & Wildavsky, Aaron (1973): *Implementation*, Berkley: University of California Press.
- Proposition 1993/94:177: *Utbildning och forskning*.
- Proposition 1999/2000:149: *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården*.
- Proposition 2000/01:3: *Forskning och förnyelse*.
- Proposition 2004/05:1: *Förslag till statsbudget för 2005. Utbildning och universitetsforskning*.
- Rinell Hermansson, Alice (1993): *Omvårdnadsforskningen i Sverige: En lägesrapport*, Stockholm: Medicinska forskningsrådet.

- Sandström, Ulf (2003): "Tvärvetenskap med förhinder", i Lundgren, Lars J. (red.) *Vägar till kunskap: Några aspekter på humanvetenskaplig och annan miljöforskning*, Eslöv: Symposion.
- SOU 1993:12: *Vårdhögskolor – kvalitet, utveckling, huvudmannaskap*.
- SOU 1996:29: *Forskning och pengar*.
- SOU 1999:66: *God vård på lika villkor? – om statens styrning av hälso- och sjukvården*.
- Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet (2003): *En forskningsstrategi för kommuner, landsting och regioner*.
- Sörlin, S. (red) (2005): "I den absoluta frontlinjen": *En bok om forskningsstiftelserna, konkurrenskraften och politikens möjligheter* (under publicering). SISTER Skrifter. Nora: Nya Doxa
- Teknisk Framsyn (2003): *Framtidens hälso- och sjukvård – framsteg och utmaningar*.
- Thorpenberg, Stefan och Hultberg, Johan (2003): "The Research Landscape is Changing: What will Happen to the New Discipline Health and Caring Sciences", *Scipolicy*, fall 2003, <http://Scipolicy.net>
- Tydén, Thomas (1990): "Broar av kunskap: en modell för kunskapsöverföring och forskningsinformation", i Tydén, Thomas (red.) *Kunskapsöverföring och kunskapsvård*, Dalarnas forskningsråd och Forum för Kunskapsvård och Forskningsinformation, DFR-rapport 1990:4.
- Vetenskapsrådet (2003): *Medicinsk forskning för hälsa, god sjukvård och ekonomisk tillväxt. Vetenskapsrådets positionsunderlag 2005-2008*. Rapport från ämnesrådet för medicin vid vetenskapsrådet. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Vetenskapsrådet (2004): *Svenska medicinsk forskning – finansiering och konkurrenskraft: En analys av resurs- och produktivitetens utvecklingen under åren 1993–2001*, Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Wiklund, Lena (2003): *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Vårdalinstutetet (2004): *Avrapportering Vårdalinstutetet till och med 31 mars 2004*.
- Vårdalstiftelsen (1995): *Ämneskonferens i vårdforskning*, Vårdalstiftelsens rapportserie Nr 1 1995.
- Vårdalstiftelsen (2004): *Rapport – Halvtidsuppföljning av Vårdalinstutetet*. 20004-11-25.
- Vårdalstiftelsens forskningsstrategi 2005–2008*
- Vårdalstiftelsens stadgar*
- Vårdalstiftelsen Verksamhetsberättelse 1994 / 1995*
- Vårdalstiftelsen Verksamhetsberättelse 1996*
- Vårdalstiftelsen Verksamhetsberättelse 1998*
- Vårdalstiftelsen Verksamhetsberättelse 1999*
- Vårdalstiftelsen Verksamhetsberättelse 2000*
- Vårdalstiftelsen Verksamhetsberättelse 2002*
- Ziman, John (2000): *Real Science*, Cambridge: Cambridge University Press.

Bilaga 1: Det empiriska underlaget för studien

Studien grundar sig på empiriskt underlag av tre slag:

- 1) intervjuer med personer med anknytning till vårdforskning inom såväl universitets- och högskolesektorn (dekaner, forskningsledare) som vårdsektorn (landsting, sjukhusledningar mm),
- 2) enkät till personer som erhållit mer substantiellt stöd genom Vårdalstiftelsens kompetensutvecklingsprogram (etapp 1 och 2) samt telefonintervjuer med innehavare av de s.k. ”professorskuvöserna”,
- 3) SCB-statistik över forskande/undervisande personal och forskarutbildning vid landets universitet och högskolor.

Intervjuer med personer inom universitet och högskolor samt hälso- och sjukvårdssektorn

Följande personer har intervjuats under perioden april – oktober 2004 samt januari 2005 och samtalen har spelats in på band. Intervjuerna som varit av typen fria samtal har anpassats efter intervjupersonens specifika erfarenheter och funktion i relation till vårdforskningen.

Berlin, Gösta, professor, FoU-ansvarig chefsläkare, Landstinget i Östergötland, 2004-09-20
Bergbom, Ingegerd, professor omvårdnad, prefekt, Göteborgs universitet, 2004-10-25.
Billig, Håkan, huvudsekreterare, Vetenskapsrådet (ämnesrådet för medicin), 2004-09-15
Bonair, Ann, avdelningschef, socialstyrelsen, 2004-03-29
Borell, Lena, professor arbetsterapi, KI, 2004-10-05
Carlsson, Marianne, docent omvårdnadsforskning, Uppsala universitet, 2004-09-27
Cruse, Guniilla, doktorand, Vårdalinstitutet, 2004-04-14
Ekdahl, Charlotte, professor sjukgymnastik, prefekt, Lunds universitet, 2005-01-19
Eklund, Mona, professor arbetsterapi, Lunds universitet, 2004-08-31*
Grafström, Margareta, professor vårdvetenskap/geriatrisk omv, Mälardalens högskola, 2004-10-06
Rahm Hallberg, Ingalill, professor, koordinator Vårdalinstitutet, 2004-04-14
Hallström, Inger, docent, studierektor Vårdalinstitutet, 2004-04-14
Harms-Ringdahl, Karin, professor sjukgymnastik, KI, 2004-04-05
Heijl, Anders, FoU-samordnare, Landstinget i Östergötland, 2004-09-20
Hyttsten, Ellen, chef för hälso- och sjukvårdspolitiska avd, Landstingsförbundet, 2004-09-13
Iwarsson, Susanne, professor arbetsterapi, Lunds universitet, 2004-09-03*
Lindgren, Björn, professor hälsoekonomi (plattformsledare), Vårdalinstitutet, 2004-04-14
Lindsten, Jan, professor emeritus, 2004-09-23
Löfqvist, Chatarina, forskarassistent pediatrik, Göteborgs universitet, 2004-08-30*
Lönnroth, Peter, direktör för planering och FoU, Sahlgrenska universitetssjukhuset, 2004-09-30
Nilsson-Ehle, Peter, professor, prodekanus, Lunds universitet, 2004-04-15
Nyberg, Lars, professor sjukgymnastik, Umeå universitet, 2004-09-01*
Nygård, Louise, docent, arbetsterapi, Karolinska institutet, 2004-09-09*
Patel, Harshida, doktorand, Vårdalinstitutet, 2004-04-14
Prellner, Karin, professor, chefsläkare, Universitetssjukhuset i Lund, 2005-01-19
Sandman, Per-Olof, professor omvårdnad, Umeå universitet, 2004-10-08
Schelin-Seidegård, Cecilia, sjukhusdirektör, Karolinska Universitetssjukhuset, 2004-10-01
Udén, Giggi, professor omvårdnad, Malmö högskola, 2005-01-19
Werkö, Lars, professor emeritus, 2004-09-15
Wiberg, Ingvar, forskningsdirektör, Region Skåne, 2004-04-14
*innehavare av s.k. ”professorskuvöser”

Enkät till mottagare av Vårdalstiftelsens särskilda kompetenssatsningar (etapp 1-2)

För att följa upp effekterna av Vårdalstiftelsens kompetenssatsningar har en enkät sänts ut till de dem som erhållit mer substantiellt stöd i stiftelsens kompetensutvecklingsprogram. Enkätformuläret bifogas som bilaga 2. Att få tag på dessa personer har inte alltid varit en enkel uppgift. Vårdalstiftelsen har inga noteringar om vem som har fått stöd och från vissa universitet har det tagit mycket lång tid att få in uppgifterna. Flera av de namn vi har fått från universitetet har dessutom visat sig vara felaktiga och ett antal individer har enligt egen utsago inte haft något stöd från Vårdalstiftelsen.

Sammanlagt har 106 enkäter sänts ut till personer som enligt lärosätenas uppgifter haft minst ett års stöd i form av tjänster från Vårdalstiftelsen. Sammanlagt har vi fått in 73 enkätsvar. Tio stycken har meddelat att de inte haft stöd från Vårdalstiftelsen. Således kvarstår 63 enkäter – varav 30 stycken från den första omgången av kompetensutvecklingsatsningen och 33 från den andra – som ligger till grund för de resultat som redovisas i studien. Det inkomna materialet är efter kontroll av grundutbildning, kön, vilken omgång stödet delades ut i samt läroanstalt klart representativt för totalpopulationen.

Bakgrundsdata

Den övervägande majoriteten är kvinnor, 52 av totalt 63 individer. Medelåldern är ganska hög, medianfödelseår är 1952. Det finns dock stora skillnader mellan den första och andra satsningen. I den första omgången är den yngsta född år 1959 (35 år när programmet påbörjades), medan det i den andra omgången finns 10 stycken som är yngre än 35 år. Drygt hälften är födda på 1950-talet och väldigt få är födda på 1960- respektive 1970-talet. Det stöd som utgått har nästan helt använts till doktorandtjänster, och således mycket få forskartjänster.

I tabellen nedan redovisas vem som fått stöd mot bakgrund av grundexamen, vilken institution eller enhet som de har forskarutbildats vid och i vilket ämne doktorsexamen avlagts. Tabellen illustrerar den ”förskjutning” som skett från en yrkesbaserad institutionstillhörighet i grundexamen till en mer mångvetenskaplig definition av vårdvetenskap i doktorsexamen. Beteckningen Övrigt i tabellen avser nästan enbart ämnen/institutioner kopplade till medicinsk fakultet. Det kan röra sig om prekliniska medicinska institutioner för bl.a. biomedicinska analytiker lika väl som institutioner för geriatrik, kvinnors och barns hälsa och liknande. Även när det gäller ämne för doktorsexamen finns en stor spridning inom det medicinska området.

	Grundexamen	Institution för forskarutbildning	Ämne för doktorsexamen
Omvårdnad	25	17	21
Sjukgymnastik	12	6	11
Arbetssterapi	10	6	7
Biomedicinsk analytiker	8		
Social omsorg	5	6	6
Övrigt	3	26	18
<i>Totalt antal</i>	63	61*	63**

* Den lägre siffran jämfört med grundexamen beror på att vissa inte uppgett forskarutbildningsinstitution i enkätsvaret

** Innehåller även de som bedriver doktorandstudier.

Av tabellen nedan framgår, utifrån den uppdelning vi gjort av det vårdvetenskapliga forskningsområdet, att vårdande tillsammans med behandling är de vanligast förekommande forskningsinriktningarna både i doktorsavhandlingarna och i pågående forskning hos dem som fått stöd av Vårdalstiftelsen.

	Ämne för doktorsexamen	Nuvarande forskning (enbart de som disputerat)
Vårdande	21	16
Behandling	17	14
Sjukas situation i samhället	9	8
Förebyggande av ohälsa	3	2
Medicin	11	6
Övrigt	2	1
<i>Totalt antal</i>	63	47

Data om doktorandtiden

Den kliniska tjänstgöringen under doktorandtiden har varit mycket låg. Drygt 60 procent uppger att de inte haft någon klinisk tjänstgöring alls och ytterligare en femtedel har haft mindre än 20 procent. Hälften har under sin doktorandtid haft 20 procent undervisning. Ett fåtal (tre stycken) har haft mer än 50 procent undervisning.

Data efter doktorandtiden

Den stora majoriteten av doktoranderna har efter disputation blivit kvar inom universitet och högskolor (80 procent av dem som disputerat). Drygt två tredje delar av dessa har en lektorstjänst. Endast 4 stycken har någon form av landstingstjänst. Av dem som disputerat har de flesta ett universitet som arbetsplats (70 procent), medan drygt 20 procent gått till andra högskolor runt om i landet.

De flesta av dem som stannat kvar i universitetsvärlden efter disputation har en hög undervisningsbörda. Var tredje disputerad med stöd av Vårdalstiftelsens kompetensutvecklingsprogram undervisar på minst halvtid och ett fåtal har 80 procent undervisning. Endast var sjunde har under 20 procent undervisning.

Statistiska uppgifter om vårdvetenskaplig utbildning och forskning

De statistiska uppgifterna över forskande personal och forskarutbildning vid universitet och högskolor är huvudsakligen hämtade från SCB:s forskarutbildnings- och personalstatistik (delvis via Högskoleverkets NU-databas). Dessa uppgifter kan bara i begränsad utsträckning användas för att belysa effekterna av Vårdalstiftelsens insatser för kompetenshöjning och utgör totalt sett en under-skattning av vårdforskningen. Uppgifterna avser vårdvetenskap enligt de definitioner och avgränsningar som tillämpas i SCB-statistiken. Det innebär att en del vårdvetenskaplig forskning inte finns med efter-som den redovisas under andra huvudrubriker som Socialmedicin (där ex folkhälsomedicin ingår), Socialt arbete samt Äldre och åldrande. Såväl doktorander som lärare med vårdvetenskaplig inriktning kan också redovisas under andra (framför allt medicinska) ämnen.

Forskarutbildningsstatistiken bygger dessutom på högskolornas egen definition och avgränsning av begreppet vårdvetenskap och här tillämpar läroanstalterna olika principer. Uppenbara felaktigheter i redovisningen från Lund och KI har rättats till i de diagram som redovisas i rapporten. Uppgifterna har i

stället klassats som vårdvetenskap ospec (Lund) respektive omvårdnad (KI). Det finns ytterligare en grundläggande skillnad mellan högskolorna i sättet att redovisa som försvårar jämförelser. Universiteten i Lund och Göteborg (och även Luleå och Örebro) använder samlingsrubriken vårdvetenskap medan övriga läroanstalter delar upp statistiken på omvårdnad, sjukgymnastik och arbetsterapi. Samlingsrubriken vårdvetenskap har införts successivt under senare tid. Det finns säkert även andra skillnader och oklarheter i sättet att redovisa som kan snedvrída jämförelsen mellan läroanstalterna. De uppgifter som grundar sig på SCB-statistik bör därför tolkas med stor försiktighet vad gäller de absoluta talen. Däremot kan förändringen över åren ge en någorlunda rättvisande bild av utvecklingen. Vi har ändå valt att publicera uppgifterna, inte minst för att på detta sätt göra uppgiftslämnarna medvetna om problematiken.

Bilaga 2: ENKÄTFORMULÄR

Effekter av Vårdalstiftelsens satsningar på kompetensutveckling

Enkät till forskare som erhållit stöd

Institutet för studier av utbildning och forskning (SISTER) genomför en studie av effekterna av Vårdalstiftelsens bidrag till inrättande av forskartjänster och andra insatser för kompetensutveckling på det vårdvetenskapliga området. Flera sådana satsningar har gjorts sedan Vårdalstiftelsen inrättades i mitten på 1990-talet och studien görs på uppdrag av stiftelsen. Vi har via de berörda universitetens och högskolornas administration spårat de personer som erhållit mer omfattande stöd i form av doktorand- eller forskartjänst och funnit att Du tillhör denna kategori. Därför vänder vi oss nu till Dig med förhoppning att Du vill ta Dig tid med att svara på denna enkät.

Med studiens resultat som grund hoppas Vårdalstiftelsen få bättre kunskap om vilka insatser som behöver göras för fortsatt utveckling av den vårdvetenskapliga kompetensen. Två problem står i fokus; dels vårdvetenskapens ställning som ett nytt mångvetenskapligt forskningsområde i den akademiska världen, dels den kliniska anknytningen av forskning och forskarutbildning inom vårdvetenskap. Utöver svaren på frågorna i enkäten är vi intresserade av att ta del av Dina allmänna synpunkter på dessa frågor. Utnyttja därför gärna sista sidan i enkäten till detta!!

Dina uppgifter kommer att behandlas konfidentiellt och vi kommer inte att redovisa vem som svarat vad i rapporten till Vårdalstiftelsen. Ingen utom undertecknade kommer att få ta del av uppgifterna annat än i sammanställd form. Eventuellt kommer vi att följa upp enkäten med intervjuer av några personer och vi tar oss även friheten att ringa upp för att komplettera eller påminna om enkäten. Det är viktigt att svaren ger en så fullständig och rättvisande bild som möjligt.

Vi skickar ut denna enkät successivt fram till slutet av juli och *ber Dig svara snarast möjligt* i bifogade svarskuvert eller per mail till undertecknade. Har Du frågor så kontakta oss gärna på telefon eller via e-mail (se nedan). Om Du inte haft ekonomiskt stöd av Vårdalstiftelsen ber vi Dig returnera formuläret med denna notering.

Tack på förhand för Din medverkan!

Med vänliga hälsningar

Lillemor Kim
08-545 252 65
lillemor.kim@sister.nu

Per Janson
08-545 252 76
per.janson@sister.nu

1. Först några personuppgifter:

Är ovanstående namn och adressuppgifter korrekta? Korrigera annars!

Kvinna Man

Födelseår:

Nuvarande anställning (arbetsgivare, typ av tjänst):

2. Vilken grundutbildning (vårdutbildning på högskolenivå) har Du?

Examen:

Examensår:

Läroanstalt:

Ev. magisterexamen (år/läroanstalt):

3. Frågor om Din forskarutbildning:

Antagningsår och läroanstalt:

Forskarutbildningsämne/inriktning:

Licentiatexamen (fakultet/läroanstalt/ år):

Doktorsexamen (fakultet/läroanstalt/år):

Avhandlingsämne:

Alternativt (om Du inte avlagt doktorsexamen) antal avlagda poäng och planerad tidpunkt för disputation:

Hur stor del av Din forskarutbildning har Vårdalstiftelsen finansierat (tidsperiod, antal år och månader):

Övrig finansiering av forskarutbildningen:

4. Klinisk tjänstgöring under forskarutbildningen:

Typ av tjänst/arbetsgivare:

Omfattning (del av tjänst eller tid):

5. Undervisning i universitetets/högskolans vårdutbildning under forskarutbildningen:

Typ av undervisning (handledning, undervisning, seminarier) och läroanstalt:

Omfattning (del av tjänst eller tid):

6. Frågor till Dig som stannat kvar inom universitetet/högskolan efter forskarutbildningen:

Typ av forskar/lärartjänst, läroanstalt/institution samt omfattning i tid:

Hur har denna tjänstgöring finansierats?

Hur mycket och vilken typ av undervisning inom grundutbildningen har ingått i Din tjänstgöring?

7. Frågor till Dig som lämnat universitetet/högskolan efter forskarutbildningen:

Typ av tjänst/arbetsgivare samt omfattning i tid:

Vilken kontakt med universitetets/högskolans utbildning och forskning har Du haft i denna tjänstgöring?

Hur har Din forskningserfarenhet kommit till nytta i denna tjänstgöring?

8. Vilken inriktning har Din nuvarande forskning?

9. Publiceringar och andra viktigare forskningsresultat efter avlagd doktorsexamen (kort samman- drag, ev forts på baksidan eller separat blad):

10. Erhållna forskningsanslag från forskningsråd (motsv):

11. Vilken betydelse anser Du att stödet från Vårdalstiftelsen haft för Din professionella karriär?

12. Synpunkter på

a) **Vårdvetenskapens ställning som mångvetenskapligt forskningsområde (framför allt i relation till medicin och beteendevetenskap):**

b) **Vårdvetenskapens kliniska anknytning:**

13. Hur ser Du på vårdvetenskapens utveckling framöver – styrkor och svagheter?

TIDIGARE ARBETSRAPPORTER/WORKING PAPER

- 2001:1 Alexander Kanaev & Albert Tuijnman : *Prospects for Selecting and Using Indicators for Benchmarking Swedish Higher Education*
- 2001:2 Lillemor Kim, Robert Ohlsson & Ulf Sandström : *Kan samverkan mätas? Om indikatorer för bedömning av KK-stiftelsens satsningar*
- 2001:3 Jenny Beckman, Mats Brenner, Olle Persson & Ulf Sandström : *Nya arbetsformer inom diabetesforskning – studier kring en nätverkssatsning*
- 2001:4 Ulf Sandström : *Om den svenska arkitektur-, bostads- och stadsbyggnadsforskningens karaktär*
- 2001:5 *Verksamhetsberättelse 1999-2000*, Föreningen för studier av forskning och utbildning
- 2001:6 *Kunskapssystem i förändring*, Verksamhetsprogram 2001-2003
- 2001:7 Martin Meyer : *Science & Technology Indicators Trapped in the Trippel Helix?*
- 2001:8 Bo Persson : *Reluctant Agencies : Sectorial Agencies and Swedish Research Policy in the 1980s*
- 2002:9 Sverker Sörlin: *Cultivating the Places of Knowledge*
- 2002:10 Lillemor Kim: *Masshögskolans paradoxer – fem inlägg i den svenska högskoledebatten*
- 2002:11 Henry Etzkowitz: *The Triple Helix of University - Industry - Government : Implications for Policy and Evaluation*
- 2002:12 PREST, University of Manchester: *A Comparative Analysis of Public, Semi-Public and Recently Privatised Research Centres*
- 2002:13 Maria Wikhall: *Culture as Regional Attraction : Migration Decisions of Highly Educated in a Swedish Context*
- 2002:14 Göran Friberg: *Svenska Tekniker 1620-1920 : Om utbildning, yrken och internationell orientering*
- 2002:15 Hans Löf & Almas Heshmati: *The Link Between Firm Level Innovation and Aggregate Productivity Growth : A Cross Country Examination*
- 2002:16 Sverker Sörlin: *Fungerar forskningssystemet?: Några strategiska frågor för strategisk forskning*
- 2002:17 Tobias Harding, Ulf Sandström, Sverker Sörlin & Gella Westberg: *God avkastning på marginellt risktagande? Bidrag till en utvärdering av nordiskt forskningssamarbete inom ramen för NOS.*
- 2002:18 Ingrid Schild & Sverker Sörlin: *The Policy and Practice of Interdisciplinarity in the Swedish University Research System*
- 2002:19 Henrik Karlsson: *Konstnärlig forskarutbildning i Norden*
- 2002:20 Laila Abdallah: *Resultat eller process : Trender inom utvärdering av svensk högskoleutbildning under 1990-talet*
- 2002:21 Jan-Eric Degerblad, Olle Edqvist och Sam Hägglund: *Utvärderingsspelet*
- 2003:22 Ulf Sandström, Laila Abdallah, Martin Hällsten: *Forskningsfinansiering genom regional samverkan*
- 2003:23 Hans Löf: *Dynamic Optimal Capital Structure and Technological Change*
- 2003:24 Janz, Norbert, Löf, Hans & Bettina Peters: *Firm Level Innovation and Productivity : Is there a Common Story Across Countries?*
- 2003:25 Sandström, Ulf & Martin Hällsten: *Företagens finansiering av universitetsforskning – en översikt i mars år 2003*
- 2003:26 Bo Persson: *Typifying Scientific Advisory Structures and Scientific Advice Production Methodologies*
- 2003:27 Anders Broström, Hans Löf & Carolina Sigfridsson: *Kartläggning av högre utbildning och universitetsforskning i Mälardalen*
- 2003:28 Hans Westlund : *Regionala effekter av högre utbildning, högskolor och universitet. En kunskapsöversikt.*
- 2003:29 Göran Melin : *Effekter av postdoktorala studier*
- 2004:30 Sverker Sörlin (ordf.), Mårten Carlsson, Britt-Marie Drottz-Sjöberg och Göran Melin: *Utvärdering av det svenska medlemsskapet i IIASA*
- 2004:31 Sverker Sörlin, *Institutssektorn, högskolan och det svenska innovationslandskapet*

- 2004:32 Anders Broström, Enrico Deiacco & Sverker Sörlin: *Tekniska universitet på världsmarknaden? -motiv och förutsättningar för en strategisk allians mellan KTH och Chalmers*
- 2005:33 Lillemor Kim & Ewa Olstedt : *Utbildningsvetenskapliga kommittén- en ny aktör i forskningslandskapet*
- 2005:34 Enrico Deiacco & Anders Broström: *Kunskapsregion Stockholm på världsmarknaden - möjligheter och utmaningar för det regionala tillväxtprogrammet*
- 2005:35 Göran Melin: *De nya kulturutbildningarna - en undersökning av nya typer av högskoleutbildningar på kulturområdet*